ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA GARANTIZAR LA PRESTACIÓN GRATUITA DE SERVICIOS DE SALUD, MEDICAMENTOS Y DEMÁS INSUMOS ASOCIADOS PARA LAS PERSONAS SIN SEGURIDAD SOCIAL EN LOS TÉRMINOS PREVISTOS EN EL TÍTULO TERCERO BIS DE LA LEY GENERAL DE SALUD QUE CELEBRAN POR UNA PARTE, EL INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR, AL QUE SE LE DENOMINARÁ EL "INSABI", REPRESENTADO POR SU DIRECTOR GENERAL, MTRO. JUAN ANTONIO FERRER AGUILAR Y POR OTRA PARTE, EL EJECUTIVO DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN, AL QUE EN ADELANTE SE LE DENOMINARÁ "LA ENTIDAD", REPRESENTADO POR EL GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN, ING. JAIME HELIODORO RODRÍGUEZ CALDERÓN, ASISTIDO POR EL SECRETARIO GENERAL DE GOBIERNO, LIC. MANUEL FLORENTINO GONZÁLEZ FLORES, EL SECRETARIO DE FINANZAS Y TESORERO GENERAL DEL ESTADO LIC. CARLOS ALBERTO GARZA IBARRA, EL SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL DEL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO DENOMINADO SERVICIOS DE SALUD DE NUEVO LEÓN, DR. MED. MANUEL ENRIQUE DE LA O CAVAZOS Y EL CONTRALOR GENERAL DE LA CONTRALORÍA Y TRANSPARENCIA GUBERNAMENTAL, C.P. GERARDO GUAJARDO CANTÚ, A QUIENES CUANDO ACTÚEN DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ "LAS PARTES", AL TENOR DE LOS ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

ANTECEDENTES

1. El artículo 4o, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, reconoce el derecho humano que toda persona tiene en nuestro país a la protección de la salud y dispone que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo preceptuado en la fracción XVI, del artículo 73 de la propia norma fundamental.

2. Acorde con lo anterior, conforme a lo dispuesto en la fracción I del apartado B del artículo 13 de la Ley General de Salud (LGS), corresponde a los gobiernos de las entidades federativas, dentro de sus respectivas jurisdicciones territoriales, organizar, operar, supervisar y evaluar, entre otros, la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social.

3. De este modo, para la prestación de los servicios referidos en el numeral anterior, las entidades federativas deben sujetarse a lo señalado en el Título Tercero Bis de la LGS.

4. Al efecto, el artículo 77 bis 6 de la LGS señala que el **"INSABI"** y las entidades federativas celebrarán acuerdos de coordinación para la ejecución, por parte de éstas, de la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social, en los que se estipulará como mínimo, las modalidades orgánicas y funcionales de la prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados; los conceptos de gasto; el destino de los recursos, y los indicadores de seguimiento a la operación y los términos de la evaluación integral de la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados.

DECLARACIONES

I. El **"INSABI"** declara que:

I.1. De conformidad con los artículos 3o, fracción I y 45 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y 77 bis 35 de la LGS, es un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, sectorizado a la Secretaría de Salud, que tiene por objeto proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, así como impulsar, en coordinación con la Secretaría de Salud en su calidad de órgano rector, acciones orientadas a lograr una adecuada integración y articulación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

I.2. Su Director General, Mtro. Juan Antonio Ferrer Aguilar, quien acredita su cargo con la copia de su nombramiento (**Anexo A**), cuenta con las atribuciones necesarias para suscribir el presente Acuerdo de Coordinación, de conformidad con lo establecido en los artículos 22, fracción I y 59, fracción I de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

I.3. Para efectos del presente Acuerdo señala como su domicilio el ubicado en Gustavo E. Campa número 54, Colonia Guadalupe Inn, Demarcación Territorial Álvaro Obregón, C.P. 01020, en la Ciudad de México.

II. LA ENTIDAD" declara que:

II.1. El Estado de Nuevo León es una Entidad Libre y Soberana que forma parte integrante de la Federación, de conformidad con lo establecido en los artículos 40, 42, fracción I y 43 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 29 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Nuevo León.

II.2. El Gobernador Constitucional del Estado de Nuevo León, cuenta con las atribuciones necesarias para suscribir el presente Acuerdo de Coordinación en términos de lo dispuesto por los artículos 81 y 85 fracción XXVIII de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Nuevo León, quien acredita su personalidad con el Decreto Número 009 de fecha 8 de octubre del 2015, expedida por el Congreso del Estado de Nuevo León. **Anexo B.**

II.3. El Secretario General de Gobierno, Lic. Manuel Florentino González Flores, asiste a la suscripción del presente Acuerdo de Coordinación, de conformidad con los artículos 87 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Nuevo León; 18 fracción II y 20 de la Ley Orgánica de la Administración Pública para el Estado de Nuevo León, quien acredita su personalidad con la copia del oficio nombramiento. **Anexo C.**

II.4. El Secretario de Finanzas y Tesorero General del Estado, Lic. Carlos Alberto Garza Ibarra, asiste a la suscripción del presente Acuerdo de Coordinación, de conformidad con los artículos 134 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Nuevo León, 18 fracción III y 21 de la Ley Orgánica de la Administración Pública para el Estado de Nuevo León, quien acredita su cargo con la copia del oficio nombramiento. **Anexo D.**

II.5. Servicios de Salud de Nuevo León, es un Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública de **"LA ENTIDAD"**, creado por Decreto número 328 de fecha 18 de diciembre de 1996, que conforme al artículo 2 fracciones I, III, IV,

V, VI, VII y VIII de la Ley que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud de Nuevo León. El Secretario de Salud y Director General de Servicios de Salud, Organismo Público Descentralizado del Estado de Nuevo León, Dr. Med. Manuel Enrique de la O Cavazos, quien acredita su personalidad con el Acta número 1/Ext./2015 de la Junta de Gobierno de Servicios de Salud de Nuevo León, Organismo Público Descentralizado, celebrada en fecha 22 de octubre de 2015, y oficio nombramiento. **Anexo E.**

II.6. El Contralor General de la Contraloría y Transparencia Gubernamental, C.P. Gerardo Guajardo Cantú, asiste a la suscripción del presente Acuerdo de Coordinación, de conformidad con los artículos 18 fracción XIV y 33 de la Ley Orgánica de la Administración Pública para el Estado de Nuevo León, quien acredita su personalidad con la copia del oficio nombramiento. **Anexo F.**

II.7. Para efectos del presente Acuerdo de Coordinación señala como su domicilio el ubicado en Matamoros número 520 oriente zona Centro Monterrey, Nuevo León, Código Postal 64000.

III. "LAS PARTES" declaran que:

III.1. Se reconocen mutuamente el carácter y las facultades jurídicas que ostentan para la celebración del presente Acuerdo de Coordinación.

III.2. Conforme a lo dispuesto por el artículo 77 bis 6 de la LGS y a fin de instrumentar en la circunscripción territorial de **"LA ENTIDAD"** la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados, para las personas sin seguridad social en los términos previstos en el Título Tercero Bis de la Ley en cita, es su voluntad celebrar el presente instrumento jurídico al tenor de las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA. OBJETO. El presente Acuerdo de Coordinación tiene por objeto establecer los compromisos a que se sujetarán **"LAS PARTES"**, a fin de garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en los términos previstos en el Título Tercero Bis de la LGS, en el Estado de Nuevo León.

Para efectos de lo anterior, **"LAS PARTES"** convienen en que **"LA ENTIDAD"**, a través de la Secretaría de Salud y de los Servicios de Salud de Nuevo León Organismo Público Descentralizado, será responsable, en los términos previstos en la LGS, en las disposiciones reglamentarias y administrativas que de la misma deriven y en las estipulaciones de este instrumento jurídico, de organizar, operar y supervisar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en el Estado de Nuevo León, a los que en lo sucesivo se denominarán **"LOS SERVICIOS DE SALUD"**.

SEGUNDA. PRESTACIÓN DE "LOS SERVICIOS DE SALUD". "LAS PARTES" acuerdan que la prestación de **"LOS SERVICIOS DE SALUD"**, se sujetará a lo siguiente:

A. Modalidades orgánicas y funcionales de la prestación gratuita de "LOS SERVICIOS DE SALUD".

"LA ENTIDAD" se obliga, a través de la Secretaría de Salud y de Servicios de Salud de Nuevo León, Organismo Público Descentralizado a que la prestación de **"LOS SERVICIOS DE SALUD"** se sujetará orgánica y funcionalmente a los criterios siguientes:

a. Modalidades orgánicas. "LA ENTIDAD" se obliga a que la prestación de **"LOS SERVICIOS DE SALUD"**, se sujetará al *"Modelo de Salud para el Bienestar (SABI) para las personas sin Seguridad Social, basado en la Atención Primaria de Salud (APS)"*, al que en lo sucesivo se denominará el **"Modelo de Atención"**, mismo que se agrega al presente Acuerdo de Coordinación como **Anexo 1**.

Para efectos de la implementación del Modelo de Atención, el **"INSABI"** se obliga a proporcionar a **"LA ENTIDAD"** la asesoría técnica correspondiente.

Asimismo, **"LAS PARTES"** convienen en que las modificaciones que el **"INSABI"**, en coordinación con la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, efectúe al Modelo de Atención, formarán parte integral del referido **Anexo 1** y surtirán efectos para **"LA ENTIDAD"**, a fin de que ésta inicie el proceso de implementación a partir del día siguiente a aquél en que el **"INSABI"** le

notifique por escrito las referidas modificaciones. Sin perjuicio de lo anterior, el **"INSABI"** difundirá el Modelo de Atención y sus modificaciones a través de su página de Internet y gestionará que la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, de igual modo, difunda dichos documentos en su portal de Internet.

b. **"LA ENTIDAD"** se obliga a través de su Secretaría de Salud y de Servicios de Salud de Nuevo León Organismo Público Descentralizado, a adoptar esquemas de operación que (i) mejoren la atención, (ii) modernicen la administración de servicios y registros clínicos, (iii) alienten la certificación del personal, y (iv) promuevan y mantengan la certificación y acreditación de sus unidades médicas, a fin de favorecer la atención que se brinda a los beneficiarios de **"LOS SERVICIOS DE SALUD"**.

c. **"LA ENTIDAD"** se obliga a llevar a cabo la prestación de los **"LOS SERVICIOS DE SALUD"**, de manera gratuita, en los términos previstos en el Título Tercero Bis de la LGS, sus disposiciones reglamentarias y las demás disposiciones jurídicas que de dichos ordenamientos emanen, por lo que está conforme en que bajo ninguna circunstancia se cobrarán cuotas de recuperación a las personas sin seguridad social que requieran acceder a **"LOS SERVICIOS DE SALUD"**, conforme a lo previsto en el artículo 77 bis 1 de la LGS.

   El incumplimiento de esta obligación, por parte del servidor público responsable, dará lugar a imponer las sanciones administrativas y penales correspondientes, comprometiéndose **"LAS PARTES"** a denunciarlo ante las instancias federales y locales competentes.

d. **"LAS PARTES"** acuerdan que **"LA ENTIDAD"** será responsable de supervisar que sus unidades médicas que lleven a cabo la prestación de **"LOS SERVICIOS DE SALUD"**, obtengan y mantengan de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, la acreditación de la calidad a que se refiere el artículo 77 bis 9 de la LGS, sujetándose para ello al procedimiento, requisitos y criterios establecidos en las disposiciones reglamentarias y administrativas que resulten aplicables.

e. **"LA ENTIDAD"** se obliga a implementar las medidas necesarias para que sus unidades médicas, efectúen el registro de las personas atendidas por las mismas, conforme al mecanismo que al efecto establezca el **"INSABI"**. Para tal fin, el **"INSABI"** se obliga a difundir los lineamientos y criterios que emita conforme al ámbito de sus atribuciones, para la implementación del mecanismo referido.

f. **"LA ENTIDAD"** será responsable de dar a conocer a través de los medios que tenga disponibles, los materiales que para tal fin diseñe y elabore la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, relativos a la sensibilización, difusión, promoción y metodología de capacitación, que se utilizarán en la prestación de **"LOS SERVICIOS DE SALUD"**. Dichos materiales le serán proporcionados a **"LA ENTIDAD"**, por conducto del **"INSABI"**.

g. **"LA ENTIDAD"** se obliga a proporcionar al **"INSABI"** en los plazos y bajo los criterios que éste determine, la información relativa y actualizada referente al ejercicio de los recursos destinados a la prestación de **"LOS SERVICIOS DE SALUD"**.

h. **"LA ENTIDAD"** está conforme en sujetarse a, una vez que el **"INSABI"** las emita, a las bases para la compensación económica entre entidades federativas, instituciones y establecimientos del Sistema Nacional de Salud por concepto de la prestación de los servicios a que se refiere el Título Tercero Bis de la LGS, previa opinión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

i. **"LA ENTIDAD"** se obliga a establecer un sistema de orientación y atención de quejas y sugerencias respecto de la prestación de **"LOS SERVICIOS DE SALUD"** y dar seguimiento a las mismas hasta su conclusión, aplicando, en su caso, las medidas correctivas necesarias para prevenir su recurrencia.

B. Transferencia de recursos.

a. El "**INSABI**" se obliga a transferir con oportunidad a "**LA ENTIDAD**" los recursos presupuestarios federales que le correspondan para la prestación de "**LOS SERVICIOS DE SALUD**", en los términos que anualmente se determinen en el **Anexo 2** del presente instrumento jurídico. Para tal fin, dicho **Anexo 2** deberá señalar lo siguiente:

i. El monto total de los recursos presupuestarios federales que en términos de lo dispuesto en los artículos 77 bis 11 y 77 bis 12 de la LGS y el Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal de que se trate, y con sujeción a la normativa correspondiente y a la disponibilidad presupuestaria, la Federación deba destinar a "**LA ENTIDAD**" para la prestación de "**LOS SERVICIOS DE SALUD**".

En este sentido, "**LAS PARTES**" están de acuerdo en que, con sujeción a la normativa aplicable y a la disponibilidad presupuestaria, el importe correspondiente para el ejercicio fiscal 2020, será equivalente al transferido a "**LA ENTIDAD**" durante el ejercicio fiscal 2019 y específicamente para dicho ejercicio, para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en su circunscripción territorial, más el factor de incremento que se haya tomado en consideración para dicho fin, en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2020.

ii. El calendario de transferencia respectivo y sus modalidades, incluyendo los recursos que se entregarán en especie.

iii. Los demás elementos que se señalan en este Acuerdo de Coordinación.

Para tal efecto, en términos de lo dispuesto por los artículos 69 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental y 77 bis 15, fracción I de la LGS,"**LA ENTIDAD**", a través de su Secretaría de Finanzas y Tesorería General del Estado deberá abrir, en forma previa a la radicación de los recursos, una cuenta bancaria productiva, específica para el ejercicio fiscal de que se trate, en la institución bancaria que determine, con la finalidad de que dichos recursos y sus rendimientos financieros estén debidamente identificados.

Una vez radicados los recursos presupuestarios federales en la Secretaría de Finanzas y Tesorería General del Estado de **"LA ENTIDAD"** ésta se obliga a ministrarlos íntegramente junto con los rendimientos financieros que se hubiesen generado, dentro de los cinco días hábiles siguientes a su recepción, a los Servicios de Salud de Nuevo León Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Local, que tendrá el carácter de Unidad Ejecutora para efectos de la prestación de **"LOS SERVICIOS DE SALUD"** y de los recursos presupuestarios federales asignados para tal fin.

La Unidad Ejecutora, deberá informar al **"INSABI"**, dentro de los tres días hábiles siguientes a aquél en que concluya el plazo anterior, la recepción de los recursos transferidos, señalando el monto y fecha de la misma, así como el importe de los rendimientos financieros generados que le hayan sido ministrados. Para efecto de que la Unidad Ejecutora pueda verificar el cumplimiento de esta obligación, el **"INSABI"** le dará aviso de la transferencia de recursos que realice a la Secretaría de Finanzas y Tesorería General del Estado de **"LA ENTIDAD"**. En caso de advertirse algún incumplimiento a lo anterior, el **"INSABI"** lo informará a la Auditoría Superior de la Federación, a la Secretaría de la Función Pública y a la autoridad competente en la materia en **"LA ENTIDAD"**, para los efectos legales y administrativos que procedan.

Para efectos de lo señalado en el párrafo anterior, la Unidad Ejecutora deberá, previamente a la ministración de los recursos por parte de la Secretaría de Finanzas y Tesorería General del Estado, abrir una cuenta bancaria productiva, específica, para la recepción de los recursos referidos.

La no ministración, de la totalidad o parte de estos recursos, a la Unidad Ejecutora en el plazo establecido en el párrafo cuarto de esta Cláusula, por causas imputables a **"LA ENTIDAD"**, se considerará incumplimiento de este instrumento jurídico y será causa para proceder en términos de lo dispuesto en el artículo 469 bis de la LGS, que tipifica como delito, la conducta realizada por cualquier persona que desvíe del objeto para el cual fueron transferidos o entregados los recursos en numerario o en especie, según el caso, a que se refiere el Título Tercero Bis de la LGS, si por razón de sus funciones o actividades los hubiere recibido en administración o por cualquier otra causa.

La Secretaría de Finanzas y Tesorería General del Estado y la Unidad Ejecutora, deberán remitir con oportunidad al **"INSABI"**, la documentación correspondiente a la apertura de las cuentas a que se refiere este Apartado, debiéndose manifestar en el comunicado respectivo que el destino final de los recursos será la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social.

C. Destino y aplicación de los recursos.

"LAS PARTES" acuerdan que los recursos presupuestarios federales que el **"INSABI"** transfiera a **"LA ENTIDAD"** para la prestación de **"LOS SERVICIOS DE SALUD"**, así como los rendimientos financieros que éstos generen, no podrán ser destinados a fines distintos a los expresamente previstos en el **Anexo 2** del presente Acuerdo de Coordinación,.

Para efectos de lo señalado en el párrafo anterior, **"LAS PARTES"** están conformes en que en el referido **Anexo 2** se establecerán en cada ejercicio fiscal, con base en lo dispuesto por el Presupuesto de Egresos de la Federación y las demás disposiciones aplicables, los conceptos de gasto y los límites para cada uno de ellos, entre otras disposiciones generales, así como el monto de los recursos que el **"INSABI"** transferirá en especie a **"LA ENTIDAD"**, de conformidad con lo establecido en la fracción III del artículo 77 bis 15 de la LGS.

Será responsabilidad de **"LA ENTIDAD"** aplicar los recursos que se le transfieran en apego a lo establecido en las disposiciones jurídicas aplicables en dicha materia.

"LAS PARTES" acuerdan que, al cierre de cada ejercicio fiscal, los remanentes de los recursos presupuestarios federales transferidos a **"LA ENTIDAD"**, junto con los rendimientos financieros generados no erogados a esa fecha, deberán ser reintegrados a la Tesorería de la Federación, en los términos que ordena el artículo 17 de la Ley de Disciplina Financiera de las Entidades Federativas y los Municipios, debiendo informarlo al **"INSABI"**, de manera escrita y con copia simple de los documentos soporte correspondientes.

Sin perjuicio de lo anterior, **"LA ENTIDAD"** se obliga a administrar y supervisar el ejercicio de los recursos que el **"INSABI"** le transfiera para la prestación de **"LOS SERVICIOS DE SALUD"**, apegándose a los criterios generales que en materia de

supervisión emita el **"INSABI"**, los cuales, una vez formulados se notificarán por oficio a **"LA ENTIDAD"** y sin mayor trámite se agregará al presente Acuerdo de Coordinación como **Anexo 3.**

Para tal efecto, el referido **Anexo 3** deberá contemplar, (i) los mecanismos periódicos de seguimiento, verificación y evaluación, que permitan observar la correcta aplicación de los recursos transferidos, hasta su total erogación y comprobación o reintegro a la Tesorería de la Federación; (ii) los términos y condiciones en que **"LA ENTIDAD"** deberá presentar los informes periódicos sobre el ejercicio, destino y resultados obtenidos con los recursos transferidos, que establecen las disposiciones aplicables, y (iii) los términos y condiciones en que **"LA ENTIDAD"** deberá comprobar y justificar el ejercicio de los recursos transferidos, de conformidad con la normatividad aplicable.

Lo anterior, en el entendido de que corresponde a **"LA ENTIDAD"**, verificar que la documentación comprobatoria del gasto de los recursos presupuestarios que se destinen a la prestación de **"LOS SERVICIOS DE SALUD"**, cumpla con los requisitos fiscales establecidos en las disposiciones federales aplicables, entre otros, aquéllos que determinan los artículos 29 y 29-A, del Código Fiscal de la Federación, los que deberán expedirse a nombre de la Unidad Ejecutora, para lo cual, se deberá contar con el archivo electrónico CFDI, salvo los casos de excepción establecidos en las disposiciones normativas aplicables, en cuyo caso se deberán atender las disposiciones especiales para su comprobación. Dicha documentación comprobatoria y justificante del gasto, quedará bajo el resguardo de la Unidad Ejecutora.

Por su parte, el **"INSABI"**, dentro del marco de sus atribuciones y a través de los mecanismos que este último implemente para tal fin, verificará a través de la evaluación del cumplimiento de los indicadores de desempeño de la operación de la prestación de **"LOS SERVICIOS DE SALUD"** que se establezcan en los términos estipulados en el presente Acuerdo de Coordinación, que los recursos presupuestarios transferidos para tal fin, sean destinados únicamente para cubrir el objeto del presente instrumento jurídico, sin perjuicio de las atribuciones que en la materia correspondan a otras instancias federales competentes. Para tal fin, **"LA ENTIDAD"** estará obligada a presentar toda la información que se le requiera, incluyendo el original de la documentación comprobatoria y justificante del gasto, y a brindar las facilidades que resulten necesarias para la realización de las mencionadas actividades de verificación.

En el supuesto de que, como resultado de las referidas actividades de verificación se adviertan irregularidades, el **"INSABI"** lo informará a la Auditoría Superior de la Federación, a la Secretaría de la Función Pública y a la autoridad competente en la materia en **"LA ENTIDAD"**, para los efectos legales y administrativos que procedan.

Asimismo, con la finalidad de propiciar la correcta aplicación de los recursos que se transfieran a **"LA ENTIDAD"** para la prestación de los **"SERVICIOS DE SALUD"**, ésta se obliga a participar, a través de su Contraloría y Transparencia Gubernamental y en los términos que esta misma determine, en las acciones de supervisión, seguimiento, control y evaluación integral de la prestación de dichos servicios, así como respecto de los recursos presupuestarios y/o en especie que para tal fin le sean transferidos a **"LA ENTIDAD"**.

D. Recursos del Fondo de Salud para el Bienestar ("EL FONDO").

a. Atención de enfermedades que provocan gastos catastróficos.

"LAS PARTES" están de acuerdo en que los recursos a que se destinen para la atención de enfermedades que provocan gastos catastróficos, comprenderá, en los términos que se prevean en las Reglas de Operación de **"EL FONDO"**, la atención integral de dichos padecimientos, conforme a lo siguiente:

i. Suministro de medicamentos e insumos para diagnósticos asociados a los mismos, cuyos costos de adquisición y distribución se cubrirán con cargo a los recursos de **"EL FONDO"**.

   La adquisición de los referidos medicamentos e insumos, así como su distribución y entrega en especie a **"LA ENTIDAD"**, serán efectuadas por el **"INSABI"** o por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en los términos que se encuentren previstos en las disposiciones jurídicas aplicables.

Las Reglas de Operación de **"EL FONDO"** establecerán los casos de excepción a lo señalado en el párrafo que antecede, así como los requisitos para que los mismos procedan.

ii. Los procedimientos y demás acciones que conforme a los tabuladores que se autoricen, sean necesarias para la atención integral antes referida, las cuales serán cubiertas bajo el criterio de devengado, exclusivamente en los casos de excepción que se prevean en las Reglas de Operación de **"EL FONDO"**.

iii. **"LAS PARTES"** acuerdan que, en los casos de excepción que se prevean en las Reglas de Operación de **"EL FONDO"**, los recursos que **"LA ENTIDAD"** reciba para la atención de enfermedades que provocan gastos catastróficos, junto con los rendimientos financieros que los mismos generen, serán transferidos a través de su Secretaría de Finanzas y Tesorería General del Estado, en la cuenta bancaria productiva específica que se abra de manera exclusiva para tal fin, en la institución bancaria que determine dicha dependencia local, con la finalidad de que dichos recursos y sus rendimientos financieros estén debidamente identificados.

Una vez radicados los recursos referidos en el párrafo anterior, en la Secretaría de Finanzas y Tesorería General del Estado de **"LA ENTIDAD"** ésta se obliga a ministrarlos íntegramente, dentro de los cinco días hábiles siguientes a su recepción a las unidades administrativas, órganos desconcentrados, organismos públicos descentralizados de la Administración Pública Estatal competentes u otros entes públicos de **"LA ENTIDAD"**, que deberán tener reconocido su carácter de Ejecutor del Gasto o Unidad Ejecutora en el convenio de colaboración que se haya celebrado conforme a lo previsto en las Reglas de Operación del **"FONDO"**. Dicha ministración deberá realizarse en la cuenta bancaria productiva, específica que se abra de manera exclusiva para tal fin en la institución bancaria que determine el Ejecutor del Gasto o Unidad Ejecutora.

Asimismo, considerando el criterio de devengado señalado en el numeral ii del presente inciso, **"LA ENTIDAD"**, por conducto de la Secretaría de Finanzas y Tesorería General del Estado, se obliga a reintegrar a **"EL FONDO"**, los rendimientos financieros que se hubiesen generado, dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha en que haya efectuado la ministración de recursos correspondiente al Ejecutor del Gasto o Unidad Ejecutora.

Para efecto de que el Ejecutor del Gasto o Unidad Ejecutora pueda verificar el cumplimiento de esta obligación, el **"INSABI"** le dará aviso de la transferencia de recursos que realice a la Secretaría de Finanzas y Tesorería General del Estado de **"LA ENTIDAD"**. Dicho Ejecutor del Gasto o Unidad Ejecutora deberá informar al **"INSABI"** la oportuna ministración de los recursos. En caso de advertirse algún incumplimiento a lo anterior, el **"INSABI"** lo informará a la Auditoría Superior de la Federación, a la Secretaría de la Función Pública y a la autoridad competente en la materia en **"LA ENTIDAD"**, para los efectos legales y administrativos que procedan.

b. La atención de necesidades de infraestructura preferentemente en las entidades federativas con mayor marginación social.

"LAS PARTES" están de acuerdo en que los recursos que se destinen para la atención de necesidades de infraestructura preferentemente en las entidades federativas con mayor marginación social, en los términos que se prevean en las Reglas de Operación de **"EL FONDO"**, serán efectuadas por el **"INSABI"** o por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en los términos que se encuentren previstos en las disposiciones jurídicas aplicables y sus resultados entregados en especie a **"LA ENTIDAD**.

c. **"LAS PARTES"** están conformes en que las acciones que deriven de la aplicación de los recursos de **"EL FONDO"**, bajo ninguna circunstancia podrán ser contabilizados por **"LA ENTIDAD"** como parte de la aportación solidaria que le corresponde efectuar para financiar la prestación de **"LOS SERVICIOS DE SALUD"**.

E. **Aportación solidaria de "LA ENTIDAD". "LAS PARTES"** acuerdan que la aportación solidaria que corresponda realizar a **"LA ENTIDAD"** anualmente para la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social, en su circunscripción territorial, conforme a lo dispuesto en los artículos 77 bis 11 y 77 bis 13 de la LGS, será determinada en el **Anexo 2** del presente Acuerdo de Coordinación, con base en lo señalado en las disposiciones reglamentarias y administrativas que al efecto se emitan. Sin perjuicio de lo anterior, **"LAS PARTES"** están conformes en que para el ejercicio fiscal 2020, la referida aportación solidaria estatal, será equivalente al monto total calculado para dicho concepto, con base en el cierre de afiliación reportado por **"LA ENTIDAD"** al 31 de diciembre de 2019.

Asimismo, **"LAS PARTES"** están conformes en que cuando menos el 70% de dicha aportación deberá realizarse en numerario. La parte proporcional que se realice en especie deberá ajustarse a los conceptos de gasto que se determinen en el **Anexo 2** de este instrumento jurídico.

En este tenor, **"LA ENTIDAD"**, por conducto de su Secretaría de Finanzas y Tesorería General del Estado, se obliga a entregar a la Unidad Ejecutora, el importe que le corresponda aportar en numerario para la prestación de **"LOS SERVICIOS DE SALUD"**, a través de la cuenta bancaria productiva específica que esta última aperture para tal fin, en los términos y conforme al calendario que al efecto se prevea en el referido **Anexo 2**.

En virtud de lo anterior, **"LA ENTIDAD"** manifiesta su conformidad para que, en caso de incumplimiento respecto de la entrega de los recursos a que se hace referencia en el párrafo anterior o de la entrega en especie correspondiente, se afecten como fuente para cubrir la misma, las participaciones que le correspondan del Fondo General de Participaciones del Ramo 28. En tal virtud, **"LA ENTIDAD"** faculta al **"INSABI"** para que, en caso de actualizarse este supuesto de incumplimiento, haga efectiva la afectación de dichas participaciones, ante la unidad administrativa competente de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, para que, con cargo a las participaciones antes señaladas, se ponga a disposición de la Unidad Ejecutora el monto correspondiente, previo conocimiento hecho por escrito a **"LA ENTIDAD"** y a la Unidad Ejecutora, dentro del término de 5 cinco días hábiles posteriores al incumplimiento.

F. **"LAS PARTES"** acuerdan que **"LA ENTIDAD"** podrá anualmente realizar aportaciones adicionales para la prestación de **"LOS SERVICIOS DE SALUD"**, cuyos fines deberán estipularse en el convenio específico que celebren.

G. **Indicadores de seguimiento a la operación y los términos de la evaluación integral de "LOS SERVICIOS DE SALUD".**

"LAS PARTES" acuerdan que el seguimiento a la operación y la evaluación integral de la prestación de **"LOS SERVICIOS DE SALUD"** se realizarán gradualmente conforme a los indicadores y los términos que establezca el **"INSABI"**, tomando en consideración la opinión de las entidades federativas, los cuales, una vez definidos y suscritos por **"LAS PARTES"**, se agregarán como **Anexo 4** del presente Acuerdo de Coordinación.

TERCERA. TRANSPARENCIA Y CONTRALORÍA SOCIAL. "LAS PARTES" acuerdan, que adicionalmente a las obligaciones de transparencia, acceso a la información pública y protección de datos personales que se desprenden de las disposiciones aplicables en la materia, las mismas se obligan a difundir en sus respectivas páginas de Internet el monto de los recursos asignados para la prestación de los servicios a su cargo, los montos ejercidos y las partidas de gasto a las cuales se destinó el recurso, los montos comprobados, los importes pendientes por comprobar, las acciones a las que los mismos están destinados, los resultados obtenidos con su aplicación, así como, tratándose de recursos financieros, el nombre de los proveedores y contratistas que hayan recibido pagos con cargo a dichos recursos y, en el caso de obra, los avances físicos y financieros, y la demás información que determine el **"INSABI"**. Dicha información deberá ser actualizada de manera trimestral, dentro de los treinta días naturales posteriores al cierre de cada trimestre, elaborando **"LA ENTIDAD"** los formatos correspondientes.

Asimismo, **"LA ENTIDAD"** será responsable de promover y llevar a cabo las acciones necesarias para que los beneficiarios de **"LOS SERVICIOS DE SALUD"**, realicen la contraloría social y de manera organizada, verifiquen la correcta aplicación de los recursos públicos asignados para tal fin, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables.

CUARTA. VIGENCIA. El presente Acuerdo de Coordinación surtirá sus efectos a partir de la fecha de su firma, y tendrá una vigencia indefinida, revisable por **"LAS PARTES"**.

QUINTA. PUBLICACIÓN. "LAS PARTES" se obligan a publicar el presente Acuerdo de Coordinación en el Diario Oficial de la Federación y en el Periódico Oficial de **"LA ENTIDAD"**, respectivamente.

SEXTA. RELACIÓN LABORAL. Queda expresamente estipulado por **"LAS PARTES"**, que el personal contratado, empleado o comisionado por cada una de ellas para dar cumplimiento al presente instrumento jurídico, guardará relación laboral únicamente con aquélla que lo contrató, empleó o comisionó, por lo que asumen plena responsabilidad por este concepto, sin que en ningún caso, la otra parte pueda ser considerada como patrón sustituto o solidario, obligándose en consecuencia, cada una de ellas, a sacar a la otra, en paz y a salvo, frente a cualquier reclamación o demanda que su personal pretendiese fincar o entablar en su contra, deslindándose desde ahora de cualquier responsabilidad de carácter laboral, civil, penal, administrativa o de cualquier otra naturaleza jurídica que en ese sentido se les quiera fincar.

SÉPTIMA. CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR. En circunstancias especiales, caso fortuito o de fuerza mayor, para la realización del objeto previsto en este instrumento jurídico, **"LAS PARTES"** acuerdan tomar las medidas o mecanismos que permitan afrontar dichas eventualidades. En todos los casos, las medidas y mecanismos acordados serán formalizados mediante la suscripción del convenio modificatorio correspondiente.

OCTAVA. NOTIFICACIONES. "LAS PARTES" convienen que todas las notificaciones que se realicen con motivo de la ejecución del objeto del presente instrumento jurídico, se llevarán a cabo por escrito, con acuse de recibo, en los domicilios señalados para tal efecto en sus respectivas declaraciones.

Cualquier cambio de domicilio de **"LAS PARTES"** deberá ser notificado por escrito a la otra, con al menos diez días naturales de anticipación a la fecha en que se pretenda que

surta efectos ese cambio. Sin este aviso, todas las comunicaciones se entenderán válidamente hechas en los domicilios señalados previamente por **"LAS PARTES"**.

NOVENA. ANEXOS. "LAS PARTES" reconocen como anexos integrantes del presente Acuerdo de Coordinación los que a continuación se indican y los demás que se convengan con posterioridad.

Anexo 1 Modelo de Atención.

Anexo 2 Monto de Recursos a Transferir y Conceptos de Gasto.

Anexo 3 Criterios Generales en Materia de Supervisión.

Anexo 4 Indicadores de Seguimiento a la Operación y los Términos de la Evaluación Integral.

Los **Anexos 3** y **4** antes referidos se integrarán al presente Acuerdo de Coordinación, una vez que se suscriban en los términos estipulados en las cláusulas Segunda, apartados C y G de este instrumento jurídico; dichos anexos podrán actualizarse cuando sea necesario.

El **Anexo 2** será actualizado de manera anual, por conducto de los titulares del **"INSABI"** y de las secretarías de Salud de **"LA ENTIDAD"** y de Servicios de salud de Nuevo León, Organismo Público Descentralizado, de **"LA ENTIDAD"** y la Secretaría de Finanzas y Tesorería General del Estado.

DÉCIMA. MODIFICACIONES Y ADICIONES. "LAS PARTES" convienen en que podrán modificar o adicionar en cualquier momento el presente instrumento jurídico. Toda modificación o adición deberá formalizarse por escrito y surtirá sus efectos a partir de la fecha de su suscripción, debiéndose publicar en el Diario Oficial de la Federación y en el Periódico Oficial de **"LA ENTIDAD"**.

DÉCIMA PRIMERA. INTERPRETACIÓN Y CONTROVERSIAS. "LAS PARTES" están de acuerdo en que el presente instrumento jurídico es producto de la buena fe, en razón de lo cual están conformes en que las aclaraciones y controversias que llegasen a suscitarse con motivo de su cumplimiento, se resolverán de mutuo acuerdo, debiendo dejar constar por escrito, de las determinaciones que al efecto se realicen.

Asimismo, convienen, en caso de subsistir la controversia, en someterse a los tribunales federales competentes en la Ciudad de México, renunciando expresamente a cualquier otra jurisdicción que pudiere corresponderles en función de sus domicilios presentes o futuros.

Estando enteradas **"LAS PARTES"** del contenido y alcance legal del presente Acuerdo de Coordinación, lo firman por triplicado, en la Ciudad de México, a los 28 días del mes de febrero del año 2020.

Por el "INSABI"

MTRO. JUAN ANTONIO FERRER AGUILAR
DIRECTOR GENERAL

Por "LA ENTIDAD"

ING. JAIME HELIODORO RODRIGUEZ CALDERON
GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO DE NUEVO LEON.

LIC. MANUEL FLORENTINO GONZÁLEZ FLORES
SECRETARIO GENERAL DE GOBIERNO DEL ESTADO DE NUEVO LEON.

LIC. CARLOS ALBERTO GARZA IBARRA
SECRETARIO DE FINANZAS Y TESORERO GENERAL DEL ESTADO DE NUEVO LEON.

DR. MED. MANUEL ENRIQUE DE LA O CAVAZOS
SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD DE NUEVO LEÓN O.P.D.

C.P. GERARDO GUAJARDO CANTÚ
CONTRALOR GENERAL DE LA CONTRALORÍA Y TRANSPARENCIA GUBERNAMENTAL DEL ESTADO DE NUEVO LEON

HOJA DE FIRMA DEL ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA GARANTIZAR LA PRESTACIÓN GRATUITA DE SERVICIOS DE SALUD, MEDICAMENTOS Y DEMÁS INSUMOS ASOCIADOS PARA LAS PERSONAS SIN SEGURIDAD SOCIAL EN LOS TÉRMINOS PREVISTOS EN EL TÍTULO TERCERO BIS DE LA LEY GENERAL DE SALUD QUE CELEBRAN EL INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR Y EL EJECUTIVO DEL ESTADO DE NUEVO LEON.

Anexo 1 del Acuerdo de Coordinación para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en los términos previstos en el Título Tercero bis de la Ley General de Salud celebrado por el Instituto de Salud para el Bienestar y el Ejecutivo del Estado Libre y Soberano de Nuevo León.

Modelo de atención:

Modelo de Salud para el Bienestar (SABI)

para las personas sin Seguridad Social,

basado en la Atención Primaria de Salud (APS)

ÍNDICE.

Presentación. 2

1. Introducción. 4
2. Fundamentos del Modelo de Salud para el Bienestar. (SABI) para las personas sin Seguridad Social. 5
3. Salud y Bienestar en México. Retos y Oportunidades. 9
4. Principios Organizativos del Modelo de Salud para el Bienestar (SABI). 14
5. Alcance del Modelo de Salud para el Bienestar basado en la Atención Primaria de Salud. 16
6. Organización de la Prestación de Servicios a las Personas. 17

   6a. Elementos Estructurales del Modelo SABI. 17

   6b. Contenidos de la Atención. 19

   6.c. La participación y el apoyo comunitario en salud. 21
7. Financiamiento del Modelo SABI basado en la APS. 22
8. Seguimiento y Evaluación del Modelo SABI. 24
9. Jerarquización y Supervisión de la Aplicación del Modelo SABI. 24
10. El Personal Médico para la APS en México. 26
11. El Personal de Enfermería para la APS. 28
12. Visión de Mediano Plazo del Sistema de Salud de México. 30
13. Consideraciones Finales. 31
14. Bibliografía. 33

Siglas y Acrónimos. 36

Presentación

El Modelo de Salud para el Bienestar (SABI) observa el objetivo estratégico de que la protección a la salud sea garantizada por el Estado, bajo criterios de universalidad e igualdad, donde todas las personas, de todas las edades y en toda la geografía del país, sin excepciones de ninguna clase y sin catálogos limitantes, reciban servicios de salud gratuitos, sin corrupción, con manejo eficiente de los recursos, de manera digna, oportuna, con calidad y eficacia.

Se propone fortalecer la Atención Primaria en Salud (APS) como la estrategia para la población sin seguridad social, distinguiéndose por ser centrada en la persona, la familia y la comunidad, con énfasis en la prevención y promoción de la salud; brindado acceso gratuito, efectivo y de calidad que satisfagan de manera integral las necesidades de salud y demandas de los beneficiarios del sistema público de salud.

Los contenidos del modelo están cimentados en un proceso metodológico realizado conjuntamente entre la Secretaría de Salud, el IMSS-BIENESTAR y los Institutos de Seguridad Social (IMSS e ISSSTE) y recibió aportes de los directivos de varias Secretarias de Salud de estados y Jurisdicciones Sanitarias.

Su implementación es de carácter nacional y la participación de cada entidad federativa será refrendada en el Acuerdo de Coordinación que se celebre según las circunstancias que se decida. Su inicio será en enero del año 2020, conforme a las disposiciones que se deprenden del Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de noviembre de 2019.

El Modelo SABI honra plenamente el derecho humano reconocido en el párrafo cuarto del artículo 4o de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el sentido de que: *"Toda persona tiene derecho a la protección de la salud".*

La 4T está ante la posibilidad de trascender en la historia con la propuesta del C. Presidente de la República, de atender uno de los pilares más importantes del desarrollo, la salud. Es un pilar que está en el centro del bienestar social.

1. Introducción.

Hace más de cuarenta años, en 1978, los gobiernos del mundo firmaron la Declaración de Alma-Ata que estableció la prioridad de aumentar el acceso a los servicios y universalizar el derecho a la salud mediante la implementación de la APS. Hubo voces que tildaron de poco realista este llamado, también quienes aprovechando circunstancias de preminencia política y económica diseñaron e implementaron planes y programas reduccionistas del derecho universal a la salud integral, alejándose de la visión de salud como elemento esencial del bienestar de las personas, familias y colectividades.

La visión *"reduccionista"* de la Declaración sobre APS olvidó el carácter holístico del derecho a la salud, limitándolo a un conjunto de prestaciones o paquete restringido de servicios para la población más desprotegida y promoviendo la participación de actores privados quienes, con otras prioridades en mente, incrementaron su espacio de actuación en la atención a la salud. Se redujo la inversión en los servicios públicos de salud, generando mayor fragmentación y segmentación del sistema, pérdida de la integralidad de la atención y mayor ineficiencia en el uso de los recursos públicos. Este daño, lamentablemente, alcanzó a México.

Bajo los principios de la Cuarta Transformación (4T), el Gobierno se propone hacer un rescate de valores convencido de que para alcanzar el acceso universal a la salud efectivo de toda la población se hace imprescindible transformar el sector colocando, en primer lugar, el derecho a la salud y desarrollar la estrategia de APS como ordenador del Sistema Nacional de Salud.

Se garantizará lo establecido en el párrafo cuarto del artículo 4o Constitucional con servicios integrales de salud y medicamentos gratuitos para toda la población. Para este fin fue creado el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), cuyo ámbito de actuación se describe más adelante.

El Sistema de Salud Federal que se implementará desde la 4T tendrá bajo su control los recursos financieros, humanos, materiales, instalaciones y abordará de manera decidida los determinantes sociales de la salud. Se trabajará para remover las barreras de todo tipo, geográfico, financiero, cultural o de género, a servicios de salud integrales y universales.

Cuarenta años después de la Declaración de Alma-Ata, los Estados del mundo reconocen el valor innovador de la APS y México no puede quedar retrasado de esta evolución.

No se van a repetir los errores del pasado insistiendo en políticas que no consideran la visión integral de la APS. Se han analizado los desarrollos anteriores y se reconocen los logros, los fracasos y las insuficiencias del modelo de gestión de la salud llevado en México.

Los problemas actuales son de una magnitud tal que se necesita un profundo cambio estructural del Sistema de Salud para poder alcanzar la salud universal para todas y todos en el país. Surge así el Modelo de Salud para el Bienestar (SABI), trayendo una visión y valores transformadores del concepto y la práctica de la gestión y la atención a la salud nacional.

En las páginas siguientes se describirán los fundamentos, principios organizativos y el alcance del nuevo Modelo SABI, que se implementará para toda la población sin seguridad social en el país. Se explican los elementos estructurales y los contenidos que caracterizarán la organización de la prestación de servicios de salud a la población, basados en las mejores prácticas de la APS.

En otros capítulos se describen aspectos importantes del financiamiento, la jerarquización y la supervisión del modelo, así como el marco de evaluación que se implementará para medir el progreso y retroalimentar la toma de decisiones políticas, organizativas y técnicas para el éxito del modelo.

Se incorpora una visión sobre los médicos y las enfermeras para la APS que se necesita en el país, puntualizando los pasos que están dando para disponer de estos profesionales en la cuantía y calidad que se requiere.

Por último, previo a las consideraciones finales, se presenta una visión de mediano plazo sobre el poder transformador que puede tener el Modelo SABI para, de manera definitiva, superar la segmentación institucional que hoy caracteriza negativamente el Sistema de Salud y que es fuente de ineficiencias en la gestión y de inequidades entre los ciudadanos de México y alcanzar una cobertura universal efectiva de toda la población.

2. Fundamentos del Modelo de Salud para el Bienestar (SABI) para las personas sin Seguridad Social.

La definición de un modelo de atención a la salud contiene las decisiones adoptadas sobre el cuidado de la salud individual y colectiva de la población.

Además de lo intrínseco al ordenamiento de las prestaciones sanitarias a las personas, el modelo de atención debe incorporar la manera como se realizará el trabajo intersectorial y comunitario necesario para potenciar la salud y el bienestar colectivo al actuar sobre los procesos de determinación social y ambiental de la salud.

Concisamente, el modelo de atención establece la organización que adoptan los servicios y el proceder que se sigue para llevar a cabo las tareas de promoción de la salud, prevención de enfermedades, mejoría y recuperación de la salud y del bienestar de las personas, fundamentado en consideraciones que se elevan al plano de la política pública.

En las últimas tres décadas, diferentes modelos de atención han sido definidos por la Secretaría de Salud para la atención de la población sin afiliación a la seguridad social (MASPA, MIDAS, MAI). Cada uno hace una explicación de sus valores, principios y demás rasgos que los distinguen, quedando todos en la práctica distantes de la propuesta. Varios son los factores que pueden explicar este desencuentro entre propuestas y realidad de los servicios de salud; a nuestro juicio la principal fue la falta de voluntad política para hacer las transformaciones estructurales e inversiones que requería el sistema de salud, prevaleciendo en los diferentes niveles de gestión insuficiencias, inercias y vicios que dieron al traste con el cambio organizacional que se necesitaba.

El principio rector del nuevo Modelo de Salud para el Bienestar (SABI) basado en la APS para la población sin seguridad social, es el reconocimiento pleno de que la protección social en salud es un derecho de todas las mexicanas y todos los mexicanos por mandato constitucional, y el Estado tiene la obligación de garantizarlo.

El INSABI es el encargado de impulsar en el país el Modelo SABI, instrumentando su labor con las entidades federativas mediante la firma del Acuerdo de Coordinación con cada una para hacer efectivo la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social que estén en el territorio nacional.

Con la creación del INSABI se busca la construcción gradual de un Sistema Nacional de Salud articulando de manera efectiva el sistema fragmentado que hoy tenemos, reorganizando el marco regulatorio, programando las inversiones requeridas y fortaleciendo los recursos humanos y la investigación innovadora.

Así, el INSABI, organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propio, sectorizado en la Secretaría de Salud, tiene como objetivos centrales proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás a la población sin seguridad social, así como impulsar, bajo la coordinación general de la Secretaría de Salud, una mejor articulación entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Destaca también la labor que cumplirá para la interacción del derecho a la salud con otros derechos humanos que la determinan, como son el derecho a la educación, vivienda, agua y saneamiento y un ambiente sano.

Para entender mejor los elementos clave y las modificaciones en la prestación de servicios que introduce el nuevo Modelo SABI basado en la APS, conviene primero señalar los problemas que aquejan actualmente al sistema de salud mexicano.

En 2019, alrededor de 69 millones de personas carecían de acceso a la seguridad social colocándolos en situación de vulnerabilidad que, en materia de salud, se abordó en los últimos años con el denominado *Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular)*, complementado para los menores de 5 años con el *Seguro Médico Siglo XXI* (antes *Seguro Médico para una nueva generación*).

Puede juzgarse que el *Seguro Popular*, en esencia, estableció un esquema de financiamiento orientado al paciente -no a la persona y comunidades- donde un conjunto predeterminado de servicios es prestado por operadores públicos o privados, recortando la universalidad intrínseca al concepto de la salud como un derecho humano. Tuvo un claro sentido de alentar la participación de prestadores privados en el mercado de salud con financiamiento público, acotando el papel de la Secretaría de Salud mayormente a la administración del financiamiento, la regulación del sistema y la prestación de los servicios de salud pública.

Un dato significativo es que, durante la vigencia del *Seguro Popular*, alrededor de 20 millones de mexicanos/as no estuvieron afiliados a la seguridad social ni al *Seguro Popular*, es decir, no se alcanzó la universalidad.

Una síntesis de las insuficiencias del *Seguro popular* incluye el predominio de planes y programas de atención centrados en las enfermedades y el riesgo individual de los pacientes, con insuficiente consideración a las acciones de promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el abordaje de los determinantes ambientales y sociales de la salud. Dicho modelo de financiamiento adoptó una importante separación entre los servicios de salud colectiva y a las personas, resultando en conductas de la población y prácticas de los servicios contrarias a la integralidad de la atención, siendo ésta mayormente reactiva y episódica, más dispuesta para el cuidado de los padecimientos agudos.

Además, manifestó mala calidad y baja eficiencia del gasto financiero dada la heterogeneidad de compradores de insumos y servicios y de instituciones prestadoras de servicios de salud, con consecuencias negativas en la equidad y bajo nivel de transparencia que se prestó a la corrupción y el mal uso de los recursos.

La reforma a la Ley General de Salud del año 2003 para crear el *Seguro Popular* legalizó la inequidad en el acceso a los servicios de salud, al excluir en la Ley y su Reglamento una parte de los padecimientos que sufre la población, aquéllos no incluidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) ni en el listado de intervenciones cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).

Estos catálogos implicaron que los mexicanos sin seguridad social exclusivamente tuvieran derecho a recibir la atención y los medicamentos para los padecimientos considerados, profundizando las diferencias con la población afiliada a la seguridad social que tiene cobertura de todos los servicios de salud según su necesidad.

Una de las pruebas más evidente de dicha inequidad, fue el hecho de que el FPGC, al solo financiar 66 padecimientos definidos, excluyó la atención de otros numerosos como diversos tumores o ciertas afecciones renales.

El *Seguro Popular*, a través del CAUSES y del FPGC contempló, en conjunto, la atención de 2,102 claves.

Para 2019, el CAUSES consideró un total de 1,807 claves, las cuales se encontraban comprendidas en 294 intervenciones, mientras que el FPGC contemplaba 296 claves para la cobertura de 66 intervenciones. La diferencia con las atenciones que cubre el Sistema de Protección Social en Salud son 10,541 claves, que representa el 83.3% del total.

Esta realidad implicó que la población sin seguridad social incurriera en gastos de bolsillo para la atención de los padecimientos no incluidos en la Cartera de Servicios, coadyuvando al empobrecimiento de los sectores de población más vulnerable y limitando el derecho constitucional a la salud de más de 60 millones de mexicanos.

En contraste, el nuevo Modelo SABI busca la superación de las limitaciones en el acceso y la cobertura universal eliminando el CAUSES, cambiando radicalmente el sistema de prestaciones de salud a la población sin seguridad social, que en adelante será universal, proactivo, integrado, continuo y centrado en las personas y comunidades. Se organizará en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) ordenadas desde la APS, con un claro enfoque preventivo y resolutivo de los principales problemas que afectan a la población, promoviendo la participación de la comunidad en las tareas de salud para incidir de mejor manera sobre las principales causas y los determinantes sociales de la enfermedad.

3. Salud y Bienestar en México. Retos y Oportunidades.

Al igual que otros países de ingresos medios, México enfrenta un mosaico de problemas de salud en el que coexisten enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades transmisibles y lesiones, además de problemas complejos como la salud mental, los accidentes, las adicciones y la violencia, consecuencias de la desigualdad social y la descomposición del tejido social.

En los últimos diez años, las primeras causas de muerte general se vincularon con padecimientos crónico no transmisibles, como la diabetes mellitus, el sobrepeso y obesidad, las enfermedades cardiovasculares, neurovasculares y la hipertensión arterial. Esas alteraciones de salud son responsables del 45% de las muertes anuales registradas en el país y, de conjunto, cada año provocan la pérdida de 11.4 millones (40%) de años vida con calidad.

Las prevalencias de sobrepeso, obesidad y diabetes en México son de las más altas del mundo. El 77% de la población adulta mayor de 17 años y 33% de los niños y adolescentes de 12 a 17 años tienen sobrepeso u obesidad. Este problema tiene vínculo con estilos de vida no saludables, particularmente el consumo excesivo de alimentos no saludables y el sedentarismo, debido a factores económicos y sociales diversos que limitan la libertad de los individuos y restringen su capacidad real de acceder a opciones alimentarias saludables.

Esta realidad multiplica la desigualdad social y económica al afectar mayormente a los más pobres, quienes habitualmente tienen menos acceso a servicios de salud de calidad. En el medio urbano y crecientemente en el rural, la escasez de alimentos naturales y la sobreoferta de productos ultra procesados de bajo valor nutricional y con alto contenido energético, con elevada cantidad de sal y grasas, es condición de riesgo a la salud que, lamentablemente, permanece sin control.

La prevención y control del sobrepeso y la obesidad requieren de urgente atención colectiva. Las intervenciones preventivas más efectivas son: las políticas multisectoriales con enfoque de salud pública, como el etiquetado de advertencia en los productos ultra procesados de alto contenido energético y bajo valor nutricional; la regulación estricta de la publicidad, especialmente la dirigida a niñas y niños; la promoción de espacios escolares y sociales saludables; garantizar el acceso adecuado a agua potable y la promoción efectiva de la actividad física; y medidas fiscales que equilibren la oferta alimentaria en favor de la salud.

Las enfermedades del corazón, principalmente las isquémicas, que representan el 72% del total de este grupo, han sido en la última década una importante causa de muerte

en México. En 2017 fue la primera causa, con 141,619 (20%) de las 703,047 muertes totales registradas. Su incidencia creciente se debe al sobrepeso, el consumo excesivo de sal, dislipidemia y otros factores de estilo de vida, sumado al diagnóstico tardío, control clínico inefectivo y la capacidad limitada de los servicios prehospitalarios de atención para manejar eficazmente las emergencias críticas. La tasa de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón es una de las más elevadas del continente, ocupando el lugar 31 entre los países de la región.

México tiene una de las más altas tasas de prevalencia de diabetes mellitus en adultos mayores de 20 años (14%) del mundo. En 2017 fue la segunda causa de muerte general con 106,525 que representa 15% de las muertes totales registradas, ocupando entre los países de las Américas el lugar 32 en la tasa de mortalidad por esta causa. Se estima que solo la mitad de los afectados conoce su estado y, en promedio, se les diagnóstica 10 a 12 años después de iniciada la enfermedad. El control metabólico de los pacientes crónicos es inadecuado, siendo menos del 25% de los atendidos en los servicios públicos quienes mantienen un control glucémico sostenido por más de un año, a veces sumado al descontrol de otras enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y dislipidemias.

Los tumores malignos son la tercera causa de mortalidad general. En 2017, el 12% (84,142) de las muertes registradas se atribuyeron al cáncer. En la niñez y adolescencia destacan, por su frecuencia, las leucemias y los linfomas. En las mujeres adultas predominan el cáncer de mama y el cérvico-uterino y en hombres adultos el cáncer de próstata. Le siguen en frecuencia absoluta, para ambos sexos, los cánceres de pulmón, colon, estómago y páncreas. El financiamiento público para la atención del cáncer es notoriamente insuficiente, requiriéndose aumentar la cobertura de servicios especializados que mejoren la oportunidad diagnóstica y la calidad de atención, incluyendo el manejo de las complicaciones asociadas con el tratamiento del cáncer.

Las tasas de mortalidad infantil y del menor de 5 años, así como la razón de mortalidad materna, evidencian importantes descensos en las últimas décadas; no obstante, al compararlas con otros países resulta claro que México puede y debe mejorar mucho en estos indicadores acorde con sus capacidades y potencialidades económicas y sociales. En las dos primeras tasas mencionadas, México ocupaba en 2016 el lugar número 20 entre los países del continente y en la relativa a mortalidad materna, la posición 10.

La esperanza de vida al nacer para 2018 era de 77,5 años, ubicando al país en el lugar 21 del continente con menor cantidad de años.

En 2017, un total de 38,833 óbitos (5.5% del total) se atribuyeron a enfermedad crónica del hígado, siendo la cuarta causa general de muerte. De éstas, 14,176 (37%) se

clasificaron como enfermedad alcohólica del hígado. El alcoholismo es una enfermedad con graves consecuencias individuales y sociales, que afecta negativamente la función de casi todos los órganos y sistemas, induce depresión y otros trastornos mentales, modifica el comportamiento de las personas, precipita las violencias y es causa directa de importante cantidad de los accidentes de tráfico.

Los accidentes fueron la quinta causa general de muerte con 36,215 (5.2% del total general) registradas en 2017. La gran mayoría, 15,863 (44%), fueron generadas por vehículos automotor. En los menores de 25 años, los accidentes ocupan las dos primeras causas de muerte. En menores de 5 años, los principales accidentes letales son los de tráfico vehicular y los domésticos, que incluyen caídas, ahogamientos, envenenamientos y quemaduras, entre otros. En la población adulta también existe una importante carga de mortalidad y morbilidad por accidentes laborales, pobremente estudiado en la población sin seguridad social. Se suma el costo social debido a la discapacidad temporal y permanente, los gastos de atención y las perturbaciones que provocan de la vida familiar y social.

Prevenir los accidentes abordándolo como un problema de salud pública requiere de políticas multisectoriales e intervenciones estructuradas que disminuyan los riesgos, a través de mejoría de la seguridad vial, la definición y vigilancia de estándares de seguridad en el trabajo, el fomento de una cultura de seguridad en el hogar, la regulación sanitaria de espacios públicos y las alertas en el etiquetado y empaque de bienes de consumo. También se deben mejorar las capacidades y la calidad de atención prehospitalaria y hospitalaria de urgencias.

Las características geográficas del país, la marginación social y la insuficiencia de servicios de saneamiento básico, entre otros, favorecen la persistencia, emergencia y reemergencia de enfermedades transmisibles, con sus secuelas e impactos negativos sobre la salud y el bienestar de las personas y las comunidades.

Múltiples enfermedades infecciosas transmitidas por vectores son endémicas en el país, destacando el dengue, sika, chikungunya y paludismo. Otras, como la enfermedad de chagas, leishmaniasis y las rickettsiosis tienen presencia, pero se carece de buena información sobre su magnitud y trascendencia, así como de programas de control efectivos.

Las enfermedades zoonóticas también afectan la salud de los mexicanos. Mientras que el control de rabia humana transmitida por animales domésticos - perros y gatos - ha sido exitoso, otras zoonosis, como la salmonelosis, brucelosis y tuberculosis bovina afectan la inocuidad de los alimentos y se transmiten a los humanos. La fiebre Q

(infección por Coxellia burnetti) es una zoonosis relacionada con la actividad pecuaria que ha sido desatendida.

Entre las enfermedades infecciosas con los mayores impactos en la morbilidad y mortalidad destacan las infecciones respiratorias agudas, que se presentan en ciclos estacionales durante la temporada fría del año. La influenza es la causa más común de estas infecciones y afectan todos los años a la tercera parte de la población mundial. Aproximadamente 10% de este tercio presenta cuadros agravados de la enfermedad y 1% necesita de atención hospitalaria.

Cada año, en México mueren de 12,000 a 17,000 personas por influenza o neumonía. El riesgo de infección por influenza es alto para toda la población. Las mujeres embarazadas, los menores de 5 años y los mayores de 60 años tienen mayor riesgo de complicación, hospitalización y muerte, junto con quienes padecen ciertas enfermedades crónicas como la diabetes, cardiopatías, neumopatías, cáncer, inmunosupresión, infección por VIH o con sobrepeso.

La tuberculosis es un problema persistente de salud pública. Su tasa de incidencia en 2015 era de 17,0 por 100 000 hab., colocando a México en el lugar 21 con la tasa más alta entre los países del continente. Después de un periodo en el control sostenido, en las últimas décadas se ha estancado este progreso debido a barreras de acceso al diagnóstico y el tratamiento de grupos poblacionales marginados, ineficiencias en la vigilancia epidemiológica y de los programas nacionales de control y las epidemias de diabetes, tabaquismo, alcoholismo y adicciones, así como de VIH/sida, que aumentan el riesgo de infección y las fallas terapéuticas.

La epidemia de VIH/sida permanece concentrada. Significa que, aunque la prevalencia es muy baja en el conjunto de la población (0.03% en 2012), en ciertos grupos es muy alta (17% en hombres que tienen sexo con hombres). No obstante que anualmente se invierten 3,250 millones de pesos en los tratamientos antirretrovirales para personas con VIH, la efectividad de la atención debe mejorar ya que la mitad de las personas en tratamiento no alcanzan la supresión viral sostenida, condición indispensable para evitar el daño inmunológico que causa el VIH. La mitad de quienes viven con VIH atendidos en los servicios de salud tienen inmunosupresión grave al momento de su diagnóstico y mueren, en promedio, seis meses después por enfermedades oportunistas. Se estima que sólo 32% de quienes viven con VIH conocen su estado serológico. El estigma y la discriminación, junto con la insuficiencia de las intervenciones, son los mayores obstáculos para una prevención combinada efectiva.

Otras infecciones de transmisión sexual como la sífilis y la gonorrea resistente a los antimicrobianos son problemas de salud pública mal caracterizados, con indicios de

descontrol. Una expresión particularmente preocupante de las infecciones de transmisión sexual es la transmisión vertical de VIH y sífilis congénita, que aún persiste principalmente en poblaciones marginadas.

El país enfrenta rezagos en salud reproductiva y está lejos de cumplir con las metas comprometidas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Se ha progresado en reducir la mortalidad materna, pero aún es insuficiente, siendo un problema de salud éticamente inaceptable que refleja un conjunto de insuficiencias sociales, barreras de acceso y baja calidad y oportunidad de los servicios de salud. Para lograr una maternidad segura y humanizada es indispensable combatir la violencia de género y la violencia obstétrica en los servicios de salud.

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública que reduce oportunidades de desarrollo personal y comunitario. Actualmente, la cuarta parte de los nacimientos en México son hijos de mujeres adolescentes. Se requiere revitalizar y expandir el Programa Nacional de Salud Reproductiva y la Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes.

Se aprecia una reversión de la tendencia positiva de años anteriores en la lactancia materna. Menos de tres cuartas partes de mujeres la practican y menos de una cuarta parte la sostienen después de los seis meses como lactancia complementaria.

Por último, la salud mental es un enorme problema, causa y consecuencia de exclusión y desarticulación social. Se estima que la tercera parte de las personas sufren de depresión o ansiedad a lo largo de la vida y los cálculos sobre la prevalencia de psicosis y demencias no son confiables. El suicidio y las lesiones autoinfligidas han aumentado en los últimos años, al igual que el homicidio y las lesiones intencionales. Otras formas de violencia dirigida, como el feminicidio y las violencias de género, son también graves problemas de salud pública que exigen de inmediata acción de toda la sociedad.

Este mosaico de problemas de salud pública, de padecimientos, enfermedades y determinantes sociales y ambientales que afectan la salud, es el terreno donde el nuevo Modelo SABI desarrollará sus acciones para mejorar el bienestar de la población, abarcando su labor tanto la salud individual como también la salud de las colectividades.

4. Principios Organizativos del Modelo de Salud para el Bienestar (SABI).

Integral. Identificado con la concepción biopsicosocial de la salud, el otorgamiento de los servicios de salud son gestionados de manera sistémica desde la promoción,

pasando por la prevención, el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, los cuidados paliativos y la rehabilitación, realizados coordinadamente entre los diferentes niveles y unidades de atención e instancias de salud, considerando las necesidades particulares de las personas a lo largo del ciclo de vida, desde antes de nacer hasta la vejez.

Acceso universal garantizado. Referido a la activa identificación y remoción de todo obstáculo geográfico, social, financiero, cultural, de género o identidad que limite el acceso de las personas a los servicios de atención a la salud y a recibir los beneficios de los programas y servicios de salud pública.

Centrado en las personas. Comprensión y organización de la atención de salud basada en los requerimientos, las consideraciones, expectativas y el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades, como beneficiarios y gestores del sistema de salud que son. Es más amplia que la atención centrada en el paciente que enfatiza más en el restablecimiento de la salud perdida.

Eficiente y eficaz. Relacionado al uso óptimo de los recursos humanos, materiales y financieros disponibles, logrando los mayores alcances posibles en término de protección y cuidado de la salud de las personas, procurando satisfacer las necesidades y demandas de salud y bienestar de las personas.

Calidad. Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuadas para conseguir una atención sanitaria optima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, para lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.

Equitativo. Reconociendo la segmentación y notoria heterogeneidad entre los diferentes prestadores de servicios públicos de salud, incluido los institutos de seguridad social, en el acceso a los cuidados de salud y los medicamentos; establecer una mayor homogeneidad y beneficios compartidos mediante acuerdos interinstitucionales y nuevas inversiones donde más se necesiten para promover la equidad en salud entre mexicanos.

Enfoque de género. Considerar en la estructura y funcionamiento de las unidades y en la labor del personal de salud las diferencias de necesidades y problemáticas sanitarias que tienen las mujeres y los hombres, tanto en lo biológico como en lo condicionado por los patrones sociales y culturales prevalentes en cada lugar. Atender las diferentes oportunidades de acceso y uso de los servicios que tienen las mujeres y los hombres debido a las interrelaciones entre ellos y los papeles que socialmente se les asigna.

Interculturalidad. Mantener una política de respeto a los distintos grupos étnico-culturales y sus maneras de visualizar el acercamiento a los servicios y la atención a la salud. Desarrollar prácticas de acercamiento e intercambio de saberes, promoviendo la complementariedad y el enriquecimiento mutuo entre los distintos agentes de salud y la población beneficiaria, con foco atento a la reducción de desigualdades y el derecho a la salud con equidad.

Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Red de establecimientos que proporciona o hace arreglos interinstitucionales para prestar servicios de salud de manera coordinada, equitativa e integrales a una población definida, que debe rendir cuenta por los resultados de la gestión organizativa y del estado de salud de la población de responsabilidad territorial. De tal manera que se garantiza atención médica en el nivel que requiera la atención de la patología hasta su resolución.

Financiamiento adecuado. El esquema de financiamiento del Modelo SABI asegurará oportunidad, suficiencia, calidad, equidad, eficiencia y sostenibilidad de las acciones de salud. La planificación de los recursos debe permitir ofrecer servicios integrales con calidad eliminando todo pago de bolsillo, calculado por el OCDE para México en 500 mil millones de pesos. Debe ser sostenible en el sentido que los recursos se dispongan sin fluctuaciones que amenacen el funcionamiento del modelo y con directrices de aplicación que privilegien la inversión en la población más necesitada desde el punto de vista sanitario y acompañe los principios y prácticas de eficiencia del gasto público.

Coordinación intersectorial. Es la acción técnica y política coordinada entre diversos actores gubernamentales y sociales, la comunidad y los trabajadores de la salud, bajo el liderazgo de estos últimos, para abordar las determinaciones sociales y otras causas que trascienden el espacio tradicional de actuación de los servicios sanitarios, pero que resulta necesario de solucionar porque están afectando la salud colectiva y de las personas. La acción intersectorial debe también considerar la remoción de barreras que generan inequidades en salud, siendo la fuerza más potente para transformar los determinantes sociales y ambientales que actúan negativamente sobre la salud del universo o de ciertos grupos de población.

5. Alcance del Modelo de Salud para el Bienestar (SABI).

El Modelo SABI será un elemento clave de la transformación del Sistema de Salud mexicano para llevarlo a posiciones y metas más incluyente de toda la población, más integral de la atención que presta y hacerlo más eficiente y equitativo.

Su implementación compete a la Secretaría de Salud del Gobierno Federal a través de la labor mancomunada de sus subsecretarias con el INSABI, teniendo este último la responsabilidad de la planeación, operación, monitoreo y evaluación del Modelo.

Los principios organizativos descritos en el numeral 4 de este documento también serán válidos para las redes de atención del IMSS-BIENESTAR, con la salvedad que la prestación de servicios a las personas beneficiarias de esa institución preservará los desarrollos y las prácticas positivas que le son propias, teniendo en los aspectos organizativos del Modelo SABI (numeral 6) un referente para mejorar sus procesos de trabajo y la coordinación interinstitucional con los servicios de salud en los estados y las jurisdicciones sanitarias.

El Modelo SABI se aplicará de inmediato a partir de la celebración del Acuerdo de Coordinación para garantizar el derecho a la protección de la salud de toda la población, en los términos previstos en dicho instrumento jurídico y progresivamente se irá extendiendo en alcance y profundidad.

En el caso de las Entidades que decidan continuar siendo responsables de la organización y operación de los servicios de salud, el INSABI brindará asesoría técnica para la mejoría de la salud poblacional y apoyará la aplicación del Modelo SABI que será desarrollado por la Secretaría o Instituto de Salud del estado, bajo la supervisión de la Secretaría de Salud y del INSABI.

En la aplicación del Modelo SABI se prestará atención a identificar y superar cualquier barrera en el acceso de la población a los servicios de salud, así como en reconocer las determinaciones sociales y ambientales que afectan negativamente la salud de la población y posibilitar su control, promoviendo círculos virtuosos de salud.

Sin entrar en detalles sobre la labor intersectorial en favor de la salud, lo que se hará en las Guía Operacionales, Reglamentos y Protocolos Institucionales, destacamos la importancia y necesidad del trabajo conjunto con la Secretaria de Educación Pública para la promoción de hábitos saludables, la higiene y el autocuidado de la salud en todos los niveles de enseñanza; con la Secretarías del Medio Ambiente, de Agricultura y Desarrollo Rural y otras instituciones de salud animal para la higiene de los alimentos, la regulación en el uso de contaminantes y agentes químicos tóxicos, las prácticas de una agricultura y cría de animales responsable que no deteriore el ambiente y se controle el uso de antibióticos y fungicidas; con la Secretaría del Bienestar para la sinergia e inclusión de la salud en los programa de desarrollo social; y con otros sectores cuya lista no se agota aquí.

6. Organización de la Prestación de Servicios a las Personas.

La organización de la prestación de servicios a la población dentro del Modelo SABI coloca especial interés en el fortalecimiento de la APS, que en la situación actual de México implica: dar mayor énfasis a las labores de promoción de la salud y prevención de enfermedades para mantener la mayor cantidad posible de personas sanas disfrutando de un grado de bienestar que les resulte aceptable; garantizar accesibilidad real de toda la población a servicios de salud de calidad; desarrollar mayor integralidad de la atención y coordinación entre los prestadores, asegurando la continuidad a través de RISS, centradas en las personas -no en el enfermo- para alcanzar cobertura universal de salud efectiva.

El acceso a los servicios de salud, los medicamentos y demás insumos asociados será gratuito. Las disposiciones reglamentarias que emita el Ejecutivo Federal establecerán los criterios necesarios para la organización, secuencia, alcance y progresividad de la prestación gratuita a todas las personas que se encuentren en el país que no cuenten con seguridad social.

A continuación, se describen los elementos estructurales, de contenido y la participación social que caracterizan el Modelo SABI.

6a. Elementos estructurales del Modelo SABI.

- La unidad institucional responsable de la salud de la población en las comunidades es el Equipo de Salud del Bienestar (ESB), compuesto por un médico general, residente en medicina familiar o especialista en salud familiar, médico pasante en servicio social, y personal de enfermería. Se sumará personal comunitario contratado (Promotor de salud) o voluntario que apoye las labores de salud y los aportes de las organizaciones comunitarias a la promoción de la salud.
- Cada ESB tendrá bajo su responsabilidad la prestación de servicios y la mejoría de la salud integral de un territorio/población definido, idealmente de hasta 3,000 habitantes, distribuidos en un territorio que para llegar a la unidad de salud no demore más de media hora en el transporte habitual para la zona y caminando no sea mayor de 7 km, salvo en zonas rurales con muy alta dispersión de la población.
- Los ESB trabajarán en un consultorio individual o un Centro de Salud (CS) o Unidad Médica Rural (UMR), pudiendo de acuerdo con el tamaño de la población coexistir varios equipos básicos, desarrollando sus labores en unidades móviles, cuando las características del territorio y población así lo determine.
- El ESB planificará y desarrollará su trabajo considerando las alternativas de atención a las personas en el consultorio o en visitas de campo, con horarios adecuados a las

condiciones de vida y desarrollo del territorio y la población, en el entorno de la Jurisdicción Sanitaria correspondiente.

- La infraestructura y condiciones de las Unidades de Atención y CS debe (re)pensarse considerando la creciente carga de las enfermedades crónicas y las implicaciones del envejecimiento progresivo de la población mexicana. Destaca disponer en los establecimientos de salud o cercano a ellas de áreas para la práctica del ejercicio físico, contar con espacios para desarrollar terapias con grupos de personas con riesgos específicos, considerar condiciones para el cuidado y bienestar de los adultos mayores y preparar ambientes para que técnicos y profesionales de la salud no médicos cumplan labores en apoyo a la APS (nutricionistas, trabajadores(as) sociales, psicólogos, de rehabilitación, etc.).
- Los medicamentos, equipos, mobiliario y otros insumos necesarios para que los ESB desarrollen sus labores, serán definido en los manuales de organización y procedimientos que el INSABI emita, con adecuaciones a las características locales cuando sea necesario.
- Todo ESB contará con una clara integración a una RISS, compuesta ésta por un conjunto de ESB y otros establecimientos de atención especializada ambulatoria (tipo UNEME y otros) y hospitales para el internamiento de las personas que lo requieran para recuperar su salud, que contarán con médicos especialistas y los recursos para brindar las atenciones que no puedan ser proporcionadas por el ESB.
- Las RISS tienen como misión central garantizar la atención continua y oportuna de toda persona según sus necesidades, hasta la resolución de su(s) problema(s) de salud. Funcionarán con un importante grado de autonomía y coordinación operacional en el marco del principio rector del Modelo SABI, que es el derecho de todas las personas no afiliadas a la seguridad social a una atención médica de calidad con los medicamentos gratuitos.
- En cada RISS habrá una definición clara de los establecimientos de salud donde acudirán las personas para realizarse los exámenes complementarios y las terapias especializadas indicadas por el médico del ESB o los especialistas.
- Las RISS se determinarán en cada estado tomando en cuenta los flujos poblaciones tradicionales y el rigor de que cada una cuente con las capacidades institucionales para que sea resolutiva de los principales problemas de salud que afectan a la población. Su estructuración se calcula alrededor de los 300,000 habitantes.
- Se fortalecerán los CS con recursos diagnósticos y terapéuticos, así como humanos y materiales, para aumentar la capacidad resolutiva frente a los principales problemas de salud prevalentes. También se reforzarán las capacidades del IMSS BIENESTAR donde sea necesario para mejorar la atención a la población.
- Las Secretarias e Institutos de Salud de los estados cumplirán funciones de articulación y jerarquización de las RISS, con base en las normativas y disposiciones

complementarias que serán definidas nacionalmente por la Secretaría de Salud del Gobierno Federal y el INSABI, quienes ejercerán la función rectora de la definición y funcionamiento de las RISS.

- Se definirá un marco de evaluación del Modelo SABI, con indicadores que midan la relevancia del modelo frente a las necesidades de salud, la accesibilidad a los servicios de la población. También se utilizarán indicadores de eficiencia en el uso de los recursos y de eficacia de la atención y de resultados de salud y necesidades satisfechas de la población.

6b. Contenidos de la atención.

- Todo ESB mantendrá actualizado un diagnóstico de salud de su territorio y población, que será la guía para la planificación del trabajo de promoción de salud y la prevención de enfermedades, las actividades clínicas y de la labor intersectorial para actuar sobre las determinaciones sociales y medioambientales de la salud.
- Cada RISS proporcionará una atención resolutiva de los problemas y padecimientos prevalentes en cada región. Se removerán las barreras de acceso a los servicios de salud y a los medicamentos necesarios, los que se entregarán gratuitamente. El lugar de entrega de los medicamentos dependerá, en cierta medida, de la patología de los pacientes, debiendo acercarlo lo más posible a donde éstos viven. (Hay medicamento que no pueden ser prescriptos por el ESB y serán entregados en hospitales especializados como, por ejemplo, los oncológicos, antirretrovirales, psiquiátricos, cardiológicos, etc.)
- La atención centrada en las personas trasciende el esquema tradicional de referencia y contrarreferencia de pacientes entre niveles de complejidad médica creciente (primero, segundo y tercer nivel), para profundizar en la concepción de RISS, contemplando el Modelo SABI que los hospitales y centros especializados funcionen intrínsecamente vinculados con la APS, dando solución a los padecimientos que por su complejidad y baja frecuencia son atendidos en las unidades especializadas, apoyando la labor de los ESB que trabajan directamente en las comunidades.
- El territorio es el escenario para el trabajo intersectorial sobre las dimensiones sociales y medioambientales que determinan la salud, enfocándose en la prevención de riesgos claves a la salud. El ESB debe jugar un papel central de la coordinación entre actores en las respuestas intersectoriales y desarrollará una intensa labor de fomento de vida saludable, ahí donde las personas, familias y la comunidad viven y se desarrollan.
- Se considerarán las acciones encaminadas a satisfacer las necesidades del envejecimiento de la población con calidad de vida, las que deben reunir al sector salud con otras instituciones de gobierno, la sociedad organizada y las familias. El punto de partida es la concientización sobre las necesidades del adulto mayor, para luego abordar

acciones como casas de día, empleo adecuado, ejercicios físicos, apoyo en las viviendas, acceso a comidas, atención médica y cuidados de enfermería domiciliar y otras actividades que mejoren el bienestar de las personas adultas mayores.

- Los ejes principales de la promoción de la salud y de la labor asistencial son mantener a las personas sanas y, con quienes presentan factores de riesgo o padecen de alguna enfermedad, apoyarlos para evitar que evolucionen a una fase aguda o desarrollen complicaciones que exijan una terapéutica más compleja. El éxito de esta labor se medirá por la reducción progresiva de los internamientos en los hospitales por causas susceptible de cuidado en la APS.
- En cada RISS, con el apoyo y la asesoría técnica de las Secretarías e Institutos de Salud de los estados y las Jurisdicciones Sanitarias, se articularán las acciones de salud colectiva con las actividades clínicas, manteniendo un fuerte acento en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.
- El Modelo SABI contemplará las acciones de atención médica que determina el Programa de Atención Integral a Víctimas, de Salud de los Migrantes y de cualquier otro compromiso asumido en instrumentos internacionales firmados por el gobierno nacional.
- Se buscará potencializar en el Modelo SABI las experiencias positivas de las Unidades Médica de Especialidades (UNEME) para la atención de enfermedades crónicas, detección y diagnóstico del cáncer de mama, la atención de las enfermedades mentales, en la prevención y atención del SIDA y otras ITS, de geriatría y de atención a las adicciones. Las UNEME son un importante establecimiento de atención ambulatoria que disminuye la presión asistencial sobre los hospitales, formando parte de la APS con intervenciones especializadas que reducen los riesgos de las personas.
- La salud de las y los adolescentes se promoverá creando centros especializados, donde con trabajo intersectorial y la participación de la comunidad se aborden temas cruciales de impacto sobre la salud y el bienestar presente y futuro de las y los adolescentes, como son: la prevención de adicciones, de embarazos no deseados y de ITS; la práctica regular de actividad física para prevenir la obesidad y las enfermedades crónicas; la promoción de la no violencia y los conceptos y prácticas de igualdad de género y no discriminación.
- Se fomentará, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, el uso de nuevas tecnologías diagnósticas, terapéuticas, organizacionales y de información que faciliten y mejoren el acceso, la cobertura sanitaria y la capacidad resolutiva de los servicios de salud. Se dará prioridad a la instrumentación de la historia clínica digital como elemento integrador de la atención en las RISS.

6c. La participación y el apoyo comunitario a la salud.

- La participación comunitaria permite a la población expresar sus necesidades de salud e influir en el modo que se planifica, financia y entrega la atención sanitaria. Contribuye

a generar confianza y respeto mutuo entre la población y los trabajadores de la salud, tejiendo redes de apoyo solidario que pueden jugar un importante papel en la promoción de la salud y el bienestar.

- Las direcciones de los CS y Jurisdicciones Sanitarias abrirán espacios y promoverán la participación comunitaria en las labores de definición de prioridades, objetivos y metas de salud, así como en el desarrollo de las actividades sanitarias, con la clara intención de que las personas y la comunidad organizada sean, al propio tiempo, gestores y sujetos activos en el cuidado de su salud.
- Se promoverá la creación de Consejos Comunitarios de Salud y Bienestar (CONSABI´S) a nivel de los CS, quienes serán sujetos activos en el funcionamiento y la evaluación del servicio defendiendo los intereses de los beneficiarios de la atención. Una tarea práctica de estos Consejos será ayudar a constituir una red de voluntarios por la salud en la comunidad.
- Los profesionales y autoridades de salud a nivel local deben proporcionar a los voluntarios de la comunidad las oportunidades y recursos que necesiten para participar activamente en el fomento de entornos saludables y coadyuven a diseminar conocimientos, actitudes y prácticas saludables en la población.
- La prioridad en el impulso a la participación comunitaria será en los grupos de población tradicionalmente marginados, haciéndoles realidad su derecho al acceso universal a la atención de salud. En el caso de las poblaciones indígenas, la participación social en salud se dará con total respeto a los usos y costumbres de la comunidad.
- Otro aporte estratégico de la participación social se da en la identificación de riesgos personales, familiares y comunitarios a la salud y su aporte al control de dichos riegos y al encaminamiento de la información a las autoridades y personal especializado de salud para adoptar las decisiones necesarias de solución.

7. Financiamiento del Modelo SABI basado en la APS.

Los análisis realizados por la OPS/OMS y reconocidos especialistas muestran que los países que más han avanzado en el acceso universal de salud tienen un gasto público en salud superior al 6% del PIB. México es el país que menos invierte en salud entre sus pares de la OCDE; solo el 6.2% del PIB vs 8.9% (2013) en promedio de la totalidad de estos países. Igualmente, el gasto público en salud (GPS) de 3.1% del PIB de México, reportado por la OPS/OMS para 2015, está por debajo del observado entre los países latinoamericanos con un promedio de 3,6%.

El poco interés de los regímenes neoliberales en la salud pública se refleja en el financiamiento insuficiente para la operación de los servicios públicos, causando que en 2016 el 41% del gasto total de salud (GTS) es "de bolsillo", con poca variación en los

últimos 15 años, afectando principalmente a quienes no tienen acceso a la seguridad social.

El GPS de México como porcentaje del PIB ha disminuido en los últimos años, pasando del 2.8% del PIB en 2012 a apenas el 2.4% del PIB en 2018.

El financiamiento del nuevo Modelo SABI debe ser suficiente, creciente, sostenible y alineado con los objetivos de eficiencia, equidad y alcance de resultados de salud y bienestar, a conseguir mediante planteamiento formal y estructurado a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y su movimiento sería a través de la mecánica de presupuestación. Los recursos para financiar la salud provendrán mayormente de la tributación general a la nación.

Suficiente significa que puedan financiarse los servicios integrales de calidad a los individuos, las familias y comunidades atendiendo el diagnóstico de necesidades salud y las demandas de atención de la población.

Debe ser sostenible en el sentido de que pueda asegurar los montos evitando fluctuaciones que pongan en peligro la capacidad del modelo a funcionar eficaz y eficientemente. La clave está en la previsibilidad del flujo de recursos financieros de un período a otro, en coherencia con las políticas de manejo de los recursos públicos.

El ejercicio de los recursos financieros se alineará con los objetivos de eficiencia, austeridad y ahorro del gasto que impulsa el gobierno federal, sin menoscabo de los principios de equidad y eficacia de la atención y los planes y programas de salud que desarrolla la autoridad sanitaria nacional.

Habrá consideraciones de prioridad para los territorios y poblaciones en situación de mayor rezago y vulnerabilidad.

Hasta el presente, el financiamiento de los servicios de salud para la población sin seguridad social laboral ha provenido principalmente de cuatro fuentes:

- Ramo 33 Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA): 99.4 Mil Millones de Pesos (MMDP) para el ejercicio fiscal 2019.
- Ramo 12 (incluye 72 MMDP del *Seguro Popular*): 124.2 MMDP para 2019.
- Ramo 19 (IMSS Bienestar): 11.8 MMDP en 2019 para la Administración del Programa IMSS-Prospera.
- Recursos propios de las entidades federativas: Alrededor de 50.5 MMDP.

La prestación gratuita de servicios públicos de salud, medicamentos y demás insumos asociados será financiada de manera solidaria por la Federación y por las entidades

federativas en los términos que marca la Ley General de Salud y las disposiciones reglamentarias que de la misma emanen.

Con la operación de los servicios de salud bajo este nuevo modelo, se mejorará la eficiencia del gasto generando ahorros al presupuesto del sector que se reinvertirán en las áreas prioritarias para lograr un mayor alcance de los servicios.

El Gobierno Federal transferirá a los gobiernos de las entidades federativas los recursos para la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social, de acuerdo con las disposiciones reglamentarias que se emitan y los acuerdos de coordinación que se celebren.

Asimismo, contribuirá a este fin, el Fondo de Salud para el Bienestar, un fideicomiso público sin estructura orgánica, siendo el INSABI el fideicomitente, que destinará los recursos de su patrimonio a:

1. La atención a las enfermedades que generan gastos catastróficos.
2. La inversión en infraestructura, preferentemente en las entidades federativas con mayor nivel de marginación social.
3. Complementar los recursos destinados al abasto y distribución de medicamentos y demás insumos, así como para el acceso a exámenes clínicos a las personas sin seguridad social.

Los recursos que se asignen al Fondo de Salud para el Bienestar y el destino que éstos recibirán será de acuerdo con los términos que marca la Ley General de Salud, las disposiciones reglamentarias que se emitan y las Reglas de Operación del propio Fondo.

8. Seguimiento y Evaluación del Modelo SABI.

Para su gradual implementación y mejora continua. El seguimiento y la evaluación de avances de la aplicación del Modelo SABI se realizará a través de un marco con enfoque sistémico que mida en cada etapa los resultados alcanzados y brinde retroalimentación sobre los desafíos que se enfrentan y las oportunidades de mejorar los procesos técnicos y organizativos de la gestión de salud.

Se utilizarán distintas categorías de medición: Relevancia, Accesibilidad, Efectividad, Eficiencia y Resultados para medir los avances en la aplicación del Modelo SABI. Para cada una de ellas se establecerán parámetros de análisis y los indicadores a utilizar.

Cabe destacar que, en consideración al enfoque del Modelo SABI de ser centrado en las personas, la mayor parte de los indicadores tendrán como unidad de análisis los individuos beneficiados.

La Secretaría de Salud del Gobierno Federal realizará las mediciones señaladas. Adicionalmente, se espera que profesionales de instituciones académicas y de investigación interesados también realicen estudios sobre la organización y el desarrollo del Sistema de Salud y, específicamente, sobre el modelo de atención, que también servirán para formar juicios sobre la aplicación del Modelo SABI y las posibilidades de mejorarlo.

9. Jerarquización y Supervisión de la Aplicación del Modelo SABI.

La institución encargada de cumplir las tareas normativas, de control y supervisión de avances en la aplicación del Modelo SABI es el INSABI. El objeto del INSABI es proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, así como impulsar, en coordinación con la Secretaría de Salud en su calidad de órgano rector, acciones orientadas a lograr una adecuada integración y articulación de las instituciones públicas del Sistema nacional de Salud.

Para la prestación de los servicios de salud se han definido los siguientes lineamientos de trabajo:

1. El Gobierno de la República mantendrá dos sistemas de atención a la salud, procurando la máxima coordinación entre ambos: por un lado, el sistema a derechohabientes del ISSSTE y del IMSS y demás instituciones de seguridad social, y por el otro, el sistema de atención para población que no cuenta con seguridad social.

2. La coordinación de todo el sector salud será encomendada a la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, de la cual dependen, en lo normativo, todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

3. El INSABI tendrá a su cargo la aplicación de políticas en el programa IMSS-Bienestar y operará de manera directa los centros de salud, hospitales y demás establecimientos de salud que se determinen en los acuerdos de coordinación que se firmen con las entidades federativas.

4. El INSABI prestará 4 funciones básicas:

   a) Adquirir, en coordinación con la Oficialía Mayor de la SHCP y las direcciones generales del IMSS y del ISSSTE, siempre con apego a la normatividad y lineamientos emitidos por la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, todos los medicamentos, material de curación, equipos médicos e insumos que se requieran para la prestación de los servicios. Dentro de esta misma función se incluye el abasto y la distribución de los mismo, procurando crear un sistema eficaz de entrega a las unidades médicas, CS y hospitales. El objetivo es que nunca falten las medicinas –todas las claves–, y que se cuente con los equipos más avanzados, sobre todo, en los CS, UMR y hospitales de las zonas marginadas del país. En esta tarea y otras vinculadas, la prioridad la tendrán los indígenas, los más pobres y, en especial, los que viven en comunidades remotas y apartadas de los centros urbanos.

b) Supervisar que no falte personal de salud en unidades, CS, UMR y hospitales. En especial, deberá procurar que existan médicos y enfermeras, de manera permanente, en las comunidades marginadas. De igual forma, estará atento que no falten médicos residentes, generales y especialistas en los hospitales. Se contemplarán incentivos y compensaciones en los tabuladores salariales para el sector salud, para que ganen más por el mismo trabajo quienes laboren en las comunidades más apartadas y en los hospitales ubicados en las zonas pobres del país. Se debe contar con un buen diagnóstico sobre los médicos disponibles en el país, tanto generales como especialistas; conocer cuántos médicos trabajan en el sector público y cuántos en el sector privado, con referencia a ingresos y a cada una de las entidades. Asimismo, conocer sobre el número de escuelas de medicina existentes, públicas y privadas, y proyectar la demanda de médicos, enfermeras y otros trabajadores de la salud. De ser necesario un incremento en la formación, buscar opciones mediante apoyos para la formación de médicos en las universidades del país.

c) El INSABI tendrá un área encargada de la construcción y el mantenimiento de la infraestructura para la salud. Se trata de mejorar las instalaciones existentes y resolver sobre las obras inconclusas que se consideren indispensables para fortalecer el sistema de salud pública. Se actuará con mucha racionalidad para no derrochar los recursos públicos.

d) Se aplicará un plan para regularizar a todos los trabajadores del sector salud. A partir de un censo confiable, se eliminarán duplicidades y se cancelarán plazas de quienes cobran sin trabajar. El plan deberá incluir una propuesta para basificar a los trabajadores del sector salud, tomando en consideración la antigüedad, buen desempeño y disponibilidad de recursos. El propósito es que a finales del sexenio todos los trabajadores del sector salud cuenten con su trabajo de base y con buenas prestaciones salariales y sociales.

El INSABI también cumplirá las demás funciones que le marque la Ley General de Salud, sus reglamentos y otras disposiciones jurídicas aplicables.

10. El Personal Médico para la APS en México.

En el contexto del Modelo SABI, el Sistema Nacional de Salud requerirá de manera creciente de médicas/os que laboren en la áreas rurales y marginales del país. Deberán tener la formación y las habilidades necesarias para responsabilizarse de una población definida, trabajar en estrecha relación con la comunidad interactuando con las familias, la población organizada y los y las líderes locales, siendo capaces de establecer un diagnóstico de salud y con disposición para trabajar sobre las determinaciones sociales y ambientales que afectan la salud del territorio y la población bajo su responsabilidad.

Considerando las experiencias en otros países y de regiones de México que han desarrollado una efectiva atención primaria de salud, se plantea un conjunto de competencias básicas necesarias de desarrollar en las y los profesionales médicos desde su formación:

- Conocimientos y capacidades para adecuar su labor a los requerimientos de la APS, trabajando para promover la salud y el bienestar general, al tiempo que sean capaces de prevenir y resolver los principales problemas de salud que afectan a la población.
- Saber establecer una relación de respeto y confianza para dialogar y negociar con las personas, familias y la comunidad, respetando la diversidad cultural y sus derechos humanos.
- Comprender el ciclo de vida y los requerimientos de promoción, prevención, atención y rehabilitación que caracterizan cada etapa.
- Trabajar en equipo y desarrollar liderazgo dentro del ESB y en el diálogo con otros sectores a nivel local en los temas sanitarios.
- Generar su propia capacidad de autoaprendizaje y de búsqueda de conocimientos.

Alcanzar los ambiciosos objetivos señalados implica para muchas universidades hacer ajustes en el desarrollo de la enseñanza, incluso la transformación curricular para acercar más la formación de las y los estudiantes a las necesidades del Modelo SABI, lo que requerirá de tiempo para elaborar los nuevos programas de estudio y que estos sean aprobados e introducidos en la actividad académica.

Algunas recomendaciones posibles de implementar para la formación médica para orientarla mejor al ejercicio de la APS son las siguientes:

- Academizar la APS. Desarrollo de un proceso de creciente interacción y articulación entre las instituciones de educación y los servicios de APS, con el doble propósito -y beneficio- de mejorar la atención de salud a la población y elevar la producción de conocimientos y la formación de los profesionales con base en el perfil epidemiológico de un contexto poblacional y territorial determinado.

- Poner en contacto a las medicas/os en formación, lo más tempranamente posible, con el trabajo local de salud para que conozca los programas comunitarios y se familiarice con el aprendizaje sustentado en los problemas de las personas y apoye la generación de conocimientos en este nivel.
- Favorecer un mejor equilibrio de la formación de las medicas/os en todos los niveles de atención (hospitalaria vs atención primaria), con importante carga en las actividades de promoción de la salud y prevención.
- Consensuar los currículos disciplinares hacía una modelo más integrados que considere las prácticas interdisciplinarias e interprofesionales.
- Incrementar al máximo nivel posible la formación con enfoque de promoción de salud y prevención de enfermedades, con perspectiva de género e interculturalidad, desarrollando la comprensión de los determinantes sociales y ambientales de la salud, sustituyendo el modelo biologicista centrado en las enfermedades.
- Desarrollar en las y los estudiantes valores éticos y de sensibilidad social, reconociendo la salud como un derecho humano y el compromiso de la profesión con el bienestar de la población. Valorizar el ejercicio de la profesión en la APS, eliminando la negativa visión de éxito profesional exclusivamente en el ejercicio de las especialidades hospitalarias.
- Como parte de su entrenamiento formal, las y los médicos residentes de tercer año de Medicina Interna rotarán un mes en clínicas o unidades médicas, cubriendo los 12 meses del año. Ahí atenderán las patologías más frecuentes en la población, lo que será un valioso elemento en su formación como especialista.

El Modelo SABI contempla una serie de posibilidades de crecimiento y estímulos a la práctica profesional en la APS, entre los que destacan:

- Reclutamiento de profesionales comprometidos, con alto sentido de ética en el ejercicio profesional, que se denominará "Médicos del Bienestar" para trabajar en las regiones con mayor vulnerabilidad del país.
- Crear un estímulo monetario progresivo, adicional al salario base, para quienes trabajan en las regiones de difícil acceso y alta vulnerabilidad social.
- Oportunidad para que las y los médicos en servicio público a lo largo de tres años se formen como Especialista en APS, cumpliendo un programa académico acreditado por universidades del país. Se impulsará que la Secretaría de Salud firme un Acuerdo Colaborativo con las universidades comprometiéndose a facilitar el tiempo para que las y los médicos en ejercicio cumpla el programa académico.
- Generar las condiciones adecuadas de infraestructura y los recursos necesarios para el ejercicio de la práctica profesional de la APS en los Consultorios, Unidades y CS.
- Desarrollar un plan nacional y estrategia de valorización del ejercicio de la APS, combinando tareas de comunicación y estímulos morales y materiales para los profesionales de la salud.
- Establecer convenios de cooperación y planes de trabajo conjunto con la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS),

UNICEF, Universidades públicas y privadas, centros y escuelas de salud pública y otras instituciones para desarrollar estudios e investigaciones sobre la situación y el control de enfermedades, la promoción de la salud, evaluaciones del trabajo, desarrollo e introducción de nuevas tecnologías médicas y de procesos asistenciales, así como para la formación de las y los estudiantes de la carrera de medicina y de posgrado con el enfoque y los principios del Modelo SABI.

11. El Personal de Enfermería para la APS.

El desarrollo del Modelo SABI en el país requerirá enfermeras y enfermeros entrenados y capacitados para trabajar en las unidades de primer nivel, tanto en áreas rurales como urbanas, con las habilidades necesarias para brindar cuidados de calidad a una población definida en el contexto de la APS, privilegiando el enfoque preventivo y de promoción de la salud.

Su labor debe desarrollarse en interacción estrecha y permanente con la comunidad, que los casos de las unidades donde se atiende población originaria resultarían mejor si el personal es oriundo de la localidad y domina el dialecto local.

El personal de enfermería participará en el diagnóstico de salud de la población, en la elaboración de los planes de trabajo y el desarrollo de las acciones de salud, tanto en las unidades como en los lugares donde la población vive, trabaja y se desarrolla, promoviendo decididamente la participación de las personas, la familia y la comunidad en el autocuidado de la salud y la transformación de las determinaciones sociales que afectan negativamente la salud localmente.

Apoyarán en la entrega y la vigilancia del uso de las Cartillas Nacionales de Salud, tendrán control de la conservación, manejo y aplicación de productos biológicos con apego a lo normado para la red de frio y tiene un importante papel operacional en las actividades intensivas y rutinarias de vacunación.

Llevarán a cabo actividades preventivo-curativas y desarrollarán labores interprofesionales, principalmente con el personal médico, en la respuesta a las necesidades de atención realizándolo con criterio de curso de vida, destacando la labor con los menores de 5 años, las embarazadas y puérperas, pacientes con enfermedades crónicas (con énfasis en la diabetes mellitus e hipertensión) o condición de riesgo (sobrepeso, obesidad, etc.), los desnutridos y en la atención integral del adolescente, la mujer y de los adultos mayores.

Otro relevante papel lo cumplirán en el control y seguimiento de padecimientos sujetos de notificación obligatoria (tuberculosis, VIH/SIDA, malaria, etc.) y en la respuesta en situaciones de urgencias epidemiológicas y desastres.

Apoyarán dentro del ESB en el control y entrega de medicamentos a los pacientes. Prepararán y esterilizarán el material de curación, equipo, instrumental y ropa para la atención de los pacientes. Manejarán los desechos y residuos tóxicos e infectocontagiosos de acuerdo con las disposiciones jurídicas aplicables. Les corresponderá educar, supervisar y colaborar con el personal de servicios generales

para que las áreas se mantengas limpias y ordenadas para la atención eficaz y segura de la población.

Considerando los desafíos de los cuidados de enfermería dentro del modelo SABI, se considera desarrollar junto con instituciones académicas procesos de perfeccionamiento de la formación y de educación continua y desarrollo de habilidades y prácticas de enfermería que mantengan actualizadas sus competencias básicas.

12. Visión de Mediano Plazo del Sistema de Salud de México.

Evaluaciones realizadas y opiniones de especialistas y autoridades de salud coinciden que el sistema de salud mexicano ofrece una protección incompleta y desigual a la población y que un problema de fondo es la segmentación del acceso y la cobertura en varios subsistemas, cada uno con diferentes niveles de atención, que atienden diferentes grupos poblacionales, con diferentes niveles de gasto y diferentes resultados, donde la entrada de las personas al sistema no es dictada por las necesidades de salud sino por su inserción laboral y condición económica.

Los más completos análisis concuerdan en la necesidad impostergable de construir un sistema de atención a la salud menos fragmentado y más equitativo, eficiente y sostenible desde las perspectivas humana y financiera.

Es necesaria una reforma profunda del Sistema Nacional de Salud que apunte a la integración del trabajo entre instituciones prestadoras de servicios del país. Esta es una meta compleja posible de visualizar solo para el mediano plazo, dadas las enormes diferencias de todo tipo existentes entre los subsistemas actuales y la complejidad de las transformaciones que deben realizarse.

El gobierno de la 4 T tiene la firme decisión política de llevar adelante este salto cualitativo hacia la integración que el Sistema de Salud mexicano requiere y alcanzar nuevas metas de bienestar con equidad para la población mexicana.

Con la puesta en marcha del Modelo SABI para la población sin seguridad social basado en la APS se crean condiciones para avanzar en el trabajo armonizado entre los diferentes subsistemas públicos de atención a la salud.

La ruta crítica de este proceso inicialmente transita por adoptar enfoques compartidos entre las instituciones de salud (IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud del Gobierno Federal, susceptible de ser incorporados a otras instituciones de seguridad social) sobre el desarrollo sectorial, los principios funcionales y la definición de programas priorizados, objetivos, metas de trabajo y la evaluación del desempeño. En este

contexto, la primera pieza cumplida es el análisis conjunto del Modelo SABI, enriqueciéndolo con las experiencias de las instituciones de Seguridad Social.

Un segundo momento es la convergencia de prácticas entre los prestadores de servicios, expresado en la homologación de normas y procedimientos de gestión y atención a la salud, incluyendo los sistemas de información, guías operacionales, pautas y protocolos de atención y la integración de Comités Técnicos conjuntos, entre otros desarrollos. Es un camino para transitar por la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, el IMSS y el ISSSTE formalizado de manera sólida en el marco del Modelo SABI. Un buen ejemplo de convergencia es la compra conjunta de medicamentos por todas las instituciones públicas de salud, realizada en 2019.

Un tercer momento de la integración del Sistema Nacional de Salud es la oferta de capacidades conjuntas para dar respuesta a las demandas de atención de la población. Sus principales características sería tener una regionalización de los servicios común y el uso compartido de los establecimientos de salud con base territorial, para satisfacer las necesidades de la población. La integración de oferta de los servicios públicos de salud a todas y todos los ciudadanos, sin distinciones de otro tipo que no sea la necesidad de atención médica y el uso eficiente de las capacidades instaladas es el paso decisivo para la universalización de la salud en México, que permitiría realizar verdaderas evaluaciones de impacto en la salud poblacional de la política pública.

Esta secuencia de momentos en la visión de mediano plazo del Sistema Nacional de Salud no debe entenderse como que el fin de uno marca el inicio del siguiente momento. El desarrollo de los tres momentos se traslapa en la medida que se alcanza consenso y factibilidad para trabajar integradamente entre las instituciones públicas de salud. Quiere decir, por ejemplo, que aun cuando se busca un enfoque común en determinados elementos de la atención, hay otros donde se actúa con plena integración entre todas las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Este camino abonará el anhelo de que se alcance un sistema único de salud en el país.

13. Consideraciones Finales.

La salud es un derecho de todas las personas y el Estado es responsable de su preservación y mejoría continua. Su cuidado no es tarea exclusiva de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, del INSABI ni de los gobiernos locales, es tarea de todas y todos. La mejoría de la salud será el resultado de la unión de esfuerzos que abarcan desde el compromiso individual, familiar y comunitario con el autocuidado, sumado a la responsabilidad de los gobiernos, el Estado y la sociedad organizada de atenderla con

mirada aguda y acento operativo para prevenir y superar las determinaciones sociales y ambientales que la afectan e impiden el enorme aporte que puede hacer al bienestar de las personas.

La Secretaría de Salud del Gobierno Federal, como institución del gobierno encargada de preservar y mejorar la salud individual y colectiva de la población; el INSABI, en su carácter de organismo federal responsable de garantizar el acceso pleno a servicios de salud, medicamentos e insumos asociados a la atención gratuitos a la población sin seguridad social, tienen la responsabilidad de conducir los esfuerzos institucionales para alcanzar el propósito de salud y bienestar para todas y todos.

La magnitud de los problemas del *Seguro Popular* es tal, que obligó a un cambio estructural profundo del Sistema de Salud que técnicamente se justifica con los beneficios del nuevo Modelo SABI, siendo esencial para el éxito de éste la labor mancomunada de las y los trabajadores de la salud con las y los profesionales de otras disciplinas como la arquitectura, ingenierías, antropología, sociología, odontología, nutrición, psicología, trabajo social, administración y la población organizada.

La implementación progresiva del Modelo SABI está marcada por un renovado y más profundo esfuerzo de integración entre los prestadores públicos de servicios de salud del país, particularmente entre el IMSS, el ISSSTE y la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, que se traduce en una visión de mediano plazo de un Sistema Nacional de Salud integrado para una mejor atención y beneficio la población mexicana.

Con la aplicación del Modelo de Salud para el Bienestar (SABI) se hará realidad el derecho a la salud que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece y se contribuirá a construir un país con oportunidades para todas y todos, donde las personas y comunidades vivan seguras en un entorno saludable, disfrutando de acceso y cobertura universal de salud.

14. Bibliografía. (en orden alfabético)

- Báscolo E, Houghton N, del Riego A. Lógicas de transformación de

los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. Rev Panamericana Salud Publica. 2018;42:e126. https//doi.org/10.26633/RPSP.2018.126

- Bitton A et al. Primary Health Care as a Foundation for Strengthening Health System in low - and Middle – Income Countries. J Gen Intern Med 32(5): 566-71. 2016 (open Access at Springerlink.com)

- Bitton A et al. Primary healthcare system performance in low-income and middle-income countries: a scoping review of the evidence from 2010 to 2017. BMJ Global Health 2019;4:e001doi:10.1136/bmjgh-2019-001551

- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2018.* Ciudad de México. 2018 (en: https://www.coneval.org.mx/Evaluación/IEPSM/Documents/IEPD_2018.pdf)

- Consejo de Salubridad General (CSG). Hacia la construcción del compendio nacional de medicamentos. Junio 2019.

- Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. En https://www.e-quipu.pe (visitado 17agosto/2019)

- Hernández Ávila M, Cervantes Trejo A, Santamaria Guasch C, Castro Onofre M, Vieitez Martínez I, Castañeda Alcántara ID, Santamaria Guasch A. Salud deteriorada. Opacidad y negligencia en el sistema público de Salud. Mexicanos contra la corrupción y la impunidad, primera ed. 2018.

- Laurell Asa C. Impacto del Seguro Popular en el Sistema de Salud Mexicano. Consejo latinoamericano de Ciencias Sociales. Colección CLACSO-CROP. Buenos Aires, Argentina 2013.

- Lineamientos del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). Documento de trabajo. México, 8 de julio de 2019.

- López-Arellano O, Jarillo-Soto E. La reforma neoliberal de un sistema de salud. Evidencia del caso mexicano. Cad. Saúde Pública vol. 33 supl.2 Rio de Janeiro 2017 (Consultado en http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_S0102-311X2017001405002).

- Mendes, Eugenio Vilaça. Las redes de Atención a la Salud. Ed. En español. OPAS/OMS Representación en Brasil. Brasilia-DF. 2013.

- OECD (2016). OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/9789264230491-en

- OMS. La Atención Primaria de Salud más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra, Suiza. 2008.

- OMS. Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona. Informe de la Secretaría. 69ª Asamblea Mundial de la Salud punto 16.1 de la Orden del día provisional. Ginebra, Suiza. Abril/2016.

- OMS. Declaración de Astaná. Global Conference on Primary Health Care. Astaná. Kazakhtan. 25-26 de octubre de 2018. WHO/HIS/SDS/2018.61

- Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Políticas y Hoja de Ruta para su implementación en Las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en Las Américas. Washington D.C. 2010.

- Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Oficina de Argentina. Transformando los Servicios de Salud hacia Redes Integradas integrada. Buenos Aires. 2017.

- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Hospitales en Redes Integradas de Servicios de Salud Recomendaciones Estratégicas. Washington D.C. 2018.

- Organización Panamericana de la Salud. Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Resumen ejecutivo de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en Las Américas. Washington D.C.: OPS 2018.

- Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos. Situación de Salud en Las Américas. Washington, D.C. Estados Unidos de América, 2018.

- Organización Panamericana de la Salud. Salud Universal en el Siglo XXI:40 años de Alma Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Ed. Revisada. Washington D.C.: OPS 2019.

- Paim Jairnilson Silva. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil publicado em Política e Sistema de Saúde no Brasil, cap. 15, pag. 547-573. Rio de Janeiro, Brasil. 2013.

- Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Estados Unidos Mexicanos-MÉXICO. DOF: 12/07/2019.

- Saturno P, Gutiérrez JP, Almendariz DM, Armenta N, Candía E, Contreras D, Fernández M, Galván A, Hernández JL, Hernández Ávila JE, Palacio LS, Poblano O, Vértiz J, Vieyra W, Wirtz V. Calidad em el primer nivel de atención de los servicios estatales de salud. Diagnóstico estratégico de la situación actual. Cuernavaca, México: INSP, 2014.

- Saturno P, Gutiérrez JP, Almendariz DM, Candía E, Fernández M, Galván A, Hernández JL, Hernández Ávila JE, Palacio LS, Poblano O, Vértiz J, Vieyra W, Wirtz V. Calidad em el primer nivel de atención de los servicios estatales de salud. Propuesta de intervenciones. Cuernavaca, México: INSP, 2014.

- Schwarz D et al. Continuity in Primary care: a critical but neglected component for achieving high-quality universal health coverage. BMJ Global Health 2019; e 001435.doi:10.1136/bmjgh-2019-001435.

- Secretaría de Salud (SSA). Acuerdo para garantizar el derecho a la protección de la salud de toda la población y hacer efectivo el acceso a la atención médica y medicamentos gratuitos a las personas sin seguridad social (documento de trabajo). México, 2019.

- Secretaría de Salud (SSA). Gasto en salud por fuente de financiamiento, 1993-2017. En: www.dgis.salud.gob.mx/descargas/xls/1. 01 2017 A CORR O.xlsx México, agosto 2019.

- Secretaría de Salud (SSA). 1 Informe de labores 2018 – 2019. 1 de septiembre de 2019.

- Starfield B., Shi L., Macinko J., Contribution of primary care to health systems and health. The Milbank Quarterly, 2005. USA. (www.ncbi.nlm.nih.gov)

Siglas y Acrónimos.

APS	Atención Primaria de Salud
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CS	Centro de Salud
CSG	Consejo de Salubridad General
ESB	Equipo de Salud del Bienestar
FPGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
GPS	Gasto Público en Salud
GTS	Gasto Total en Salud
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INSABI	Instituto de Salud para el Bienestar
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del estado
MAI	Modelo de Atención Integral a la Salud
MASPA	Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta
MIDAS	Modelo Integrador de Atención a la Salud
MMDP	Mil Millones de Pesos
OCDE	Organización de Cooperación y el Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PIB	Producto Interno Bruto
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud

SABI (Modelo)	Modelo de Salud para el Bienestar
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SEMAR	Secretaría de la Marina
Tb	Tuberculosis
UMR	Unidad Médica Rural
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
4 T	Cuarta Transformación de la república mexicana (gobierno de la)

El presente Anexo se firma a los 28 días del mes de febrero de 2020.

Por el "INSABI"

MTRO. JUAN ANTONIO FERRER AGUILAR
DIRECTOR GENERAL

Por "LA ENTIDAD"

ING. JAIME HELIODORO RODRIGUEZ CALDERON
GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO DE NUEVO LEON.

LIC. MANUEL FLORENTINO GONZALEZ FLORES
SECRETARIO GENERAL DE GOBIERNO DEL ESTADO DE NUEVO LEON.

LIC. CARLOS ALBERTO GARZA IBARRA
SECRETARIO DE FINANZAS Y TESORERO GENERAL DEL ESTADO DE NUEVO LEON.

DR. MED. MANUEL ENRIQUE DE LA O CAVAZOS
SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD DE NUEVO LEON, ORGANISMO PUBLICO DESENTRALIZADO.

C.P. GERARDO GUAJARDO CANTU
CONTRALOR GENERAL DE LA CONTRALORÍA Y TRANSPARENCIA GUBERNAMENTAL DEL ESTADO DE NUEVO LEON

HOJA DE FIRMA DEL ANEXO 1 DEL ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA GARANTIZAR LA PRESTACIÓN GRATUITA DE SERVICIOS DE SALUD, MEDICAMENTOS Y DEMÁS INSUMOS ASOCIADOS PARA LAS PERSONAS SIN SEGURIDAD SOCIAL EN LOS TÉRMINOS PREVISTOS EN EL TÍTULO TERCERO BIS DE LA LEY GENERAL DE SALUD QUE CELEBRAN EL INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR Y EL EJECUTIVO DEL ESTADO DE NUEVO LEON.

Anexo 2 del Acuerdo de Coordinación para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en los términos previstos en el Título Tercero bis de la Ley General de Salud celebrado por el Instituto de Salud para el Bienestar y el Ejecutivo del Estado del Estado de Nuevo León.

Monto de Recursos a Transferir

y Conceptos de Gasto

1. **Monto de los recursos presupuestarios federales a transferir.**

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 77 bis 11 y 77 bis 12 de la LGS y a la previsión presupuestaria contemplada en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2020, el monto total de recursos a transferir a **"LA ENTIDAD"** para la prestación de **"LOS SERVICIOS DE SALUD"**, durante el presente ejercicio fiscal 2020 (amparando del 1 de enero a 31 de diciembre de 2020), con estricta sujeción a la disponibilidad presupuestaria correspondiente, es por la cantidad de hasta **$1,215,722,975.03 (Mil doscientos quince millones setecientos veintidós mil novecientos setenta y cinco pesos 03/100 MN).**

2. **Calendario de ministración de los recursos presupuestarios federales.**

Los recursos a que se refiere el numeral anterior serán transferidos por el **"INSABI"** a **"LA ENTIDAD"**, durante la segunda quincena de cada mes, con excepción de la primera ministración del ejercicio fiscal, que será transferida dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha de formalización del presente Anexo.

Las mencionadas transferencias deberán sujetarse a lo estipulado en el apartado B de la Cláusula Segunda del Acuerdo de Coordinación del que forma parte el presente Anexo.

3. **Distribución de los recursos presupuestarios federales transferidos.**

El ejercicio de los recursos presupuestarios federales que el **"INSABI"** transfiera a **"LA ENTIDAD"**, para la prestación de **"LOS SERVICIOS DE SALUD"** se sujetará a las bases siguientes:

a. Hasta el 50 por ciento de los referidos recursos podrán destinarse al pago de remuneraciones, conforme a lo siguiente:

i. Hasta 40 por ciento para el personal que hasta el 31 de diciembre de 2019 estuviese autorizado con cargo a los recursos del Sistema de Protección Social en Salud, cuyas funciones se encuentren directamente relacionadas con la prestación de servicios de atención a las personas sin seguridad social.

ii. Hasta 10 por ciento, para la contratación de médicos, enfermeras, promotores de salud, coordinadores de promotores de salud y demás personal necesario para el fortalecimiento de la prestación de **"LOS SERVICIOS DE SALUD"**, preferentemente en el primer nivel de atención, que permitan la implementación, fortalecimiento y consolidación del Modelo de Atención.

b. Al menos el 32 por ciento a la adquisición y distribución de medicamentos, material de curación y otros insumos asociados a la prestación de **"LOS SERVICIOS DE SALUD"**.

c. Al menos el 18 por ciento, para gasto de operación de las unidades médicas de **"LA ENTIDAD"** que realicen la prestación de **"LOS SERVICIOS DE SALUD"**.

Asimismo, **"LAS PARTES"** están conformes en que, de manera transversal, cuando menos el 20 por ciento total de los recursos transferidos deberán destinarse a acciones relacionadas con la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.

Sólo en casos plenamente justificados o excepcionales, la composición de dichos porcentajes se podrá modificar, siempre que las características financieras y de servicios de salud de **"LA ENTIDAD"** lo ameriten, en el entendido de que dichas modificaciones deberán acreditarse y ser aprobadas previamente por el **"INSABI"**.

"LAS PARTES" están conformes en que será responsabilidad de **"LA ENTIDAD"** a través de la unidad ejecutora el envío de la información y el cumplimiento de los requisitos necesarios en los términos señalados en el presente Anexo y demás normativa aplicable, para estar en condiciones de recibir las transferencias federales de manera regular, conforme a lo establecido en el artículo 77 bis 15 de la LGS.

4. Conceptos de gasto de los recursos presupuestarios federales transferidos.

a. Remuneraciones de personal.

Para el ejercicio de estos recursos, **"LAS PARTES"** están conformes en que los mismos serán transferidos de manera líquida a **"LA ENTIDAD"**, en los términos previstos en el artículo 77 bis 15, fracción I de la LGS y en el apartado B de la Cláusula Segunda del Acuerdo de Coordinación del que forma parte el presente Anexo.

Durante el primer trimestre del año **"LA ENTIDAD"** deberá enviar al **"INSABI"**, en los términos que este último lo requiera, la información que permita identificar al personal autorizado al 31 de diciembre de 2019, su lugar de adscripción, las funciones que realiza y la remuneración que percibe.

En el caso de nuevas contrataciones, éstas deberán ser respecto de médicos, enfermeras, promotores de salud, coordinadores de promotores de salud y demás personal necesario para el fortalecimiento de la prestación de **"LOS SERVICIOS DE SALUD"**, preferentemente en el primer nivel de atención, quienes deberán estar contemplados en el Catálogo de la Rama Médica, en los términos del **Anexo 3** del Acuerdo de Coordinación del que forma parte el presente Anexo. Para tal fin, las contrataciones que se efectúen deberán asignarse a las unidades médicas que requieran el apoyo respectivo.

En virtud de lo señalado en el párrafo que antecede, **"LAS PARTES"**, están conformes en que las nuevas contrataciones que **"LA ENTIDAD"** realice para fortalecer el segundo y, en su caso, el tercer nivel de atención deberá focalizarse en personal médico especialista y de enfermería con capacitación especializada y cumplir de manera estricta con lo señalado en el transitorio cuadragésimo tercero de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

En este sentido, queda expresamente estipulado que **"LA ENTIDAD"** no podrá realizar nuevas contrataciones para llevar a cabo funciones de carácter administrativo con cargo a los recursos que se le transfieran para la prestación de **"LOS SERVICIOS DE SALUD"**.

Conforme a lo anterior, **"LA ENTIDAD"** se obliga a cubrir con sus recursos propios, las contrataciones que efectúe en contravención a lo estipulado en el presente Anexo.

De igual modo, **"LA ENTIDAD"**, por conducto de la Unidad Ejecutora, deberá enviar de manera mensual al **"INSABI"**, a través del mecanismo que éste implemente, el listado nominal de las plazas pagadas con estos recursos. La información de los listados deberá contener al menos:

- Nombre del empleado.
- Cédula profesional.
- Unidad Médica de Adscripción
- Tipo de Unidad y Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
- Número de empleado.
- Año, mes y quincena.
- Entidad federativa.
- R.F.C.
- C.U.R.P.
- Fecha de inicio de la relación laboral.
- Tipo de contratación.
- Nivel y puesto o plaza.
- Clave del puesto o plaza.
- Turno.
- Rama.
- Percepción bruta total.
- Total de deducciones.
- Percepciones netas.
- Fecha del timbrado.
- ID factura.
- Concepto de pago.
- Estatus de incidencia.
- Descripción de la incidencia.
- En su caso, fecha de baja de la relación laboral.
- Cualquier otro dato que el INSABI solicite para efectos de comprobación.

La información antes señalada deberá ser presentada por **"LA ENTIDAD"** en los formatos y conforme a los procedimientos que mediante oficio le comunique el **"INSABI"**.

b. Adquisición y distribución de medicamentos, material de curación y otros insumos.

Para el ejercicio de estos recursos, **"LAS PARTES"** están conformes en que los mismos serán transferidos de manera líquida a **"LA ENTIDAD"**, en los términos previstos en el artículo 77 bis 15, fracción I de la LGS y en el apartado B de la Cláusula Segunda del Acuerdo de Coordinación del que forma parte el presente Anexo. El ejercicio de estos recursos estará sujeto a las disposiciones del Título Tercero Bis de la Ley General de Salud y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables.

Sin perjuicio de lo anterior, **"LAS PARTES"** manifiestan su conformidad para que el **"INSABI"** retenga los recursos presupuestarios federales correspondientes y los entregue en especie a **"LA ENTIDAD"**, exclusivamente respecto de las acciones de prevención de enfermedades y promoción de la salud que corresponda a los programas a cargo de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal. El detalle de medicamentos y demás insumos asociados a dichas acciones, se incluirán en el Apéndice I del presente Anexo, del que formará parte integrante, una vez que el mismo sea formalizado por **"LAS PARTES"**.

"LAS PARTES" están conformes en que será responsabilidad de **"LA ENTIDAD"** la correcta planeación y programación de los recursos asociados a **"LOS SERVICIOS DE SALUD"**.

c. Acciones de promoción, prevención y detección oportuna de enfermedades.

Considerando el carácter transversal de estas acciones, los recursos destinados a este concepto de gasto no son adicionales, por lo que la integración de este monto incluye acciones transversales que inciden en la promoción de la salud, y la prevención y detección oportuna de enfermedades, las cuales se contabilizan en otros conceptos de gasto, tales como remuneraciones al personal, medicamentos, material de curación y otros insumos; siempre y cuando se ajusten individualmente a los límites y montos establecidos.

El detalle de la programación en estas acciones deberá ser validado por **"LAS PARTES"**, mediante el mecanismo y criterios que el **"INSABI"** determine para tal fin. En tal virtud, **"LA ENTIDAD"** deberá sujetarse a los montos validados en la programación de este concepto de gasto, la cual podrá ser modificada previa solicitud y justificación ante el **"INSABI"**. En este contexto, será responsabilidad de

"LA ENTIDAD" informar al **"INSABI"**, conforme a los formatos y procedimientos establecidos por este último, las acciones que se realicen en este rubro.

d. Gastos de operación.

De los recursos presupuestarios federales que se transfieran a **"LA ENTIDAD"** para la prestación de **"LOS SERVICIOS DE SALUD"**, al menos el 18 por ciento se podrá destinar para gasto de operación de las unidades médicas de **"LA ENTIDAD"** que realicen la prestación de **"LOS SERVICIOS DE SALUD"**.

Este concepto de gasto incluye lo siguiente:

i. Cubrir el gasto de operación de los Servicios de Salud del Estado de Nuevo León, relacionado exclusivamente con la prestación de **"LOS SERVICIOS DE SALUD"**. Para este fin, **"LA ENTIDAD"** podrá destinar recursos presupuestarios federales que el **"INSABI"** le transfiera en términos de lo establecido en el artículo 77 bis 15 fracción I de la LGS y el apartado B de la Cláusula Segunda del Acuerdo de Coordinación del que forma parte el presente Anexo.

ii. Adquisición de bienes informáticos, exclusivamente computadoras, impresoras e insumos asociados. Para este fin, **"LA ENTIDAD"** podrá destinar recursos presupuestarios federales que el **"INSABI"** le transfiera en términos de lo establecido en el artículo 77 bis 15 fracción I de la LGS y el apartado B de la Cláusula Segunda del Acuerdo de Coordinación del que forma parte el presente Anexo.

iii. Conservación y Mantenimiento de las Unidades Médicas. **"LA ENTIDAD"** podrá asignar recursos para la conservación y mantenimiento de las unidades médicas, con el objeto de que éstas obtengan o mantengan la acreditación de la calidad a que se refiere el artículo 77 bis 9 de la LGS. Para este fin, **"LA ENTIDAD"** podrá destinar recursos presupuestarios federales que el **"INSABI"** le transfiera en términos de lo establecido en el artículo 77 bis 15 fracción I de la LGS y el apartado B de la Cláusula Segunda del Acuerdo de Coordinación del que forma parte el presente Anexo.

Para determinar las acciones de conservación y mantenimiento a desarrollarse en el ejercicio fiscal, **"LA ENTIDAD"** deberá presentar para

validación del **"INSABI"**, un "Proyecto de Programa de Conservación y Mantenimiento de las Unidades Médicas", que deberá incluir lo siguiente:

- Declaratoria signada por el Titular de los Servicios Estatales de Salud del Estado de Nuevo León Organismo Público Descentralizado dirigida al **"INSABI"**, en la cual manifieste que se efectuó una adecuada planeación de los recursos para garantizar que los destinados a acciones de conservación y mantenimiento de las unidades médicas, vinculadas a la prestación de **"LOS SERVICIOS DE SALUD"**, no presentan un impacto adverso en el financiamiento del resto de los conceptos de gasto previstos en el presente Anexo.

- Determinación de las fuentes de financiamiento, considerando que los recursos destinados a este rubro podrán converger de distintas fuentes, supuesto en el que **"LA ENTIDAD"** deberá presentar el detalle de Recursos Convergentes, asegurando el uso distinto de cada uno de ellos, con propósito de evitar duplicidades en las autorizaciones de gasto.

- Cada proyecto que forme parte del Programa, deberá señalar el municipio y localidad en la que se encuentra la unidad médica, el tipo de unidad, la clave CLUES asignada, la población potencial beneficiaria, el número de beneficiarios y los montos programados a invertir, así como si la unidad médica se encuentra: (i) acreditada, (ii) en proceso de acreditación o reacreditación, o (iii) si iniciará su proceso de acreditación en el año 2020.

- Los recursos que se destinen a este rubro deberán estar dirigidas a áreas médicas.

e. Pago por Servicios a Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales y Establecimientos Públicos del Sistema Nacional de Salud y por compensación económica entre entidades federativas.

"LA ENTIDAD" a través de la unidad ejecutora podrá destinar recursos presupuestarios federales que el **"INSABI"** le transfiera en términos de lo establecido en el artículo 77 bis 15 fracción I de la LGS y el apartado B de la Cláusula Segunda del Acuerdo de Coordinación del que forma parte el presente Anexo, para la compensación económica entre entidades federativas, instituciones y

establecimientos del Sistema Nacional de Salud, por concepto de la prestación de **"LOS SERVICIOS DE SALUD"**.

Para efectos de lo anterior, **"LA ENTIDAD"** deberá, además de apegarse a la normativa aplicable, suscribir los convenios de colaboración que correspondan con otras entidades federativas, así como con los referidos Institutos u Hospitales para definir las condiciones y esquemas de pago.

En todos los casos, para estar en condiciones de realizar los pagos por la prestación del servicio a los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales y Establecimientos de Salud Públicos, dichas unidades no deberán recibir recursos presupuestarios federales asignados a la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en los términos previstos en el Título Tercero Bis de la LGS, para su operación.

"LA ENTIDAD", por conducto del Titular de los Servicios de Salud del Estado de Nuevo León enviará al **"INSABI"** durante el ejercicio, la relación de unidades mencionadas en el párrafo anterior, así como los convenios celebrados y el acta de aprobación por su junta de gobierno para tal fin. No podrán realizarse pagos sin los acuerdos contractuales que manifiesten el detalle de la atención médica y las generalidades del pago.

5. Partidas de gasto.

"LAS PARTES" están conformes en que las partidas específicas para el ejercicio de los recursos que se destinen a los conceptos de gasto que se contemplan en el presente Anexo, serán determinadas por el **"INSABI"**, mismas que deberán ser notificadas por escrito a **"LA ENTIDAD"** a través de los Servicios de Salud del Estado de Nuevo León.

6. Programación de los recursos.

"LA ENTIDAD" se obliga, por conducto del Titular de los Servicios de Salud del Estado de Nuevo León y del Director Administrativo de dicho organismo local, a enviar al **"INSABI"** la programación del gasto dentro del primer trimestre del año, para vigilar el apego a los porcentajes establecidos en el presente documento. Se deberá agregar al Programa de Gasto la leyenda siguiente: "La compra de Medicamentos, material de curación y otros insumos presupuestados en este Programa de Gasto, incluye el monto de los recursos que se entregarán en especie

de acuerdo a los apéndices del Anexo 2 del Acuerdo de coordinación para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social", y deberán tomarse en cuenta dentro del presupuesto transferido a la entidad."

7. Información del ejercicio de los recursos presupuestarios federales transferidos.

De conformidad con la fracción VIII, del apartado B del artículo 77 bis 5 de la LGS, **"LA ENTIDAD"** deberá recabar, custodiar y conservar, la documentación justificante y comprobatoria original de las erogaciones de los recursos en numerario que le sean transferidos, en términos de la Ley General de Contabilidad Gubernamental y demás disposiciones aplicables, y proporcionar a la Secretaría de Salud y a los órganos de fiscalización competentes, la información que les sea solicitada, incluyendo los montos y conceptos de gasto.

"LA ENTIDAD" se obliga a reportar al **"INSABI"**, en un plazo de 30 días naturales, posteriores al cierre de cada mes, el avance del ejercicio de los recursos presupuestarios transferidos. El resumen de los reportes generados deberá remitirse al **"INSABI"**, por el titular de los Servicios de Salud del Estado de Nuevo León y el Director Administrativo de dicho organismo local.

La fecha límite para efectuar la comprobación de los recursos se sujetará a lo previsto en el artículo 17 de la Ley de Disciplina Financiera de las Entidades Federativas y los Municipios y demás disposiciones jurídicas aplicables.

8. Monto de la aportación solidaria a efectuarse por "LA ENTIDAD" y modalidades de entrega.

Conforme a lo pactado en el apartado E de la Cláusula Segunda del Acuerdo de Coordinación del que forma parte este Anexo, el monto total de la aportación solidaria a realizarse por **"LA ENTIDAD"** durante el ejercicio fiscal 2020, para la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en su circunscripción territorial, conforme a lo dispuesto en los artículos 77 bis 11 y 77 bis 13 de la LGS, será la cantidad de **$692,734,426.33 (Seiscientos noventa y dos millones setecientos treinta y cuatro mil cuatrocientos veintiséis pesos 33/100 MN)**, en virtud de lo cual el importe líquido que por este concepto deberá aportar **"LA ENTIDAD"** será la cantidad de **$484,914,098.43**

(Cuatrocientos ochenta y cuatro millones novecientos catorce mil noventa y ocho pesos 43/100 MN).

Los importes que **"LA ENTIDAD"** deba aportar en numerario deberán ser entregados en los términos estipulados en el Acuerdo de Coordinación del que forma parte el presente Anexo de manera trimestral, dentro de los primeros quince días naturales siguientes al cierre de cada trimestre, como se muestra a continuación:

	Aportación Estatal Total Anual	Aportación del primer trimestre	Aportación del segundo trimestre	Aportación del tercer trimestre	Aportación del cuarto trimestre
	$ 692,734,426.33	**$ 173,183,606.58**	**$ 173,183,606.58**	**$ 173,183,606.58**	**$ 173,183,606.58**
70%	**$ 484,914,098.43**	$ 121,228,524.61	$ 121,228,524.61	$ 121,228,524.61	$ 121,228,524.61
30%	**$ 207,820,327.90**	$ 51,955,081.97	$ 51,955,081.97	$ 51,955,081.97	$ 51,955,081.97
	Fecha límite de acreditación	**15 de abril 2020**	**15 de julio 2020**	**15 de octubre 2020**	**15 de enero 2021**

El **"INSABI"** podrá suspender la ministración subsecuente de recursos presupuestarios federales a **"LA ENTIDAD"**, hasta en tanto no se realicen las aportaciones correspondientes, previo aviso a **"LA ENTIDAD"** con cinco días hábiles de anticipación.

A efecto de dar seguimiento a los recursos que por concepto de aportación solidaria aporte y ejerza la **"LA ENTIDAD"**, ésta se obliga a notificar por escrito al **"INSABI"** lo siguiente:

i. La cuenta bancaria productiva específica que destine para el uso y manejo de los recursos de las aportaciones en numerario, en el ejercicio fiscal vigente, deberá ser aperturada a nombre de los Servicios de Salud de la **"LA ENTIDAD"**, denominada "**Aportación Líquida Estatal INSABI 2020**".

ii. El soporte documental de los depósitos o transferencias realizadas a dichas cuentas mediante el Sistema de Pagos Electrónicos Interbancarios.

"LAS PARTES" están conformes en que el 30% de la mencionada aportación solidaria que **"LA ENTIDAD"** podrá aportar en especie, se referirá al gasto efectuado para fortalecer la prestación de los servicios de salud a la persona, en el ejercicio fiscal vigente, que de manera exclusiva se haya destinado a (i) obra pública en curso o concluida, incluyendo acciones de mantenimiento y conservación, dirigida a la

prestación de servicios de salud, siempre que la misma esté contemplada en el Plan Maestro Nacional de Infraestructura a que se refiere la LGS, o conforme al Plan Maestro de Infraestructura, según corresponda conforme a la fecha de inicio de las acciones correspondientes, que contribuyan a que dichas unidades obtengan o mantengan la acreditación de la calidad a que se refiere el artículo 77 bis 9 de la LGS, y (ii) a la adquisición del equipamiento relacionado con la salud que fortalezca la prestación de servicios de salud a la persona, incluyendo unidades médicas móviles en cualquiera de sus modalidades. Dichos conceptos deberán corresponder a las partidas de los capítulos 5000 y 6000 del Clasificador por Objeto del Gasto. Asimismo, **"LAS PARTES"** están conformes en que podrá considerarse como entrega en especie de la referida aportación solidaria de **"LA ENTIDAD"**, la nómina del personal médico, paramédico y afín, así como el gasto en medicamentos, material de curación, equipamiento médico y demás insumos para la salud de hospitales públicos que tengan la naturaleza jurídica de organismos públicos descentralizados de **"LA ENTIDAD"**, que se cubran con ingresos propios que no tengan el carácter de trasferencias federales etiquetadas en términos de la fracción XL del artículo 2 de la Ley de Disciplina Financiera de las Entidades Federativas y los Municipios.

Para acreditar dicha aportación en especie, **"LA ENTIDAD"** deberá proporcionar al **"INSABI"**, por unidad médica, la información que acredite el referido gasto.

9. **"LAS PARTES"** convienen que las circunstancias no previstas en el presente Anexo, serán resueltas por el **"INSABI"**.

El presente Anexo se firma a los 28 días del mes de febrero de 2020.

Por el "INSABI"

MTRO. JUAN ANTONIO FERRER AGUILAR
DIRECTOR GENERAL

Por "LA ENTIDAD"

ING. JAIME HELIODORO RODRIGUEZ CALDERON
GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO DE NUEVO LEON.

LIC. MANUEL FLORENTINO GONZALEZ FLORES
SECRETARIO GENERAL DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE NUEVO LEON.

LIC. CARLOS ALBERTO GARZA IBARRA
SECRETARIO DE FINANZAS Y TESORERO GENERAL DEL ESTADO DE NUEVO LEON.

DR. MED. MANUEL ENRIQUE DE LA O CAVAZOS
SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD DE NUEVO LEON, ORGANISMO PUBLICO DESENTRALIZADO.

C.P. GERARDO GUAJARDO CANTU
CONTRALOR GENERAL DE LA CONTRALORÍA Y TRANSPARENCIA GUBERNAMENTAL DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN

HOJA DE FIRMA DEL ANEXO 2 DEL ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA GARANTIZAR LA PRESTACIÓN GRATUITA DE SERVICIOS DE SALUD, MEDICAMENTOS Y DEMÁS INSUMOS ASOCIADOS PARA LAS PERSONAS SIN SEGURIDAD SOCIAL EN LOS TÉRMINOS PREVISTOS EN EL TÍTULO TERCERO BIS DE LA LEY GENERAL DE SALUD QUE CELEBRAN EL INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR Y EL EJECUTIVO DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN.