

DOF: 07/09/2022**ACUERDO por el que se emite el Programa Estratégico de Salud para el Bienestar.****Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- SALUD.- Secretaría de Salud.**

JORGE CARLOS ALCOCCER VARELA, Secretario de Salud, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 4o, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 16, primer párrafo y 39, fracciones I y VI de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 7, fracciones I y II, 77 bis 5, apartado A, fracción I de la Ley General de Salud; 6 y 7, fracción XVI del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el artículo 4o, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, reconoce el derecho humano que toda persona tiene a la protección de la salud, así como establece que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud; establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, y definirá un Sistema de Salud para el Bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social;

Que en términos del artículo 39, fracciones I y VI de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la Secretaría de Salud es la encargada de elaborar y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos, servicios médicos gratuitos universales y salubridad general, así como planear, normar, coordinar y evaluar al Sistema Nacional de Salud y proveer la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud;

Que en el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, quedó plasmado el compromiso del Gobierno Federal para realizar las acciones necesarias tendientes a garantizar que hacia el 2024, todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención a la salud gratuita, integral y de calidad, incluido el suministro de medicamentos, materiales de curación y los exámenes clínicos;

Que el Programa Sectorial de Salud 2020-2024, establece en su Objetivo prioritario 1: *Garantizar los servicios públicos de salud a toda la población que no cuente con seguridad social, el acceso gratuito a la atención médica y hospitalaria, así como exámenes médicos y suministro de medicamentos incluidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud;*

Que el artículo 7, fracciones I y II de la Ley General de Salud, establece que la coordinación del Sistema Nacional de Salud está a cargo de la Secretaría de Salud, a la que le corresponde, establecer y conducir la política nacional en materia de salud y la coordinación de los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen;

Que el artículo 77 bis 5, apartado A, fracción I de la Ley General de Salud, establece que en la ejecución de la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados, para las personas sin seguridad social, le corresponde a la Secretaría de Salud, desarrollar, coordinar, supervisar y establecer las bases conforme a las cuales las entidades federativas y, en su caso, la Federación llevarán a cabo dicha prestación gratuita, para lo cual, formulará un programa estratégico en el que se defina la progresividad, cobertura de servicios y el modelo de atención, de conformidad con las disposiciones reglamentarias aplicables, y

Que el Programa Estratégico de Salud para el Bienestar atiende una de las prioridades del desarrollo integral en materia de salud pública del país, y en él se expresan los objetivos, estrategias y acciones que definirán la actuación de las entidades coordinadas del sector y de los organismos federales que participan en la implementación de la estrategia de federalización de los servicios de salud; comprendiendo que, en esta tarea, es imprescindible maximizar el derecho a la protección de la salud de toda la población, para acceder a una atención integral, he tenido a bien expedir el siguiente

ACUERDO

ARTÍCULO PRIMERO. Se emite el Programa Estratégico de Salud para el Bienestar, como Anexo único del presente Acuerdo.

ARTÍCULO SEGUNDO. El Programa Estratégico de Salud para el Bienestar, es de observancia obligatoria para las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, integrantes del Sistema Nacional de Salud, que llevan a cabo la prestación gratuita de servicios de salud a personas sin seguridad social, en el ámbito de sus respectivas competencias.

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Acuerdo entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO. La Secretaría de Salud y las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, integrantes del Sistema Nacional de Salud, que llevan a cabo la prestación gratuita de servicios de salud a personas sin seguridad social, en el ámbito de sus respectivas competencias, ejecutarán el Programa Estratégico de Salud para el Bienestar, con cargo a su presupuesto aprobado en los Presupuestos de Egresos de la Federación para los ejercicios fiscales que correspondan.

Dado en la Ciudad de México, a 31 días del mes de agosto de dos mil veintidós.- El Secretario de Salud, **Jorge Carlos Alcocer Varela.**- Rúbrica.

PROGRAMA Estratégico de Salud para el Bienestar

Contenido del documento

1. Presentación
2. Fundamento normativo de elaboración del Programa
3. Origen de los recursos para la instrumentación del Programa
4. Análisis del estado actual
 - 4.1. Antecedentes
 - 4.2. Los Determinantes Sociales de la Salud y grupos vulnerables
 - 4.3. La población mexicana en la salud enfermedad
 - 4.4. Accesibilidad geográfica y desierto de infraestructura en salud
 - 4.5. México ante el mundo
5. Fortalecimiento de la rectoría de la Secretaría de Salud para consolidar el Sistema de Salud para el Bienestar
 - 5.1. Federalización de los servicios de salud en el Sistema de Salud para el Bienestar
 - 5.2. Rediseño institucional para el fortalecimiento de la rectoría
 - 5.3. Articulación y prestación de los servicios de salud
 - 5.4. Servicio Nacional de Salud Pública (SNSP)
6. Objetivos prioritarios, estrategias y acciones puntuales
7. Vinculación de los objetivos prioritarios del Programa Estratégico con el PSS
8. Evaluación y rendición de cuentas
 - 8.1. Metas e indicadores para el bienestar

Glosario, siglas y acrónimos

1. Presentación

El Programa Estratégico de Salud para el Bienestar en materia de salud pública ha sido elaborado tomando como punto de partida la visión de la creación de un verdadero Estado de Bienestar; tiene por objeto la consolidación del Sistema de Salud para el Bienestar establecido en la reforma al artículo 4o constitucional, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 8 de mayo de 2020.

El Gobierno de la Cuarta Transformación impulsa como uno de sus ejes rectores el acceso a la salud para toda la población. En el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 (PND) quedó plasmado el compromiso del Gobierno Federal para realizar las acciones necesarias tendientes a garantizar que hacia el 2024, todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención a la salud -médica y hospitalaria- gratuita, integral y de calidad, incluido el suministro de medicamentos, materiales de curación y los exámenes clínicos.

Este Programa Estratégico deriva del PND y del Programa Sectorial de Salud 2020-2024 (PSS), su naturaleza jurídica es la de un programa especial, que atiende una de las prioridades del desarrollo integral en materia de salud pública del país, y en él se expresan los objetivos, estrategias y acciones que definirán la actuación de las entidades coordinadas del sector y de los organismos federales que participan en la implementación de la estrategia de federalización de los servicios de salud; comprendiendo que, en esta tarea, es imprescindible reivindicar el derecho a la salud de toda la población para acceder a una atención a la salud digna.

En la consolidación del Sistema de Salud para el Bienestar se fomentará que las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud colaboren de manera articulada, bajo un enfoque de derechos humanos, para garantizar la continuidad en la prestación de servicios de salud y el fortalecimiento de los planes y programas prioritarios impulsados por el Gobierno Federal, así como en la creación y sostenimiento de entornos saludables y seguros, y de otras políticas que incidan sobre los Determinantes Sociales de la Salud que propician desigualdades.

Para ello, la reestructuración institucional basada en una mejor coordinación intersectorial y la construcción del andamiaje legal para la consolidación de este Sistema buscará que la federalización de los servicios de atención médica dirigidos a la población sin seguridad social, a través del Programa IMSS-BIENESTAR (IMSS-BIENESTAR), en las entidades federativas que adopten libremente esta estrategia, fortalezca la rectoría de la Secretaría de Salud sobre el Sistema Nacional de Salud con un enfoque de salud pública que permita que cualquier persona, sin importar su condición económica, social o cultural, se atienda de manera digna, bajo cuidados integrales y eficientes, de tal forma que la salud deje de ser, en definitiva, un privilegio y se garantice el derecho de todas y todos.

2. Fundamento normativo de elaboración del Programa

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo 4o, párrafo cuarto, que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, así como que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud; establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general; y definirá un Sistema de Salud para el Bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para

la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social. Igualmente, en su artículo 73 fracción XVI, se establece la facultad rectora de la Federación en materia de salubridad general.

Por su parte, la Ley General de Salud (LGS) regula el derecho a la protección de la salud, y la obligación del Estado de garantizarlo, estableciendo las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, así como la concurrencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

Asimismo, el artículo 7, del citado ordenamiento dispone que la coordinación del Sistema Nacional de Salud está a cargo de la Secretaría de Salud, precisando en sus fracciones I y II que le corresponde a ésta, entre otras funciones, establecer y conducir la política nacional en materia de salud y, la coordinación de los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen; además de la prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados que requieran las personas sin seguridad social.

A su vez, el artículo 77 bis 5, apartado A, fracción I, de la LGS, establece la competencia de la Secretaría de Salud, en la ejecución de la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados, para las personas sin seguridad social, el cual consiste en desarrollar, coordinar, supervisar y establecer las bases conforme a las cuales las entidades federativas y, en su caso, la Federación llevarán a cabo la prestación gratuita de servicios de salud, para lo cual, formulará un *programa estratégico* en el que se defina la progresividad, cobertura de servicios y el modelo de atención, de conformidad con las disposiciones reglamentarias aplicables, con la finalidad de contribuir a garantizar el acceso a estos servicios.

Por su parte, el artículo 39, fracción I, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal establece que es facultad de la Secretaría de Salud, entre otros, elaborar y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos gratuitos universales y de salubridad general, con excepción a lo relativo al saneamiento del ambiente, y coordinar los programas de servicios a la salud de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que en su caso se determinen.

Por lo anterior, la elaboración de este Programa se realiza con apego a las disposiciones mencionadas y de acuerdo a los artículos 16, fracciones IV y VIII, y 26, de la Ley de Planeación, cuya estructura y contenidos atienden lo establecido en la "Guía para la elaboración de programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024".

El Programa Estratégico de Salud para el Bienestar es un programa derivado del PND y del PSS, y de conformidad con las disposiciones mencionadas, es un programa especial en el cual participan diversas instituciones del sector salud, para la implementación de la estrategia de federalización de los servicios de salud, a través del cumplimiento de los objetivos, estrategias y acciones para garantizar la atención a la salud y medicamentos gratuitos para todas las personas sin seguridad social, el rediseño del esquema fragmentado de la atención médica y la consecuente transformación del modelo correspondiente, siendo la Secretaría de Salud la institución responsable de coordinar la publicación, ejecución, seguimiento y evaluación del Programa.

3. Origen de los recursos para la instrumentación del Programa

El financiamiento, como una de las funciones de los sistemas de salud, corresponde a un elemento medular en la construcción de un sistema público de salud óptimo que permita asegurar servicios y programas de calidad para la población. El gasto público en salud en nuestro país fue en promedio, de 2003 al 2018, el 2.8 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB), lo cual posiciona a México entre los países con menor gasto sanitario entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), cuyo promedio fue de 6.6 por ciento en 2020(1). Esto, y el gasto per cápita en salud dirigido a las personas sin seguridad social que es cerca de cuatro veces menor respecto al gasto per cápita de las instituciones de seguridad social(2), ha contribuido a perpetuar una potencial desigualdad en el acceso a servicios de salud entre estos sectores de la población.

Ante este panorama, y considerando el objetivo tres de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), el cual versa sobre "garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades", se vuelve imperativo hacer más eficiente e incrementar progresivamente el gasto público destinado a los servicios de salud para personas sin seguridad social. En este sentido, con la federalización de los servicios de salud y con la estrategia de salud pública, se abre la posibilidad de optimizar de mejor manera los recursos federales, hoy fragmentados en la operación de los 32 Servicios Estatales de Salud (SESA) y, con ello, generar economías de escala en la asignación de recursos y en las compras de los insumos y medicamentos necesarios para proporcionar servicios de calidad a la población sin seguridad social.

El presupuesto anual no deberá ser inferior al del ejercicio fiscal inmediato anterior, por lo cual, el financiamiento del nuevo sistema de salud estará basado en la progresiva suficiencia de recursos para la atención a la salud y la gratuidad de los medicamentos asociados de probada efectividad terapéutica, sin aportaciones o cuotas de recuperación por servicios de salud a la población sin seguridad social.

Considerando el financiamiento como un instrumento que promueva la cobertura universal de los servicios de salud con equidad, los criterios para la asignación y aplicación de los recursos financieros del presupuesto anual tomarán a la población sin seguridad social como base para una transferencia ajustada de acuerdo con las necesidades en salud de las entidades federativas, teniendo en cuenta la incorporación de capital humano y el fortalecimiento de la infraestructura de salud existente. Lo anterior forma parte de las acciones del compromiso gubernamental para la reducción de las desigualdades territoriales en salud.

En este contexto, la totalidad de las acciones que se consideran en este Programa Estratégico, resumidas en sus objetivos y estrategias prioritarias, así como las labores de coordinación interinstitucional para la instrumentación de dichas acciones, con su respectivo seguimiento y reporte, se realizarán con cargo al presupuesto autorizado de los ejecutores de gasto participantes.

La Secretaría de Salud, como autoridad sanitaria, establecerá los mecanismos para el financiamiento de las estrategias y acciones de servicios de salud que, desde un enfoque de funciones esenciales de salud pública, permitan la cobertura sanitaria del IMSS-BIENESTAR.

Con el fin de asegurar que se lleven a cabo las acciones que garanticen el acceso a la salud para la población sin seguridad social, el Programa Estratégico tendrá diversas fuentes de financiamiento. La primera, es el presupuesto anual que reciben directamente la Secretaría de Salud y el IMSS-BIENESTAR de los Ramos 12 y 19 respectivamente, del Presupuesto de Egresos de la Federación.

La segunda fuente la establece la Ley de Ingresos de la Federación del Ejercicio Fiscal 2022, la cual, en su Artículo Transitorio Décimo Sexto, faculta al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a celebrar acuerdos de coordinación con las entidades federativas sobre el proceso de federalización de los servicios de atención a la salud. En estos acuerdos se establecerán los montos que los gobiernos de las entidades federativas transferirán al IMSS, para su aplicación en el IMSS-BIENESTAR, con cargo a recursos propios o de libre disposición; o bien, a los recursos del fondo de aportaciones a los que se refiere el artículo 25, fracción II, de la Ley de Coordinación Fiscal.

El financiamiento derivado de los acuerdos de coordinación que se celebren entre el IMSS y las entidades federativas para la operación del IMSS-BIENESTAR, se utilizará atendiendo a los términos establecidos en los artículos 25 y 26 de la LGS.

La tercera fuente de financiamiento estará basada en los Convenios de Colaboración en materia de transferencia de recursos presupuestarios federales que firmen entre la Secretaría de Salud, el IMSS, el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) y los gobiernos de las entidades federativas, para la transferencia de fondos que le permitan operar bajo su administración los servicios de salud transferidos.

El IMSS-BIENESTAR podrá ampliar su capacidad de resolución en la atención a la población sin seguridad social mediante la firma de Convenios de Colaboración con Entidades Públicas, tomando como referencia el Convenio Marco Interinstitucional de Intercambio de Servicios vigente y sus condiciones y tarifas de aplicación.

Aunado a ello, el IMSS-BIENESTAR suscribirá un Acuerdo de Coordinación con el IMSS para que, en los periodos temporales que sean acordados, se informe al IMSS-BIENESTAR acerca de las personas usuarias y beneficiarias que son dadas de baja como asegurados al IMSS y no acrediten el derecho a la atención de salud. Esto, con la finalidad de que el número promedio de personas en dicha situación sea considerado para su financiamiento como población efectivamente cubierta.

A partir de lo establecido en cada una de las fuentes de financiamiento, las instituciones involucradas tendrán una estrecha colaboración con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) para delimitar los mecanismos y las directrices que aseguren la ejecución, la trazabilidad y la rendición de cuentas del recurso en el periodo establecido a lo largo del presupuesto anual.

En función a la estructura del financiamiento, se adecuarán los planes de infraestructura, equipamiento, personal, medicamentos e insumos para la salud. Se considerarán enfoques para movilizar recursos para la salud y asegurar que se asigne de manera suficiente a la prestación de servicios, recursos y programas, con la finalidad de garantizar que las personas puedan acceder a servicios gratuitos y de calidad al momento de ser requeridos.

4. Análisis del estado actual

4.1. Antecedentes

La construcción del sistema de salud en México comenzó a principios del siglo XX, con la creación del Consejo Superior de Salubridad y del Departamento de Salubridad en 1917, cuyo objetivo fue atender las emergencias de salud pública que se presentaron en el país en el contexto de la Revolución Mexicana.

En la Constitución de 1917 se reconocieron por primera vez los derechos sociales de las personas, siendo el primer referente a nivel mundial, los cuales, aunque se expresaron como "garantías individuales", constituyeron los cimientos de un sistema para garantizar los derechos humanos, en el que el Estado estaba enfocado al beneficio de los ciudadanos. Prueba de ello fue el establecimiento de un sistema de seguridad social para la clase trabajadora, acción que sin duda sentó las bases del pacto federal, que no solo se enfocó a la división funcional y territorial de atribuciones, sino que implicó una auténtica integración política, social y económica en diversos ámbitos, incluyendo el de salud.

Derivado de las condiciones políticas y sociales de esta época, que imposibilitaron la consolidación de una visión universal, equitativa y unificada de los derechos sociales de la ciudadanía, el avance del derecho a la atención médica fue paulatino. Desde entonces, el progreso en su conformación vivió una constante fragmentación de la responsabilidad estatal en la participación institucional.

En 1937, el presidente Lázaro Cárdenas creó la Secretaría de Asistencia y en 1943, con la fusión de esta institución y el Departamento de Salubridad se dio origen a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, instancia que, además de encargarse de regir la política nacional en materia de salud, organizaría los servicios de salud para la población no sujeta a un régimen laboral formal. En ese mismo año nació el IMSS con el objetivo de garantizar el derecho humano a la salud para la clase trabajadora. Con la creación de ambas instituciones se generaron distintos tipos de beneficios en los servicios de salud, con diferentes fuentes de financiamiento, lo cual provocó que la protección de los medios de subsistencia y servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo no lograran el estatus de universalidad. Posteriormente, en 1960, se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para dar cobertura a la seguridad social de los funcionarios públicos y a sus familias.

Los retos que planteó la extensión territorial de México y los aún incipientes mecanismos de comunicación hacían evidente la necesidad de establecer una adecuada coordinación en el sector salud, por lo que surgieron los primeros esfuerzos de integración mediante la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios de Salubridad, la cual, entre otros asuntos, dispuso la existencia de convenios entre el Departamento de Salubridad Pública y los Gobiernos de los Estados para la creación de los Servicios Coordinados de Salud Pública.

Paralelamente, el crecimiento económico sostenido que México alcanzó a mediados del siglo XX entró en una fase crítica a comienzos de los años 70, por lo que la oferta laboral fue insuficiente para absorber a toda la fuerza de trabajo que buscaba

incorporarse al sector formal de la economía, propiciando una crisis tanto de los sistemas de atención a los trabajadores y sus familias, como del subsistema de salud para la población sin seguridad social. La población rural, campesina e indígena ubicados en los deciles con menores ingresos, al carecer de capacidad contributiva, quedaban con acceso limitado a los servicios básicos, incluyendo la salud. Ante estas circunstancias, el 21 de enero de 1977 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Acuerdo que creó la Unidad de Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), como parte de una política integral para atender la pobreza, para estudiar y proponer la atención eficaz de las necesidades de las zonas deprimidas y los grupos marginados, y para sugerir la coordinación de las acciones de las dependencias o entidades de la Administración Pública.

Poco más de un año después, del 6 al 12 de septiembre de 1978, México al igual que las delegaciones de 133 gobiernos, asistieron a la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma Ata(3), antigua república de Kazajistán. Durante el evento se declaró que el estado de salud de millones de personas en el mundo era inaceptable, ya que más de la mitad no recibía asistencia de salud adecuada. Así mismo, se estableció que la atención primaria de salud es fundamental para alcanzar un nivel aceptable de salud que forme parte de un desarrollo social inspirado en la justicia social -para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo-.

En este contexto y con la finalidad de acelerar la ampliación de la cobertura en salud a las zonas marginadas de México, aprovechando la fortaleza institucional y experiencia del IMSS, la Presidencia de la República, en 1979, suscribió con el IMSS un convenio de coordinación para el establecimiento de servicios de solidaridad social que derivó en la creación del Programa IMSS-COPLAMAR, actualmente IMSS-BIENESTAR desde 2019.

Derivado de las crisis económicas de los años 80 y 90, las cuales afectaron directamente a las personas, comunidades y familias de diversos países de la región, así como de las recomendaciones de organismos internacionales, algunos gobiernos, entre ellos el de México, realizaron ajustes estructurales para reducir el gasto en educación, salud y otros servicios sociales, que incluyó llevar a cabo procesos de descentralización de los servicios de salud a los niveles subnacionales, en el caso de México a las entidades federativas.

En 1982, el gobierno nacional se dio a la tarea de enfrentar la crisis con una serie de reformas, las cuales tuvieron como finalidad transferir recursos y facultades en materia de salud a los gobiernos estatales, pensando que ejecutarían con mayor eficacia el gasto y mejorarían los servicios de salud. En este proceso, se identificaron dos etapas: en la primera, se desconcentraron funciones y se descentralizaron algunas instituciones, mientras que la segunda concentró su atención en los aspectos reguladores.

En 1983, se modificó el artículo 4o de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, elevando a rango constitucional el derecho a la protección de la salud; sentando las bases para la descentralización gradual de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia; y determinando la descentralización de los servicios de salud tanto de la Secretaría de Salubridad y Asistencia como del Programa IMSS-COPLAMAR a los gobiernos estatales, aunque, en este último caso solo se consolidó en 12 entidades federativas.

Asimismo, se establecieron los Servicios Estatales de Salud con el fin de garantizar la atención a la salud y de instrumentar las acciones de salud pública y de regulación sanitaria. Además, se creó el Consejo Nacional de Salud como una instancia de coordinación entre la Federación, las entidades federativas y la Ciudad de México.

Durante esta etapa, el IMSS se consolidó como una institución fuertemente arraigada en la población, con la mayor experiencia en el cuidado de la salud de las y los mexicanos, asumiendo responsabilidades sectoriales crecientes que contrastaban con los pobres esfuerzos que se hacían desde las entidades federativas.

En 1984, con la publicación de la Ley General de Salud, la cual es reglamentaria del derecho a la protección de la salud consagrado en la Constitución, se establecieron las bases para el desarrollo del proceso de descentralización de los servicios de salud y los mecanismos de coordinación entre la Federación y las entidades federativas con el fin de transferir a estos la responsabilidad de prestar servicios de salud y medicina preventiva a la población sin seguridad social, así como la operación directa de los recursos financieros destinados a la cobertura de salud de este grupo poblacional.

Se estableció la obligación del Estado de garantizar el derecho a la protección de la salud, ya sea de forma directa o bien, por medio de la coordinación con el sector público o privado, así como las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

La imposición de una visión descentralizadora enfrentó diversos problemas, entre ellos, la necesidad de implementar reformas legislativas y administrativas profundas y la ausencia de medios que facilitaran la continuidad de la atención médica en el constante tránsito de los ciudadanos en un sistema de salud segmentado por la condición laboral. Otro aspecto crítico fueron los débiles mecanismos de financiamiento y provisión de servicios para la población sin acceso a la seguridad social, que acentuaron las condiciones desiguales de salud entre grupos poblacionales.

Estas fallas estructurales en el acceso a la salud condicionada por la segmentación de este derecho con base en la condición laboral; así como la falta de un mecanismo claro de continuidad de la atención médica para las personas trabajadoras (y sus familias) que perdían el empleo formal; además del subfinanciamiento del sistema de salud para la población sin seguridad social, propiciaron la expansión del sector privado de la atención médica y el consecuente incremento del gasto en salud por las familias, que actualmente es responsable de poco más del 40 por ciento del gasto total en salud del país(4).

Durante el sexenio de 1994-2000, la Secretaría de Salud, los gobernadores de los 31 estados de la República y el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud firmaron, el 20 de agosto de 1996, un nuevo Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud. En este Acuerdo se propuso el fortalecimiento del federalismo mexicano y la necesidad de redefinición estructural del sistema de salud, dando continuidad a la transferencia por parte del Gobierno Federal a las entidades federativas de la responsabilidad de prestar servicios de salud y medicina preventiva a las personas sin seguridad social.

El proceso de desincorporación de los servicios de salud federales hacia los estados siguió una lógica neoliberal de construcción institucional, la cual fragmentó en 32 entidades federativas la responsabilidad de la organización y gestión de los servicios de salud dirigidos a la población sin seguridad social; acentuando la fragmentación del sistema de salud, que ya se encontraba dividido entre derechohabientes y personas sin acceso a las instituciones de seguridad social. Lo anterior derivó en una mayor desarticulación de las capacidades de atención a la salud del sector público, dificultando el progreso hacia la erradicación de las asimetrías sociales y la cohesión social.

A partir de 2003, como último eslabón de una serie de reformas fallidas, se instrumentó una estrategia que pretendía mejorar el acceso a servicios de salud para la población sin seguridad social, basada en un nuevo esquema de financiamiento y operatividad denominado Sistema de Protección Social en Salud, siendo su brazo operativo el denominado Seguro Popular, dirigido a las familias y personas sin seguridad social que no contaran con algún otro medio de previsión en salud.

Este programa generó mayores problemas que los supuestos beneficios que pretendía resolver. Fue notorio que, lejos de cumplir con la agenda integral en materia de salud, lo que se aspiraba con el Seguro Popular era implementar una estrategia emergente de "financiamiento", la cual falló al no garantizar el incremento progresivo del presupuesto en salud, de un sector que fue poco planeado y abandonado.

De igual forma, se quedó muy lejos de la meta de cobertura universal para la población sin seguridad social que, para 2018, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política del Desarrollo Social (CONEVAL) contabilizó en 22.4 millones de mexicanas y mexicanos que carecían de acceso a los servicios de salud(5).

Además, el gasto directo de las familias para solventar requerimientos de la atención de la salud, lejos de disminuir, se vio incrementado. A nivel nacional, de 2014 a 2018, hubo un crecimiento de 4 millones de personas que ejercieron gasto de bolsillo para la atención de su salud. De acuerdo con la OCDE, el gasto de bolsillo en México representó el 45 por ciento del gasto total en salud en los últimos 10 años, por lo que nuestro país escaló hasta convertirse en el segundo país con el gasto de bolsillo más alto dentro de los 36 países que conforman la OCDE al cierre del 2018(6), ya que las familias mexicanas requerían cubrir gastos de salud en padecimientos que no se encontraban cubiertos por el Seguro Popular en su Catálogo Universal de Servicios de Salud y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. Lo anterior implicó que, para muchas las familias mexicanas, padecer estas enfermedades no cubiertas se convirtiera en una sentencia que las orillaba a vivir en la pobreza.

En concreto, el Seguro Popular no consiguió una mejora sustancial en los indicadores básicos de salud de la población, ni que el derecho a la salud se abordara de manera integral bajo un enfoque de promoción de la salud y prevención de enfermedades, con consideración a los determinantes ambientales y sociales de la salud.

A finales del sexenio 2012-2018, en el país persistían problemas significativos de accesibilidad en el primer nivel de atención identificados como "desiertos de atención"(7), en los cuales habitaban millones de mexicanos que no contaban con acceso efectivo a servicios públicos de salud.

La baja cobertura efectiva del sistema imposibilitó una atención cercana y sostenida en el curso de la vida, aspecto crucial para quienes viven con una enfermedad crónico-degenerativa, reflejándose tanto en las elevadas tasas de mortalidad para diabetes, enfermedad cerebrovascular, cardiopatías isquémicas y diversos tipos de cáncer, como también en el tratamiento poco efectivo de numerosos padecimientos y necesidades de atención. Por ejemplo, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19 señala que solo un 86.9 por ciento de las personas adultas que viven con diabetes lleva un tratamiento farmacológico para controlar esta enfermedad(8), abonando que quienes no cuenten con los tratamientos necesarios puedan desarrollar complicaciones como la insuficiencia renal, infartos, amputaciones y ceguera.

A esto se sumó que las y los médicos generales y personal de enfermería que compone la fuerza de trabajo del primer nivel de atención, con frecuencia no contaba con los insumos necesarios ni con las oportunidades de capacitación y actualización médica para dar una atención de calidad. Asimismo, el desempeño limitado de los hospitales y la falta de especialistas en éstos, así como el creciente número de consultas ambulatorias en consultorios de farmacias privadas, evidenciaron que la capacidad resolutive del primer nivel de atención era limitada, muy lejos de resolver entre el 70 y 80 por ciento de los problemas de salud y aplicar todas las medidas preventivas y de diagnóstico temprano a lo largo del curso de la vida(9). Cuando este primer contacto falla y las enfermedades no son controladas de manera adecuada, causan gastos adicionales al sistema de salud y pérdidas a la economía nacional y de los hogares, generando pobreza y ampliando las brechas de desigualdad.

Aunado a la mala administración de los servicios de salud y a la falta de atención integral a la salud de las y los usuarios, se instaló un andamiaje jurídico que desdibujó el papel rector en salud de la Secretaría de Salud, para imponer una visión empresarial que rebajó el papel del sector público ante poderosos intereses particulares. Frente a la escasez de insumos, la carencia de instalaciones adecuadas y la saturación de los servicios de salud, el Seguro Popular recurrió a la subrogación de servicios con prestadores médicos privados, provocando una deuda creciente, deteniendo el desarrollo de la infraestructura pública, reduciendo las capacidades de cobertura del Estado y beneficiando a empresarios privados de la salud, que en muchos casos actuaron con poco escrúpulo hacia la misión social que tiene el sector.

La infraestructura física de las unidades de salud no creció a la par de las necesidades de la población, ni tampoco la contratación de los recursos humanos necesarios para atender a las personas con o sin seguridad social. De hecho, el esquema de intercambio de servicios entre todas las instituciones del sector fracasó. Estos instrumentos no garantizaron la continuidad de los tratamientos en los diferentes niveles de atención o bien, entre los SESA, los Institutos de Seguridad Social, los Institutos Nacionales de Salud y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad.

Desde el ámbito federal, la Secretaría de Salud realizó evaluaciones y propuso correcciones a las acciones de los SESA que en muchos casos no fueron atendidas. Durante las evaluaciones realizadas en 2017 y 2018, se identificaron diversas deficiencias con impacto directo en la salud de la población, como son: desabasto de medicamentos e insumos, falta de personal, sobrecarga de servicios y malas condiciones de trabajo en las unidades de salud(10).

Cabe señalar que, durante este proceso de descentralización del Sistema Nacional de Salud, los servicios de salud a nivel estatal no tuvieron la debida planeación y tampoco se garantizó la capacidad técnica ni operativa conforme a lo programado. Por

el contrario, aumentaron las desigualdades entre las entidades federativas y las políticas aplicadas en la materia; así como la persistencia de numerosas inequidades e insuficiencias gerenciales, entre las cuales se encuentran: 1) la segmentación institucional; 2) la duplicidad de gastos; 3) el rezago en el fortalecimiento de las estructuras; 4) la inequitativa distribución geográfica de los recursos; 5) la desbalanceada disponibilidad de recursos humanos; y, 6) las diferencias en calidad y los crecientes costos de la demanda y precios de los insumos de la salud; traduciéndose todo esto en la falta de acceso universal a los servicios de salud de la población. Este panorama evidenció que ninguna de las reformas implementadas antes de 2019 fue adecuadamente diseñada para mejorar efectivamente los servicios de atención y aumentar la cobertura, ya que, en su mayoría fueron reformas de orden financiero que no consideraron la salud y el bienestar de la población.

El desmantelamiento de las instituciones públicas de salud y seguridad social, así como la carencia en el acceso a los servicios de salud, se vio acompañada de incrementos en los trámites burocráticos y en los actos de corrupción. La continuidad de las políticas neoliberales vinculadas con la descentralización, generaron que la provisión de los servicios de salud tomara un curso de deterioro progresivo alimentando un espacio de conflicto social.

Ante la realidad de que el Sistema Nacional de Salud se desarrolló desde una visión asistencialista, sin incidir desde su ámbito de competencia directamente sobre los Determinantes Sociales de la Salud, con un impacto limitado, fragmentado y con escaso valor social; la actual administración nacional ha diseñado y puesto en marcha una nueva forma de trabajo para abordar los problemas y superar la desigualdad de oportunidades en el acceso a los servicios de salud a través de un replanteamiento de la responsabilidad estatal respecto a la salud pública, el cual se vio plasmado desde el PND, reafirmando, como parte de la política de reivindicación social, que se llevarían a cabo las acciones necesarias para garantizar que todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos, materializándose legalmente a través de la reforma del 29 de noviembre de 2019, a la Ley General de Salud, así como con la reforma constitucional al artículo 4o, del 8 de mayo de 2020, en la que verdaderamente se reivindicó el derecho a la protección de la salud.

Esta nueva forma de entender la salubridad general planteada en la modificación constitucional tiene retos importantes, ya que el sistema de salud se encuentra en un marco de rectoría debilitada, cobertura limitada en su capacidad, no solamente de extensión territorial de los servicios de salud, sino también de enfoque sobre las materias de su interés, con una desarticulación intersectorial y recursos presupuestarios que no han sido ejercidos con eficacia, eficiencia y economía, alejando a la Secretaría de Salud de la posición rectora del funcionamiento de un Sistema Nacional de Salud universal, equitativo, integral, sustentable, efectivo y de calidad, con particular enfoque en los grupos de la población que viven en condición de vulnerabilidad.

Lo anterior refleja la urgencia del fortalecimiento en la rectoría de la autoridad sanitaria y la mejoría de la acción intersectorial sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud; de la consolidación de la protección y promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como la prestación de servicios integrales e incluyentes, basados en la atención primaria de salud, la generación y gestión adecuada de los recursos, el desarrollo de la evaluación de resultados y la investigación científica, fomentando también la participación de la sociedad con corresponsabilidad en la gestión de salud.

La transformación del sector salud que se propone es coherente con la Política Social que impulsa una estrategia integral para "No dejar a nadie fuera y no dejar a nadie atrás", con la cual se busca contribuir a la reducción de las desigualdades persistentes en el país y garantizar el derecho a la salud. La nueva política de salud fortalecerá las acciones de salud pública de manera paralela con servicios de atención médica integral con altos estándares de calidad técnica y ofertados con calidez por personal de salud profesional y técnico; con el objetivo de responder a las necesidades en salud de la población sin seguridad social desde un enfoque de derecho humano, con perspectiva de género, interculturalidad, inclusión social e intersectorialidad.

4.2. Los Determinantes Sociales de la Salud y grupos vulnerables

La reivindicación de la concepción de lo social requiere que se observe y analice al individuo como un ser inmerso en un entorno colectivo multifactorial, el cual lo determina y adapta al medio que lo rodea; por lo que la existencia de diversas circunstancias que no dependen directamente de la persona, sino de distintos factores, tales como los biológicos, el sexo o ciertas definiciones genéticas, económicos y sociales condicionados por cómo se distribuyen los recursos y las oportunidades de acceso a la riqueza; además de los que impactan en las actitudes de las personas, como pueden ser los estilos de vida adoptados individualmente o los entornos condicionantes de actitudes y comportamientos que propician un conjunto de determinantes sociales y ambientales que explican las diferencias e inequidades en los distintos contextos sociales; incluido el de salud.

La salud y el bienestar no son solo el resultado de la interacción de los individuos con el sistema de salud, sino también de "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, coexisten, trabajan y envejecen". Dichas circunstancias son el resultado de la distribución de los recursos (financieros y materiales), el poder a nivel mundial, nacional y en específico a nivel local, la cual depende en gran parte a las políticas sociales y fiscales adoptadas; y que terminan traduciéndose en grandes diferencias en materia de salud entre países desarrollados y los que se encuentran en vías de desarrollo. A la par, al interior de las naciones existen marcadas desigualdades entre estados, regiones y localidades con diferentes niveles de ingresos económicos que limitan el desarrollo humano de las personas y por lo tanto, sus Determinantes Sociales de la Salud (DSS)(11): (12).

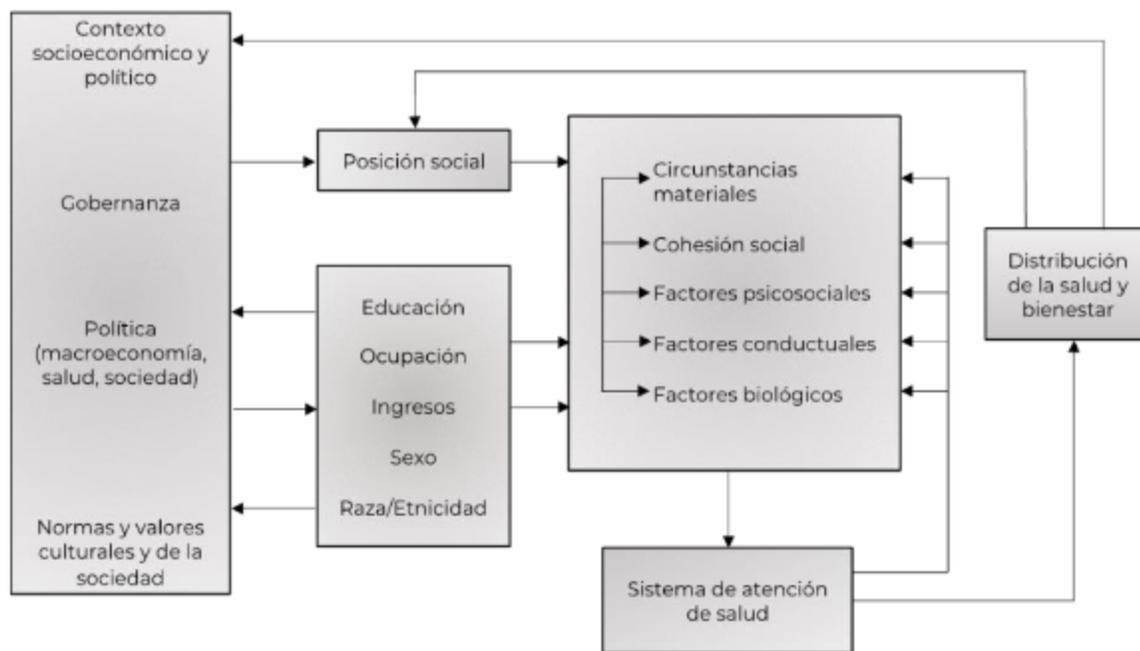
En esta forma de entender y analizar el entorno colectivo, la equidad en salud se define como la ausencia de diferencias injustas y evitables en el estado de salud de individuos, poblaciones o grupos que tienen distintas características socioeconómicas, demográficas o geográficas. Estas diferencias pudieran ser prevenidas y remediadas al tener su raíz en los procesos de estratificación de la sociedad y, por lo tanto, se encuentran vinculadas con la realidad política y las relaciones de poder de una sociedad.(13)

En la Figura 1, se muestra el marco conceptual de los DSS que adoptó la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el cual, los Determinantes Intermedios de la Salud se refieren a los factores que actúan directamente en la salud, a través de las conductas relacionadas con la misma y los factores biológicos y psicosociales(14). Se integra por los siguientes elementos:

- a. Circunstancias materiales: Son aquellas relacionadas con los entornos físicos. La vivienda es un

ejemplo (incluyendo las condiciones de construcción de esta, así como la localización), el consumo potencial (por ejemplo, el presupuesto para comprar alimentos saludables o ropa), las condiciones del lugar de trabajo y las características físicas del lugar en el que se encuentra. Dependiendo de la calidad de estas circunstancias, llegan a constituirse en recursos positivos para la salud o por el contrario pueden suponer un riesgo para la misma.

Figura 1. Marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud, Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud



Determinantes estructurales de la salud

Determinantes intermedios de la salud

Fuente: World Health Organization, 2007.

- b. **Circunstancias psicosociales:** Son los factores de estrés psicosocial. Se entienden como los eventos negativos en la vida o condiciones de vida estresantes, o aquellos factores positivos como las redes y el apoyo social. Diferentes grupos sociales están expuestos a diferentes experiencias y situaciones vitales que explican los patrones psicosociales que se confirman a largo plazo, asociados a las desigualdades en salud.
- c. **Hábitos o conductas relacionadas con la salud:** Son los factores que competen a la conducta de cada persona. Pueden ser, por ejemplo, la dieta, el consumo de alcohol o tabaco y el grado de actividad física. Dependiendo el patrón de exposición y vulnerabilidad, éstos pueden constituirse en factores protectores que potencian la salud, como la práctica regular de la actividad física, o perjudiciales como el consumo de tabaco o las dietas no saludables. Estos hábitos o estilos de vida son resultado de las condiciones materiales en que se nace, vive y trabaja, siendo la forma en que los grupos sociales traducen las condiciones de vida en pautas de conducta.
- d. **Sistema de salud:** Este factor puede intervenir sobre las condiciones de salud a través de dos posibles vertientes: 1) directamente sobre las diferencias de exposición, vulnerabilidad, mediante un acceso equitativo al sistema de salud, y 2) la promoción de acciones intersectoriales que permitan mejorar el estado de salud o actuar como amortiguador de las consecuencias de una enfermedad o incapacidad en la vida de las personas, al asegurar que el problema de salud no se traduzca en deterioro en su estatus social y a la vez facilite la reincorporación social de las personas enfermas o con alguna discapacidad.
- e. **Cohesión y capital social:** Son el conjunto de mecanismos de integración que existen en una sociedad, así como la percepción de la ciudadanía sobre cómo funcionan dichos mecanismos. Estas percepciones determinan, a su vez, el sentido de pertenencia al colectivo social de parte de los grupos que lo integran. Por otro lado, el capital social es considerado como un recurso intangible y dinámico que existe en el colectivo social y abarca elementos como la confianza, la participación, la reciprocidad y el sentimiento de pertenencia a una comunidad.

Si bien, los determinantes intermedios son las circunstancias materiales, psicosociales, biológicas y de comportamiento mediante las cuales los determinantes estructurales operan para dar forma a los resultados en salud constituyendo las "causas de las causas" de los DSS(15). Los factores que logran incidir sobre la situación socioeconómica y política de los países corresponden a los determinantes estructurales, siendo estos los que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la gente, reflejados, por ejemplo, en la posición social, etnicidad, acceso a educación, empleo y que incluyen:

- a. **El contexto socio económico y político:** el cual crea y mantiene una jerarquía colectiva, que asigna tanto al conjunto como al individuo una diferente posición socioeconómica, lo que conlleva a que ciertos grupos poblacionales tengan un acceso y exposición desigual a las condiciones materiales, a los factores psicosociales y a las conductas o hábitos asociados a la salud. Esto se traduce en diferencias perjudiciales y una mayor vulnerabilidad social e individual, así como a la forma en que pueden hacer frente a un determinado evento negativo, generando una distinción por desigualdad social en los

resultados de la salud. Está determinado por las diversas realidades en las que se encuentra inmersa una sociedad y el marco en el que se desarrolla(16), por lo que hablar del contexto socio económico y político requiere considerar:

- Gobernanza en un sentido amplio, que incluye patrones de discriminación, participación de la sociedad civil y transparencia en la administración pública.
 - Políticas macroeconómicas, incluyendo el balance fiscal y monetario, deuda fiscal y balance de pago, tratados y políticas sobre el mercado laboral, etcétera.
 - Políticas sociales, que afectan a factores como el trabajo, la propiedad y la distribución de las tierras y vivienda; las condiciones del entorno en el que se vive y que afectan a la calidad de vida de las personas.
 - Políticas públicas en temas como educación, bienestar social, salud urbanismo, etcétera.
 - Cultura y valores presentes y predominantes en la sociedad.
- b. La posición socioeconómica: son los factores sociales y económicos que influyen en el lugar que los individuos o grupos tienen dentro de la estructura de la sociedad. Incluye la medición integrada del acceso a recursos y el prestigio en las sociedades, vinculándose a la clase social. Está definida y modelada en gran parte por el contexto sociopolítico y económico, los cuales modelan las condiciones sociales generadas por la estratificación y/o exclusión social.

La vulnerabilidad en salud es una condición dinámica que resulta del vínculo de varios DSS que, en el contexto mexicano, son originados por condiciones inequitativas de vida que dan como resultado la desigualdad social en salud. Para reducir las brechas que existen en el acceso a los servicios de salud es necesario atender estos DSS con un abordaje integral y multisectorial dirigido a las necesidades específicas de cada segmento de la población.

De acuerdo con la OMS, la pertenencia a un grupo étnico, la situación socioeconómica y la ubicación geográfica, influyen en la mayor o menor presencia de las enfermedades tanto en hombres como en mujeres(17) Un ejemplo concreto es la situación en mujeres de minorías étnicas que viven en entornos urbanos obesogénicos y que presentan tasas de diabetes más elevadas. El género, como determinante social de la salud, puede interactuar estrechamente con los factores contextuales y ambientales aumentando la magnitud de diversos padecimientos.

En este sentido, la OMS señala que los determinantes de la salud relacionados con el género hacen referencia a las "normas, expectativas y funciones sociales que aumentan las tasas de exposición y la vulnerabilidad frente a los riesgos para la salud, así como la protección frente a los mismos, y que determinan los comportamientos de promoción de la salud y de búsqueda de atención sanitaria y las respuestas del sistema de salud en función del género. Son uno de los principales determinantes sociales de las inequidades sanitarias"(18).

En suma, las instituciones de salud deben ser capaces de responder adecuadamente a la diversidad de las personas y a las barreras lingüísticas y culturales en el acceso a la salud. Por lo que es necesario mantener un enfoque incluyente con estrategias y herramientas que permitan a los profesionales de la salud responder a estos retos de una manera culturalmente significativa(19). Al abordar el enfoque de los DSS y la interseccionalidad, se fortalece la coordinación multisectorial a fin de incidir en las brechas de desigualdad y en las inequidades en materia de salud, consolidando así a la salud como derecho humano.

4.3. La población mexicana en la salud enfermedad

La existencia de un panorama complejo de salud-enfermedad en la población mexicana se ha dado a partir de: las desigualdades regionales y la descomposición del tejido social; el envejecimiento de la población, resultado de la disminución de la tasa de natalidad y el incremento en la esperanza de vida; la coexistencia de enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles; la malnutrición por deficiencia o por exceso; las lesiones accidentales e intencionales; las condiciones asociadas a la violencia en función del género; los

problemas de salud mental; así como de la desigual esperanza de vida entre las comunidades que integran el país.

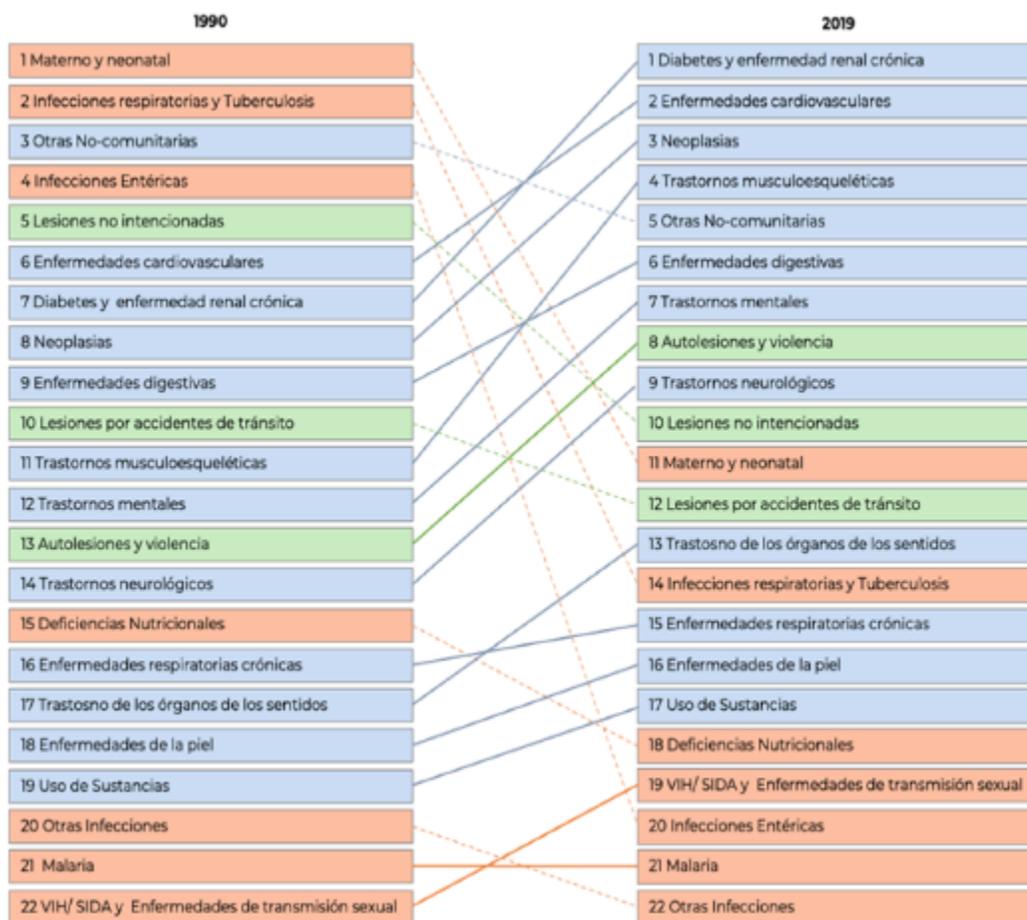
Ejemplo de este escenario es lo acontecido en 2020, cuando la crisis sanitaria ocasionada por la pandemia de COVID-19 provocó la defunción en México de alrededor de 200,000 personas, haciendo que se registraran más de un millón de fallecimientos en total; teniendo como principales causas: enfermedades del corazón, COVID-19, diabetes mellitus y tumores malignos; tal como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 1. Principales causas de muerte en México, 2020

Causas de muerte	Total
Enfermedades del corazón	216,967
COVID-19	199,419
Diabetes mellitus	150,532
Tumores malignos	90,245
Neumonía e influenza	57,444
Enfermedades del hígado	41,026
Enfermedades cerebrovasculares	36,827
Agresiones (homicidios)	32,776
Accidentes	30,902
Las demás causas	217,192
Total	1,073,330

El Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME) en su informe *Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad (AVISA)*, publicado en 2019 reportó que los principales problemas de salud de la población mexicana, las cuales de 1990 a 2019 han hecho evidente el problema que ocasionan las enfermedades crónicas no transmisibles (Figura 2). Si se toma en cuenta no solo el número de muertes, sino también la mortalidad prematura y la discapacidad que producen las enfermedades, son las enfermedades cardiovasculares y circulatorias, la diabetes mellitus, los desórdenes mentales y del comportamiento, las neoplasias malignas, los problemas neurológicos, las enfermedades musculoesqueléticas y los problemas neonatales y del embarazo(20). De estos, es necesario observar de manera más amplia a la emergencia que surge de los desórdenes mentales y del comportamiento, los problemas neurológicos y las enfermedades musculoesqueléticas, los cuales, si bien no constituyen las principales causas de mortalidad, sí son causa de periodos prolongados de discapacidad.

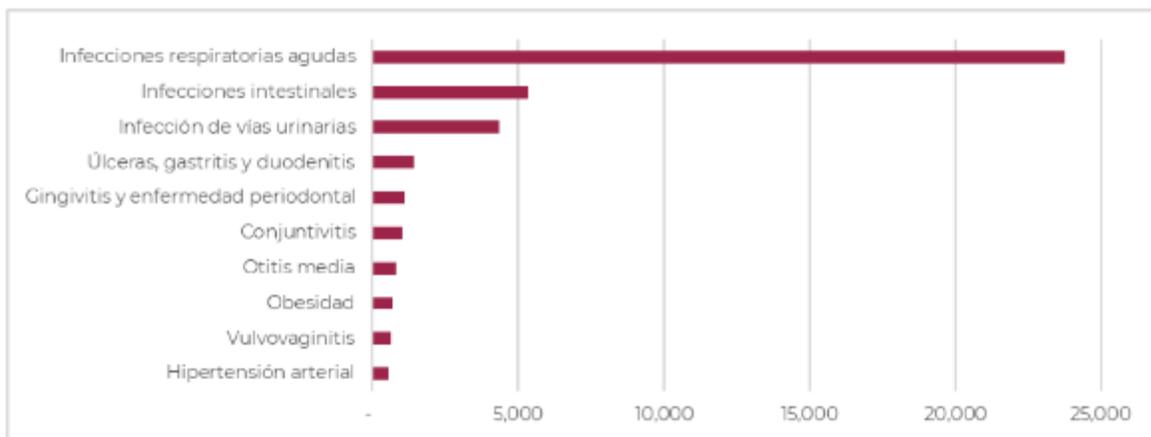
Figura 2. Principales problemas de salud de acuerdo con los años de vida ajustados por discapacidad, ambos sexos, todas las edades, México 1990 y 2019.



Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation, Global Burden Disease, 2020.

Los padecimientos que ocasionan la muerte prematura o mayor discapacidad en la población no son necesariamente los mismos que llevan a buscar atención médica. En los servicios de salud mexicanos los principales motivos de consulta médica, en el primer nivel de atención, donde se tratan la mayoría de los casos, son padecimientos agudos tales como las enfermedades infecciosas -infecciones respiratorias agudas, infecciones gastrointestinales e infecciones de vías urinarias-, los cuales ocuparon los primeros tres motivos de atención en 2019(21) (Figura 3). Este tipo de padecimientos se resuelven en una o dos consultas; mientras que los diagnósticos crónicos como hipertensión o diabetes son el principal motivo de consulta subsecuente y requieren atención de por vida.

Figura 3. Principales motivos de consulta en México (en miles), 2019



Fuente: DGIS, 2019.

Ante este panorama, la atención de las personas con enfermedades crónicas representa un reto para el sistema de salud mexicano que, como se mencionó previamente, se encuentra fragmentado y debilitado en sus capacidades de rectoría y de atención a la población sin seguridad social. Las personas frecuentemente pasan de un sistema a otro; por ejemplo, hasta el 30 por ciento de la población afiliada al IMSS es dada de baja por periodos mayores a dos meses en un año, lo que dificulta la continuidad de la atención y aumenta el riesgo de perder el control de las enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión y otros padecimientos que requieren atención continua a lo largo de la vida(22). Esto evidencia que las condiciones necesarias para que el sistema de salud mexicano preste una efectiva atención médica a toda clase de padecimientos no están dadas.

La atención del parto sigue siendo el principal motivo de egreso hospitalario en el país, por lo que el servicio de gineco-obstetricia es muy importante en los hospitales generales, sobre todo en las zonas rurales. Así mismo, otros motivos significativos son las enfermedades asociadas al sistema digestivo, los traumatismos, envenenamientos y padecimientos provocados por causas externas (Figura 4).

Figura 4. Principales motivos de egreso hospitalario en México, 2019



Fuente: DGIS, 2019.

Como ya se ha mencionado, las causas de la carga de enfermedad observada en México son determinadas por factores socioeconómicos que condicionan la interacción entre el individuo y su entorno, generando impactos en la salud personal y comunitaria capaces de limitar el acceso a los servicios de salud. Toda intervención institucional debe tener como base enfoques de transectorialidad y transdisciplinariedad, contemplar la multifactoriedad de las condiciones de salud y modificar no solo la salud del individuo desde la atención médica, sino la salud del individuo desde la acción colectiva y los entornos que definen la salud de las personas en el corto, mediano y largo plazo.

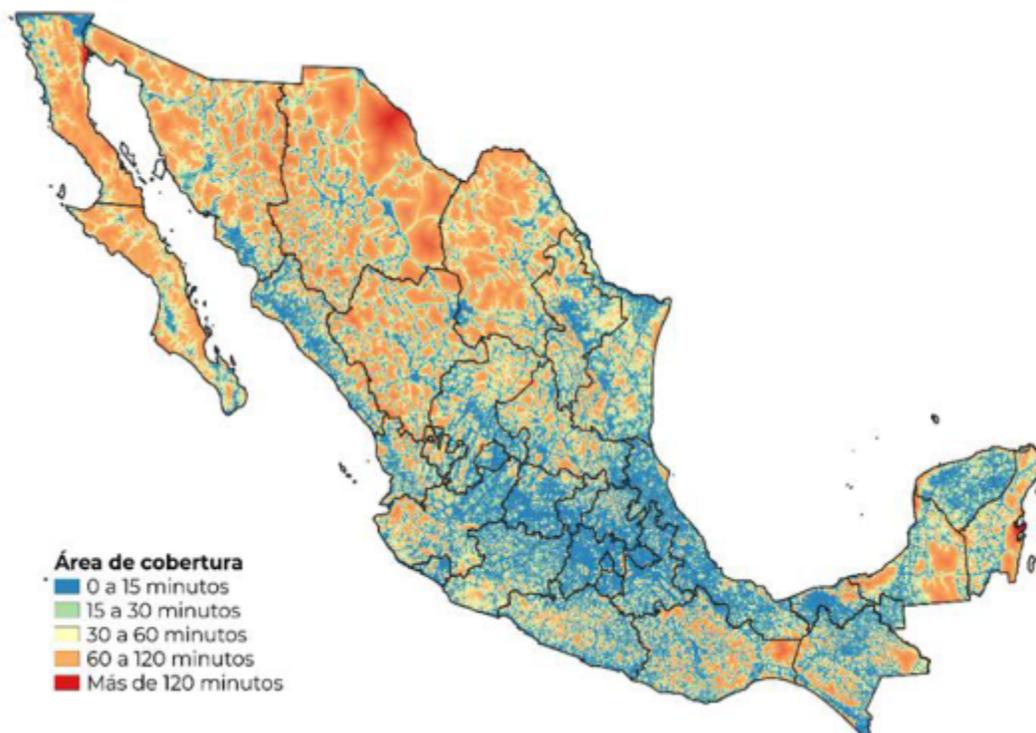
4.4. Accesibilidad geográfica y desiertos de infraestructura en salud

Debido a la pobre inversión, mantenimiento y escasa ampliación realizadas en las últimas décadas a la infraestructura del sistema de salud público, así como la ineficiente distribución de las unidades médicas, se provocaron desiertos de atención que ocasionan la falta de accesibilidad a los servicios de salud en amplias zonas geográficas, en donde la población requiere invertir mucho tiempo en el desplazamiento a las unidades médicas. Estos desiertos tienen su origen en las grandes extensiones territoriales, orografía montañosa o accidentada, hidrografías complicadas, insuficiencia en las redes viales, y medios de transporte accesibles y estratégicos; lo cual afecta principalmente a grupos poblacionales socioeconómicamente vulnerables(23) y(24). Los altos tiempos de traslado que invierten estos grupos de población afectan la incidencia social de las unidades de primer y segundo nivel al existir grandes zonas en donde la población no tiene acceso real a los servicios de salud.

Primer nivel de atención: En el mapa de la figura 5, se identifica que, los estados que presentan las mayores extensiones de desiertos de infraestructura en salud (dado el tiempo promedio de recorrido hacia la unidad de primer nivel más cercana(25)) son Chihuahua, Sonora, Durango, Baja California Sur, Coahuila, San Luis Potosí, Jalisco, Oaxaca, Chiapas, Campeche y Quintana Roo, ya que tienen en mayor medida, a población de localidades dispersas que en promedio recorren más de 30 minutos a un centro de salud.

Considerando en este análisis un total de 24,722 localidades y 421,034 personas según el último censo de población, éstas se encuentran más allá de 30 minutos de desplazamiento de una unidad de atención de primer nivel y 12,840 localidades y 195,601 personas más allá de una hora.

Figura 5. Área de cobertura de las unidades médicas de primer nivel de atención para población sin seguridad social

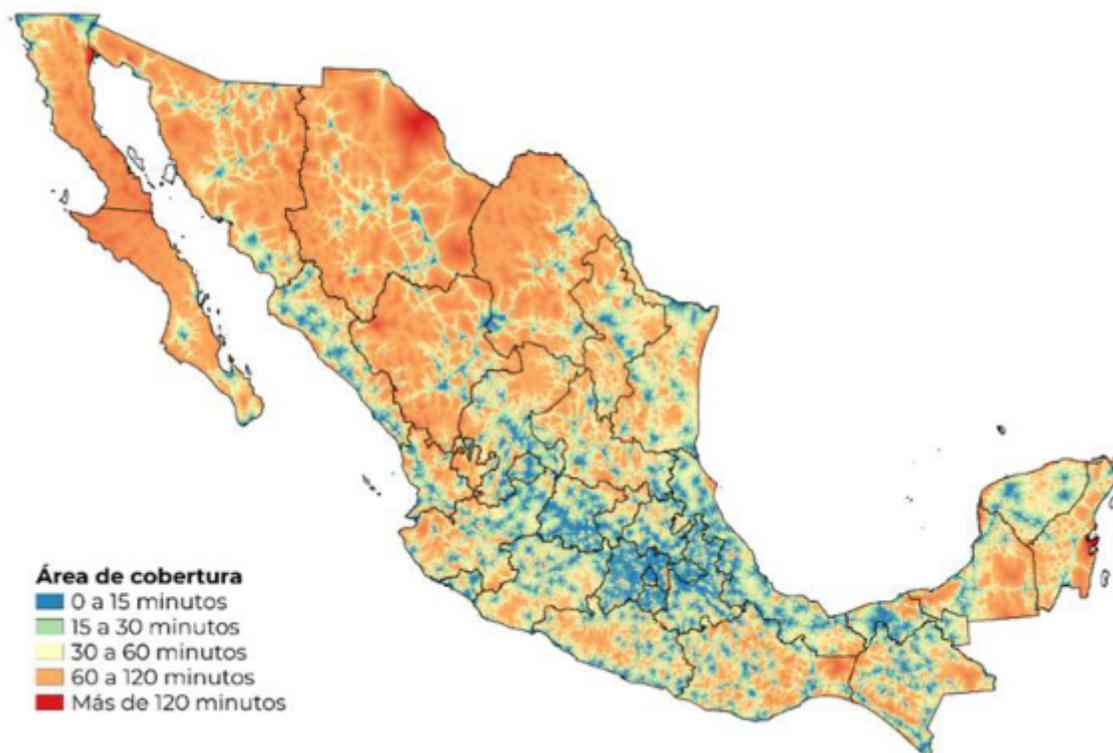


Fuente: Elaboración de la SPPS a partir de Recursos en Salud Sectorial 2020, DGIS/SS.

Segundo nivel de atención: En el mapa de la figura 6 se visualiza que los desiertos de infraestructura del segundo nivel de atención abarcan de una manera más pronunciada, las mismas zonas que en el primer nivel, es decir, casos como los de Chihuahua, Sonora, Baja California Sur y Durango, en los que la población de un mayor número de municipios tendría que recorrer más de 120 minutos para acceder al hospital más cercano. Estos resultados están determinados principalmente por la composición geo-demográfica, es decir, la gran extensión territorial con una densidad de población muy baja; así como por el terreno con una geografía complicada en gran parte de sus regiones. Resulta necesario abordar estas características geo-demográficas proporcionando alternativas para cubrir los desiertos de infraestructura en el contexto particular del norte del país, que vayan más allá de la creación de obras nuevas y sin que la extensión del territorio se utilice como excusa para que prevalezca la inequidad.

Por su parte, en algunos estados de la región sur del país, como en Oaxaca se identifica un desierto de infraestructura de segundo nivel muy notorio, específicamente en la jurisdicción sanitaria Sierra, donde gran parte de la población presenta un promedio de tiempo de recorrido superior de 120 minutos al hospital más cercano. Son municipios con localidades dispersas y ubicados en una de las zonas de más difícil acceso terrestre, solo rodeados por dos carreteras federales. En el resto del estado se encuentran distribuidos hospitales del Programa IMSS-BIENESTAR que buscan proporcionar cobertura para la población en ese territorio, sin embargo, gran parte de la población presenta en promedio de 60 a 120 minutos de recorrido hacia dichos objetivos.

Figura 6. Área de cobertura de las unidades médicas de segundo nivel de atención para población sin seguridad social



Fuente: Elaboración de la SPPS a partir de Recursos en Salud Sectorial 2020, DGIS/SS.

Otros estados del sureste con presencia de desiertos de infraestructura de segundo nivel son Guerrero en las jurisdicciones de Tierra Caliente y Montaña; en Chiapas en las jurisdicciones de Villaflores, norte de Tuxtla Gutiérrez, Ocosingo, y sur de Palenque. También en Quintana Roo, específicamente el municipio de Felipe Carrillo Puerto. En el caso de Yucatán se observa un desierto de atención importante en la parte centro y norte, donde se enlazan las jurisdicciones de Mérida y Valladolid, que aun cuando existen gran número de vialidades, es un territorio en que no hay hospitales para la población sin seguridad social y en promedio el tiempo de recorrido es de 60 a 120 minutos a la unidad más cercana. Este análisis considera un total de 35,865 localidades y 1,375,648 personas que, según el último censo de población, se encuentran a más de una hora de desplazamiento a una unidad de atención de segundo nivel y 13,097 localidades y 294,382 personas a más de dos horas.

Si consideramos los turnos de apertura de las unidades, es observable que especialmente en el primer nivel de atención, los desiertos de atención son muchos más pronunciados para los turnos vespertino y nocturno que para el matutino.

4.5. México ante el mundo

Los países adheridos a la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030 declararon su compromiso de mejorar la salud centrándose en las personas y sus comunidades por medio de una buena gobernanza. En la Declaración de Astaná -en el marco de la Conferencia Mundial sobre la Atención Primaria de Salud (APS) en 2018-, se reconoció que los gobiernos y las sociedades deben priorizar, avanzar, y proteger el bienestar creando entornos favorables y propicios para la salud, comprendiendo que no solo las interacciones de las personas con los servicios de salud son decisivas para dicho Estado. Con esta reconceptualización se ponderan las políticas y el análisis de los determinantes sociales estructurales e intermedios de la salud, contribuyendo verdaderamente al mejoramiento del estado de salud y bienestar de las personas.

Para el estudio de esta nueva conceptualización se implementaron diversos indicadores que miden el desempeño de los servicios de salud y el estado de salud de la población; algunos de ellos son la esperanza de vida, la mortalidad de la población general y la mortalidad de infantes menores de un año. Al respecto, México se encuentra entre los países miembros de la OCDE que tiene mayores retos en relación con estos indicadores, ya que presenta rezagos importantes en la situación de salud de su población y en las capacidades y recursos del Sistema de Salud.

Uno de los indicadores que ha visto un aumento de forma global es la esperanza de vida que, en nuestro país, si bien ha tenido un incremento de 18 años pasando de 57 años en 1960 a 75 años en 2019, este aumento fue conseguido 15 años después que en otros países miembros de la OCDE.

Por su parte, el Consejo Nacional de Población (CONAPO), ha señalado que la mayor esperanza de vida en nuestro país fue alcanzada por las mujeres que radican en la Ciudad de México (79.5 años), mientras que la menor esperanza de vida la alcanzaron los hombres en el estado de Guerrero (70.3), con una diferencia absoluta de casi 10 años. De la misma manera, CONAPO señaló que las entidades federativas con mayor esperanza de vida en el año 2019 fueron Ciudad de México (76.49), Baja California (75.85) y Nuevo León (75.81). Por otro lado, los estados con menor esperanza de vida fueron Guerrero (73.16), Oaxaca (74.03) y Chiapas (74.16) (ver Figura 7).

Así mismo, el riesgo mayor que se mantiene a lo largo de toda la vida, debido a que los servicios de salud no han tenido la capacidad suficiente para prevenir y evitar la muerte por algunos padecimientos que la OCDE estima que los servicios médicos eficientes podrían controlar; la mortalidad evitable en México es 83 por ciento mayor con respecto al promedio observado en los países de la OCDE.

Figura 7. Esperanza de vida al nacer por entidad federativa, México, 2020

Fuente: CONAPO, 2020.

Respecto a la mortalidad infantil, pese a su disminución en las últimas décadas, este indicador es todavía tres veces mayor en México que el promedio de la OCDE, lo que lo convierte en uno de los principales retos del sistema de salud.

Otro indicador utilizado para analizar el desarrollo de los sistemas nacionales de salud, es la Razón de Mortalidad Materna (RMM), métrica que da cuenta de la calidad de la asistencia proporcionada a las mujeres y personas con capacidad de gestar antes, durante y después del embarazo. La RMM mide el progreso de un país en términos de acceso a los servicios de salud en general y su reducción refleja el avance en la implementación de políticas de salud pública sensibles al género. Desde una perspectiva amplia, la muerte materna resulta de la intersección de múltiples variables, en el que intervienen factores médicos, sociales y organizacionales que se articulan en una base de desigualdad social(26). Así, el 94 por ciento de las muertes maternas en el mundo ocurren en países en desarrollo o de bajo ingreso y la gran mayoría de estas se consideran evitables si se cuenta con servicios de calidad y profesionales suficientes con competencias en salud sexual y reproductiva(27).

En el marco del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo y a 25 años de su proclamación, en 2019, México se comprometió al cumplimiento de: I) cero necesidades insatisfechas de métodos anticonceptivos; II) cero muertes y morbilidades maternas prevenibles; y III) cero violencia sexual por razones de género.

Para su cumplimiento, resulta indispensable considerar el enfoque de transición obstétrica(28) clasificación epidemiológica bajo la cual, cuando un país como México alcanza una RMM promedio menor a 50, las causas indirectas de muerte materna derivadas principalmente de patologías crónicas pre-existentes, se tornan más relevantes y coexisten con las causas directas de muerte materna (principalmente hemorragia, enfermedad hipertensiva, sepsis y aborto inseguro). Así mismo, las complicaciones por iatrogenia o por una medicalización excesiva se vuelven más visibles. Es así que, en nuestro país, las cifras de cesárea se han mantenido constantes en la última década con una tasa promedio de 45 por ciento, muy por arriba de las cifras recomendadas por la OMS (15-20 por ciento).

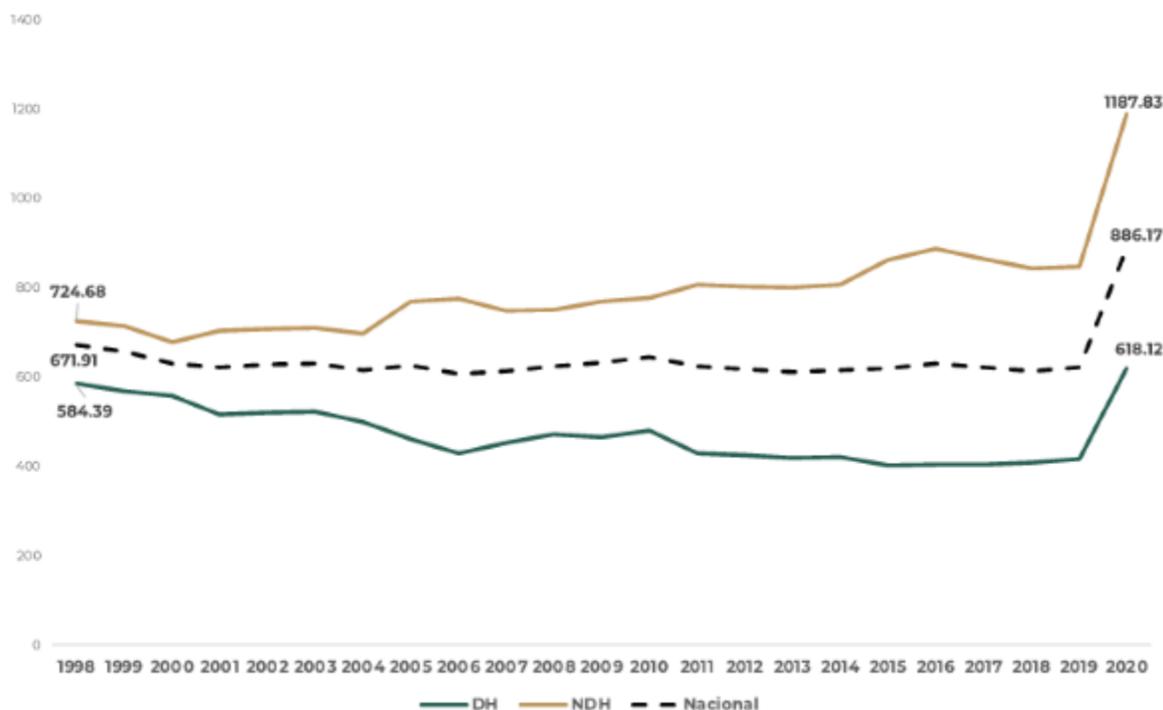
A nivel global, la OMS ha estimado que el 80 por ciento de las muertes maternas se deben a cuatro causas principales: 1) hemorragia posparto; 2) sepsis puerperal; 3) enfermedad hipertensiva en el embarazo y; 4) aborto inseguro(29). En el caso de México, estas causas representan el 55 por ciento de dichas defunciones. Aun cuando la mayoría de las causas referidas se desarrollan durante el embarazo, parto o puerperio, pueden existir condiciones de salud o patológicas previas al embarazo que se agudicen durante el mismo.

Para reducir la mortalidad materna en México, en especial en aquellos sectores que viven con grandes brechas de desigualdad, se requiere de acciones diferenciadas orientadas a la mejora continua de la atención a las mujeres entre las que destacan: implementar medidas dirigidas a la detección, atención y control de enfermedades crónico-degenerativas previas y concomitantes, y a la atención pregestacional; favorecer una atención basada en evidencia y centrada en la persona que evite procedimientos innecesarios; implementar entornos habilitantes para la experiencia positiva de la atención materna y perinatal, a través de salas de labor, parto y recuperación(30); así como desarrollar acciones específicas en las entidades federativas y grupos de población que presenten mayores dificultades en el acceso a la atención oportuna y calificada durante el embarazo, parto y puerperio(31). En suma, todas estas acciones representan la operación conjunta de los servicios de atención médica, orientados a la persona en su carácter individual, y de los servicios de salud colectiva, enfocados a la modificación de entornos y determinantes sociales para habilitar y promover el éxito de las intervenciones en materia de salud materna y perinatal.

Con respecto al efecto de la pandemia por COVID-19 en 2020, cabe señalar que la mortalidad general ya era 1.24 veces mayor para las personas no afiliadas, diferencial que estuvo creciendo durante los últimos 20 años y se hizo mayor en 2020 cuando llegó a ser 1.92 veces superior, es decir, casi se duplicó el riesgo de morir para personas no afiliadas(32). Este fenómeno

también se observó en algunas enfermedades crónicas como la diabetes, donde la sobremortalidad en personas no afiliadas al IMSS fue 2.14 veces mayor en 2020.

Figura 8. Mortalidad general en población afiliada al IMSS (DH), y población no afiliada IMSS (No DH) y población total nacional 1998-2020



Nuestro país tiene tasas de incidencia menores al promedio observado en los países de la OCDE en la mayoría de las enfermedades prevenibles por vacunas, resultado atribuible al programa nacional de vacunación que ha logrado mantener coberturas mayores a la media internacional. Sin embargo, en prevención secundaria, los programas de detección y seguimiento de las enfermedades crónico-degenerativas, como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, no han alcanzado una cobertura eficaz debido a que la falta de continuidad en la atención. De igual forma, la alta tasa de amputaciones de miembros inferiores; así como la letalidad después de un infarto cerebral, reflejan el fracaso del sistema en la atención oportuna y longitudinal de pacientes diabéticos, en alguna medida debido a la falta de oportunidad y coordinación de la atención pre-hospitalaria y hospitalaria.

La atención de las enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes y la hipertensión, no comienza con la atención oportuna y longitudinal de una persona afectada, sino con la modificación de los entornos que promueven o facilitan el consumo de alimentos perjudiciales para la salud; como lo son los espacios públicos donde la oferta y publicidad comercial de estos productos está presente en escuelas, parques o centro deportivos y la disponibilidad o viabilidad para la adquisición de productos saludables es de alta complejidad o nula. Es justamente con la interacción de las estrategias en salud colectiva y las acciones de atención médica que se genera un círculo virtuoso donde se produce el mayor beneficio para la salud de las personas; tanto en el orden individual, como también para la comunidad en su conjunto.

Como se ha expuesto, el sistema de salud nacional, además de enfrentar problemas derivados de la fragmentación de la atención, tiene capacidades y recursos limitados e ineficiencias en su uso. Al comparar las capacidades de México con los otros países de la OCDE, como se muestra en la Tabla 2, se observa una insuficiente inversión en salud que se refleja en los bajos promedios que en 2019 nuestro país presentó en los indicadores sobre las capacidades y recursos del Sistema de Salud tales como el gasto per cápita (1,133 USD), la cantidad de camas hospitalarias por cada 1,000 habitantes (1) y de cuidados intensivos por cada 100,000 habitantes (3.5), la infraestructura para diagnóstico por millón de habitantes (6.4), el porcentaje de médicos que usan expediente clínico electrónico (30), el número de consultas promedio al año por habitante (2.3) y el internamiento hospitalario por cada 1,000 habitantes (39.1).

Tabla 2. Indicadores de las capacidades y recursos del Sistema de Salud, comparados entre el promedio de los países miembros de la OCDE y México, 2019

Indicador 2019	Promedio OCDE	México
Gasto per cápita en salud (USD)	4,087	1,133
Camas hospitalarias por 1,000 habitantes	4.4	1
Camas de cuidados intensivos (por 100,000 habitantes)	14.1	3.5
Infraestructura para diagnóstico, tomógrafos (por millón de habitantes)	25.9	6.4
Porcentaje de médicos que usa expediente clínico electrónico	93	30

Número de consultas promedio al año por habitante	6.8	2.3
Internamientos hospitalarios por 1,000 habitantes	146.2	39.1
Médicos por 1,000 habitantes	3.6	2.4
Enfermeras por 1,000 habitantes	8.8	2.9
Consultas anuales por médico	2,122	941

Fuente: OECD. Health at a Glance, 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/19991312>

Cabe señalar también que, la prestación de los servicios de salud no solo requiere del personal directamente vinculado a la atención médica, también de personal dedicado a la salud colectiva de las personas, que es ese personal que va más allá de los espacios clínico-hospitalarios e incide en los entornos que determinan la salud de las personas como el acceso a alimentos sanos, la disponibilidad y sanidad de agua, la verificación de la seguridad de productos de consumo humano, entre otros. Estos trabajadores de la salud, a pesar de su rol fundamental en el bienestar de las personas, ha sido soslayado por la medicalización de la atención en salud, tanto en concepto como en práctica. Evidencia de esto es que los indicadores básicos para medir las capacidades del sistema de salud no incluyen componentes sobre el alcance de este personal ni la cobertura de sus instalaciones o capacidades.

Se reconoce que en buena parte el largo camino por recorrer para lograr equiparar nuestro sistema de salud con los países con mejores resultados en los indicadores básicos de salud comienza contemplando entre varios factores, los siguientes: 1) el aseguramiento de la atención médica a cada una de las personas en nuestro país, 2) la generación de entornos que habiliten, faciliten y promuevan la salud individual y colectiva de las personas y 3) la garantía de condiciones dignas de trabajo para la población que integra la base trabajadora del sector salud.

Con el primer factor se evita que padecimientos y defunciones en nuestra población que en gran medida son consecuencia de los determinantes sociales que afectan desproporcionadamente a las comunidades más vulnerables, continúen persistiendo, incidiendo con mayor fuerza en la población sin seguridad social.

El segundo factor tiene como objetivo que la influencia que ejercen todos los elementos externos a la atención médica se encuentren orientados a que las personas vivan en entornos que generen salud y consideren las realidades sanitarias, de infraestructura, de conectividad, económicas, sociales y culturales de cada uno de los grupos poblacionales. Más aún, es menester que estos elementos estén en plena integración y coordinación con el aseguramiento de los servicios de atención médica planteados en el inciso anterior a fin de garantizar el bienestar de las personas.

El tercer factor, busca erradicar las condiciones precarias del Sistema Nacional de Salud en relación con la atención médica, particularmente en los consultorios donde las mujeres están más expuestas a empleos precarios. Un análisis de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) de los 4 trimestres de 2019 y el primer trimestre de 2020, mostró que, en el sector público, 13,4 por ciento y 3,3 por ciento del personal médico tiene precariedad laboral media y alta, respectivamente(33).

5. Fortalecimiento de la rectoría de la Secretaría de Salud para consolidar el Sistema de Salud para el Bienestar

Actualmente, el Sistema Nacional de Salud está constituido por instituciones del Gobierno Federal y de los gobiernos estatales que prestan servicios de salud para todas las personas y por entidades del sector social y privado, las cuales comprenden a las compañías aseguradoras y las y los prestadores de servicios que laboran en consultorios, clínicas, hospitales privados, y en los servicios de medicina alternativa. Asimismo, incluye las instituciones, personal y mecanismos mediante los cuales se prestan los servicios de salud pública.

La LGS precisa que la Coordinación del Sistema Nacional de Salud está a cargo de la Secretaría de Salud, a la cual le compete la planeación estratégica del sistema, establecer y conducir la política nacional en materia de salud, la coordinación intersectorial así como, los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, la promoción del desarrollo de los servicios de salud, la regulación de la atención a la salud y la regulación sanitaria de bienes y servicios, la evaluación de programas y servicios de salud y las políticas sanitarias y, la consecuente protección del derecho a la salud de la población.

Dentro del sector público de los prestadores de servicios de salud se encuentran el IMSS, el cual atiende a las personas derechohabientes y se auxilia del IMSS-BIENESTAR para brindar atención a un segmento de la población que no cuenta con acceso a servicios de salud en 19 estados del país; el ISSSTE; el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas (ISSFAM); los Servicios de salud de Petróleos Mexicanos; y los Servicios Estatales de Salud (SESA).

La organización del sector público de salud existe bajo la premisa de que la protección a la salud es una obligación del Estado, por lo que debe atender las crisis de salud que afectan a la sociedad en general; y el establecer los mecanismos necesarios para que todas las personas, sin discriminación alguna, tengan acceso a los servicios de salud. Esto comprende establecer los objetivos y las directrices necesarias para alcanzar tales fines, así como el desarrollo y la implementación de las acciones del gobierno para identificar los problemas que afectan la salud pública, y el establecimiento de controles de calidad, acceso y cobertura de los servicios de salud.

Por tal motivo, el gobierno de la Cuarta Transformación reconoce que la Secretaría de Salud representa una de las principales instituciones promotoras de la justicia social en el país. Esta justicia social, como proyecto revolucionario, busca que la salud alcance a las personas que aún no cuentan con seguridad social, a través de los programas sociales que implementa el Gobierno de México para garantizar la atención a la salud gratuita.

La segmentación de la atención médica en varias instituciones prestadoras de servicios de salud y la fragmentación institucional de la atención a la población sin seguridad social, derivada de la descentralización de los servicios de salud a las entidades federativas, debilitó las estructuras del Estado mexicano encargadas de la función rectora de la salud pública en nuestro país. La Secretaría de Salud, como autoridad sanitaria, cuenta con la facultad de incidir en las funciones, competencias y

responsabilidades de todo el Sistema Nacional de Salud en ejercicio de su función rectora de las políticas en la materia, con la finalidad de proteger y promover la salud de la población. Derivado de las desigualdades e insuficiencias en el acceso a los servicios de salud, resulta impostergable la tarea del Estado de fortalecer el Sistema Nacional de Salud con el objetivo de contar con un sistema integral y vanguardista, con amplia capacidad de preparación, vigilancia y respuesta, que garantice el derecho a la protección de la salud de toda la población.

Para llevar a cabo esta tarea, el Gobierno Federal ha impulsado una estrategia de transformación en salud, por lo que, con la reforma a la LGS de noviembre de 2019, se busca contribuir en la universalización del acceso efectivo, y gratuito a la salud, de las personas que no cuentan con seguridad social.

Asimismo, la reforma al artículo 4o, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, realizada en mayo de 2020, determinó que la ley definirá las bases y modalidades para el acceso efectivo a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, para lo cual, se crea el Sistema de Salud para el Bienestar, con la finalidad de garantizar los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas sin seguridad social.

Por lo anterior, los trabajos emprendidos se orientan a la consolidación del Sistema de Salud para el Bienestar, que garantice en los próximos años la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, particularmente para la atención integral de las personas que no cuentan con seguridad social, así como la generación de entornos habilitantes en materia sanitaria.

Se plantea la estrategia de transformación en salud, impulsando que las unidades de salud, hospitales, personal de la salud y los mecanismos de financiamiento, se consoliden y transfieran a las instituciones fuertes y estables de la federación, para mejorar y optimizar su funcionamiento, proceso que se reconoce como federalización de los servicios de salud. La prestación de servicios de atención médica a las personas sin seguridad social, actualmente a cargo de los gobiernos de las entidades federativas, se transferirán al IMSS, para ser administrados y operados a través del IMSS-BIENESTAR, a fin de expandir su experiencia en la gestión de servicios de salud con un enfoque intercultural e interseccional de salud.

Con esta transformación se busca mejorar la efectividad en la gestión del sistema sanitario del país, reorganizar las instituciones de salud para unificar a nivel federal las funciones de financiamiento, articulación y prestación de servicios, y formular los instrumentos normativos, técnicos y financieros que hagan efectiva la cobertura universal y la gratuidad de los servicios de salud mediante la consolidación del Sistema de Salud para el Bienestar, cuya base de operación será el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR).

La implementación del MAS-BIENESTAR permitirá la ampliación de la cobertura de los servicios de salud, dirigido hacia los grupos que no están insertos en el sector formal de la economía ni tienen capacidad contributiva para afiliarse a los regímenes habituales de la seguridad social.

Una de las claves para conducir y alcanzar los objetivos del Sistema de Salud para el Bienestar es la definición de las funciones que ejercerá la federación a través de la Secretaría de Salud, en su carácter de órgano rector en la materia, encargada de coordinar la implementación y ejecución de los programas, estrategias y planes de atención médica y de salud pública, su vigilancia y supervisión en todo el país.

La ejecución del componente de atención médica a las personas sin seguridad social, estará a cargo del IMSS-BIENESTAR y de otras instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, garantizando la prestación efectiva de los servicios de salud a todas las personas, con especial énfasis en aquéllas que actualmente carecen de acceso a estos servicios.

Para el correcto ejercicio de la función rectora se deberán establecer, de manera clara, los objetivos, prioridades y programas de salud pública; así como las estrategias para su implementación, monitoreo y evaluación, lo cual implica un adecuado control de los recursos financieros y la procuración de un marco legal que permita la conducción de este Sistema con efectividad. Para ello, es necesario impulsar, por parte de la Secretaría de Salud, el ejercicio de las funciones esenciales de la salud pública que actualmente se encuentran dispersas entre los diferentes niveles de gobierno, con la modificación de diversos cuerpos normativos que abarcan funciones de salud de carácter transversal.

En este sentido, el presente Programa Estratégico define mecanismos de colaboración para que las autoridades sanitarias locales y federales del ramo, trabajen de manera coordinada durante la etapa de transición a la federalización en materia de salud atendiendo, en todo momento, las necesidades de la población y del personal de la salud.

5.1 Federalización de los servicios de salud en el Sistema de Salud para el Bienestar

Durante la presente administración se ha trabajado incansablemente en ofrecer servicios de salud aun con la llegada de la emergencia sanitaria ocasionada por el virus de SARS-CoV2 (causante de la enfermedad COVID-19) los cuales están basados en dos premisas fundamentales: calidad y eficiencia. Lo anterior, se traduce en mejora de la adquisición y distribución de medicamentos y materiales de curación seguros y gratuitos en todo el país, al considerar a la protección social en salud como un asunto de combate a la pobreza y como una herramienta para transitar efectivamente hacia la universalización.

La estrategia de transformación para la federalización de los servicios de salud que se impulsa será integral, pues busca ampliar la cobertura de los servicios públicos de salud, mediante la transferencia voluntaria de los SESA por parte de los gobiernos estatales al IMSS, para que sean operados a través del IMSS-BIENESTAR.

Para dar certeza a estas acciones, en diciembre de 2021 se anunció el proceso de federalización de los servicios estatales de salud mediante el IMSS-BIENESTAR, el cual, ya venía operando en 19 estados de la República. Con este proceso se busca la consolidación del Sistema de Salud para el Bienestar, para hacer efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud consagrado en el artículo 4o constitucional.

De conformidad con el artículo Décimo Sexto Transitorio de la Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2022, el cual otorga al IMSS la facultad de celebrar acuerdos de coordinación con el fin de coadyuvar en la mejora de la cobertura de los

servicios públicos de salud, se pretende transitar hacia la federalización de los servicios de salud.

Por lo anterior, el proceso de federalización se apoya en la suscripción de dichos acuerdos de coordinación entre los gobiernos de las entidades federativas, el Gobierno Federal y el IMSS, los cuales prevén también la transferencia de la prestación de los servicios de salud para ampliar la cobertura hacia la población sin seguridad social al IMSS-BIENESTAR, para que ahora, la atención médica retome los principales elementos del Modelo de Atención del IMSS-BIENESTAR reconocido por ser un programa del Gobierno Federal que ofrece servicios de salud desde una perspectiva comunitaria, contribuyendo a la inclusión social y eliminando las brechas de desigualdad social.

En ese sentido, los gobiernos de las entidades federativas colaborarán en el ámbito de sus respectivas competencias, y en términos de los acuerdos de coordinación que se suscriban para abonar en la consolidación y el funcionamiento del Sistema de Salud para el Bienestar.

Con esta estrategia se prevé que el derecho a la salud de las personas sea integral, visualizado no sólo como la prestación de servicios de atención de calidad y la prevención de la enfermedad, sino en la acción de la salud pública con políticas multisectoriales enfocadas a obtener una mayor efectividad; conllevando también a optimizar el gasto, evitar duplicidades y desvíos de recursos, como elementos de la procuración del bienestar general de la población.

La progresividad en el goce y ejercicio del derecho humano de acceso a los servicios de salud pública no puede depender de voluntades políticas, por lo que, si bien es cierto que las entidades federativas asumen una serie de compromisos para la transferencia al IMSS-BIENESTAR de recursos, infraestructura y personal de la salud al suscribir los acuerdos de coordinación, también es cierto que las entidades federativas que no estén implementando el proceso de federalización, no pueden quedarse afuera de esta estrategia. Por ello, como factor de cambio organizacional, dichas entidades también deberán impulsar en sus territorios la aplicación del MAS-BIENESTAR.

En este Programa Estratégico el INSABI colaborará dentro del ámbito de sus respectivas atribuciones en la planeación de la adquisición de medicamentos, vacunas, material de curación, de laboratorio y otros insumos para las instituciones públicas del Sector Salud; la definición del catálogo de insumos para las compras consolidadas; la construcción de obras nuevas de infraestructura y su dotación con los equipos básicos, así como en la elaboración y ejecución de planes de conservación, mantenimiento y reparación de establecimientos de salud; apoyo y colaboración en los procesos de reclutamiento de personal profesional de la salud.

Actualmente, la transferencia de servicios de salud al IMSS-BIENESTAR se realiza mediante la ejecución de un diagnóstico en cada entidad federativa, con el fin de identificar la situación de su sistema de salud. De esta manera, se analizan los recursos humanos tanto del personal médico y de enfermería como del personal administrativo; la participación comunitaria; los recursos financieros y materiales; los servicios generales, de construcción y conservación; y la situación jurídica de los inmuebles.

También se llevan a cabo mesas de trabajo con el personal encargado del sistema de salud estatal, donde se intercambia información, se resuelven dudas, se elabora la calendarización y los cronogramas de trabajo y se ejecuta el proceso de transferencia de los servicios laborales, infraestructura, finanzas, área médica y conservación.

Bajo esta lógica, se pretende que para el 2024, la mayor parte de las unidades de salud del país (actualmente a cargo de los gobiernos de los estados), se transfieran al IMSS-BIENESTAR. Cabe señalar que una de las directrices principales de este proceso es la libre asociación de los estados para la transición de sus sistemas de salud, con la suscripción de acuerdos de coordinación para brindar certeza jurídica al proceso, aunado a la participación voluntaria de las personas trabajadoras de este sector, respetando en todo momento sus derechos laborales.

5.2. Rediseño institucional para el fortalecimiento de la rectoría

Para lograr avanzar hacia el fortalecimiento de las acciones de rectoría de la Secretaría de Salud, se le deberá dotar de mayor control sobre los recursos financieros de origen federal, destinados a las acciones de salud pública y que son ministrados a las entidades federativas para la operación de los programas de salud estatales, con la finalidad de ejercer un control en el presupuesto que se destina de forma eficiente al cumplimiento de las metas e intervenciones establecidas en cada uno de estos Programas. Lo anterior, se traduce en la necesidad de impulsar cambios institucionales y normativos.

La estrategia de transformación en salud, se ejecutará mediante las bases y mecanismos definidos en los acuerdos de coordinación que se suscriban en el marco de la federalización de los servicios de salud, para el ejercicio de las atribuciones del Gobierno Federal por conducto del IMSS-BIENESTAR y los gobiernos de las entidades federativas en materia de prestación de servicios de salud.

Los acuerdos de coordinación mencionados contemplan los elementos necesarios para construir la estructura legal de la transformación que se propone, los cuales tienen que ver con: 1) la modernización, rehabilitación y equipamiento de hospitales y centros de salud, manteniendo un enfoque de medicina preventiva; 2) el abastecimiento oportuno de medicamentos y material de curación basado en la gratuidad; 3) la aportación de los recursos materiales, humanos y financieros que sean necesarios para la operación de los servicios de salud por parte del IMSS-BIENESTAR; 4) la regularización de la situación laboral del personal de la salud para la mejora en sus condiciones laborales; 5) las funciones que corresponda desarrollar a las partes; y 6); las reglas sobre el origen y la transferencia de los recursos presupuestarios destinados a la prestación de los servicios de salud.

Para sustentar la prestación de los servicios de salud en el país, a través del IMSS-BIENESTAR, el Gobierno Federal ha previsto incrementos sustanciales en los gastos de operación del IMSS, motivo por el cual, en el ejercicio fiscal 2022, se le asignó al IMSS-BIENESTAR, un 74% de incremento del presupuesto con respecto al ejercicio fiscal anterior. Asimismo, se planteó la recepción de recursos por medio de la celebración de los acuerdos de coordinación mencionados, a raíz de lo establecido en el citado artículo Décimo Sexto Transitorio de la Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2022.

No obstante, ante la falta de un marco jurídico integral que permita transitar hacia la federalización de los servicios de salud, se considera necesario establecer acciones específicas que garanticen la materialización de esta política de salud que impulsa el

Gobierno Federal, en razón de que las instituciones intervinientes han asumido el compromiso de contribuir a la universalización de los servicios de salud para la población sin seguridad social.

Para que sea sostenible esta estrategia será necesario impulsar una serie de reformas a diversas leyes, para establecer las bases y modalidades para garantizar los recursos que hagan efectiva la transferencia de los servicios de salud al IMSS-BIENESTAR, y su operación posterior, en las cuales se establezca el proceso de traspaso de los recursos presupuestarios que se determinen, mismos que las entidades federativas reciben anualmente de la Hacienda Federal con cargo al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, de conformidad con la fracción II del artículo 25 de la Ley de Coordinación Fiscal, garantizando así, el financiamiento necesario para la continuidad en la prestación de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados por parte del IMSS-BIENESTAR.

En el cumplimiento de esta tarea, es imperativo establecer de forma clara y específica las atribuciones y funciones que cumplirá la Secretaría de Salud como autoridad rectora en la materia, en el orden interinstitucional y con los diversos órdenes de gobierno del país.

Las modificaciones reforzarán la función de rectoría y coordinación sectorial de la Secretaría de Salud sobre los programas de atención médica y de salud pública, mientras que los prestadores de servicios de salud a las personas sin seguridad social estarán encargados de la operación funcional de las unidades de salud y hospitales.

La función de evaluación y vigilancia ejercida por la Secretaría de Salud será fundamental en la consecución de los objetivos prioritarios, estrategias prioritarias y acciones puntuales establecidas en el presente Programa Estratégico, lo que asegurará la calidad y mejora de los servicios de salud y los resultados de la aplicación de la Atención Primaria de Salud (APS).

Para este gobierno, es indispensable superar la herencia de antiguas políticas de Estado, estableciendo la gratuidad plena en el acceso a los servicios de salud y la integridad y continuidad de la atención médica, sin exclusiones de ningún tipo y con ello eliminar la naturaleza de la descentralización de los servicios de salud que aún persiste en el país.

5.3. Articulación y prestación de los servicios de salud

La Secretaría de Salud como autoridad rectora es la facultada para definir las directrices de la federalización de los servicios de salud. Actualmente, la LGS en sus artículos 3, 13 y 18 establece la distribución de competencias en materia de salubridad general entre la Federación y las entidades federativas.

Asimismo, el artículo 13, apartado B de la LGS faculta a las entidades federativas para que, dentro de sus respectivas Jurisdicciones Sanitarias, organicen, operen, supervisen y evalúen la prestación de los servicios de salubridad general, los cuales ejercen, con el apoyo de los recursos presupuestarios federales derivados del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud.

En la instrumentación de la estrategia transformación en salud, en el marco de actuación de la facultad que le otorga la citada Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 2022, el IMSS ha suscrito diversos acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas, con la finalidad de ampliar la cobertura de la prestación de los servicios de atención médica a la población sin seguridad social, a través del IMSS-BIENESTAR.

Para fortalecer la red de establecimientos de salud en beneficio de las personas sin seguridad social, se ha llevado a cabo una amplia colaboración entre la Secretaría de Salud, el INSABI, el IMSS y el IMSS-BIENESTAR para la consolidación del Sistema de Salud para el Bienestar, favoreciendo una administración eficiente, eficaz y transparente de los recursos financieros que se invierten en la ampliación y mantenimiento de la infraestructura física, el equipamiento, el personal de salud y en la compra y distribución de los medicamentos y demás insumos asociados a la atención de salud a la población.

El trabajo colaborativo de todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, se deberá fortalecer considerando los cambios demográficos y epidemiológicos que actualmente caracterizan la salud de las y los mexicanos. El panorama de salud global en el que vivimos nos obliga a realizar una reflexión profunda sobre la preparación de nuestro sistema sanitario para hacer frente a las contingencias sanitarias. La crisis de la pandemia por COVID-19 ha cambiado en su totalidad la dinámica del sector salud, lo que implica realizar ajustes al sistema que fortalezcan y permitan reaccionar con dinamismo ante los nuevos escenarios globales.

El fortalecimiento de la rectoría procurará garantizar que las acciones de mejora de la salud en curso, se combinen con una supervisión eficaz, mejor coordinación intergubernamental, adecuada regulación, en el correcto diseño del sistema y la rendición de cuentas, aspectos que se consideran en este Programa Estratégico. La participación de todos los actores, desde las y los profesionales de la salud hasta la sociedad civil, es fundamental para garantizar que el sistema alcance los objetivos de mejorar el estado de salud, la capacidad de respuesta del sistema a las expectativas de las personas y la reducción del riesgo financiero para las y los usuarios de los servicios.

Las relaciones entre las personas atendidas, el gobierno y el personal de salud son la base para la eficiente y eficaz prestación de servicios, brindar una adecuada respuesta a las necesidades de salud y las preferencias de las personas, así como para la transparencia de la asignación de recursos, la rendición de cuentas clara y el ejercicio legítimo de la voz de las personas en los controles y los equilibrios institucionales.

5.4. Servicio Nacional de Salud Pública (SNSP)

De acuerdo con el marco jurídico vigente, la Secretaría de Salud es la dependencia facultada para ejercer la rectoría de todo el Sistema Nacional de Salud, lo cual implica la evaluación y corrección de acciones realizadas, entre otros, por los SESA. De igual manera, presta servicios de Alta Especialidad a través de los Institutos Nacionales de Salud, los Hospitales Regionales de Alta Especialidad y los Hospitales Federales.

En la reconfiguración institucional para el fortalecimiento de la rectoría de la Secretaría de Salud, se impulsará una estrategia de salud pública a través de la incorporación gradual del SNSP que permitirá articular de mejor manera las actividades, programas y acciones de vigilancia y control de los determinantes sociales y problemas de salud pública que podrán coordinarse desde las Jurisdicciones Sanitarias y los nodos específicos para la gestión del territorio.

El SNSP permitirá instituir los lineamientos en materia de recursos humanos capacitados en Salud Pública que faciliten la organización, desarrollo e integración de las actividades en el territorio nacional para el ejercicio pleno del derecho humano a la salud, lo que articulará la consolidación de un Sistema Nacional de Salud Universal, equitativo, integral, sustentable, efectivo, accesible y de calidad, con atención a los grupos de población en estado de vulnerabilidad, y favorecerá el fortalecimiento de la rectoría de la autoridad sanitaria y la intersectorialidad.

Así mismo, el SNSP será un cuerpo integral que tendrá por objeto salvaguardar y proteger la salud poblacional desde el territorio y mediante las funciones esenciales de la salud pública; busca ser el brazo operativo de la Secretaría de Salud mediante estrategias de despliegue territorial y del más cercano contacto poblacional, que permitan traducir la retórica de la atención primaria a la salud en una realidad e implementación funcional a favor de la población sin seguridad social.

En su operación, el SNSP observará las once Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP), recomendadas por la OPS, mismas que se clasifican en cuatro ejes: 1) Evaluación; 2) Desarrollo de políticas; 3) Asignación de recursos; y 4) Acceso; priorizando a los sectores poblacionales que cuentan con mayor marginación en la atención a la salud, para asegurar un acceso equitativo a los servicios de salud.

1. Evaluación:

1. Monitoreo y evaluación de la salud y el bienestar, la equidad, los DSS y el desempeño e impacto de los sistemas de salud;
2. La vigilancia en salud pública, el control y la gestión de los riesgos para la salud y las emergencias;
3. Promoción y gestión de la investigación y el conocimiento en el ámbito de la salud;

2. Desarrollo de políticas:

4. Formulación e implementación de políticas de salud y promoción de legislación que proteja la salud de la población;
5. Participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia;

3. Asignación de recursos:

6. Desarrollo de recursos humanos para salud;
7. Asegurar el acceso y uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales de calidad, seguras y eficaces;
8. Financiamiento de la salud eficiente y equitativo;

4. Acceso:

9. Acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad;
10. Acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables;
11. Gestión y promoción de las intervenciones sobre los DSS;

La función de rectoría a cargo de la Secretaría de Salud, debe considerarse como la más importante dentro de la estrategia de transformación que se impulsa. Para esto, resulta impostergable la unión de esfuerzos y acciones en salud que permitan que nuestras instituciones puedan ampliar la atención a personas que no cuentan con acceso a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Todo ello con miras a la consolidación de un Estado de Bienestar igualitario y fraterno, en el que se pueda garantizar que los pobres, los grupos vulnerados y los olvidados por las políticas neoliberales encuentren protección ante incertidumbres económicas, desigualdades, desventajas y otras calamidades, donde todos podamos vivir sin angustias ni temores.

6. Objetivos prioritarios, estrategias y acciones puntuales

Las once Funciones Esenciales de Salud Pública son la base transversal para el establecimiento de los objetivos prioritarios, las estrategias y las acciones puntuales del presente Programa Estratégico. En ellas recae la articulación y la consolidación del Sistema de Salud para el Bienestar. Es por ello que el Programa Estratégico propone cuatro objetivos, nueve estrategias y 37 acciones.

Los cuatro objetivos centrales de este Programa Estratégico son los siguientes:

- Objetivo 1. Establecer los mecanismos y procesos para el fortalecimiento de la capacidad rectora de la Secretaría de Salud sobre el Sistema Nacional de Salud para consolidar el Sistema de Salud para el Bienestar.
- Objetivo 2. Organizar y ampliar la operación del Sistema de Salud para el Bienestar para contribuir a garantizar la atención médica de las personas sin seguridad social.
- Objetivo 3. Elaborar e implementar un Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar, que permita mejorar e incrementar la calidad de los servicios de salud y del personal que proporciona atención a la población sin seguridad social.
- Objetivo 4. Mejorar la infraestructura, equipamiento para la salud y sistemas de información de los servicios de salud operados por las entidades federativas que atienden a las personas sin seguridad social.

A continuación, se describen los cuatro objetivos, las estrategias y sus acciones.

Objetivo 1. Establecer los mecanismos y procesos para el fortalecimiento de la capacidad rectora de la Secretaría de Salud sobre el Sistema Nacional de Salud para consolidar el Sistema de Salud para el Bienestar.

Este Objetivo está relacionado de manera transversal con todos los ejes de las Funciones Esenciales de Salud Pública, especialmente con los ejes de Evaluación y Desarrollo de Políticas de las FESP, para enfatizar a la Secretaría de Salud como el órgano evaluador y el articulador de políticas entre los diferentes niveles de gobierno y de las instituciones del sector salud. Las estrategias y acciones que conforman este objetivo son las siguientes:

Estrategia 1.1. Conducir y coordinar de manera sectorial a las diversas instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud en los diferentes niveles de gobierno, para fortalecer el marco normativo que permita la consolidación del Sistema de Salud para el Bienestar a través de la estrategia de federalización de los servicios de salud.

Acción 1.1.1. Incidir y coordinar las funciones, competencias y responsabilidades de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, ejerciendo la función rectora en materia de salud pública.

Acción 1.1.2. Establecer, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional en materia de salud pública, con la finalidad de garantizar la progresividad en la cobertura de los servicios de salud para las personas sin acceso a estos servicios en el territorio nacional.

Acción 1.1.3. Impulsar modificaciones al marco normativo en materia de regulación y salud pública que permitan consolidar el Sistema de Salud para el Bienestar, así como fortalecer la rectoría de la federación sobre los recursos financieros presupuestados destinados para la organización y operación de los servicios de salud y los programas de salud pública.

Acción 1.1.4. Elaborar e implementar políticas de armonización de la provisión de servicios de salud en materia de salud pública que permitan de manera progresiva, equitativa e integral, garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social.

Estrategia 1.2. Diseñar e implementar estrategias y acciones en materia de salud pública a fin de lograr la articulación de los elementos que conforman el Sistema Nacional de Salud, para consolidar el Sistema de Salud para el Bienestar.

Acción 1.2.1. Establecer un Servicio Nacional de Salud Pública encargado de la planeación, implementación y evaluación de acciones y programas enfocados en la protección de la salud personal y colectiva de la población en todos los niveles de atención.

Acción 1.2.2. Redefinir las Jurisdicciones Sanitarias para coordinar las actividades en materia de salud pública que satisfagan las necesidades y demandas actuales de la sociedad en materia de salud pública, para garantizar la protección de la salud con acceso y cobertura universal a través de la articulación de servicios de atención a la salud.

Acción 1.2.3. Crear e implementar las estrategias, planes y programas que aseguren la calidad y cobertura de los servicios en materia de salud pública y contribuyan a disminuir la brecha de desigualdad en el acceso de los servicios de salud a través del despliegue territorial.

Acción 1.2.4. Diseñar, regular e implementar a nivel territorial un sistema integral de intercambio de información respecto de los servicios de atención médica para las personas usuarias que transitan entre la población con seguridad social y la población sin ésta.

Objetivo 2. Organizar y ampliar la operación del Sistema de Salud para el Bienestar para contribuir a garantizar la atención médica de las personas sin seguridad social.

Este objetivo considera a los cuatro ejes transversales de las FESP. En el eje de Evaluación, se enlaza con la función de Vigilancia, control y gestión del riesgo; en el eje de Desarrollo de políticas con la función de políticas, legislación y marco regulatorio; en el eje de Asignación de Recursos, se conjuga con las funciones de financiamiento, medicamentos y otras tecnologías y desarrollo de recursos humanos; y en el eje de Acceso, se relaciona con la función de Acceso a servicios integrales y de calidad. Las estrategias y acciones que conforman este objetivo son las siguientes:

Estrategia 2.1. Ampliar progresivamente la cobertura del IMSS-BIENESTAR para garantizar la atención a la salud ambulatoria y hospitalaria, incluyendo el suministro de medicamentos y exámenes de laboratorio y gabinete, a las personas no protegidas por los sistemas de seguridad social.

Acción 2.1.1. Impulsar adecuaciones al marco normativo para fortalecer al Sistema de Salud para el Bienestar, así como para facilitar la transferencia de los servicios operados por las entidades federativas hacia el IMSS, para que, por medio de IMSS-BIENESTAR, se administre y opere la prestación de los servicios de salud para las personas sin seguridad social.

Acción 2.1.2. Establecer los mecanismos de coordinación entre autoridades e instituciones de salud acciones en materia de recursos, medicina preventiva, personal, atención médica y manejo de información para la creación de Redes Integradas de Servicios de Salud que garanticen la continuidad de la atención, prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados.

Acción 2.1.3. Determinar las unidades de salud y hospitales que serán sujetas de transferencia de las entidades federativas al IMSS mediante criterios y procesos definidos.

Acción 2.1.4. Transferir al IMSS los recursos presupuestarios destinados a la prestación de servicios de salud para la operación de las unidades de salud y hospitales transferidos.

Estrategia 2.2. Estructurar e implementar un esquema de financiamiento para el equipamiento y funcionamiento de las unidades de salud, el personal de salud, medicamentos e insumos necesarios para la atención de las personas sin seguridad social.

Acción 2.2.1. Elaborar un análisis financiero de las unidades de salud que serán sujetas de transferencia de acuerdo con el Programa Estratégico.

Acción 2.2.2. Definir la programación, el procedimiento y el monto de inversión requerida para la adecuación de la infraestructura para los procesos de transferencia y operación de las unidades de salud.

Acción 2.2.3. Determinar los costos del modelo de transferencia y contratación del personal de salud que operará en las unidades de salud sujetas a transferencia.

Acción 2.2.4. Establecer la inversión requerida para la operación de las unidades de salud, y para la compra y distribución de medicamentos e insumos necesarios para asegurar una atención de calidad.

Objetivo 3. Elaborar e implementar un Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar, que permita mejorar e incrementar la calidad de los servicios de salud y del personal que proporciona atención a la población sin seguridad social.

El Objetivo 3, al igual que el objetivo anterior, tiene estrecha relación con todos los ejes de las FESP de la siguiente manera: en el eje de Acceso se conjuga con las funciones de acceso a servicios integrales y de calidad, promoción de la salud y comportamientos saludables, y con DSS; en el eje de Evaluación se armoniza con las funciones de vigilancia, control y gestión de riesgos; respecto al eje de Desarrollo de Políticas se enlaza con la función de participación y movilización social; mientras que en el eje de Asignación de Recursos para las funciones de medicamentos, otras tecnologías y desarrollo de recursos humanos.

Estrategia 3.1. Elaborar e implementar un Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar, basado en atención primaria de salud, para dar respuesta integral a las necesidades de salud de las personas, familias y comunidades sin seguridad social.

Acción 3.1.1. Definir la población a cargo, a fin de anticipar los servicios de salud requeridos a partir de un enfoque territorial, en el que se identifiquen factores de riesgo y DSS.

Acción 3.1.2. Determinar la organización y gestión de los servicios de atención médica individual para dar respuesta a las necesidades de salud de las personas, familias y comunidades a fin de proteger, promover y restaurar la salud.

Acción 3.1.3. Configurar las Redes Integradas de Servicios de Salud para asegurar la prestación de servicios de atención a la salud equitativos y homologados en las unidades de salud y hospitales para garantizar la continuidad de la atención en coordinación con las acciones de salud colectiva.

Acción 3.1.4. Capacitar y formar al personal de salud conforme al Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar.

Acción 3.1.5. Establecer un sistema de gestión de calidad y seguridad en los servicios de salud basado en el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar.

Acción 3.1.6. Fortalecer la organización y la participación comunitaria en el ámbito rural, semiurbano y urbano de las unidades de salud que operarán en el marco de este Programa Estratégico.

Acción 3.1.7. Fortalecer las políticas en materia de salud colectiva de conformidad con el Modelo de Atención.

Estrategia 3.2. Implementar un modelo de Gestión de Personal que regularice la situación del personal de salud y permita asegurar la estabilidad laboral, la portabilidad y homologación en las entidades federativas, para contar con un esquema técnico-financiero viable y sostenible a largo plazo en el país, de acuerdo con el modelo de atención.

Acción 3.2.1. Regularizar la gestión de personal de acuerdo a las necesidades del Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar, en las unidades y hospitales que presten servicios de salud a las personas sin seguridad social que operarán en el marco de este Programa Estratégico.

Acción 3.2.2. Definir los perfiles del personal de salud y administrativo que será necesario para la prestación de los servicios de salud.

Acción 3.2.3. Establecer procedimientos de contratación y de transición del personal que habrá de requerirse en la prestación de servicios de salud.

Acción 3.2.4. Diseñar el plan de formación y capacitación continua del personal en respuesta a las necesidades de las instancias encargadas de prestar servicios de salud a la población sin seguridad social.

Estrategia 3.3. Asegurar el acceso gratuito a medicamentos e insumos médicos, seguros, eficaces y de calidad a las personas sin seguridad social.

Acción 3.3.1. Actualizar el Compendio Nacional de Insumos para la Salud a distribuir en las unidades de acuerdo con el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar y la cartera de servicios, considerando las guías de práctica clínica y protocolos de atención estandarizados basados en evidencia.

Acción 3.3.2. Coordinar un modelo de Triple Optimización Médica, de Salud Pública y Económica para la compra consolidada de medicamentos e insumos para la salud, para asegurar su abasto oportuno para la prestación de servicios de salud.

Acción 3.3.3. Establecer los mecanismos para el abasto y la distribución de medicamentos e insumos para la prestación de servicios de salud.

Acción 3.3.4. Fortalecer la regulación sanitaria de medicamentos e insumos para la salud.

Objetivo 4. Mejorar la infraestructura, equipamiento para la salud y sistemas de información de los servicios de salud operados en las entidades federativas que atienden a las personas sin seguridad social.

El Objetivo 4 se armoniza con los ejes de Acceso y de Asignación de Recursos. Respecto al eje de Acceso, la función con la que se relaciona es acceso a servicios integrales y de calidad; mientras que en el eje de Asignación de Recursos se conjuga con la función de medicamentos y otras tecnologías.

Estrategia 4.1. Adaptar la infraestructura de salud de manera progresiva de acuerdo con las necesidades del Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar, para proporcionar servicios de salud accesibles y de calidad a las personas sin seguridad social en todos los niveles de atención.

Acción 4.1.1. Elaborar un diagnóstico de las condiciones y requerimientos actuales de infraestructura física, equipamiento, mobiliario e informática de las unidades de salud y hospitales a transferir a la federación a fin de determinar y cuantificar financieramente los requerimientos necesarios para su acondicionamiento.

Acción 4.1.2. Generar e instrumentar un plan para la adecuación de infraestructura y equipamiento que requieren las unidades de salud y hospitales transferidos, considerando la integración de las Redes Integradas de Servicios de Salud.

Acción 4.1.3. Identificar los desiertos de atención a la salud del país para analizar las necesidades de infraestructura en regiones focalizadas; así como las áreas que requieran el fortalecimiento de infraestructura y equipamiento.

Estrategia 4.2. Revisar y consolidar los sistemas de información existentes, para que, en conjunto con las Tecnologías de la información y comunicación, logren la correcta ejecución y registro de información asociada al Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar en lo que a la prestación servicios médicos preventivos y correctivos de las personas usuarias a las unidades de salud respectivas, así como su vinculación con la información en salud relativa a los entornos y determinantes colectivos.

Acción 4.2.1. Elaborar un diagnóstico de la infraestructura de servicio eléctrico, equipamiento de cómputo y conectividad a internet de las unidades de salud que serán transferidas.

Acción 4.2.2. Establecer un programa de implementación de infraestructura de servicio eléctrico, equipamiento de cómputo y conectividad a internet de las unidades de salud que serán transferidas.

Acción 4.2.3. Establecer la estrategia de interoperabilidad del sistema de información integral en las unidades transferidas a la federación para su correcto funcionamiento.

Acción 4.2.4. Definir los mecanismos y criterios para la intercomunicación y transferencia de datos generados en las unidades de salud del IMSS-BIENESTAR hacia la Secretaría de Salud, para el uso de los mismos según el ámbito de competencia.

7. Vinculación de los objetivos prioritarios del Programa Estratégico con el PSS

El Programa Estratégico de Salud para el Bienestar, además de relacionarse de manera transversal con las Funciones Esenciales de la Salud Pública, se organiza con base en el Sistema Nacional de Planeación Democrática del Estado Mexicano y, toma como base el cumplimiento del PND y el PSS. El PND en su apartado 2. Política Social, en el rubro Salud, establece que el gobierno federal realizará las acciones necesarias para garantizar que hacia 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos los medicamentos, materiales de curación y los exámenes clínicos.

Aunado a ello, el PSS propone un planteamiento para disponer de un sistema único, público, gratuito y equitativo de salud que garantice el acceso efectivo de todas las personas a servicios de salud de calidad: la promoción, la prevención, la detección y los tratamientos oportunos, la rehabilitación y el camino al bienestar.

Los objetivos, estrategias y acciones descritas en el apartado anterior están alineadas con el Sistema Nacional de Planeación Democrática. En el siguiente cuadro se presentan los correlativos de los objetivos de este Programa Estratégico respecto al PSS, a los cuales se alinean:

Objetivos Prioritarios del PSS 2020-2024	Programa Estratégico de Salud para el Bienestar
Objetivo 1. Garantizar los servicios públicos de salud a toda la población que no cuente con seguridad social y, el acceso gratuito a la atención médica y hospitalaria, así como exámenes médicos y suministro de medicamentos incluidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud.	Objetivo 2. Reforzar el funcionamiento de los componentes del Sistema de Salud para el Bienestar enfocados en atender a las personas sin seguridad social.
Objetivo 2. Incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos del SNS para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano.	Objetivo 3. Generar e implementar un Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar, que permita mejorar la calidad e incrementar los servicios de salud y la capacidad humana en los servicios de salud que proporcionan atención a población sin seguridad social en el país.
Objetivo 3. Incrementar la capacidad humana y de infraestructura en las instituciones que conforman el SNS, especialmente, en las regiones con alta y muy alta marginación para corresponder a las prioridades de salud bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos.	Objetivo 4. Mejorar la infraestructura, equipamiento médico y sistemas de información de los servicios de salud operados por las entidades federativas que atienden a las personas sin seguridad social.
Objetivo 4. Garantizar la eficacia de estrategias, programas y acciones de salud pública, a partir de información oportuna y confiable, que facilite la	Objetivo 1. Establecer los mecanismos y procesos para el fortalecimiento de la capacidad rectora de la Secretaría de Salud sobre el Sistema Nacional de

promoción y prevención en salud, así como el control epidemiológico tomando en cuenta la diversidad de la población, el ciclo de vida y la pertinencia cultural.

Salud para consolidar el Sistema de Salud para el Bienestar.

Objetivo 5. Mejorar la protección de la salud bajo un enfoque integral que priorice la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud y el oportuno tratamiento y control de enfermedades, especialmente, las que representan el mayor impacto en la mortalidad de la población.

Como resultado del Programa Estratégico de Salud para el Bienestar, se espera observar un cambio en las condiciones de salud de las personas sin seguridad social. Para saber si el Programa generará los resultados esperados es necesario darles seguimiento. De esta manera, se podrán detectar deficiencias tanto en el diseño como en su implementación para hacer ajustes que permitan alcanzar los objetivos planteados. Por ello, es importante trazar un proceso de seguimiento y evaluación de las acciones que se estarán realizando para lograr los objetivos establecidos en este Programa Estratégico.

8. Evaluación y rendición de cuentas

El diagnóstico realizado sobre las condiciones que prevalecen en materia de salud pública en el país, de las desigualdades en el acceso a los servicios y del incremento de complicaciones a causa de enfermedades crónico-degenerativas obliga al Estado Mexicano a implementar programas que den respuesta a estas problemáticas. Los recursos disponibles deben ser utilizados de manera eficiente con el claro objetivo de mejorar las condiciones de salud de todas las personas sin importar su condición laboral.

En este sentido, el concepto de evaluación se ha entendido como la actividad que permite valorar el desempeño de la acción pública desde una valoración sistémica de la concepción, la puesta en práctica y los resultados de una intervención pública(34). En el marco de una nueva visión de gobierno, este programa se vincula con la identificación de las transformaciones generadas a partir de su implementación, teniendo la particularidad adicional de no ser considerada solamente como un fin, sino que, es un punto de arranque en la búsqueda de mejoras de impacto en el corto, mediano y largo plazo, sobre la calidad de vida de las personas; ya que se busca que la evaluación no solo analice si la implementación del modelo es efectiva, sino que proporcione información para determinar si ha sido el programa adecuado y si existen elementos actuales que prevean el logro de los objetivos.

Así, para poder alcanzar el objetivo principal de garantizar el acceso efectivo a servicios de salud para las personas sin seguridad social, no solamente será necesario implementar mecanismos de evaluación en momentos específicos, sino que será necesaria la realización de un seguimiento y monitoreo de acciones y, sobre todo, de los recursos utilizados a lo largo de la implementación de las estrategias del Programa Estratégico.

La evaluación será responsabilidad del prestador de servicios de salud para personas sin seguridad social, en apego al Sistema de Evaluación del Desempeño, mediante el monitoreo y valoración sistemática de los componentes e indicadores de sus respectivos programas de implementación. Habrá tres tipos de evaluaciones: la interna, la sectorial y la externa.

Respecto a la evaluación interna, el prestador de servicios dará seguimiento a los indicadores a través de un tablero de control semaforizado, así como a las metas internas por líneas de acción. En el caso del IMSS-BIENESTAR, dichos resultados serán remitidos a los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada Estatales y Regionales y a los niveles de conducción del programa para apoyo en la toma de decisiones; en el caso de los Sistemas Estatales de Salud, dicha evaluación se procesará conforme a su normatividad aplicable.

De conformidad con el artículo 77 bis 5 inciso A fracción XVII de la LGS, la Secretaría de Salud será la responsable de la evaluación sectorial del desempeño de la prestación gratuita de servicios de salud en los aspectos de accesibilidad, aceptabilidad, calidad, oportunidad e integralidad de los servicios prestados en coadyuvancia con los órganos competentes para el control y fiscalización de recursos públicos, pudiéndose auxiliar en esta labor del INSABI en los temas de competencia de esa institución.

La evaluación externa será coordinada por la Secretaría de Salud con los criterios del Programa Anual de Evaluación (PAE) emitido por el CONEVAL y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). Este tipo de evaluación contribuye a la identificación y análisis de áreas de oportunidad en la operación de este Programa Estratégico, lo que permitirá mejorar los procesos de planeación y toma de decisiones. La evaluación externa será seguida de acciones de mejora a desarrollar en los diferentes niveles de conducción del IMSS-BIENESTAR de acuerdo con sus reglas de operación y de los Sistemas Estatales de Salud y conforme a su normatividad aplicable.

Asimismo, la Rendición de Cuentas permite evaluar la responsabilidad del sistema sobre las preocupaciones y prioridades sociales existentes y emergentes basadas en sus necesidades, esto busca promover la participación ciudadana y el monitoreo para mejorar el desempeño del sistema, eficacia y capacidad de respuesta a las necesidades de las personas, ya que la sociedad se organizará para solicitar la rendición de cuentas y el mismo sistema cuenta con mecanismos para brindarla a la sociedad. Es indudable que un Estado democrático requiere el compromiso de informar y rendir cuentas a las personas. Por ello, la evaluación, seguimiento y monitoreo son elementos fundamentales de este Programa.

La evaluación del IMSS-BIENESTAR implica la evaluación de la progresividad en la implementación del Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar. Existen diferentes niveles de evaluación que se deben contemplar, así como sus indicadores de avance en la implementación del Programa Estratégico, del Modelo de Atención y de la Política Nacional de Salud Pública.

El Programa Estratégico de Salud para el Bienestar contribuye al cumplimiento de las estrategias prioritarias 2.4 y 3.4 del Programa Sectorial de Salud 2020-2024, las cuales, serán contempladas en Manuales operativos para la evaluación del MAS-Bienestar:

Estrategia prioritaria 2.4 Consolidar un sistema de seguimiento y evaluación de políticas y programas que determine el impacto real en las condiciones de salud y que incorpore el cumplimiento de los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano.

Estrategia prioritaria 3.4 Modernizar el sistema de información y comunicación con el propósito de garantizar información confiable y oportuna que facilite las decisiones en política pública, anticipe las necesidades de la población y favorezca la pertinencia cultural en los servicios brindados en el SNS.

Es importante señalar que las metas para el bienestar y los parámetros son parte fundamental para el seguimiento de las acciones públicas, ya que permiten su acompañamiento continuo y nos proporcionan un medio sencillo y fiable para medir el cumplimiento de las metas establecidas, así mismo reflejan los cambios vinculados con las acciones del programa, dan seguimiento y evalúan sus resultados. Para fortalecer la evaluación del Programa Estratégico se proponen las siguientes metas e indicadores.

8.1. Metas e indicadores para el bienestar

Elementos de meta para el Bienestar o Parámetro					
Nombre	1.1. Porcentaje de población con carencia de acceso a los servicios de salud y/o que presenta alguna barrera para acceder al mismo: geográfica, económica, cultural, entre otras.				
Objetivo Prioritario	Objetivo 1. Establecer los mecanismos y procesos para el fortalecimiento de la capacidad rectora de la Secretaría de Salud sobre el Sistema Nacional de Salud para consolidar el Sistema de Salud para el Bienestar.				
Definición o descripción	El indicador mide la proporción de población que presenta alguna barrera económica, geográfica o cultural para acceder a los servicios de salud con respecto al total de la población.				
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Bienal		
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Periódico		
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de datos	Otros		
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de información	Julio		
Tendencia esperada	Descendente	Unidad responsable de reportar el avance	Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud		
Método de cálculo	Número de personas que no cuentan con acceso a los servicios de salud entre el total de la población, multiplicado por 100.				
Observaciones					
Aplicación del método de cálculo para la obtención de la línea base					
Nombre variable 1	Personas en situación de carencia de acceso a los servicios de salud	Valor variable	35,678,985	Fuente de información	Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto de los Hogares elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).
Nombre variable 2	Población total	Valor variable	126,742,218	Fuente de información	Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto de los Hogares elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).
Sustitución en método de cálculo del indicador	$(35,678,985 / 126,742,218) * 100 = 28.2 \%$				
Valor de línea base y metas					
Línea base		Nota sobre la línea base			
Valor	28.15	Para el 2020 el 28.15% de la población carece de acceso a servicios de salud.			
Año	2020				
Meta 2024		Nota sobre la meta 2024			
17.52		Esta meta dependerá de las entidades federativas que decidan adherirse a la federalización de la atención médica hacia el año 2024.			
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO					

2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
16.87	15.54	NA	16.19	NA	28.15	NA
METAS						
2022		2023			2024	
22.8		NA			17.52	

Elementos de meta para el Bienestar o Parámetro						
Nombre	2.1 Número de unidades de salud operadas por la federación.					
Objetivo Prioritario	Objetivo 2. Organizar y ampliar la operación del Sistema de Salud para el Bienestar para contribuir a garantizar la atención médica de las personas sin seguridad social.					
Definición o descripción	El indicador mide el número de unidades de salud que se estarán transfiriendo al IMSS para ser operadas por el IMSS-BIENESTAR en inteligencia a la federalización de los servicios de salud.					
Nivel de desagregación	Nacional		Periodicidad o frecuencia de medición	Anual		
Tipo	Gestión		Acumulado o periódico	Acumulado		
Unidad de medida	Número de unidades de salud		Periodo de recolección de datos	Enero a diciembre		
Dimensión	Eficacia		Disponibilidad de información	Primer trimestre		
Tendencia esperada	Ascendente		Unidad responsable de reportar el avance	IMSS-BIENESTAR		
Método de cálculo	Suma de las unidades de salud que se han transferido al IMSS por parte de los gobiernos estatales.					
Observaciones						
Aplicación del método de cálculo para la obtención de la línea base						
Nombre variable	Unidades de salud	Valor variable	0	Fuente de información	IMSS-BIENESTAR	
Sustitución en método de cálculo del indicador	$0 + X1 + X2 + \dots + X32 = 0$					
Valor de línea base y metas						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor	0		El valor es cero debido a que en el 2021 no hubo transferencia de unidades de salud al IMSS.			
Año	2021					
Meta 2024			Nota sobre la meta 2024			
5,810			Se considera un promedio de 380 unidades de salud transferidas por entidad federativa, por lo que la meta podrá variar de acuerdo con el número de entidades federativas que decidan adherirse al proyecto de federalización. El cálculo de la meta para este indicador está basado en las 15 entidades federativas que para el corte del 2022 se tiene el compromiso de federalización: Nayarit, Tlaxcala, Colima, Sonora, Baja California Sur, Campeche, Sinaloa, Morelos, San Luis Potosí, Oaxaca, Veracruz, Guerrero, Zacatecas, Michoacán y CDMX.			
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
NA	NA	NA	NA	NA	NA	0
METAS						
2022		2023			2024	

4,775	5,292	5,810
-------	-------	-------

Elementos de meta para el Bienestar o Parámetro						
Nombre	2.2 Porcentaje de unidades de salud que están en operación respecto a las unidades de salud que fueron transferidas a la federación.					
Objetivo Prioritario	Objetivo 2. Organizar y ampliar la operación del Sistema de Salud para el Bienestar para contribuir a garantizar la atención médica de las personas sin seguridad social.					
Definición o descripción	El indicador muestra el porcentaje de unidades que están en operación de acuerdo con el modelo de atención del IMSS-BIENESTAR respecto al total de unidades transferidas al IMSS por parte de los gobiernos estatales.					
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición		Anual		
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico		Acumulado		
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de datos		Enero a diciembre		
Dimensión	Economía y calidad	Disponibilidad de información		Primer Trimestre		
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance		IMSS-BIENESTAR		
Método de cálculo	Número de unidades en operación de acuerdo con el modelo atención del IMSS-BIENESTAR entre el número de unidades transferidas a la federación por 100.					
Observaciones						
Aplicación del método de cálculo para la obtención de la línea base						
Nombre variable	Número de unidades de salud en operación por la federación (x)	Valor variable	Por definir.	Fuente de información	IMSS-BIENESTAR	
Nombre variable	Número de unidades de salud transferidas a la federación (y)	Valor variable	Por definir.	Fuente de información	IMSS-BIENESTAR	
Sustitución en método de cálculo del indicador	$(x/y)*100=0$					
Valor de línea base y metas						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor	0		El valor expresado es cero debido a que la transferencia de unidades de salud comenzó en el 2022.			
Año	2021					
Meta 2024			Nota sobre la meta 2024			
100%			La meta se estableció de acuerdo con la experiencia obtenida en las tres primeras entidades federativas donde se realizó la transferencia de unidades de salud al Programa IMSS-BIENESTAR durante el primer semestre del 2022 (Nayarit, Tlaxcala y Colima). El cálculo de la meta para este indicador está basado en las 15 entidades federativas referidas.			
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
NA	NA	NA	NA	NA	NA	0
METAS						
2022		2023		2024		
50%		75%		100%		

Elementos de meta para el Bienestar o Parámetro						
Nombre	3.1 Número de personas potencialmente usuarias de los servicios de salud proporcionados por la federación.					
Objetivo Prioritario	Objetivo 3. Elaborar e implementar un Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar, que permita mejorar e incrementar la calidad de los servicios de salud y del personal que proporciona atención a la población sin seguridad social.					
Definición o descripción	El indicador describe la población de responsabilidad que es potencial usuaria de las unidades de salud del IMSS-BIENESTAR.					
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual			
Tipo	Estratégica	Acumulado o periódico	Acumulado			
Unidad de medida	Personas adscritas al IMSS-BIENESTAR	Periodo de recolección de datos	Enero a diciembre			
Dimensión	Eficacia y Eficiencia	Disponibilidad de información	Primer Trimestre			
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	IMSS-BIENESTAR			
Método de cálculo	Suma de la población de responsabilidad que es potencial usuaria de las unidades de salud de IMSS-BIENESTAR.					
Observaciones						
Aplicación del método de cálculo para la obtención de la línea base						
Nombre variable	Número de personas usuarias del IMSS-BIENESTAR	Valor variable	11,615,623	Fuente de información	Padrón de beneficiarios de IMSS-BIENESTAR	
Sustitución en método de cálculo del indicador	11,615,623 + 0 = 11,615,623					
Valor de línea base y metas						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor	11,615,623					
Año	2021					
Meta 2024			Nota sobre la meta 2024			
32,273,622			Las metas 2022, 2023 y 2024 están sujetas al compromiso oficial de los gobiernos de los estados de transferir progresivamente los servicios de salud al IMSS-BIENESTAR y a la estimación de la población usuaria que se atenderá derivada de la transferencia de los servicios de salud. El cálculo de la meta para este indicador está basado de acuerdo con la regionalización operativa de IMSS-BIENESTAR considerando la población sin seguridad social que se tiene en las 15 entidades federativas referidas.			
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ND	12,344,941	12,417,631	13,121,651	12,327,845	12,327,845	11,615,623
METAS						
2022		2023		2024		
15,000,280		25,919,857		32,273,622		

Elementos de meta para el Bienestar o Parámetro	
Nombre	3.2 Personal médico por mil habitantes sin seguridad social.

Objetivo Prioritario	Objetivo 3. Elaborar e implementar un Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar, que permita mejorar e incrementar la calidad de los servicios de salud y del personal que proporciona atención a la población sin seguridad social.					
Definición o descripción	El indicador mide la disponibilidad de personal médico por cada mil habitantes sin seguridad social.					
Nivel de desagregación	Entidades incorporadas a IMSS Bienestar	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual			
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Periódico			
Unidad de medida	Tasa por cada mil	Periodo de recolección de datos	Enero a diciembre			
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de información	Primer Trimestre			
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	Secretaría de Salud			
Método de cálculo	Total de médicas y médicos entre población sin seguridad social por mil habitantes					
Observaciones						
Aplicación del método de cálculo para la obtención de la línea base						
Nombre variable	Personal médico operando en unidades orientadas a la atención de población sin seguridad social.	Valor variable	123,595	Fuente de información	Secretaría de Salud/DGIS/SIS	
Nombre variable	Población sin seguridad social	Valor variable	68,112,161	Fuente de información	Secretaría de Salud/ (DGIS)/CONAPO, Proyecciones de Población 1990-2030.	
Sustitución en método de cálculo del indicador	$(123,595 / 68,112,161) * 1000 = 1.81$					
Valor de línea base y metas						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor	1.81					
Año	2018					
Meta 2024			Nota sobre la meta 2024			
2.0						
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1.75	1.78	1.81	1.81	1.83	1.85	1.86
METAS						
2022		2023		2024		
1.90		1.96		2.0		

Elementos de meta para el Bienestar o Parámetro	
Nombre	3.3 Porcentaje de surtimiento completo de recetas.
Objetivo Prioritario	Objetivo 3. Elaborar e implementar un Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar, que permita mejorar e incrementar la calidad de los servicios de salud y del personal que proporciona atención a la población sin seguridad social.

Definición o descripción	El indicador mide el proceso de dotación de medicamentos a la población, garantizando con ello el surtimiento completo de recetas médicas.					
Nivel de desagregación	Nacional		Periodicidad o frecuencia de medición	Bienal		
Tipo	Gestión		Acumulado o periódico	Periódico		
Unidad de medida	Porcentaje		Periodo de recolección de datos	Enero a diciembre		
Dimensión	Eficiencia y Calidad		Disponibilidad de información	Primer Trimestre		
Tendencia esperada	Ascendente		Unidad responsable de reportar el avance	Secretaría de Salud		
Método de cálculo	Número de pacientes a los que se entregó la totalidad de los medicamentos marcados en su receta entre el total de pacientes encuestados con receta médica, multiplicado por 100.					
Observaciones						
Aplicación del método de cálculo para la obtención de la línea base						
Nombre variable	Número de pacientes a los que se entregó la totalidad de los medicamentos marcados en su receta.	Valor variable	11,304,506	Fuente de información	ENSANUT	
Nombre variable	Total de pacientes encuestados con receta médica.	Valor variable	16,156,218	Fuente de información	ENSANUT	
Sustitución en método de cálculo del indicador	$(11,304,506 / 16,156,218) * 100 = 69.97 \%$					
Valor de línea base y metas						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor	69.97 %					
Año	2019					
Meta 2024			Nota sobre la meta 2024			
72%						
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
68.97	69.22	NA	69.97	NA	65.77	ND
METAS						
2022		2023		2024		
NA		NA		72		

Elementos de meta para el Bienestar o Parámetro			
Nombre	4.1 Porcentaje de las acciones concluidas de infraestructura en las entidades.		
Objetivo Prioritario	Objetivo 4. Mejorar la infraestructura, equipamiento médico y sistemas de información de los servicios de salud operados por las entidades federativas que atienden a las personas sin seguridad social.		
Definición o descripción	Mide el porcentaje de acciones de infraestructura concluidas, a partir de las acciones que fueron registradas y que iniciaron el proceso correspondiente.		
Nivel de desagregación	Nacional		Periodicidad o frecuencia de medición
Tipo	Estratégico		Acumulado o periódico
			Anual
			Periódico

Unidad de medida	Porcentaje		Periodo de recolección de datos	Enero-Diciembre		
Dimensión	Eficiencia		Disponibilidad de información	Enero		
Tendencia esperada	Ascendente		Unidad responsable de reportar el avance	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud de la Secretaría de Salud		
Método de cálculo	(Número de obras de infraestructura concluidas / Total de obras de infraestructura en proceso) X 100 Las obras de infraestructura en proceso que corresponden al denominador, solo se consideran aquellas que iniciaron trabajos de construcción en el año de medición y se acumulan para los siguientes periodos.					
Observaciones						
Aplicación del método de cálculo para la obtención de la línea base						
Nombre variable 1	Número de obras de infraestructura concluidas	Valor variable	0	Fuente de información	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud	
Nombre variable 2	Total de obras de infraestructura en proceso	Valor variable	0	Fuente de información	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud	
Sustitución en método de cálculo del indicador	(Número de obras de infraestructura concluidas / Total de obras de infraestructura en proceso) X 100 = (81/163) X 100 = 49.7%					
Valor de línea base y metas						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor	0		No se dispone de línea base			
Año	2018					
Meta 2024			Nota sobre la meta 2024			
52			Es importante considerar que el denominador es una cifra dinámica, pues hay obras que se dan de baja y entran nuevas. Por lo que en la meta se consideran cifras promedio para hacer la estimación. Los resultados del indicador pueden actualizarse derivado de la información que reporten las entidades federativas con el fin de actualizar sus acciones registradas en el Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud.			
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
				71.01	57.25	32.95
METAS						
2022		2023		2024		
52		52		52		

Elementos de meta para el Bienestar o Parámetro					
Nombre	4.2 Camas por cada 10 mil habitantes sin seguridad social.				
Objetivo Prioritario	Objetivo 4. Mejorar la infraestructura, equipamiento médico y sistemas de información de los servicios de salud operados por las entidades federativas que atienden a las personas sin seguridad social.				
Definición o descripción	El indicador mide la disponibilidad de camas por 10 mil habitantes sin seguridad social.				
Nivel de desagregación	Nacional		Periodicidad o frecuencia de medición	Anual	
Tipo	Gestión		Acumulado o periódico	Periódico	
Unidad de medida	Tasa por 10 mil		Periodo de recolección	Enero-Diciembre	

		de datos				
Dimensión	Eficiencia y calidad	Disponibilidad de información	Septiembre			
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	Secretaría de Salud			
Método de cálculo	Total de camas entre la población sin seguridad social por 10 mil habitantes					
Observaciones	Las camas que se consideran en el indicador refieren a las disponibles para población sin seguridad social					
Aplicación del método de cálculo para la obtención de la línea base						
Nombre variable 1	Número de camas para población sin seguridad social	Valor variable	42,446	Fuente de información	Secretaría de Salud	
Nombre variable 2	Población sin seguridad social	Valor variable	68,112,161	Fuente de información	Secretaría de Salud	
Sustitución en método de cálculo del indicador	$(42446 / 68112161) * 10,000 = 6.2$					
Valor de línea base y metas						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor	6.2		En 2018 la disponibilidad de camas fue 6.2 por cada 10 mil personas sin seguridad social			
Año	2018					
Meta 2024			Nota sobre la meta 2024			
6.5			Se estima que para el 2024 la disponibilidad de camas será de 6.5 por cada 10 mil personas sin seguridad social.			
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
6.3	6.3	6.3	6.2	6.2	6.3	6.3
METAS						
2022		2023		2024		
6.4		6.4		6.5		

Elementos de meta para el Bienestar o Parámetro			
Nombre	4.3 Proporción de desiertos de atención intervenidos respecto de los programados en el país.		
Objetivo Prioritario	Objetivo 4. Mejorar la infraestructura, equipamiento médico y sistemas de información de los servicios de salud operados por las entidades federativas que atienden a las personas sin seguridad social.		
Definición o descripción	El indicador mide el porcentaje de los desiertos de atención que han tenido alguna intervención de política respecto al total de desiertos de atención programados.		
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Acumulado
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de datos	Enero a diciembre
Dimensión	Eficiencia y calidad	Disponibilidad de información	Primer trimestre

Tendencia esperada	Ascendente		Unidad responsable de reportar el avance	Secretaría de Salud		
Método de cálculo	Número de desiertos de atención que han tenido alguna intervención de política entre el número total de desiertos de atención programados para su intervención por 100.					
Observaciones						
Aplicación del método de cálculo para la obtención de la línea base						
Nombre variable	Desiertos de atención intervenidos	Valor variable	0	Fuente de información	Secretaría de Salud	
Nombre variable	Desiertos de atención programados	Valor variable	Por definir	Fuente de información	Secretaría de Salud	
Sustitución en método de cálculo del indicador	$(0/x) * 100 = 0$					
Valor de línea base y metas						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor	0		El proceso lleva dos pasos: la identificación de los desiertos de atención de salud y su programación; y la intervención de política para su atención. En el 2022 se está en el proceso de identificación de los mismos.			
Año	2022					
Meta 2024			Nota sobre la meta 2024			
80%						
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
METAS						
2022		2023		2024		
0		40%		80%		

Glosario, siglas y acrónimos

Acceso efectivo	Se refiere a la activa identificación y remoción de todo obstáculo geográfico, social, financiero, organizacional, de género o identidad que limite el acceso de las personas a los servicios públicos de atención integral a la salud.
APS	Atención Primaria de Salud Estrategia integral de "organización y operación del sistema de salud como un todo".
AVISA	Años de Vida Saludable Perdidos Medición sobre la carga de la enfermedad equivalente a la suma de años de vida perdidos por muerte prematura (APMP) y de los años vividos con discapacidad (AVD)
Calidad de vida	Percepción de un individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en los que vive y con respecto a sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus preocupaciones. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y su relación con el entorno.
Cartera de servicios	Conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el

conocimiento y la experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.

Cobertura de salud	Capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluidos los medicamentos) y financiamiento.
CONAPO	Consejo Nacional de Población
Continuidad de la atención	Se refiere a como un paciente experimenta la atención con el transcurso del tiempo, como coherente y vinculada y es el resultado del buen flujo de información, buenas aptitudes interpersonales y buena coordinación de la atención.
Derecho a la salud	Derecho de toda persona al goce del grado máximo de salud y de la equidad y la solidaridad en relación con la salud
Desigualdad social en salud	Diferencia en la salud en poblaciones, es decir a la distribución de enfermedades, causas de muerte, factores de riesgo y otros aspectos relacionados con la salud, diferenciado por factores sociales.
Determinantes Sociales de la Salud DSS	<p>Modelo en el que las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas determinan el estado de bienestar y salud.</p> <p>Circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales explican las desigualdades sociales en relación con la salud y, desde una perspectiva operativo-analítica, estas pueden diferenciarse entre desigualdades de la situación de salud y desigualdades en la atención de la salud.</p>
DGIS	Dirección General de Información en Salud
Disponibilidad	Se refiere a los recursos humanos, materiales y de infraestructura para dar atención a los problemas de salud de la población conforme a las necesidades de la misma.
Efectividad	Se refiere al impacto positivo en la salud de las personas o colectividades como resultado final, obtenido como efecto de las intervenciones sanitarias aplicadas en el proceso de atención a individuos o en la salud poblacional como resultado de los programas de salud desarrollados.
Eficacia y criterios de eficacia	<p>Se refiere al logro de resultados relacionados con cumplimiento de los objetivos y las metas del sistema de atención sanitaria individual o colectiva. Para ser eficaz se deben alcanzar los objetivos propuestos en el tiempo, grado y con la sustentabilidad planeada, los que suelen proyectarse bajo condiciones ideales o estándares.</p> <p>En la atención médica muchas veces se entiende como expresión del efecto positivo de determinada acción. La eficacia de un procedimiento o tratamiento también está relacionada con la condición del paciente, expresando el grado en que la atención/intervención logra el resultado deseado o esperado.</p>
Entornos saludables	Se refiere a los escenarios en los que las personas se desarrollan y en

los que se produce una interacción intensa y continua transformación positiva hacia la adopción de estilos de vida saludables.

Equidad en salud	Ausencia de diferencias injustas, evitables o remediables entre los grupos de la población en el estado de salud y en el acceso a la salud y a los ambientes saludables. Orienta la priorización de los esfuerzos de políticas e intervenciones de salud para satisfacer las necesidades de salud de la población en condiciones de vulnerabilidad social y económica.
FESP	Funciones Esenciales de Salud Pública Capacidades de las autoridades de salud, en todos los niveles institucionales y junto con la sociedad civil, para fortalecer los sistemas de salud y garantizar un ejercicio pleno de la salud pública, actuando sobre los factores y los determinantes sociales que tienen un efecto en la salud de la población.
Gobernanza	Arreglos institucionales que regulan a los actores y los recursos críticos que tienen influencia sobre las condiciones de cobertura y acceso a la salud.
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
Igualdad	Que los servicios de salud se proporcionen de manera indistinta, sin exclusiones de ningún tipo por motivos de raza, sexo, religión o cualquier otra distinción de tipo étnico cultural, social, política y económica, con la única condición de no estar afiliado a una institución de seguridad social del país.
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INSABI	Instituto de Salud para el Bienestar
Integración	Referida a la atención primaria y la salud pública, se entiende como la vinculación de programas y actividades para promover la eficiencia y la eficacia en general y lograr ganancias en la salud de la población.
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LGS	Ley General de Salud
Modelo de atención	Modelo de Atención Integral a la salud para el Bienestar o MAS-Bienestar Planteamiento teórico y operacional que establece y describe la forma óptima de organizar las acciones de las autoridades de salud con la finalidad de satisfacer los requerimientos y demandas de la población, centrándose en la vinculación de las personas y comunidades con los servicios de salud
Objetivos de Desarrollo Sostenible	Se refieren a los objetivos globales que fueron adoptados por las Naciones Unidas en 2015 como un llamamiento universal para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que para el 2030 todas las personas disfruten de paz y prosperidad.

OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PND 2019-2024	Programa Nacional de Desarrollo 2019-2024
PSS 2020-2024	Programa Sectorial de Salud 2020-2024
Rectoría	Capacidad de liderazgo de las autoridades de salud para conformar y apoyar una acción colectiva que permita la creación, el fortalecimiento o el cambio de las estructuras de gobernanza del sistema de salud.
RMM	Razón de Mortalidad Materna
Segmentación	Se refiere a la diversificación de fuentes de financiamiento condicionados a la prestación de servicios de salud.
Servicios médicos	Los que se proporcionan a la persona, con el fin de proteger, promover o restaurar la salud, curar y prevenir la enfermedad y rehabilitar al paciente, en los que se encuentran comprendidas las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud.
SESA	Servicios Estatales de Salud
Sistema de salud	Conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recuperar o mejorar la salud.

1 Sistema de Información de la Secretaría de Salud (2022), Gasto en Salud Indicadores, Secretaría de Salud, México. Disponible en: <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/#>

2 Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP), 2019. La contracción del gasto per cápita en salud: 2010-2020. Disponible en: <https://ciep.mx/la-contraccion-del-gasto-per-capita-en-salud-2010-2020/>

3 Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata. (1978). Declaración de Alma-Ata. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

4 J. Saturno Pedro, Armenta Dulce María, Candia Elizabeth, Contreras David, Fernández María, Galván Ángel, Hernández José Luis, Hernández Ávila Juan Eugenio, Palacio Lina Sofía, Poblano Ofelia, Vértiz Jesús, Vieyra Waldo, Wirtz Veronika. (2014). Calidad del primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud. Diagnóstico estratégico de la situación actual. Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en: https://www.insp.mx/resources/images/stories/Produccion/pdf/140715_BID_Diagn%C3%B3stico.pdf

5 Consejo Nacional de Evaluación de la Política del Desarrollo Social [CONEVAL]. (2021). Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP_2018_2020/Notas_pobreza_2020/Nota_tecnica_sobre_la_carencia_por_acceso_a_los

6 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OCDE]. (2019). Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en

7 Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. (2020). Análisis del SPPS a partir de Recursos en Salud Sectorial 2020.

8 Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2018). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf

9 Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. (2012). Observatorio del Desempeño Hospitalario 2011.

10 Secretaría de Salud, Dirección General de Evaluación del Desempeño. (2019). Indicadores de resultado. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/indicadores-de-resultado-de-los-sistemas-de-salud?state=published>

11 Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Ginebra: World Health Organization; 2007.

12 Ministerio de Sanidad y Política Social, Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2009). Análisis de situación para la elaboración de una propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Gobierno de España.

- 13 Vega et al. (2005). *Iniciativa Chilena de Equidad en Salud: Determinantes sociales de la salud en Chile. En la perspectiva de la equidad.*
- 14 Palomino Moral, P., Grande Gascón, ML. y Linares Abad, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales: desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI., *Revista Internacional de Sociología*, Vol. 72: 71-91. DOI: <https://doi.org/10.3989/ris.2013.02.16>
- 15 Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health.* Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489>
- 16 Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]. (2016). *La matriz de la desigualdad social en América Latina.* Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/matriz_de_la_desigualdad.pdf
- 17 OMS. (2018). *Género y salud: Datos y cifras.* Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- 18 OMS. (2018). *Género y salud: Datos y cifras.* Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- 19 Henríquez F, et al. (2012). *Atención en salud con pertinencia cultural: una mirada a partir de la competencia comunicativa intercultural.* *Revista Internacional de Humanidades Médicas*, Vol. 1 (2): 53-58. Disponible en: https://cgscholar.com/bookstore/works/la-atencion-en-salud-con-pertinencia-cultural?category_id=cgrn-es&path=cgrn-es%2F340%2F341
- 20 Institute for Health Metrics and Evaluation. *Global Burden Disease.* Disponible en: <https://www.healthdata.org/mexico?language=149>
- 21 Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. (2019). *Anuario de morbilidad.* Disponible en: <https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2019/principales/nacional/institucion.pdf>
- 22 Doubova S, Borja-Aburto VH, Guerra-y-Guerra G, Salgado-de-Snyder N, González-Block MA. (2018). *Loss of job-related right to healthcare is associated with reduced quality and clinical outcomes of diabetic patients in Mexico.* *International Journal for Quality in Health Care* 30 (4): 283290. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy012>
- 23 Kristin M. Dosen, Alexis A. Karasiuk, Alexandra C. Marcaccio, Samantha Miljak, Mythili H. Nair, and Victoria J. Radauskas. (2017). *Code Grey: Mapping Healthcare Service Deserts in Hamilton, Ontario and the Impact on Senior Populations.* *Cartographica*, 52 (2): 125131. DOI: <https://doi.org/10.3138/cart.52.2.5103>
- 24 Mercado, R., A. Páez, and K.B. Newbold. (2009). *Transport Policy and the Provision of Mobility Options in an Aging Society: A Case Study of Ontario, Canada.* *Journal of Transport Geography*, 18 (5): 649661. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jtrangeo.2010.03.017>
- 25 *Tiempo de traslado esperado entre dos puntos, bajo el supuesto de que una persona debiera acceder a un destino en el menor tiempo posible, haciendo uso de un automóvil como primer escenario o desplazándose a pie y posteriormente en automóvil, como segundo escenario.*
- 26 Jaffré, Y. (2012). *Towards an anthropology of public health priorities: maternal mortality in four obstetric emergency services in West Africa.* *Social Anthropology/Anthropologie Sociale*: 20 (1): 1318. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1469-8676.2011.00190.x>
- 27 World Health Organization [WHO]. (2019). *Maternal mortality. Evidence brief.* Geneva: Department of Reproductive Health and Research. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329886/WHO-RHR-19.20-eng.pdf?ua=1>
- 28 Souza, J.P. et al. (2014). *Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths.* *BJOG*, 121 (1):1-4. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12735>
- 29 WHO. (2019). *Ídem.*
- 30 Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2021). *Lineamiento técnico para la implementación y operación de salas de labor parto recuperación en las redes de servicios.* Disponible en: <https://www.gob.mx/salud%7Ccnegsr/articulos/lineamiento-tecnico-para-la-implementacion-y-operacion-de-salas?idiom=es>
- 31 Secretaría de Salud. (2020). *Programa de Acción Específico en Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024.* Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especificao>
- 32 Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS]. (2020). *Informe de Labores y Programa de Actividades, 2020-2021.* Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/2021/ILPA-20-21.pdf>
- 33 Montañez-Hernández JC, Díaz-Portillo SP, Guerra G, Reyes-Morales H. (2022). *Condiciones de empleo y precariedad laboral de los médicos de México: análisis basado en una encuesta nacional.* *Cadernos de Saúde Pública*, 38 (4): 1-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XES042321>
- 34 Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL. (2022). *Acerca de Evaluación de políticas y programas públicos.* Disponible en: <https://www.cepal.org/es/temas/evaluacion-de-politicas-y-programas/acerca-evaluacion-politicas-programas-publicos>