

# La seguridad social en la transformación del sistema de salud

Santiago Echevarría-Zuno\*

Dirección de Prestaciones Médicas, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D.F.

## Resumen

*El siguiente artículo tiene como objetivo plasmar una visión de los elementos que pueden aportar las instituciones para la transformación del Sistema Nacional de Salud (SNS) con el fin de ampliar la cobertura y mejorar la atención a la salud de la población mexicana. Un diagnóstico del SNS pone de manifiesto su fragmentación, que sus instituciones, verticalmente constituidas, operan bajo mecanismos aislados de financiamiento y administración; señala la problemática originada por la multiplicidad en la condición de aseguramiento, así como la falta de censos por parte de las instituciones.*

*Como parte de la universalización de los servicios de salud, es necesaria una integración funcional de las instituciones, por lo que se plantean mecanismos para la integración parcial, como el intercambio de servicios, y para la integración total a través de la portabilidad y convergencia. Así mismo, se enlistan las acciones realizadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para la transformación del SNS como son las áreas médicas de gestión desconcentrada, los grupos relacionados con el diagnóstico, la evaluación del desempeño, y las principales estrategias preventivas, curativas y de apoyo que se han implementado. Finalmente se aborda una serie de consideraciones para la mejora de los esquemas públicos en salud.*

**PALABRAS CLAVE:** Seguridad social en salud. Instituto Mexicano del Seguro Social. Universalización de servicios de salud.

## Abstract

*The aim of this article is to present the management and medical components within the public health institutions that can contribute to the transformation of the National Health System (NHS). It is expected that these will have an impact in the extent of the medical coverage and will improve the health care services delivered to the Mexican population. A diagnostic study revealed the existence of fragmentation in the NHS. The health institutions are vertically established and operate under isolated mechanisms of financing and administration. Additionally, it is pointed out the problematic derived from the multiplicity in the public insurance conditions among individuals and the lack of census of the insured population within the institutions.*

*As part of the universalization of health services, it is necessary to integrate the health care system; accordingly, a variety of mechanisms for the partial and total integration are arise, such as the exchange of the health care services and the portability and convergence of the institutions. Particularly, we listed the actions carried out by the Mexican Institute of Social Security for the integration of the NHS such as, the independent management medical areas, diagnosis-related groups (DRG), the performing evaluation of the medical units, and the preventive and curative strategies in the implemented programs. Finally, is dealt some reflections in order to improve the public health schemes.*

**KEY WORDS:** Social security in health. Mexican Institute of Social Security. Universal health care.

## Correspondencia:

\*Santiago Echevarría-Zuno  
Dirección de Prestaciones Médicas  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
Reforma, 476  
Col. Juárez, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06600, México, D.F.  
E-mail: santiago.echevarria@imss.gob.mx

Nota: este documento es producto de la versión estenográfica de la ponencia de S. Echevarría-Zuno en el IV Simposio «Algunos problemas globales de salud de impacto local» bajo el tema «Hacia la transformación del sistema de salud en México»

Fecha de recepción en versión modificada: 20-09-2012

Fecha de aceptación: 28-09-2012

## Introducción

A lo largo de esta intervención expresaré la opinión que, en el IMSS, se tiene respecto a los pasos necesarios para llevar a cabo la transformación del SNS.

Para comenzar, felicito a M. López Cervantes por su presentación y por el diagnóstico que hizo de algunas de las consideraciones generales del SNS.

El contenido que abordaré incluye un diagnóstico del SNS, el análisis de la situación actual de las instituciones de seguridad social y las acciones propuestas para la transformación del sistema.

## Diagnóstico del Sistema Nacional de Salud

El actual SNS está integrado por un grupo de instituciones independientes y poco coordinadas entre sí, debido principalmente a las desigualdades inherentes de sus propios marcos legales y normativos. El SNS se encuentra verticalmente constituido y está basado en mecanismos de financiamiento, de operación y de administración aislados y con responsabilidad individual propia, es decir, que cada institución atiende distintas problemáticas de salud de acuerdo con las condiciones y características de su población objetivo.

Cada institución es la responsable de sus procesos financieros y aseguradores, los cuales se materializan en diversas prestaciones sociales y económicas, lo que evidencia la complejidad y conformación de su arquitectura. Esta situación deriva también en una baja eficiencia y mala calidad en la prestación de los servicios, en problemas de acceso ante la existencia de diversos esquemas de afiliación o aseguramiento, así como en la cobertura de padecimientos diferentes.

La figura 1 muestra la estructura e inequidades en el financiamiento del SNS, la cual, al simplificarla, permite apreciar claramente su complejidad; los prestadores de servicio, la población objetivo, las fuentes de financiamiento y la operación se encuentran totalmente desvinculados, sin una estructura general ni un marco regulatorio único.

Aunado a lo anterior, existe un desconocimiento generalizado de las poblaciones objetivo, es decir, de las poblaciones cubiertas de cada institución. En su último registro, el IMSS reporta un total de 54.9 millones de personas<sup>1</sup>, de las cuales, 39 conforman la población adscrita a médico familiar. Existe incluso una población intermedia integrada por 45.2 millones de personas adscrita a unidades de medicina familiar. Estas

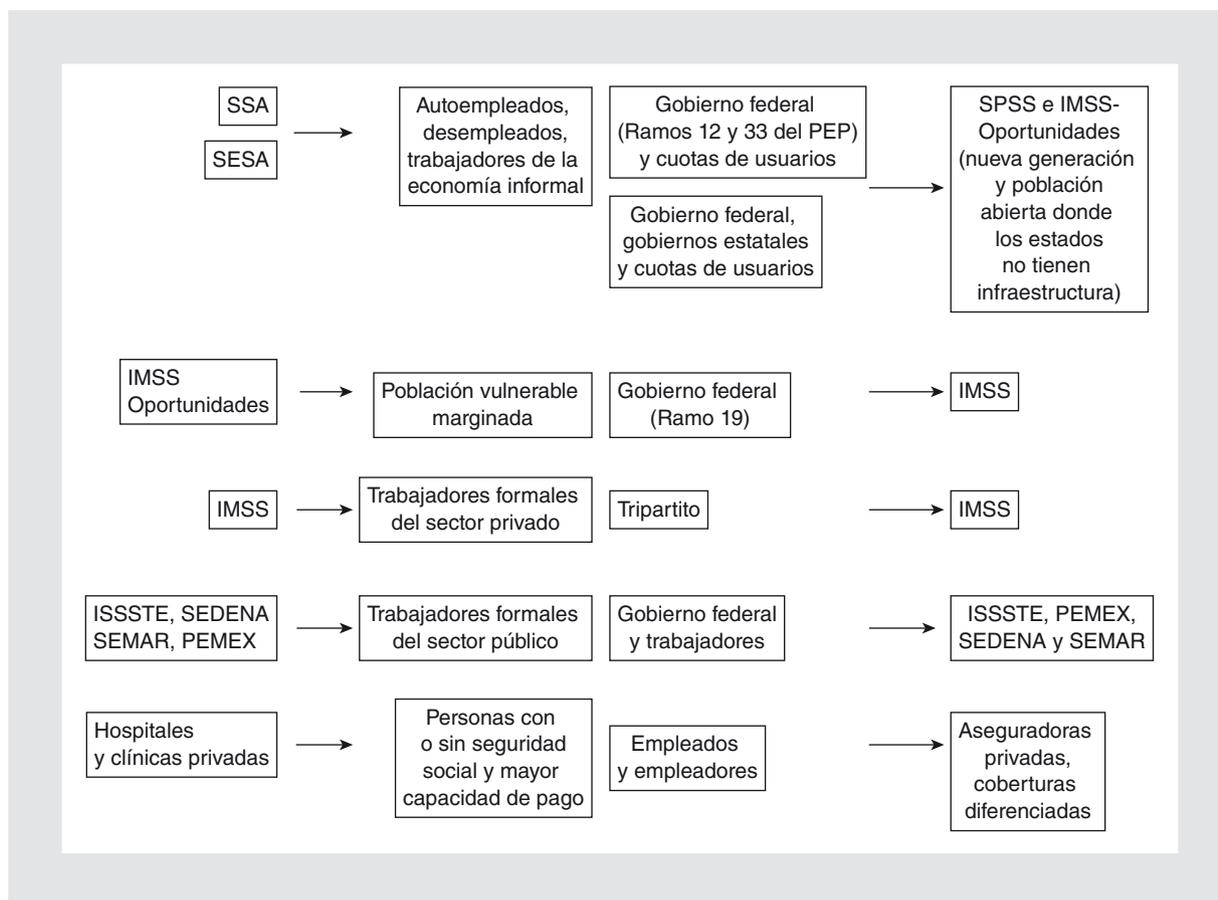
diferencias no permiten contar con datos fidedignos respecto a la cobertura real que se tiene en todo el sistema. Incluso, cabe resaltar que existe un número muy importante de personas que refieren no estar cubiertas por ninguna institución de seguridad social o de protección en salud.

Uno de los principales problemas reside en que la mayoría de estas poblaciones no son contabilizadas, sino estimadas. La misma dinámica laboral hace posible que en un mismo año los trabajadores puedan modificar su situación de aseguramiento, impidiendo la contabilización objetiva del número de asegurados de cada institución. En el IMSS, por ejemplo, los 54.9 millones de derechohabientes representa una cifra estimada por la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR) a partir del número de asegurados. La población real es la población adscrita a médico familiar, porque equivale a los 39 millones de expedientes clínicos electrónicos, lo que significa una lista de personas que tienen nombre y apellido.

## Situación actual de las instituciones de seguridad social

A continuación se abordará brevemente la situación actual del sistema con respecto al presupuesto ejercido en salud a nivel nacional y por institución. El gasto total en salud del país representa el 6.1%<sup>2</sup> del precio interno bruto (PIB); este porcentaje ha sufrido un incremento del 20% en los últimos 10 años, sin embargo, el gasto de bolsillo continúa representando más de la mitad del gasto total en salud, como una consecuencia de las fallas existentes en el sistema. Cada institución tiene un ejercicio presupuestal diferenciado y sin relación directa con las responsabilidades que asumen respecto a sus poblaciones objetivo. Respecto a los ingresos de las instituciones por afiliado, el Seguro Popular, por ejemplo, ingresa aproximadamente 2,000 pesos por cada afiliado por concepto de las cuotas familiares, pero recibe por parte del gobierno federal alrededor de 9,000 pesos por concepto de subsidios directos por cada uno de ellos. Por su parte, el IMSS ingresa alrededor de 3,100 pesos por cada uno de los derechohabientes<sup>3</sup>.

Respecto a la infraestructura médica, no ha habido un crecimiento ordenado o directamente proporcional con las necesidades de la población de responsabilidad de cada institución. El financiamiento independiente ha originado que cada institución decida sobre la planeación de su propia infraestructura, sin vincularla necesariamente a las necesidades de su



**Figura 1.** Estructura e inequidades en el financiamiento del SNS. SSA: Secretaría de Salud; SESA: Servicios Estatales de Salud; SPSS: Sistema de Protección Social en Salud; IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; SEDENA: Secretaría de la Defensa Nacional; SEMAR: Secretaría de Marina; PEMEX: Petróleos Mexicanos; PEF: Presupuesto de Egresos de la Federación; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado; Tripartito: gobierno federal patronos y trabajadores (adaptado de Gómez-Dantés, et al. Sistema de salud de México. Salud Pública Mex. 2011;53 Suppl 2:220-32).

población o a partir de la complejidad de los padecimientos que son atendidos.

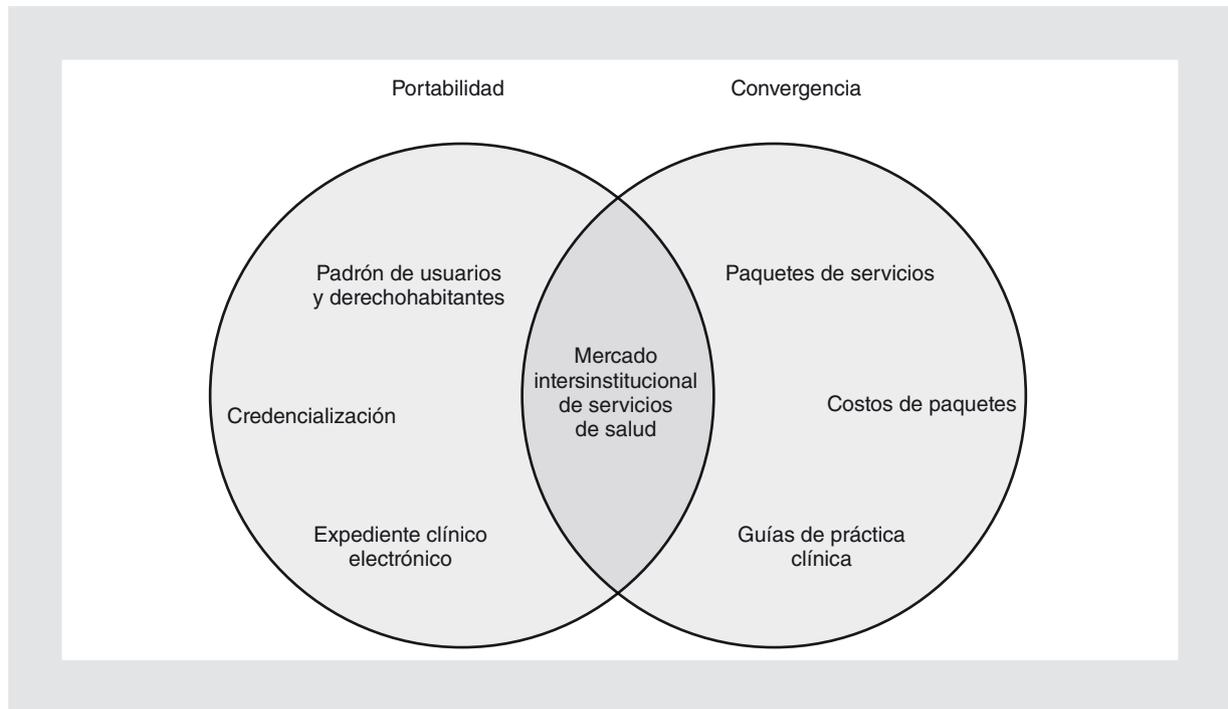
Las cifras de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), respecto al número de camas, muestran que México cuenta con 1.7 camas/1,000 habitantes. El promedio de los países de la OCDE es de 5.5 camas<sup>4</sup>.

México, con relación al número de médicos especialistas y de enfermeras por cada 1,000 habitantes, se encuentra en cifras muy por debajo del promedio de la OCDE. La exigencia de los servicios de salud de nuestras instituciones es muy alta; esto se explica si consideramos únicamente el número de camas/1,000 personas y consideramos que en el IMSS, por ejemplo, se tienen 0.8 camas con relación a las 5.5 del promedio de la OCDE. Por lo tanto, en el IMSS se tiene una cama por cada seis que, en promedio, reporta la OCDE. Y con relación al personal médico sucede lo mismo; la OCDE, en promedio, tiene seis médicos por cada médico que hay en el IMSS. Esto significa que cada

médico del IMSS debe hacer el trabajo de seis médicos de los países analizados en el estudio de la OCDE, lo que ocasiona una intensidad en las cargas de trabajo. Este problema se presenta en mayor o menor grado en todas las instituciones de salud en el país.

### Acciones propuestas para la transformación del Sistema Nacional Salud

Es conveniente incluir las acciones necesarias para la transformación del SNS en dos grupos: las acciones internas y las acciones externas. En los últimos años se ha logrado un avance importante en la cobertura de salud, fundamentalmente por la creación del Seguro Popular. Ha habido un crecimiento importante en la cobertura de una población que anteriormente no contaba con ninguna protección. Al respecto, es importante resaltar las diferencias existentes entre el incremento en la cobertura horizontal (por número de



**Figura 2.** Elementos necesarios para la portabilidad y la convergencia (adaptado de Diálogos sobre políticas de cohesión social entre México y la Unión Europea. Seminarios de Sistemas de Salud, 2010).

asegurados o afiliados) y el incremento en la cobertura vertical (por el número de intervenciones en salud). El Seguro Popular ha incrementado considerablemente su cobertura horizontal, sin embargo no ha logrado avances equiparables respecto a las otras instituciones en las que se cubre prácticamente cualquier padecimiento.

Aunado a lo anterior, se ha logrado avanzar en la integración parcial del sistema y en los preceptos fundamentales para su integración total. Con la integración parcial se pretende eficientar los recursos con los que cuentan las instituciones; ampliar la cobertura médica y reducir los costos de las intervenciones en salud de aquellas instituciones con insuficiencia presupuestal que contratan servicios médicos en el medio privado a mayores costos.

Para ello, se ha trabajado en dos convenios que han sido, hasta el momento, exitosos:

- El Convenio General de Colaboración en Materia de Emergencia Obstétrica, firmado en mayo de 2009 y mediante el cual se homologaron los servicios a intercambiar y acordaron tarifas de referencia de 27 intervenciones: 23 para la atención materna y 4 para la atención del recién nacido.
- El Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios entre las instituciones del Sector Salud, firmado en febrero de 2011, y en

el que se han homologado también los servicios a ser intercambiados y acordado tarifas de referencia para 489 intervenciones hasta este momento: 376 de alta especialidad y 113 intervenciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud.

Todas las tarifas de referencia se establecieron a través de las cédulas medicoeconómicas (CME), que en la parte hospitalaria provienen de los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) y en la parte ambulatoria de los grupos relacionados con la atención ambulatoria (GRAA), ambas diseñadas en el IMSS.

Por otra parte, la integración total se refiere a la posibilidad de que un derechohabiente de determinada institución pueda acudir a otra institución para ser atendido, ya sea por elección propia o por una necesidad de recibir el servicio donde sí exista la infraestructura necesaria.

En los procesos de integración total existen dos componentes generales que son la portabilidad y la convergencia. En cada uno de ellos existen elementos fundamentales (Fig. 2).

Para poder llevar a cabo la portabilidad es indispensable contar con un padrón de usuarios y derechohabientes.

Un padrón único universal de derechohabientes y usuarios del SNS debe ser capaz de mostrar la cifra

real de derechohabientes con la que cuenta cada institución. Si una institución carece de un padrón único y completo, difícilmente podrá realizar un cálculo real de su infraestructura, de sus necesidades de consumo y de todo aquello que requiere para dar una atención integral a su población objetivo.

Actualmente cada institución cuenta con un padrón propio de beneficiarios con cifras muy heterogéneas. Para conformar un padrón general de salud se requiere que todos los usuarios del sistema de salud cuenten con el número de clave única de registro de población (CURP), el cual pueda ser registrado dentro de su propia aseguradora.

Para el año 2011 en el IMSS había un avance, con relación al universo estimado, de 75% de los derechohabientes del régimen ordinario con CURP. En el régimen de IMSS-Oportunidades, con los datos del último censo, se tiene una población de 12.5 millones de personas con nombre, apellido y con CURP.

En el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (ISSSTE) tiene un registro del 64.6% de sus derechohabientes con CURP, y en el Seguro Popular el 90% de sus afiliados cuentan con la CURP<sup>5</sup>. Este proceso requiere finalmente una validación permanente del Registro Nacional de Población (RENAPO).

Otro de los elementos de la portabilidad es el tema de credencialización. La credencial única y universal de servicios de salud debe identificar a los usuarios del SNS a través de sus componentes biométricos. Con las nuevas tecnologías existe la posibilidad de capturar el dato biométrico y transmitirlo a través de sistemas de identificación a todo el SNS.

Este sistema de credencialización se desarrolla en coordinación con el RENAPO y contiene elementos de alta seguridad y tecnología biométrica para la identificación del derechohabiente y de cada uno de sus beneficiarios. En el IMSS se cuenta con 19 millones de credenciales, lo que equivale al 48% de la población usuaria y al 36% de la derechohabiencia total adscrita a medicina familiar<sup>6</sup>.

La Secretaría de Salud ha iniciado también este proceso de credencialización biométrica para las personas con discapacidad. En el primer semestre del año pasado se tuvo un registro de 11,772 credenciales.

El ISSSTE se encuentra prácticamente en el 50% de la etapa de diseño de su programa de enrolamiento y credencialización.

Otro de los temas de portabilidad es el expediente clínico electrónico (ECE). Para que una institución pueda atender a un derechohabiente de otra institución adecuadamente, necesita contar con toda su información

clínica. Para ello, es indispensable que todas las instituciones desarrollen sus propios expedientes clínicos electrónicos en la búsqueda de un solo expediente común para todo el sistema. Como avance de este tema, la Secretaría de Salud emitió la Norma Oficial Mexicana para el expediente clínico electrónico, que considera las características mínimas de información y las necesidades de interconexión. Todas las instituciones de salud, a excepción del IMSS, se encuentran en este momento en la fase de desarrollo de sus expedientes.

El IMSS concluyó la fase de desarrollo del nuevo expediente, y en el mes de marzo inició con el despliegue del mismo en todo el país. En un futuro próximo esta herramienta permitirá que todas las instituciones de salud estén interconectadas entre sí, a fin de compartir entre todas las instituciones la información de los ECE de sus derechohabientes o afiliados.

Sobre el tema de convergencia, debemos considerar las intervenciones propias de cada institución que deben ser reconocidas para la atención de sus derechohabientes en otras instituciones.

Cada institución cuenta con paquetes de servicios diferentes, a fin de tener la posibilidad de prestar estos servicios; se debe llegar a paquetes acordados de atención para que los derechohabientes puedan ser atendidos en otras instituciones.

La institución que prestará el servicio deberá tener conocimiento sobre los paquetes que tiene la otra institución, a fin de recibir los ingresos derivados de los costos del intercambio de servicios.

Si bien, se aspira a que en el largo plazo el SNS esté caracterizado por nuevas reglas de financiamiento, con una mayor equidad en paquetes de servicios y con un posible asegurador único que pague por estos servicios a prestadores públicos o privados; en el corto plazo, se pretende que cada asegurador cumpla con los gastos de sus derechohabientes o usuarios solo con los paquetes de servicios actualmente aprobados y reconocidos.

Se debe considerar que es muy difícil contar con un intercambio de servicios de salud sin el conocimiento a detalle del costo de los procedimientos de salud. Conocer el costo de los elementos que intervienen en la atención a la salud es una tarea complicada que requiere que todas las instituciones adquieran los conocimientos necesarios para desarrollar un modelo ideal de costeo.

En el IMSS prácticamente se ha concluido el costeo de todos los procedimientos médicos y quirúrgicos. La Clasificación Internacional de Enfermedades, décima

revisión (CIE-10)<sup>7</sup> está costeadada con base en la CME, herramienta de trabajo para conocer con detalle todos los consumibles que se requieren para la atención de un diagnóstico y para conocer todas las intervenciones del personal que participa en la atención.

La CME nos permite tener los costos para determinar el producto hospitalario por GRD, y el producto ambulatorio por GRAA.

Las guías de práctica clínica (GPC) también son importantes para establecer un sistema de intercambio de servicios donde se exija que todas las instituciones ofrezcan el mismo nivel de calidad y de eficiencia en el tratamiento de cada padecimiento. Hasta el momento, en el IMSS se han desarrollado 422 GPC que están incluidas en el catálogo maestro. Otras GPC también se han desarrollado y están en proceso de aceptación para su incorporación al catálogo maestro. El desarrollo de estas herramientas permitirá a las instituciones contar con una base sólida sobre los padecimientos más frecuentes, y con ello contar con una guía de calidad y un costeo adecuado para tener una tarifa de referencia para el intercambio de servicios.

Asimismo, cuando una institución pretende incorporarse hacia la integración del SNS utilizando las herramientas de portabilidad y convergencia, debe organizar su estructura interna para tener vinculación con los elementos que mencionamos previamente. Por ello, dentro del IMSS se llevó a cabo un proceso de reestructuración de sus 35 jefaturas de servicios de prestaciones médicas (JSPM) a fin de mejorar la calidad de los servicios e incrementar la eficiencia operativa de sus unidades médicas de primero y de segundo nivel, así como modernizar la supervisión integral de los procesos de promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación.

De igual manera, el Instituto ha estado desarrollando las áreas médicas de gestión desconcentrada (AMGD). En una AMGD se integran funcional y programáticamente todos los recursos médicos y presupuestales a fin de dar respuesta congruente a las necesidades de salud y demandas de atención de la población. Es un esquema que pretende avanzar hacia un sistema de autonomía de gestión en el cual las empresas, las aseguradoras y las instituciones comprenden servicios de salud a estas áreas médicas, las cuales están a su vez vinculadas con las unidades médicas de alta especialidad (UMAE) a través de los GRD/GRAA o de pagos prospectivos por padecimiento.

Por su parte, los GRD son una herramienta reconocida en muchos países del mundo y se utiliza frecuentemente para intercambiar recursos por servicios y

para medir la gestión hospitalaria, calidad y eficiencia de las instituciones que prestan los servicios de salud. Por ejemplo, el GRD 684, Insuficiencia renal sin complicaciones ni comorbilidades, ha sido calculado para 11 hospitales de especialidades en el IMSS, presentando variaciones importantes en los días/paciente: 49 días en el hospital de especialidad (HES) de Mérida y 1,212 días en Veracruz. Misma variación se presenta con la letalidad, de un 1.6% en el HES de Torreón y hasta un 8.2% en el HES de Mérida.

Con estos datos se otorga información a los directivos de las unidades médicas para que realicen medidas de mejora de sus procesos de gestión de padecimientos y así disminuir, tanto los promedios de días/paciente que evidencian una calidad inadecuada en la atención, como la letalidad.

También los GRD ayudan a realizar costeos claros y comparativos de un mismo padecimiento en diferentes tipos de unidades médicas. Por ejemplo, el GRD 343, Apendicetomía sin diagnóstico principal complicado, resulta más costosa su atención en el segundo nivel que en el tercer nivel; mientras que el costo del GRD 766, Cesárea sin complicaciones, es superior en el tercer nivel que en el segundo nivel.

Es indispensable para la reforma del SNS contar con un sistema de evaluación del desempeño que le permita al comprador de servicios tener claridad de que lo que está comprando con base en los criterios de eficiencia, oportunidad y calidad esperados.

Lo anteriormente expuesto se divide en dos discernimientos: el primero corresponde a una evaluación de eficiencia, a través de una serie de indicadores de productividad y calidad, tales como el número de consultas preventivas o el número de intervenciones durante el control del embarazo, es decir, todos aquellos indicadores que puedan medir los servicios de salud.

El segundo corresponde a la posibilidad de realizar mediciones de satisfacción. La última encuesta de satisfacción de derechohabientes que se realizó en el Instituto, bajo los criterios de Transparencia Mexicana<sup>8</sup>, arrojó que el 81% de las personas que fueron entrevistadas al salir de una UMAE se encontraban muy satisfechas o satisfechas con la atención que recibieron.

Finalmente, estos elementos nos inducen a la correcta aplicación de los recursos de las instituciones de salud, con base en la medición de la productividad, eficiencia, calidad y satisfacción de los derechohabientes.

La transformación de los sistemas de salud debe ser independiente del esquema de aseguramiento y de las

reglas de integración que se establezcan, para atender eficientemente la problemática de salud que se presenta cotidianamente.

Los cambios epidemiológicos obligan a que las instituciones cambien constantemente sus estructuras y sus modelos de atención con el fin de abordar de mejor manera las problemáticas que se presenten.

Al respecto, se pueden establecer estrategias preventivas y curativas o de apoyo para fortalecer los procesos. Dentro de los programas que se han desarrollado en los últimos años dentro del IMSS resalta PrevenIMSS, programa desarrollado a principios de la década pasada integrado por cinco paquetes de salud diferentes de acuerdo con la edad y sexo de la población:

- Niños de 0-9 años.
- Adolescentes de 10-19 años.
- Mujeres de 20-59 años.
- Hombres de 20-59 años.
- Adultos mayores de 59 años.

En 2006 se otorgaron 8 millones de consultas, y para 2011 este número se incrementó a 23 millones. En este sentido, se ha llevado a cabo un gran esfuerzo por privilegiar la prevención y dirigir los recursos a fin de garantizar la salud de los derechohabientes y así contribuir a la viabilidad financiera de las instituciones.

Como parte de este programa preventivo, se realiza periódicamente una comparación entre las atenciones preventivas y las atenciones curativas. En 2006 se otorgaron 8.6 atenciones curativas por cada atención preventiva, mientras que en 2011 se otorgaron 3.5 atenciones curativas por cada una de las consultas preventivas. La meta es conseguir lo más pronto posible el esquema 1 a 1.

Por grupos de edad, el 84.9% de los niños acuden una vez al año a PrevenIMSS, mientras que el grupo que acude con menor frecuencia es el del adulto mayor, ya que tan solo el 52.4% acude a PrevenIMSS.

Para aumentar esta cifra, el Instituto realiza un gran esfuerzo mediante la implementación de diferentes programas, como el de la visita de comprobación de supervivencia, para motivar que el adulto mayor acuda a las unidades médicas.

Dentro de las estrategias curativas el Instituto implementó el programa DiabetIMSS, enfocado en la prevención secundaria del paciente diabético. De los 4 millones de pacientes diabéticos registrados en el IMSS, un millón y medio pueden ser candidatos a atenderse a través de DiabetIMSS, con lo que se pretende evitar las complicaciones derivadas de este padecimiento. El IMSS gasta más de 52 millones de pesos/

día como parte de la atención de estos pacientes, por lo que resulta indispensable contar con esquemas que permitan el control metabólico de los pacientes diabéticos.

El ChiquitIMSS es otro programa preventivo, enfocado en la atención de niños. Con este programa, en los últimos 5 años se ha registrado una disminución en la tendencia de sobrepeso y obesidad en los niños derivado de las intervenciones frecuentes y constantes, tanto en las unidades médicas como en escuelas, situación que ha mejorado las condiciones nutricionales de los niños.

Una de las estrategias implementadas para el fortalecimiento de la infraestructura y con resultados exitosos es la estrategia 6.º y 7.º día, mediante la cual el Instituto ofrece servicios de consulta externa los días sábados y domingos.

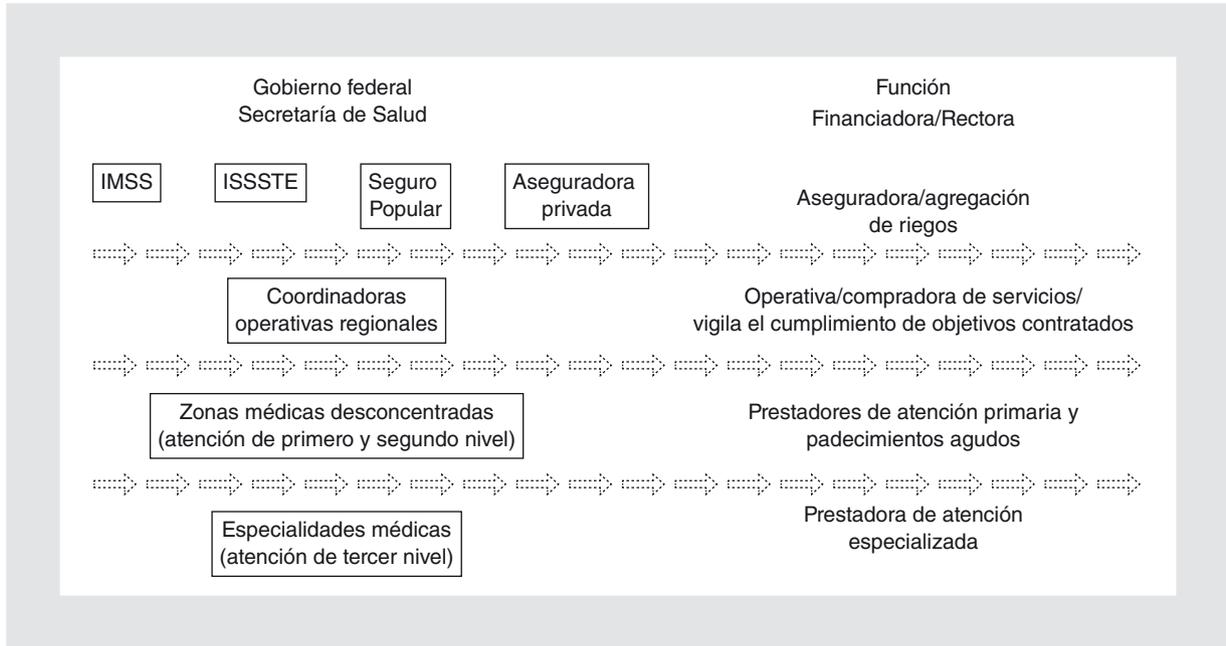
La estrategia Hospital sin Ladrillos ha permitido la recuperación de espacios que originalmente estaban destinados para camas de hospital, pero que por diversos motivos han sido utilizados para otras necesidades. Con la transformación de camas de ginecología y pediatría hacia medicina interna, en los últimos años se ha logrado la recuperación de más de 2,500 camas adicionales, equivalente a la construcción de 17 hospitales de 144 camas, con un valor unitario de 750 millones de pesos.

Para finalizar, en la figura 3, se muestra un esquema que permite ordenar por funciones a las instituciones públicas y privadas del SNS, a fin de obtener mejores resultados en la utilización de los recursos que se destinan para lograr que toda la población mexicana reciba servicios médicos con calidad, y basados en un esquema de intercambio de servicios y de costeos reconocido por todas las instituciones de salud.

Es necesario modificar la forma actual del SNS hacia un nuevo esquema de salud pública para toda la población, que a su vez garantice la viabilidad financiera de las instituciones.

Hablando específicamente del IMSS, anualmente se incrementa el costo de la nómina del Instituto asociado a los pagos de servicios de personal y de régimen de jubilaciones y pensiones (RJP). De continuar la tendencia actual, se espera que en pocos años el costo de la nómina se incrementará por encima de los ingresos del Instituto por concepto de cuotas obrero-patronales, situación que pone en riesgo la operación del Instituto.

Por ello, para la integración del sistema es necesario el saneamiento financiero de las instituciones que lo conforman. Sería deseable que el gobierno federal asumiera la carga del pasivo laboral de las instituciones,



**Figura 3.** Imagen objetivo de un esquema de aseguramiento público en salud. IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (adaptado de Desarrollo propio, IMSS).

a fin de restar el peso del incremento de la nómina y únicamente los ingresos se concentrarían en la prestación de servicios, separando el financiamiento de la atención médica.

Asimismo, se propone legislar la contribución social garantizada para la salud con base en impuestos generales, eliminando la recaudación de cada institución. Dicha situación unificaría financieramente a las instituciones y otorgaría mayores beneficios para los derechohabientes, independientemente de su condición de aseguramiento.

Finalmente, es de vital importancia privilegiar la prevención por encima de la atención, por lo que se propone implantar para toda la población programas exitosos de prevención y atención a la salud, lo cual

es relevante en función de la transición epidemiológica por la que transita la población nacional.

### Bibliografía

1. Dirección de Incorporación y Recaudación. IMSS, diciembre 2011.
2. Gasto en salud en México como porcentaje del PIB. OCDE Health Data 2011.
3. Cifra estimada con datos de la Dirección de Incorporación y Recaudación del IMSS.
4. OCDE Health Data 2011. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. EUA, 2011.
5. Cifra reportada por las instituciones (ISSSTE-SPSS) al cierre 2011.
6. Coordinación de prestaciones económicas. IMSS, noviembre 2011.
7. Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades.
8. La Encuesta de Satisfacción de Usuarios de Servicios Médicos del IMSS se integró por 38,081 entrevistas; 20,224 en primer nivel, 10,922 en segundo, y 6,935 en tercero. El levantamiento fue realizado por dos empresas independientes al Instituto, entre el 20 de junio y el 1.º de julio de 2011, teniendo un nivel de confianza del 95%.