

PROGRAMA Sectorial de Salud 2020-2024.

Secretaría de Salud

PROGRAMA SECTORIAL DERIVADO DEL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2019-2024

1.- Índice

- 2.- Fundamento normativo de elaboración del programa
- 3.- Siglas y acrónimos
- 4.- Origen de los recursos para la instrumentación del Programa
- 5.- Análisis del estado actual
- 6.- Objetivos prioritarios
- 7.- Estrategias prioritarias y Acciones puntuales
- 8.- Metas para el bienestar y Parámetros
- 9.- Epílogo: Visión hacia el futuro

2.- Fundamento normativo de elaboración del programa

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo 26 apartado A que el Estado organizará un sistema de planeación democrática del desarrollo nacional que imprima solidez, dinamismo, competitividad, permanencia y equidad al crecimiento de la economía para la independencia y la democratización. La Constitución establece asimismo específicamente que habrá un Plan Nacional de Desarrollo, al que se sujetarán, obligatoriamente los programas de la Administración Pública Federal. El Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 aprobado por Decreto publicado el 12 de julio de 2019 en el Diario Oficial de la Federación es el principal instrumento de planeación de esta administración; define las prioridades nacionales que busca alcanzar el gobierno.

Igualmente, nuestra Carta Magna en su artículo 4o. párrafo cuarto establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y 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, y definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.

Acorde con las disposiciones constitucionales, en materia de planeación la Ley de Planeación establece en los artículos 16, fracción III y 21, respectivamente que las dependencias de la Administración Pública Federal corresponde elaborar los programas sectoriales, considerando las propuestas que, en su caso, presenten las entidades del sector, los órganos constitucionales autónomos y los gobiernos de las entidades federativas, así como las que deriven de los ejercicios de participación social y de los pueblos y comunidades indígenas interesados y que el PND precisará los objetivos nacionales, la estrategia y las prioridades del desarrollo integral, equitativo, incluyente, sustentable y sostenible del país; determinará los instrumentos y responsables de su ejecución, y establecerá los lineamientos de política de carácter global, sectorial y regional.

Por su parte, la Ley General de Salud, reglamenta el derecho a la protección de salud y establece las bases y modalidades para el acceso a dichos servicios y la concurrencia entre la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Asimismo, los artículos 5 y 7 de dicho ordenamiento disponen respectivamente que el Sistema Nacional de Salud se constituye por las dependencias y entidades de la Administración Pública tanto federal como local -así como por las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud y por los mecanismos de coordinación de acciones- es importante señalar el marco jurídico que vincula a las diferentes instituciones del sector salud y que la coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud y que le corresponde, entre otras atribuciones, establecer y conducir la política nacional en materia de salud (fracción I) y coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso se determinen (fracción II).

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

En cumplimiento a las disposiciones jurídicas en materia de planeación, el 12 de julio de 2019, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el PND el cual define los principios, ejes y estrategias de la presente administración, así como las prioridades nacionales que busca alcanzar el Gobierno de México.

El Programa Sectorial de Salud 2020 - 2024 (PSS) es un programa derivado del PND que establece entonces los objetivos, estrategias y acciones, a los que deberán apegarse las diferentes instituciones de la Administración Pública Federal para materializar el derecho a la protección de la salud.

La Secretaría de Salud es la responsable de coordinar la publicación, ejecución y seguimiento del Programa Sectorial de Salud 2020 - 2024.

3.- Siglas y acrónimos

| | |
|-----------------|---|
| APS-I | Atención Primaria de Salud Integrada |
| CCINSHAE | Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad |
| CENETEC | Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud |
| CENSIA | Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida |
| CNPSS | Comisión Nacional de Protección Social en Salud |
| COFEPRIS | Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios |
| CONASIDA | Consejo Nacional para la Prevención y el Control del sida |
| CONAGUA | Comisión Nacional del Agua |
| CONAPO | Consejo Nacional de Población |
| CONEVAL | Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social |
| CSSA | Centros de servicios de salud ampliados |
| DGIS | Dirección General de Información en Salud |
| SNDIF | Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia |
| SNS | Sistema Nacional de Salud |
| ECNT | Enfermedades crónicas no transmisibles |
| ENIM | Encuesta Nacional de los Niños, Niñas y Mujeres en México |
| ENCODAT | Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco |
| ENT | Enfermedades No Transmisibles |
| ENSANUT | Encuesta Nacional de Salud y Nutrición |
| ETS | Enfermedades de Transmisión Sexual |
| ILE | Interrupción Legal del Embarazo |
| IMSS | Instituto Mexicano del Seguro Social |
| INEGI | Instituto Nacional de Estadística y Geografía |
| INSABI | Instituto de Salud para el Bienestar |
| ISSSTE | Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado |
| ITS | Infecciones de Transmisión Sexual |
| LGBTTTI | Lésbico, gay, bisexual, transexual, transgénero, travesti e intersexual |
| LGS | Ley General de Salud |
| NOM | Norma Oficial Mexicana |
| OCDE | Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos |
| ODM | Objetivos de Desarrollo del Milenio |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| PAE | Programas de Acción Específico |
| PEMEX | Petróleos Mexicanos |
| PND | Plan Nacional de Desarrollo |
| PSS | Programa Sectorial de Salud |
| PSSyMG | Política de Servicios de Salud y Medicamentos Gratuitos |
| RMM | Razón de Mortalidad Materna |
| SEDENA | Secretaría de la Defensa Nacional |
| SEMARNAT | Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales |
| SEMAR | Secretaría de Marina-Armada de México |

| | |
|--------------|---|
| SEP | Secretaría de Educación Pública |
| SES | Sistema Estatal de Salud |
| SFP | Secretaría de la Función Pública |
| SNDyT | Subsistema Nacional de Donación y Trasplante |
| SHCP | Secretaría de Hacienda y Crédito Público |
| SPPS | Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud |
| SPSS | Sistema de Protección Social en Salud |
| TMI | Tasa de Mortalidad Infantil |
| TIC's | Tecnologías de la Información y Comunicación |
| VHC | Virus de Hepatitis C |
| VIH | Virus de Inmunodeficiencia Humana |

4.- Origen de los recursos para la instrumentación del Programa

La totalidad de las acciones que se consideran en este Programa, incluyendo aquellas correspondientes a sus Objetivos prioritarios, Estrategias prioritarias y Acciones puntuales, así como las labores de coordinación interinstitucional para la instrumentación u operación de dichas acciones y el seguimiento y reporte de las mismas, se realizarán con cargo al presupuesto autorizado de los ejecutores de gasto participantes en el Programa, mientras éste tenga vigencia.

5.- Análisis del estado actual

La protección de la salud con acceso y cobertura universal ha sido una aspiración por mucho tiempo en México, aun cuando la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4º, párrafo cuarto establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), "el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad."

En México, la política predominante de los gobiernos neoliberales, iniciada después del ajuste económico de 1984, las reformas de los institutos de seguridad social en 1997 y 2007 y la reforma financiera del 2003, orientaron la descentralización del sistema y establecieron mecanismos como el aseguramiento para el financiamiento y acceso de administradores de fondos, compradores de servicios y prestadores de servicios privados al sistema de salud.

El modelo subyacente a las reformas se basó en la separación entre las funciones de administración de fondos, compra de servicios y de prestación de servicios con competencia entre los actores públicos y privados que supuestamente mejorarían la calidad de los servicios y bajarían los costos.

La descentralización de los servicios de salud a los estados, culminada en 1997, carente, en algunos casos, de la debida planeación y sin garantizar la capacidad técnica a nivel estatal, consistió en la creación de organismos públicos descentralizados sin poder consolidar su integración con los servicios estatales existentes.

Actualmente el Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y Local, asimismo, las personas físicas o morales del sector social y privado, que presten servicios de salud.

Uno de los papeles principales de la Secretaría de Salud es el de ejercer la rectoría de todo el Sistema Nacional de Salud, lo que implica la evaluación y corrección de acciones realizadas, entre otros, por los Sistemas Estatales de Salud (SES), aunque también presta servicios de alta especialidad en los institutos nacionales de salud, los hospitales regionales de alta especialidad y los hospitales federales.

Los SES son los que operan la prestación de los servicios médicos, instrumentan las acciones de salud pública y de regulación sanitaria. Las dos últimas evaluaciones, que la Secretaría de Salud realizó a los SES en 2017 y 2018 revelan la carencia de medicamentos e insumos, la falta de personal, la sobrecarga de servicios y las malas condiciones en las que frecuentemente se encuentran estas unidades médicas.

Por su parte, los institutos de seguridad social prestan principalmente servicios médicos y preventivos a sus derechohabientes, aunque participan en algunas de las acciones de salud pública dirigidas a toda la población como son las semanas nacionales de salud.

Es importante subrayar que la afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es altamente inestable, ocasionando que una proporción importante de sus derechohabientes (aproximadamente 15 millones de mexicanos) intercalen su atención entre los SES y el IMSS.

Por su parte, el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) propuesto para solucionar la desatención a la población sin seguridad social, después de 15 años no logró la cobertura universal de aseguramiento y aproximadamente 20 millones de mexicanos carecen de cobertura en salud, hasta antes de la reforma a la ley general de salud en noviembre de 2019.

Los servicios que amparaba eran restringidos y sólo correspondían al 20% de los servicios ofrecidos a los derechohabientes de los institutos de seguridad social. Por ello, los afiliados al Seguro Popular se veían obligados a pagar de su bolso los servicios no cubiertos para disminuir las carencias en la atención de su salud; procedimiento que además conllevaba muchos trámites burocráticos y fomentaba la corrupción.

A pesar del propósito de promover el aumento de prestadores privados de servicios, los principales prestadores de servicios para los afiliados al Seguro Popular fueron los Servicios Estatales de Salud y los servicios de alta especialidad de la Secretaría de Salud.

Estas instituciones públicas, durante mucho tiempo, no incrementaron su infraestructura física, ni recibieron mantenimiento y tampoco contrataron los recursos humanos necesarios a pesar del crecimiento de la población. En consecuencia, los afiliados al Seguro Popular y la población no asegurada, en su momento, carecieron de acceso a atención médica oportuna y de calidad.

En cuanto al financiamiento de los servicios de salud, el Fideicomiso de Protección Social en Salud no logró la ampliación significativa de sus recursos, principalmente de los padecimientos o intervenciones reconocidas como de gasto catastrófico y limitó la edad para que fueran atendidos gratuitamente. Para revertir esta situación, la reforma a la LGS de noviembre de 2019, contempla la desaparición de este fideicomiso y la creación del Fondo de Salud para el Bienestar.

En lo que respecta a los servicios a la comunidad o de salud pública, en los últimos años, se han deteriorado y/o desarticulado, lo que repercute negativamente sobre las acciones con más impacto en la salud poblacional.

El propósito de integrar los servicios del sector público, los de la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud con los de la seguridad social laboral mediante el esquema de intercambio de servicios entre estas instituciones ha fracasado, muestra de ello son las deficiencias para garantizar a los pacientes, continuidad en sus tratamientos ya sea en los diferentes niveles de atención o bien, entre los SES, los Institutos de Seguridad Social y los Institutos Nacionales de Salud u Hospitales de Alta Especialidad.

La salud no ha sido prioridad de los gobiernos, lo que ha significado la disminución al sector, desde el año 2015, a su presupuesto, sin olvidar el problema de la corrupción y tráfico de influencias que han enriquecido a los altos funcionarios públicos y sus cómplices privados.

Actualmente, el Sistema Nacional de Salud no garantiza el derecho a la salud de toda la población, ni el acceso efectivo a los servicios requeridos por las personas y las comunidades.

Se ha hecho poco énfasis en la educación, promoción y prevención de la salud. La atención sanitaria que se brinda es de mala calidad y deshumanizada, los padecimientos crónicos se agravan y tienen complicaciones serias, los enfermos suelen sufrir innecesariamente y muchos mueren prematuramente en condiciones precarias.

La situación es grave para toda la población, pero se observa mayor inequidad en el sector más vulnerable, principalmente, campesinos, habitantes de zonas indígenas y rurales.

El sistema de salud está en una situación crítica, pero como sus principales pilares son las instituciones públicas, a diferencia de otros países, éstas constituyen la base para corregir y reconstruir.

La elaboración del Programa Sectorial de Salud parte de la necesidad de disponer de un sistema único, público, gratuito y equitativo de salud que garantice el acceso efectivo de toda la población a servicios de salud de calidad, en consonancia con lo señalado en el Plan Nacional de Desarrollo 2019 - 2024: "el gobierno federal realizará las acciones necesarias para garantizar que hacia el 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos".

Teniendo como referente el principio dispuesto en el Plan Nacional de Desarrollo: "No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie afuera", el primer objetivo prioritario corresponde al acceso efectivo, universal y gratuito a la salud con la finalidad de que millones de personas que, no cuentan con afiliación a las instituciones de seguridad social tengan garantizado el acceso a la atención médica y hospitalaria gratuita, a exámenes médicos y al suministro de medicamentos y materiales de curación.

El segundo objetivo prioritario se sustenta en el principio contenido en el PND, "por el bien de todos, primero los pobres" y se orienta a incrementar la calidad en los servicios, particularmente, para las poblaciones con alta y muy alta marginación, dado que actualmente la asistencia y servicios relacionados con la protección de la salud implican, frecuentemente, tiempos de espera prolongados y atención deshumanizada, lo que propicia, en muchas ocasiones, que los padecimientos se agraven o adopten complicaciones serias, los enfermos sufran innecesariamente y en condiciones precarias y en algunos casos, mueran prematuramente.

Por su parte, el tercer objetivo, se orienta al fortalecimiento y ampliación de capacidades de los servicios en el Sistema Nacional de Salud, especialmente aquellas que prestan servicios a la población sin derechohabencia y que, en muchos casos, su infraestructura ha recibido poco mantenimiento o escasa ampliación al margen de que, dejaron de contratarse los recursos humanos necesarios para responder a las necesidades de la población. Este objetivo se sustenta, prioritariamente en el principio del PND, en "Honradez y honestidad", considerando que la infraestructura y contratación del personal se relacionan con mecanismos que, históricamente, han sido proclives a la corrupción.

El cuarto y quinto objetivo se alinean con lo referente a "Política Social" en el PND. En el cuarto objetivo se contempla las acciones relacionadas con la vigilancia sanitaria y epidemiológica orientadas a la previsión de emergencias o propagación de daños a la salud que podrían atenderse con acceso a información, asesoramiento, acceso a servicios integrados y estrategias que modifiquen los factores estructurales de riesgo, y así mitigar sus efectos y preparar la capacidad de respuesta del sistema local o regional de salud.

El quinto objetivo tiene como propósito la atención de los problemas predominantes de salud pública, como es la obesidad y las enfermedades no transmisibles, la salud sexual y reproductiva, la salud mental y adicciones cuya conjunción afectan tanto la salud individual y poblacional.

En resumen, la estructura del Programa Sectorial de Salud se representa de la siguiente manera:

Estructura del Programa Sectorial de Salud 2020 - 2024



Así se vuelve al propósito del artículo 4o. constitucional cuya intención es que todos los mexicanos, independientemente de su condición laboral o socio-económica, tengan acceso a los servicios integrales de salud en sus vertientes de educación para la salud, promoción de la salud, prevención de enfermedades, detección y tratamiento de enfermedades y rehabilitación.

Considerando el fracaso del Seguro Popular y el mal funcionamiento de los servicios, particularmente de los Servicios Estatales de Salud, con la reforma a la Ley General de Salud del 29 de noviembre de 2019, se logró su sustitución por la Política de Servicios de Salud y Medicamentos Gratuitos (PSSyMG).

La sustitución del Seguro Popular requirió, en primer lugar, de una reforma estructural de las leyes mediante las cuales el Estado se obliga a garantizar el derecho a la protección de la salud, y a satisfacer las necesidades de salud de la población sin seguridad social laboral.

Con esta reforma se amplía progresivamente el acceso a los servicios para la población sin seguridad social laboral al eliminar las restricciones al acceso del Seguro Popular y al desvincular el acceso del aseguramiento.

Asimismo, será fundamental el fortalecimiento y mejora de la producción, compra y abasto de medicamentos en el entendido de que estos son una parte integral del proceso terapéutico y no mercancías a los que debe garantizarse el acceso universal.

La producción de medicamentos y vacunas, al igual que del equipo médico, es hoy uno de los ámbitos donde los intereses comerciales tienen una influencia muy importante. Esto tiende a encarecer los productos farmacéuticos e impulsar su uso perjudicial, por lo que este campo debe desarrollarse junto con la Secretaría de Economía por el peso que tiene como actividad comercial y productiva.

En el año 2015 se importaron medicamentos o sus principales activos por un monto de 5,401 millones de dólares lo que representó el 1.4% del total de las importaciones. Este rubro tiene dos objetivos: ir hacia la suficiencia nacional de productos básicos para la soberanía nacional y para bajar costos.

La Secretaría tiene varios miembros en el consejo de administración de la empresa pública nacional: Laboratorios Biológicos y Reactivos de México (BIRMEX). Esta empresa tiene funciones de productor y de distribuidor de productos farmacéuticos. Durante las administraciones pasadas, esta empresa ha sido reducida a su mínimo tamaño y ha realizado transacciones poco transparentes, pero puede desempeñar un papel importante como productor de medicamentos y vacunas, importador de productos farmacéuticos y distribuidor nacional de estos productos.

Dentro de la producción de medicamentos la Secretaría de Salud deberá implementar un proyecto de investigación y producción de sustancias de inmunoterapia, que es un producto innovador en su campo con aplicación potencial en distintos tipos de padecimientos, a la vez que deberá establecer una estrecha colaboración con los productores nacionales privados y estimular, mediante incentivos, su participación.

También debe hacerse un análisis de los nuevos medicamentos respecto a su posible beneficio sobre los ya existentes en el mercado y someterlos a pruebas de seguridad, eficiencia y costo-beneficio para determinar si se incluyen en los cuadros institucionales.

Actualmente diferentes instancias de la Secretaría de Salud están interviniendo en estos procesos, el CENETEC, el COFEPRIS, entre otros. Deberá revisarse esta situación para evitar duplicaciones y para eliminar los focos de corrupción que promueve. El principio básico de la reorganización debe ser que lo científico-técnico prevalezca en todo momento sobre cualquier otro criterio.

La instrumentación exitosa de las políticas de Servicios de Salud y Medicamentos Gratuitos, la federalización de los servicios de salud y la producción y abasto de medicamentos requieren de una transformación del modelo actual de atención.

La transformación deberá corresponder a una visión actualizada de la salud pública, basada en el fortalecimiento y modernización de la vigilancia sanitaria y epidemiológica bajo un enfoque territorial.

Una visión moderna de la salud pública requiere de acciones intersectoriales para la modificación de los entornos determinantes del estado de salud, para el combate de los efectos negativos de las pandemias, que incorpore un espíritu transformador del nuevo gobierno federal con un enfoque de derechos para asegurar el bienestar de la población. También, debe representar una oportunidad única para establecer una política de Estado integral e intersectorial dirigida a transformar en coordinación con las dependencias competentes el sistema alimentario actual en un sistema agro-alimentario justo, saludable y sustentable que garantice la seguridad alimentaria y entornos alimentarios saludables para toda la población, favoreciendo el uso sustentable de los recursos naturales.

El territorio alrededor y fuera del centro de salud es el espacio privilegiado de la actividad transversal con otras instancias de gobierno, por ejemplo, los municipios, la SEP, la SEMARNAT, la CONAGUA, etcétera, para la educación, promoción y prevención de la salud.

El enfoque territorial se convertirá en la base para organizar la relación entre el Centro de Salud y el primer nivel de atención, en el entendido de que desempeña un papel importante, aunque diferenciado en la promoción y educación para la salud y la prevención.

En esta línea se inscriben programas sensibles al género y al ciclo de vida en los que la incorporación del territorio sirve como unidad organizativa de la comunidad para participar en los procesos de promoción de la salud y de toma de decisiones informadas basadas en sistemas confiables de información.

Se prevé incluir en el equipo de salud a habitantes de las propias comunidades como promotoras y promotores de salud. Su papel será particularmente importante en las localidades donde no hay unidades de salud. Para cubrir este universo se requerirán de aproximadamente 16 mil promotores en todo el territorio nacional especialmente en los estados de alta y muy alta marginación y presencia importante de los pueblos indígenas.

En lo que respecta a la regulación sanitaria, actualmente la COFEPRIS, como autoridad nacional, da atención a más de 300 trámites diferentes, por lo que es necesaria una reestructuración y una optimización de sus procesos, encaminados al combate de la corrupción y que fortalezcan la transparencia en su desempeño.

Para fortalecer la regulación, el control y el fomento sanitarios, se deberán replantear las prioridades de la COFEPRIS, hacia un énfasis en la vigilancia sanitaria de productos, servicios y establecimientos de salud, la farmacovigilancia, la tecnovigilancia y la emisión de autorizaciones y registros sanitarios de medicamentos eficaces, seguros y de calidad farmacéutica, así como en el fortalecimiento de los procesos de identificación y pronóstico de riesgos basados en evidencia irrefutable, para transformarla en una institución científica, tecnológica, humanista, al servicio de la población, protegiéndola de la diversidad de riesgos sanitarios, naturales y no naturales.

Con el fortalecimiento y reorganización, el primer nivel de atención debe estar en condiciones de resolver entre el 80 y 85 por ciento de la problemática de salud con la prevención y atención y así impactar en las condiciones de salud y de vida de la población a través del modelo APS-I.

En el nuevo modelo de atención, se fomentará el uso racional de los medicamentos, basándose en evidencias sobre sus beneficios y posibles efectos adversos, su correcta prescripción y evitar la polifarmacia, particularmente para la población adulta mayor.

Deberá combatirse la mala prescripción y la cultura equivocada de los profesionistas y del usuario de que la consulta siempre debe terminar en una receta. En esta labor la responsabilidad de las instituciones es muy importante.

La mala prescripción y uso inadecuado de los medicamentos pueden provocar iatrogenias. Pueden incluso constituirse en un grave problema de salud pública como es la resistencia de los antibióticos que nos hace retroceder al tiempo pre-microbianos.

La incorporación del nuevo modelo de atención implica la transformación de los Centros y unidades de salud, particularmente del primer nivel de atención: unidades móviles y pequeños centros de salud con un variado número de consultorios y centros de servicios de salud ampliados (CSSA). Actualmente el 49% de los centros de salud tienen un consultorio y en el país sólo existen alrededor de 100 CSSA.

Otra instancia importante que se deberá transformar es la jurisdicción sanitaria, la cual actualmente está reducida a una instancia burocrática sin mayor impacto y que deberá recuperar su papel de instancia coordinadora para garantizar las actividades de los centros de salud, la promoción, la prevención y la vigilancia epidemiológica.

Aunque el primer nivel de atención pueda fortalecerse mucho, no puede resolver problemas más complejos como la urgencia calificada, la consulta de especialidad o alta especialidad, la hospitalización, la cirugía o intervenciones de alta especialidad.

Debido a una planeación nacional endeble y errática resulta que existen servicios de alta complejidad en casi todo el territorio nacional mientras que, con frecuencia, faltan subespecialidades comunes a una distancia accesible de los pacientes.

Antes de la reforma a la LGS en 2019, los seis Hospitales Regionales de Alta Especialidad tendían a prestar sólo los servicios de gasto catastrófico del Seguro Popular, aunque pueden atender un espectro más amplio de padecimientos. Se observan en ellos desequilibrios en las plantillas de personal, capacidad ociosa del equipo médico, prácticas de desaliento a la demanda, cuadros restringidos de medicamentos, entre otros. Estos servicios pueden convertirse con relativa facilidad en el nivel más complejo de las redes amplias corrigiendo sus actuales problemas.

En el proceso de construcción de las redes integradas de servicio, se prevé mantener una estrecha coordinación con el IMSS y el ISSSTE para buscar complementariedades actuales y ubicar lugares accesibles para servicios médicos en los estados o regiones donde todas las instituciones públicas tienen un déficit de instalaciones.

El fortalecimiento del primer nivel de atención y la articulación de redes requieren de la definición de nuevos indicadores para mejorar la atención de los pacientes, medir el impacto de las acciones y modificarlas cuando no tengan el impacto esperado.

En dichos indicadores de seguimiento y evaluación se deben considerar los avances en la organización comunitaria, la incorporación de promotoras de la salud, la suficiencia de personal capacitado, el proceso de abasto de medicamentos e insumos.

La disposición de un nuevo modelo de atención basado en redes integradas de servicios para que las personas accedan al tratamiento que demande su padecimiento, requerirá de una planeación conjunta de la expansión de la infraestructura y del personal preparado para realizar las tareas que requiere el nuevo modelo de atención.

La articulación de redes integradas de servicios conformadas por instituciones públicas será el resultado de la colaboración sistemática y la decisión firme, tanto de los directivos de las instituciones como de los trabajadores de la salud para lograr un

cambio profundo del sistema público de salud.

Se ampliará la infraestructura con la construcción, equipamiento y su inmediata puesta en operación de nuevas unidades de salud, o sea los centros de salud y hospitales. Igualmente se consolidará un sistema de control en tiempo real del ciclo de abasto de medicamentos e insumos y el mantenimiento preventivo de unidades de salud y el equipo.

El plan de desarrollo de infraestructura debe partir de un eje rector único que es: "El rescate del Sector Público de Salud", lo cual, no sólo contempla la construcción de nuevas obras, sino que implica, entre otras cosas, el mantenimiento y la ampliación de la infraestructura actual, la renovación del equipamiento, el incremento en plazas de trabajo y el abasto de medicamentos, procurando siempre una utilización transparente, efectiva y eficaz de los recursos.

Actualmente la Secretaría de Salud tiene varios sistemas paralelos de información en las Subsecretarías de Integración y Desarrollo en el Sector Salud y de Prevención y Promoción de la Salud que no son interoperables. Existe además un retraso en el acceso a la información y el formato para recuperarla es poco amigable para el público sin una capacitación avanzada en este ámbito. Se añade a esta situación desfavorable que no reportan regularmente a estos sistemas todos los institutos de seguridad social y particularmente el sector privado de salud, aunque la legislación vigente les mandata a hacerlo.

Por lo anterior, se deberán rediseñar los distintos sistemas de información de la Secretaría y unificarlos para establecer el "Centro de Inteligencia en Salud", a partir de la reorganización de las áreas con atribuciones relacionadas con la estructura y contenido de los sistemas de información, procurando la participación de los institutos de seguridad social y el cumplimiento de obligaciones por parte del sector privado.

La conjunción de logros correspondientes a los objetivos relacionados con el acceso universal, salud pública y capacidad de respuesta, deberá reflejarse en las condiciones de salud y bienestar de la población, en especial deberá abarcar las patologías definidas como prioritarias y que requieren de un estricto seguimiento.

Para las mismas patologías se prevé consolidar un sistema a partir del registro nominal de los pacientes que genere "alertas" cuando el proceso de atención no procede correctamente.

En resumen, el Programa Sectorial de Salud contempla 5 objetivos prioritarios y 26 estrategias prioritarias y 201 acciones puntuales, como se representa a continuación:

Estructura de los objetivos y estrategias prioritarias del Programa Sectorial de Salud 2020 - 2024



6.- Objetivos prioritarios

| Objetivos prioritarios del Programa Sectorial de Salud 2020-2024 |
|--|
| 1.- Garantizar los servicios públicos de salud a toda la población que no cuente con seguridad social y, el acceso gratuito a la atención médica y hospitalaria, así como exámenes médicos y suministro de medicamentos incluidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud. |
| 2.- Incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos del SNS para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación social, competencia |

| |
|--|
| técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano. |
| 3.- Incrementar la capacidad humana y de infraestructura en las instituciones que conforman el SNS, especialmente, en las regiones con alta y muy alta marginación para corresponder a las prioridades de salud bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos. |
| 4.- Garantizar la eficacia de estrategias, programas y acciones de salud pública, a partir de información oportuna y confiable, que facilite la promoción y prevención en salud, así como el control epidemiológico tomando en cuenta la diversidad de la población, el ciclo de vida y la pertinencia cultural. |
| 5.- Mejorar la protección de la salud bajo un enfoque integral que priorice la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud y el oportuno tratamiento y control de enfermedades, especialmente, las que representan el mayor impacto en la mortalidad de la población. |

6.1.- Relevancia del Objetivo prioritario 1: Garantizar los servicios públicos de salud a toda la población que no cuente con seguridad social y, el acceso gratuito a la atención médica y hospitalaria, así como exámenes médicos y suministro de medicamentos incluidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud.

La relevancia de este objetivo consiste en su relación con las prioridades manifestadas por el gobierno de la República, en el ámbito de la salud, conforme a lo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2019 -2024:

El gobierno federal realizará las acciones necesarias para garantizar que hacia el 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos.

Este objetivo se logrará mediante la creación del Instituto de Salud para el Bienestar, que dará servicio en todo el territorio nacional a todas las personas no afiliadas al IMSS o al ISSSTE. La atención se brindará en atención a los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural, trato no discriminatorio, digno y humano.

Ante los desafíos que representan las adecuaciones al Sistema Nacional de Salud (SNS) para garantizar la protección de la salud con acceso y cobertura universal, el objetivo connota el diseño institucional y el fortalecimiento de mecanismos que faciliten la materialización de lo dispuesto en el PND.

Las estrategias suponen que la reorganización del SNS, bajo una visión integrada de todas las instituciones que lo conforman, constituye el pilar predominante para corregir y reconstruir la situación crítica prevaleciente en relación a la protección de la salud, a fin de garantizar el acceso a dichas instituciones, así como la cobertura universal.

Por lo anterior, de este objetivo se desprenden estrategias, entre las que destaca el fortalecimiento del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), la creación de la política de PSSyMG, el fortalecimiento de los programas con carácter universal, es decir dirigidos a toda la población y la habilitación progresiva para que la atención especializada sea gratuita.

A su vez, desde la perspectiva del diseño institucional, se incorpora la estrategia a través de la cual se pretende retomar el enfoque comunitario de salud y la consideración de los enfoques transversales para propiciar un andamiaje inclusivo, intercultural y con enfoque diferenciado que garantice el acceso a servicios de salud, sin distinción alguna para todas las personas y comunidades.

Se prevé incluir en el equipo de salud a promotoras y promotores de la salud, originarios de las propias comunidades y que dispongan de la capacitación adecuada. Su papel será particularmente importante en las localidades donde no hay unidades de salud. Para cubrir este universo se estima que se requerirán de aproximadamente 16 mil personas en todo el territorio nacional, especialmente en los estados de alta y muy alta marginación y presencia importante de los pueblos indígenas.

Asimismo, se incluye en este objetivo la estrategia y acciones puntuales relacionadas con la producción, precios y abasto oportuno de medicamentos e insumos para la salud, en el sentido que la ampliación de las capacidades del sistema, requieren implementar una serie de mejoras a la cadena productiva, preferentemente en el ámbito de la industria farmacéutica nacional como parte de la ampliación de la cobertura de cualquier tipo de padecimiento. En este sentido, entre otras acciones, se contempla instaurar un sistema de control en tiempo real del ciclo de abasto de medicamentos e insumos y el mantenimiento preventivo de unidades de salud y el equipo.

A partir de la articulación del sistema público de salud que, garantice la protección de la salud con acceso y cobertura universal, se desprenden los cuatro objetivos subsecuentes propuestos en el Programa Sectorial de Salud, con lo que los tres primeros objetivos se orientan al diseño institucional o en su caso, modificación estructural que procure el fortalecimiento del SNS, mientras que los objetivos 4 y 5 corresponden, predominantemente a la capacidad del sector para incidir en la salud de la población bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos.

La propuesta atiende a una lógica de transformación, en la que la reorganización e integración del SNS requerirá la modificación en los procesos y modelos subyacentes, bajo los cuales se brinda la atención en salud y esto a su vez implicará la habilitación de capacidades, humana y de infraestructura que corresponda con una detección diferenciada de necesidades, en las que resulten prioritarios las regiones con alta y muy alta marginación y por ende, signifique la atención de grupos históricamente discriminados.

Los objetivos 4 y 5 basados en la incidencia en la salud de la población, implican los resultados visibles en la salud de la población. Por lo tanto, en estos objetivos se enfatiza la necesidad de una incidencia diferenciada que corresponda a la visibilidad

de los grupos prioritarios y con ello, la evidencia de los atributos del sistema para garantizar un enfoque diferenciado, con pertinencia cultural y perspectiva de derechos.

Es importante señalar, que con la finalidad de integrar una propuesta que refleje las demandas de la población se incorporaron el análisis y resultados de foros y mesas sectoriales de salud, en las que se incluyen las propuestas de la sociedad civil, de la industria y de organismos con carácter transversal.

En resumen, el Programa Sectorial se organiza de acuerdo a la siguiente representación:

Estructura del Programa Sectorial de Salud 2020 - 2024



6.2.- Relevancia del Objetivo prioritario 2: Incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos del SNS para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano.

La relevancia del segundo objetivo consiste en transformar los procesos y modelos subyacentes a los servicios de salud, basados, actualmente, en procedimientos burocráticos de prestación de servicios en los que se identifica una transición necesaria hacia una lógica integral centrada en las personas y en la capacidad de atención resolutoria de sus problemas de salud.

Si bien el primer objetivo atendía a la reestructuración del SNS y con ello implica una visión macro de las instituciones que lo conforman, en este objetivo la visión se centra en la calidad y con ello en la respuesta que dan las instituciones para generar una experiencia satisfactoria a cualquier persona al requerir servicios relacionados con la protección de su salud.

Por lo anterior, una pieza esencial para la transformación es el fortalecimiento en la atención primaria de la salud, por significar en la mayoría de los casos, el primer contacto entre los servicios de salud y la población, y con ello, el acceso real a los servicios.

Las estrategias y acciones puntuales propuestas para este objetivo suponen la adecuación tanto del modelo de atención primaria de salud integral como del sistema de referencia y contrarreferencia para la constitución de las redes integradas de servicios.

Asimismo, teniendo como referente común impactar en la calidad de los servicios, se incorporan estrategias relacionadas con el modelo integral para los servicios de salud y asistencia social, los sistemas de seguimiento y evaluación y los mecanismos para el manejo transparente y honesto del financiamiento.

Es importante destacar que en este objetivo subyace la relación entre la reestructuración esperada del SNS y el combate a la pobreza, en el entendido de que a partir de la ampliación en el acceso real y garantizar a la población al derecho de la salud sin importar la situación de vulnerabilidad en la que pudieran encontrarse, se disminuye el gasto hasta ahora asociado.

Por lo anterior, el objetivo pretende orientar una previsión integral del sistema nacional de salud que articule las vertientes administrativas y operativas del sistema, basándose en una dimensión territorial que armonice la injerencia federal, estatal, municipal y comunitaria y que certifique su calidad a partir de la centralidad en las personas desde un enfoque de derechos.

Con el fortalecimiento y reorganización, el primer nivel de atención se espera disponer de condiciones para resolver del 80 al 85% de la problemática de salud con la prevención y atención y así impactar en las condiciones de salud y de vida de la población a través del modelo APS-I.

En el nuevo modelo de atención, se fomentará el uso racional de los medicamentos, basándose en evidencias sobre sus beneficios y posibles efectos adversos, su correcta prescripción y evitar la polifarmacia, particularmente para la población adulta mayor.

Deberá combatirse la mala prescripción y la cultura equivocada de los profesionistas y del usuario de que la consulta siempre debe terminar en una receta. En esta labor la responsabilidad de las instituciones es muy importante.

La incorporación del nuevo modelo de atención implica la transformación de las unidades de salud, particularmente del primer nivel de atención, como son las unidades móviles y los centros de servicios de salud ampliados CSSA.

Otra instancia importante que se deberá transformar es la jurisdicción sanitaria, la cual actualmente está reducida a una instancia burocrática sin mayor impacto y que ante su reestructuración como distrito sanitario, deberá recuperar su papel de instancia coordinadora de las redes integradas de salud y así garantizar las actividades de los centros de salud, la promoción y prevención y la vigilancia epidemiológica.

Aunque el primer nivel de atención pueda fortalecerse mucho, no puede resolver problemas más complejos como la urgencia calificada, la consulta de especialidad o alta especialidad, la hospitalización, la cirugía o intervenciones de alta especialidad.

En el proceso de construcción de las redes integradas de servicio, se prevé mantener una estrecha coordinación con el IMSS y el ISSSTE para buscar complementariedades actuales y ubicar lugares accesibles para servicios médicos en los estados o

regiones donde todas las instituciones públicas tienen un déficit de instalaciones.

El fortalecimiento del primer nivel de atención y la articulación de redes requieren de la definición de nuevos indicadores para mejorar la atención de los pacientes, medir el impacto de las acciones y modificarlas cuando no tengan el impacto esperado.

En dichos indicadores de seguimiento y evaluación se deben considerar los avances en la organización comunitaria, la incorporación de promotoras de la salud, la suficiencia de personal capacitado, el proceso de abasto de medicamentos e insumos.

La disposición de un nuevo modelo de atención basado en redes integradas de servicios para que las personas accedan al tratamiento que demande su padecimiento, se hará una planeación conjunta de la expansión de la infraestructura y del personal preparado para realizar las tareas que requiere el nuevo modelo de atención.

La integración de los servicios que ofrecen las instituciones públicas de salud será el resultado de la colaboración sistemática y la decisión firme, tanto de los directivos de las instituciones como de los trabajadores de la salud para lograr un cambio profundo del sistema público de salud.

El Programa Sectorial de Salud 2020 - 2024 se estructura a partir de la articulación del sistema público de salud que garantice la protección de la salud con acceso y cobertura universal, lo que constituye el primer objetivo. El segundo objetivo corresponde a la necesaria adecuación de modelos y procesos para dar paso al tercer objetivo orientado al fortalecimiento e incremento de capacidades, tanto humanas como en infraestructura. Por su parte, los objetivos 4 y 5 corresponden predominantemente a la capacidad de incidencia bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos.

Es importante señalar, que con la finalidad de integrar una propuesta que refleje las demandas de la población se incorporaron el análisis y resultados de foros y mesas sectoriales de salud, en las que se incluyen las propuestas de la sociedad civil, de la industria y de organismos con carácter transversal.

En resumen, la representación supuesta del Programa Sectorial se organiza de acuerdo a la siguiente representación:

Estructura del Programa Sectorial de Salud 2020 - 2024



6.3.- Relevancia del Objetivo prioritario 3: Incrementar la capacidad humana y de infraestructura en las instituciones que conforman el SNS, especialmente, en las regiones con alta y muy alta marginación para corresponder a las prioridades de salud bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos.

La relevancia del tercer objetivo consiste en restaurar y ampliar la capacidad humana y de infraestructura del SNS a partir de la visión integrada constituida en el primer objetivo y en consonancia con la adecuación de modelos y procesos, prevista en el segundo objetivo.

Las estrategias propuestas para este objetivo suponen cuatro vertientes para el incremento en la capacidad del sistema: la planeación integral del fortalecimiento, la capacidad humana en términos de suficiencia, capacitación y profesionalización, la infraestructura en la que se incluye el equipamiento y finalmente, la relacionada con tecnologías de información y comunicación.

Por lo anterior, en este objetivo se prevé la materialización evidente para la población de los logros derivados de los primeros dos objetivos, tanto de la reorganización del SNS como de la formulación e implementación de nuevos modelos de atención.

El fortalecimiento propuesto para el SNS, incorpora una visión articulada del sistema cuyo funcionamiento se rige por las redes integradas de servicios, lo que supone la disposición de diagnósticos que identifiquen las necesidades y prioridades de los servicios de salud en consonancia con las particularidades de la población.

En lo que refiere a la suficiencia, capacitación y profesionalización del personal las acciones puntuales corresponden a la necesidad de regularizar u homogeneizar las modalidades de contratación del personal, analizar los requerimientos en plantilla y promover la capacitación y formación, implicando el sistema educativo.

Por su parte, el fortalecimiento de capacidad en infraestructura se propone bajo las modalidades de mantenimiento, ampliación y construcción, cuyo criterio de prioridad se establece conforme a las necesidades de las regiones con alta y muy alta marginación o en donde habite población históricamente discriminada.

Finalmente, la estrategia relacionada con tecnologías de información y comunicación parte del rediseño de los distintos sistemas de información y unificación de los mismos en un "Centro de Inteligencia en Salud", a partir de la reorganización de las áreas con atribuciones relacionadas con la estructura y contenido de los sistemas de información, procurando la participación de los institutos de seguridad social y el cumplimiento de obligaciones por parte del sector privado.

El Programa Sectorial de Salud 2020 - 2024 se estructura a partir de la articulación del sistema público de salud que, garantice la protección de la salud con acceso y cobertura universal, lo que constituye el primer objetivo. El segundo objetivo corresponde a la necesaria adecuación de modelos y procesos para dar paso al tercer objetivo orientado al fortalecimiento e incremento de

capacidades, tanto humanas como en infraestructura. Por su parte los objetivos 4 y 5 corresponden, predominantemente a la capacidad de incidencia bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos.

Es importante señalar, que con la finalidad de integrar una propuesta que refleje las demandas de la población se incorporaron el análisis y resultados de foros y mesas sectoriales de salud, en las que se incluyen las propuestas de la sociedad civil, de la industria y de organismos con carácter transversal.

En resumen, la representación supuesta del Programa Sectorial se organiza de acuerdo a la siguiente representación:

Estructura de los objetivos prioritarios del Programa Sectorial de Salud 2020 - 2024



6.4.- Relevancia del Objetivo prioritario 4: Garantizar la eficacia de estrategias, programas y acciones de salud pública, a partir de información oportuna y confiable, que facilite la promoción y prevención en salud, así como el control epidemiológico tomando en cuenta la diversidad de la población, el ciclo de vida y la pertinencia cultural.

La relevancia de este Objetivo prioritario atiende a que la conjunción de logros relacionados con el acceso universal a la salud y con la adecuación de modelos y capacidad de respuesta, mismo que deberá reflejarse en las condiciones de salud y bienestar de la población, en especial deberá abarcar las patologías definidas como prioritarias y que requieren de un estricto seguimiento.

Los retos en materia de salud pública que actualmente se enfrentan en México, están relacionados con la transición demográfica y epidemiológica, lo que los convierte en una prioridad nacional para mejorar la salud y bienestar de los mexicanos.

La agenda de desarrollo sostenible 2030, en la cual se establecen un conjunto de objetivos globales para erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todos, es una responsabilidad de los gobiernos, los sectores y la población en su conjunto. Muchos de estos objetivos están vinculados estrechamente a la salud por lo que se deben realizar mayores esfuerzos para coadyuvar en el cumplimiento de los mismos para el 2030.

En el marco de la Agenda para el desarrollo sostenible 2030 se busca renovar la promoción de la salud por medio de acciones sociales, políticas y técnicas que aborden los determinantes sociales de la salud y las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, con el fin de mejorar la salud y reducir las inequidades en la salud.

Una visión moderna de la salud pública requiere de acciones intersectoriales para la modificación de los entornos determinantes del estado de salud, para el combate de los efectos negativos de las pandemias, que incorpore un espíritu transformador del nuevo Gobierno de México con un enfoque de derechos humanos para asegurar el bienestar de la población y con ello una oportunidad para establecer una política de Estado integral e intersectorial.

Lo anterior, implica una revisión exhaustiva de los factores que inciden en los problemas de salud, para aplicar medidas que tengan impacto simultáneo y puedan trabajarse en las comunidades desde su prevención y no sólo desde su control. En ese sentido, el incremento en las brechas de desigualdad en salud, resaltan de forma exponencial, las necesidades de grupos específicos como migrantes, indígenas, afrodescendientes, de la diversidad sexual y cultural, entre otros, y las barreras que han generado discriminación y exclusión.

Por otro lado, en lo que respecta a urgencias, emergencias y desastres en el campo de la salud, generan afectaciones que van de lo individual a lo colectivo y en todos los casos producen daños a la salud. Además, por su característica emergente, la mayoría se presenta de manera inesperada, siendo difíciles de prevenir, o aun siéndolo, sus efectos suelen superar la capacidad de respuesta del individuo o de todo un sistema local o regional de salud.

En cuanto a la regulación sanitaria, actualmente la COFEPRIS da la autorización sanitaria en 365 trámites diferentes, lo que ha generado el crecimiento enorme de su estructura orgánica y favorecido históricamente la corrupción. Con el propósito de fortalecer la vigilancia sanitaria se contempla la reorganización de funciones de la COFEPRIS para enfocar sus atribuciones y centrarlas en medicamentos, dispositivos médicos, alimentos y bebidas alcohólicas y no alcohólicas y así convertirla en una institución científica, tecnológica y humanista, al servicio de la sociedad mexicana, protegiéndola de riesgos sanitarios.

El país exige cambios y transformaciones en el modelo de alimentación y asistencia social dirigida a transformar el sistema alimentario actual en un sistema agro-alimentario justo, saludable y sustentable que garantice la seguridad alimentaria y entornos alimentarios saludables para toda la población, favoreciendo el uso sustentable de los recursos naturales, para lo que se requiere un enfoque territorial en el que converge la actividad transversal y con ello la necesaria coordinación con otras instancias de gobierno como son los municipios, la SEP, la SEMARNAT, la CONAGUA, etcétera, para la educación, promoción y prevención de la salud.

En lo que atañe a salud sexual y reproductiva encuentra su soporte en una serie de convenios internacionales que muestran el compromiso de México para el avance de los derechos humanos y la importancia en su cumplimiento para el desarrollo sostenible de los países. Para atender lo aquí mencionado, se requiere de una agenda integral para favorecer la atención de las

personas, tomando en cuenta sus necesidades y características particulares, con absoluto respeto a sus derechos y sin discriminación alguna.

Un ejemplo de las inequidades al interior del país, es la necesidad no satisfecha de anticonceptivos entre las mujeres en edad fértil unidas que desean espaciar su siguiente embarazo o limitar el tamaño de su familia, cuyos niveles más altos se presentan en estados del sureste del país (más de 15.0%), entre la población adolescente (28.2%) y en la población de habla indígena (17.2%), mientras que el promedio nacional este indicador en 2018 fue de 10.8%(1).

Por otra parte, en el caso de enfermedades infecciosas, actualmente, en México, tres de cada diez personas con VIH desconocen su estado serológico, lo que dificulta el acceso oportuno a la atención integral y el tratamiento, así como el control de la infección a nivel poblacional, incluida la transmisión vertical de VIH(2).

México cuenta con servicios especializados para la detección y la atención del VIH y el Virus de Hepatitis C (VHC), sin embargo, su acceso se ve limitado por diversos factores, entre los que destacan, el estigma y discriminación relacionado a las personas en las que se concentra las infecciones por VIH y VHC. En 2018, 36.4% de las personas llegaron tardíamente a tratamiento antirretroviral en el país, sin diferencias por sexo en adultos. En la Secretaría de Salud, esta cifra fue 41.4%: 40.6% y 41.9% por ciento en mujeres y hombres adultos, respectivamente.

En materia de eliminación de la transmisión vertical del VIH y la sífilis, México disminuyó los casos nuevos diagnosticados en 38.2%, al pasar de 131 a 81, durante el periodo 2013-2018. No obstante, no se cumplió con la meta programada en la pasada administración, debido principalmente al acceso a la detección del VIH en mujeres embarazadas que, en la Encuesta Nacional de los Niños, Niñas y Mujeres en México (ENIM) 2015, fue de 58%. Por su parte, los casos nuevos registrados de sífilis congénita en el país se incrementaron en 252%, al pasar de 77 a 252, durante 2012-2018. Un eslabón crítico importante lo constituye el acceso a la detección de la sífilis en mujeres embarazadas, que fue de 57%, según la ENIM 2015. Estimaciones recientes de los casos nuevos de sífilis congénita (clínicos y sintomáticos) proyectan poco más de 3 mil infecciones en 2018.

Las estrategias propuestas como parte de este objetivo contemplan el fortalecimiento de la vigilancia sanitaria y epidemiológica y su respectiva regulación, además involucran la perspectiva de salud ambiental y la promoción de vida saludable y finalmente, incluyen la salud sexual y reproductiva y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Considerando que los problemas de salud a los que se enfoca este objetivo adoptan en términos ideales un sentido de prevención y no sólo de control, resalta la importancia del entorno como un componente clave en el que es factible inhibir los factores de riesgo de la salud, pero que a su vez implica la coordinación transversal, como es el caso de la seguridad alimentaria y su respectiva incidencia en la salud de la población.

En el trabajo desde el sector salud se requiere impulsar la transversalidad e integralidad en la implementación de las acciones, con un enfoque interinstitucional, intersectorial y con la intervención simultánea de los tres órdenes de gobierno: federal, estatal y municipal; en el que participen las personas, las familias y las comunidades.

Para lo anterior, se requiere de una re-ingeniería de sus componentes y programas, así como una reorganización de áreas para la conformación de un Centro Nacional de Emergencias en Salud que tenga como principales actividades el monitoreo, alertamiento, preparación, respuesta y recuperación de las urgencias y emergencias en el campo de la salud, que a través de la integración y análisis de información, identifique riesgos a la salud y con acciones interinstitucionales y multisectoriales, puedan mitigarse y controlarse para evitar sus afectaciones secundarias.

Un Centro Nacional de Emergencias en Salud podrá también generar la rectoría necesaria para una coordinación adecuada de la atención pre-hospitalaria de la urgencia médica, vinculándola no solo a la atención hospitalaria ya existente, sino además estandarizando y coordinando los diferentes modelos que para tal efecto se ejercen desde la medicina privada e institucional en las diferentes entidades federativas.

El Programa Sectorial de Salud 2020 - 2024 se estructura a partir de la articulación del sistema público de salud que, garantice la protección de la salud con acceso y cobertura universal, lo que constituye el primer objetivo. El segundo objetivo corresponde a la necesaria adecuación de modelos y procesos para dar paso al tercer objetivo orientado al fortalecimiento e incremento de capacidades, tanto humanas como en infraestructura. Por su parte el cuarto objetivo corresponde a la incidencia ante desafíos relacionados con la transición demográfica y epidemiológica y que se asociaran con lo dispuesto en el quinto objetivo, relacionado con la atención de grupos prioritarios bajo un enfoque diferenciado.

Es importante señalar, que con la finalidad de integrar una propuesta que refleje las demandas de la población se incorporaron el análisis y resultados de foros y mesas sectoriales de salud, en las que se incluyen las propuestas de la sociedad civil, de la industria y de organismos con carácter transversal.

En resumen, la representación supuesta del Programa Sectorial se organiza de acuerdo a la siguiente representación:

Estructura de los objetivos prioritarios del Programa Sectorial de Salud 2020 - 2024



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

La relevancia del quinto objetivo corresponde a las iniciativas orientadas a contrarrestar enfermedades con mayor impacto en la salud de la población, a brindar atención prioritaria a mujeres, niñas, niños y adolescentes y al fortalecimiento en la atención integral de la salud mental y adicciones.

Al igual que el cuarto objetivo, las estrategias y acciones propuestas parten de la necesidad de transitar hacia un sistema centrado en las personas y en las comunidades, en el que el SNS responda a las demandas de la población, en particular, de quienes no han sido escuchados y que incluye, predominantemente, mujeres, niñas, niños, adolescentes, jóvenes migrantes, comunidad LGTBTTI y en general a los habitantes de las regiones que reflejan alta y muy alta marginación.

México se encuentra ante un grave problema de salud pública, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas son ya una pandemia que afecta tanto a la salud individual y poblacional afectando directamente la productividad, economía y bienestar del país.

Las ECNT, en particular el cáncer y las cardio-metabólicas como enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial y diabetes tipo 2, son sin duda el principal reto para el sistema de salud de nuestro país, tanto por su magnitud como el gran impacto en mortalidad prematura y deterioro de la calidad de vida y los costos de atención de sus complicaciones.

Uno de los principales factores de riesgo que explica el aumento de estas enfermedades crónicas es el incremento acelerado que México ha presentado en la prevalencia de sobrepeso y obesidad.

De acuerdo a la OCDE, México ocupa el segundo lugar con la mayor tasa de obesidad con el 33% y la proporción más alta de sobrepeso u obesidad asciende al 73% en población adulta, comprometiendo la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

México es un claro reflejo de los efectos negativos de la "sindemia" (neologismo documentado para aludir a una situación en la que varias epidemias coexisten en el tiempo y se potencian mutuamente) global caracterizada por un incremento acelerado de la epidemia de obesidad y sus consecuencias (diabetes, riesgo cardiovascular, algunos tipos de cáncer, entre otras), el estancamiento en el combate a la desnutrición, tanto calórica como de micronutrientes esenciales, así como por los efectos adversos del cambio climático cuya intensidad y frecuencia van en aumento.

El principal determinante de esta sindemia radica precisamente en un sistema alimentario que promueve, por un lado, el consumo excesivo de alimentos procesados y de mala calidad y, por otro lado, el consumo

limitado de productos de origen vegetal, ignorando su impacto tanto en la salud de los individuos como en el medio ambiente, y ampliando las brechas de inequidad en el acceso a dietas saludables.

De acuerdo con los resultados derivados de la ENSANUT 2018, tanto el sobrepeso como la obesidad va en ascenso, ya que su prevalencia en el grupo de niños de 5 a 11 años es de 35.6%, del cual, el 18.1% presentan sobrepeso y el 17.5% obesidad. Esta cifra está 1.2% por encima de la reportada en 2012 (34.4%).

Para el caso de la población de 12 a 19 años de edad la prevalencia de sobrepeso y obesidad aumentó en 3.5% de 2012 a 2018, mostrando a su vez un mayor porcentaje de sobrepeso 23.8% y 14.6% de obesidad para este grupo de edad.

Respecto a los adultos (población mayor a 20 años) de acuerdo a la misma Encuesta, en 2018 el porcentaje con sobrepeso y obesidad fue de 75.2% (39.1% sobrepeso y 36.1% obesidad), lo que significó un aumento del 3.9% respecto a 2012 (71.3%). Tanto hombres como mujeres presentaron un incremento en sobrepeso y obesidad, reflejando mayor crecimiento en el caso de la obesidad con alrededor del 3.5% ambos sexos.

Considerando la vulnerabilidad que enfrenta la población que habita en zonas de menos de 100 000 habitantes, si bien la desnutrición crónica disminuyó al igual que la inseguridad alimentaria, el sobrepeso y la obesidad también presentaron incrementos considerables en esta población.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en el grupo de menores de 5 años fue de 6%. Al comparar las cifras 2018 con 2012, el sobrepeso y la obesidad disminuyó en este grupo con inseguridad alimentaria severa en un 35%. Para el caso de los niños en edad escolar la prevalencia de obesidad fue de 15.3%, 14.2% en adolescentes y 33.6% en adultos.

Al comparar las prevalencias de sobrepeso y obesidad por sexo en adultos, se encontró que en las mujeres presentaron un incremento de 3% entre el año 2012 y 2018 (82.7% y 85.6% respectivamente); mientras que en los hombres el incremento fue de 7% entre el año 2012 y 2018 (60.5% y 65.3% respectivamente).

En resumen, el incremento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad son factores detonantes de otro tipo de problemas de salud como lo son la diabetes, la hipertensión arterial, el síndrome metabólico y otras crónicas como cáncer. Esto es un foco de alerta para el sistema salud, por lo que es necesario intensificar las acciones de promoción y prevención de la salud; así como, el fortalecimiento de los distintos niveles de atención para la detección, control efecto y reducción de las complicaciones.

Por otra parte, las tendencias crecientes de desigualdad, exclusión, violencia y el alto índice de comisión de delitos, en combinación con la ausencia de una política integral de atención con enfoque territorial, y por población objetivo, han generado problemáticas y asimetrías que se manifiestan en diversos ámbitos del desarrollo individual y social, con serios impactos en la salud, especialmente en el consumo de drogas, los cuales deben abordarse para mejorar la calidad de vida de las personas.

En muchos lugares del país existen sectores que se caracterizan por su precariedad, rezago y exclusión socioeconómica, lo que ha generado procesos de degradación y desintegración social, destacando entre ellos, una dinámica de incremento de adicción a las drogas, sobre todo entre la población más joven. La adicción a sustancias psicoactivas es una enfermedad que se caracteriza por presentar signos y síntomas en los que se involucran múltiples factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales.

Los estudios sobre el consumo de drogas en la población general muestran que, salvo algunas excepciones vinculadas al consumo tradicional de drogas, como el opio o el khat, el consumo de drogas se ha extendido mayormente entre los jóvenes que entre las personas de más edad. Asimismo, el riesgo de iniciación en el abuso de sustancias es más elevado en el período de la adolescencia temprana (12 a 14 años) y tardía (15 a 17 años) y el abuso de sustancias llega a su auge en las personas de 18 a 25 años.

En el caso de México, con la finalidad de identificar la magnitud y las tendencias del problema, se han realizado diversas encuestas nacionales y locales, se han establecido sistemas de vigilancia epidemiológica y reportes consistentes, como los observatorios de drogas. El gran aporte de este tipo de acciones es que han permitido monitorear los patrones y niveles de consumo.

De acuerdo con la más reciente ENCODAT 2016-2017, el consumo y el abuso de drogas en los últimos años, se ha ubicado como uno de los problemas de salud pública de mayor relevancia debido a las consecuencias sanitarias y sociales que producen.

México ha pasado de ser un país de producción y trasiego de drogas a un país de consumidores. Por ejemplo, entre el 2011 y 2016 se ha observado:

- El aumento en el consumo de cualquier droga, drogas ilegales y marihuana probadas alguna vez en la vida por la población en general, al pasar de 7.8%, 7.2% y 6% al 10.3%, 9.9% y 8.6% respectivamente.
- El consumo en adolescentes (12-17 años) aumentó de 3.3% a 6.4% por cualquier droga, 2.9% a 6.2% en drogas ilegales y 2.4% a 5.3% en marihuana.
- La edad promedio en el inicio del consumo de drogas ha disminuido, en 2002 era 20.6 años, en 2008, 18.7 años, en 2011, 18.8 años y en 2016, 17.8 años.
- Así mismo, la ENCODAT 2016-2017 refiere que de las personas que presentan posible dependencia a drogas en el último año, 20.3% ha asistido a tratamiento (22% hombres y 12.8% mujeres).

El problema es que se partió de un diagnóstico equivocado y de una estrategia mal diseñada que ha generado una escalada de violencia sin precedentes y poco ha contribuido en la reducción de las causas estructurales que motivan a la población joven a iniciarse en el mismo. Por el contrario, la demanda interna de drogas también ha hecho crecer a este mercado ilícito.

La salud es un derecho de las personas y es responsabilidad del gobierno propiciar condiciones integrales y de calidad que favorezcan el ejercicio de sus derechos.

El Programa Sectorial de Salud 2020 - 2024 se estructura a partir de la articulación de un sistema único, público, gratuito y equitativo de salud que garantice la protección de la salud con acceso y cobertura universal, lo que constituye el primer objetivo. El segundo objetivo corresponde a la necesaria adecuación de modelos y procesos para dar paso al tercer objetivo orientado al fortalecimiento e incremento de capacidades, tanto humanas como en infraestructura. Por su parte el cuarto objetivo corresponde a la incidencia ante desafíos relacionados con la transición demográfica y epidemiológica. Finalmente, el quinto objetivo se orienta a la incidencia en los problemas de salud que afectan a la mayor parte de la población, con énfasis en grupos prioritarios como son las mujeres, los niños, niñas y adolescentes, así como la incorporación de la salud mental desde una visión integral en los servicios de atención.

Es importante señalar, que con la finalidad de integrar una propuesta que refleje las demandas de la población se incorporaron el análisis y resultados de foros y mesas sectoriales de salud, en las que se incluyen las propuestas de la sociedad civil, de la industria y de organismos con carácter transversal.

En resumen, la representación supuesta del Programa Sectorial se organiza de acuerdo a la siguiente representación:

Estructura de los objetivos prioritarios del Programa Sectorial de Salud 2020 - 2024



7.- Estrategias prioritarias y Acciones puntuales

Objetivo prioritario 1.- Garantizar los servicios públicos de salud a toda la población que no cuente con seguridad social y, el acceso gratuito a la atención médica y hospitalaria, así como exámenes médicos y suministro de medicamentos incluidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud.

Estrategia prioritaria 1.1 Fortalecer al INSABI para garantizar la atención médica y hospitalaria, incluidos el suministro de medicamentos, y exámenes médicos a la población sin afiliación a las instituciones de seguridad social, especialmente, en las regiones con alta y muy alta marginación.

| Acción puntual |
|--|
| 1.1.1 Unificar de manera progresiva, los Sistemas Estatales de Salud, para colaborar en la operación y aplicación de políticas orientadas a garantizar el derecho a la protección a la salud en todo el territorio |

| |
|---|
| nacional. |
| 1.1.2 Promover la organización de los recursos financieros, humanos, y materiales de origen federal y estatal en consonancia con la reforma a la LGS en 2019 para priorizar la atención de población en condición de vulnerabilidad, marginación y discriminación. |
| 1.1.3 Realizar un diagnóstico preciso y verificado en el campo de las condiciones reales, en las cuales se encuentran los servicios de salud, priorizando la identificación de carencias de subespecialidades médicas en las redes de atención médica y conforme al perfil epidemiológico de cada región. |
| 1.1.4 Elaborar un plan integral para el mejoramiento y el combate a la corrupción en el SNS, considerando los avances en la implementación de la reforma del 29 de noviembre de 2019 a la LGS y atendiendo a los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas. |
| 1.1.5 Ampliar y fortalecer la red de prestación de servicios a través de la infraestructura física, humana y tecnológica de las instituciones y programas encargados de la atención a población sin seguridad social. |
| 1.1.6 Promover la vinculación interinstitucional para la integración y fortalecimiento del SNS. |

Estrategia prioritaria 1.2 Asegurar el acceso a Servicios de Salud y Medicamentos Gratuitos para la población sin afiliación a las instituciones de seguridad social y dar prioridad a la población de las regiones con alta o muy alta marginación.

| Acción puntual |
|---|
| 1.2.1 Analizar las necesidades de servicios de salud requeridos por la población sin seguridad social laboral y redefinir los alcances en el acceso efectivo de dichos servicios. |
| 1.2.2 Implantar de manera progresiva la PSSyMG, empezando por su garantía en los centros o clínicas de salud y hospitales generales en las regiones con alta o muy alta marginación. |
| 1.2.3 Ampliar progresivamente el acceso a los servicios para la población sin seguridad social en sus vertientes de educación para la salud, promoción de la salud, prevención de enfermedades, detección y tratamiento de enfermedades y rehabilitación. |
| 1.2.4 Reemplazar la subrogación de servicios privados, prioritariamente, con la contratación de servicios interinstitucionales, dentro del sector, sobre la base de un tabulador mutuamente aceptado, complementando dicha oferta de servicios con la subrogación de servicios privados cuando sea necesario. |

Estrategia prioritaria 1.3 Brindar a la población sin seguridad social, especialmente a quienes habitan en regiones con alta o muy alta marginación, acciones integrales de salud que ayuden a prolongar su vida con calidad, evitar la ocurrencia de enfermedades o en su caso, detectarlas tempranamente a través de la participación de todas las instituciones del SNS.

| Acción puntual |
|---|
| 1.3.1 Impulsar bajo la conducción de la Secretaría de Salud, el proceso de integración entre todos los servicios públicos de salud, brindados por las instituciones del SNS, cuyo objetivo es la atención de toda la población. |
| 1.3.2 Promover la coordinación oportuna y la participación activa de las instituciones del SNS, para la identificación de necesidades e implementación ordenada de estrategias y acciones que procuren la promoción y prevención en salud de programas universales. |
| 1.3.3 Acercar los servicios de salud a la población, a través de Jornadas de Salud Pública y esquemas itinerantes para brindar acciones integrales de salud, especialmente en zonas con mayores dificultades de acceso a las instituciones del SNS. |
| 1.3.4 Impulsar reformas de la Ley General de Salud, para ampliar la obligación de todas las instituciones de atender urgencias. |
| 1.3.5 Realizar un levantamiento de información en hospitales rurales IMSS BIENESTAR para identificar las condiciones predominantes de operación. |
| 1.3.6 Definir los requerimientos para la implementación de los programas en materia de salud, considerando la diversidad cultural de cada grupo de la población, con especial atención en las áreas rurales, marginadas e |

| |
|---|
| indígenas bajo un enfoque de derechos y perspectiva de género. |
| 1.3.7 Mejorar los programas actuales y analizar de qué manera se pueden simplificar para disminuir la carga administrativa en los centros de salud, sin afectar el contenido sustantivo de los programas. |
| 1.3.8 Fomentar y consolidar acciones en beneficio de la población migrante considerando a quienes recorren el territorio mexicano, así como a la población mexicana que radica en Estados Unidos, en coordinación con las dependencias competentes. |
| 1.3.9 Fortalecer el Subsistema Nacional de Donación y Trasplante y el Acceso Universal a la Sangre, incluyendo campañas informativas y de sensibilización dirigidas a la población en general en las que se difunda su importancia. |

Estrategia prioritaria 1.4 Mejorar la atención especializada de la población sin seguridad social priorizando a grupos históricamente discriminados o en condición de vulnerabilidad.

| Acción puntual |
|---|
| 1.4.1 Analizar las necesidades de servicios de atención especializada requeridos por la población sin seguridad social y redefinir los alcances en el acceso efectivo de dichos servicios. |
| 1.4.2 Identificar fuentes de financiamiento para expandir la cobertura y prestación de servicios de atención especializada. |
| 1.4.3 Impulsar las propuestas o modificaciones al marco normativo que rige al sector salud para ampliar las posibilidades de atención gratuita en las instituciones de atención especializada. |
| 1.4.4 Coordinar a los Institutos, Hospitales de Alta Especialidad para definir los mecanismos que amplíen progresivamente la gratuidad en instancias de tercer nivel de atención para población no derechohabiente. |
| 1.4.5 Realizar un Censo de Capacidad Instalada de Servicios de Alta Especializada bajo un enfoque territorial que identifique la cobertura y correspondencia con las necesidades de la población. |

Estrategia prioritaria 1.5 Fomentar la participación de comunidades en la implementación de programas y acciones, bajo un enfoque de salud comunitaria para salvaguardar los derechos de niñas, niños, adolescentes, jóvenes, personas adultas mayores, mujeres, comunidad LGBTTTI, personas con discapacidad, comunidades indígenas y afromexicanas.

| Acción puntual |
|--|
| 1.5.1 Promover la organización y participación directa de las comunidades en los procesos de prevención y promoción en salud para determinar y atender sus prioridades como obesidad, diabetes, embarazo adolescente, enfermedades de transmisión sexual. |
| 1.5.2 Incluir en el equipo de salud a promotores voluntarios y promotoras voluntarias, debidamente capacitados como líderes originarios comunitarios donde no haya unidades de salud. |
| 1.5.3 Fomentar la organización comunitaria y la designación de representantes en la comunidad que faciliten acciones de promoción y prevención en salud, bajo un enfoque intercultural. |
| 1.5.4 Fortalecer la coordinación interinstitucional para incorporar los enfoques transversales que favorezcan la perspectiva de género, la pertinencia cultural y la inclusión en la educación, promoción y prevención de salud. |
| 1.5.5 Implementar Caravanas de la Salud y brigadas de atención ambulatoria para brindar servicios a población afectada por contingencias emergentes, que viven en localidades alejadas de las ciudades o que transitan en condición migrante. |
| 1.5.6 Fortalecer los modelos de atención que coordinen la capacitación y el trabajo del personal médico y parteras para la atención de mujeres en comunidades rurales. |
| 1.5.7 Incorporar elementos de la medicina tradicional en los servicios de salud brindados a población indígena y fortalecer el registro sanitario de medicamentos herbolarios. |
| 1.5.8 Fortalecer los servicios de rehabilitación no hospitalaria realizados a través de los Centros de Rehabilitación para atender a población con discapacidad y en riesgo potencial de presentarla, favoreciendo su inclusión educativa, laboral y social. |

Estrategia prioritaria 1.6 Fortalecer los mecanismos relacionados con la producción, precios y abasto oportuno de medicamentos, materiales de curación e insumos para la salud en beneficio de toda la población, especialmente de grupos históricamente discriminados y población en condición de vulnerabilidad.

| Acción puntual |
|-----------------------|
| |

| |
|---|
| 1.6.1 Homologar y unificar los cuadros de medicamentos e insumos considerando el modelo de atención APS-I y criterios de necesidad, eficiencia, efectividad, seguridad y calidad farmacéutica para procurar su uso racional. |
| 1.6.2 Implementar una política farmacéutica que garantice la integración de los cuadros de medicamentos e insumos considerando los distintos niveles de atención para propiciar la disposición oportuna y reducir la pérdida de medicamentos no utilizados o caducados. |
| 1.6.3 Fomentar la realización de compras consolidadas a efecto de obtener mejores condiciones económicas por el volumen de las compras. |
| 1.6.4 Sistematizar el monitoreo y control del ciclo de abasto de medicamentos e insumos para asegurar su disponibilidad en todo el sistema público de salud. |
| 1.6.5 Fortalecer los mecanismos para el manejo transparente efectivo y eficaz de los recursos para abatir la corrupción. |
| 1.6.6 Promover las alianzas con el sector privado, la investigación y el desarrollo de tratamientos innovadores, para fortalecer la producción nacional de medicamentos, bajo una perspectiva bioética. |
| 1.6.7 Analizar y someter a pruebas de seguridad, eficiencia y costo-beneficio los nuevos medicamentos respecto a su posible beneficio sobre los ya existentes en el mercado, para determinar su inclusión en los cuadros institucionales. |
| 1.6.8 Implementar en coordinación con la Secretaría de Económica una estrategia para incentivar la producción y distribución de medicamentos y vacunas. |
| 1.6.9 Implementar mecanismos de coordinación, articulación y validación de las instancias investigadoras sobre nuevos medicamentos que potencie el beneficio de los logros, evite duplicidad de esfuerzos y elimine conflictos de intereses. |

Objetivo prioritario 2.- Incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos del SNS para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano.

Estrategia prioritaria 2.1 Instrumentar un nuevo modelo de Atención Primaria de Salud Integral APS-I, para incrementar la capacidad resolutoria en el primer nivel de atención y garantizar el acceso oportuno de la población a los servicios de salud.

| Acción puntual |
|--|
| 2.1.1 Homologar el modelo de atención en primer nivel conforme al modelo APS-I, para mejorar la atención y compartir las tareas de educación, promoción y prevención de la salud. |
| 2.1.2 Reorganizar los servicios de salud para garantizar el acceso efectivo a los servicios médicos requeridos, conforme al modelo de APS-I. |
| 2.1.3 Fortalecer las jurisdicciones sanitarias para la coordinación de actividades, de promoción y prevención y la vigilancia epidemiológica en los centros de salud. |
| 2.1.4 Identificar los problemas comunes de salud para la prevención, detección oportuna y tratamiento en el primer nivel de atención de cada comunidad. |
| 2.1.5 Promover enfoques transversales con otras instituciones para atender de manera integral la problemática de salud en el primer nivel de atención, considerando las determinantes sociales y culturales en cada comunidad. |
| 2.1.6 Fortalecer, en coordinación con las demás instituciones públicas del sector, la política de medicamentos y otros insumos para la salud, en el primer nivel de atención. |
| 2.1.7 Fortalecer el diagnóstico oportuno a través de un sistema de diagnóstico de laboratorio en primer nivel de atención. |
| 2.1.8 Incorporar la perspectiva bioética en el desarrollo e implementación del nuevo modelo de Atención Primaria de Salud. |

Estrategia prioritaria 2.2 Implementar un sistema de referencia y contrarreferencia entre los niveles de atención que permita el acceso a la consulta de especialidad, hospitalización y cirugía dando prioridad a las regiones con alta y muy alta marginación y donde los servicios se hayan federalizado.

| Acción puntual |
|---|
| 2.2.1 Establecer las redes básicas regionalizadas para garantizar la referencia de las y los pacientes para su acceso a la consulta de especialidad, la hospitalización y la cirugía. |
| 2.2.2 Sistematizar la comunicación entre los actores del sistema público en salud para armonizar el nuevo |

| |
|---|
| modelo de atención a través de la implementación de tecnologías de información. |
| 2.2.3 Elaborar un diagnóstico hospital por hospital, que permita aprovechar la infraestructura de cada entidad, estableciendo los niveles de complejidad para la implantación de un sistema de referencia y contrarreferencia, que evite la saturación de hospitales y la subutilización de centros de salud. |
| 2.2.4 Fortalecer la coordinación entre los diferentes niveles de gobierno para articular las redes básicas regionalizadas, incluyendo su infraestructura y desarrollo de los recursos humanos y tecnológicos. |
| 2.2.5 Implementar mecanismos y protocolos confiables para la referencia y la contrarreferencia de pacientes entre los distintos niveles de atención y con apoyo en TIC's. |
| 2.2.6 Anticipar los servicios de salud requeridos a partir de un enfoque territorial, en el que se identifiquen posibles riesgos sanitarios o contingencias epidemiológicas. |

Estrategia prioritaria 2.3 Fortalecer un modelo de atención integral y asistencia social para optimizar la eficiencia y efectividad en los procesos y ampliar la cobertura de los servicios de salud y asistencia social.

| Acción puntual |
|--|
| 2.3.1 Sistematizar el monitoreo, supervisión y certificación de los servicios que presten las instituciones que integran, el Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada. |
| 2.3.2 Proponer y actualizar la normatividad que rija la prestación de servicios en materia de asistencia social a partir de la incorporación de protocolos que propicien la humanización de los servicios de atención o que deriven de la investigación en el Sistema Nacional de Salud. |
| 2.3.3 Mejorar los esquemas de operación y fortalecimiento de los Comités Hospitalarios de Bioética, Comités de Ética en Investigación y Comisiones Estatales de Bioética. |
| 2.3.4 Fortalecer los programas prioritarios especiales o institucionales, para la atención de grupos en situación de discriminación histórica o reiterada, ejecutando acciones concretas en beneficio de estos grupos. |
| 2.3.5 Desarrollar y fortalecer manuales, protocolos, guías y prácticas para la atención integral, basadas en evidencia científica, para garantizar la calidad de los diferentes niveles de atención. |
| 2.3.6 Fortalecer los modelos de gestión y seguridad del paciente, atendiendo a criterios de accesibilidad, oportunidad y calidad en los servicios médicos y asistencia social, incorporando indicadores que reflejen la efectividad de los servicios. |
| 2.3.7 Rediseñar los procesos administrativos en los Centros de Salud para mejorar la efectividad de los programas y disminuir o simplificar la carga administrativa. |
| 2.3.8 Impulsar el uso de mecanismos alternativos, como son la conciliación y el arbitraje, para la atención de controversias y solución de conflictos en salud. |
| 2.3.9 Establecer acciones y estrategias específicas para la atención de personas cuidadoras de personas enfermas, con discapacidad o necesidades especiales para evitar trastornos o el síndrome del cuidador. |
| 2.3.10 Impulsar políticas públicas, estrategias y programas dirigidos a la reducción de enfermedades crónicas y promoción de estilos de vida saludable. |

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

| Acción puntual |
|--|
| 2.4.1 Sistematizar la evaluación de las nuevas políticas del sector salud, en la que se considere aspectos bioéticos, de accesibilidad, calidad, oportunidad e integralidad de los servicios prestados, así como su impacto en la población, considerando sus características diferenciadas. |
| 2.4.2 Promover el uso de las evaluaciones en la toma de decisiones para el mejoramiento de los programas en salud. |
| 2.4.3 Definir nuevos indicadores para monitorear la atención de los pacientes, y el impacto de las acciones, acorde al nuevo modelo APS-I. |
| 2.4.4 Establecer mecanismos de seguimiento y monitoreo de convenios y acuerdos interinstitucionales e intersectoriales que procuren medir el impacto para la población. |
| 2.4.5 Fomentar la incorporación y consolidación de mecanismos de evaluación experimental que contribuyan a la eficiencia y eficacia de campañas y programas, desde la etapa correspondiente a su diseño y planeación. |

2.4.6 Promover, en coordinación con las demás instituciones del sector público, las evaluaciones de la biodisponibilidad y bioequivalencia de nuevos medicamentos genéricos.

2.4.7 Sistematizar el seguimiento de indicadores que permitan analizar el desempeño de las acciones y programas en salud a través de mecanismos confiables y válidos.

Estrategia prioritaria 2.5 Consolidar los mecanismos y procedimientos relacionados con la adopción de un enfoque de interculturalidad y sin discriminación para propiciar una atención adecuada y digna a mujeres víctimas de violencia, comunidades indígenas y grupos históricamente discriminados.

| Acción puntual |
|--|
| 2.5.1 Desarrollar e implementar documentos metodológicos, operativos y procedimentales para brindar servicios de salud y asistencia social, que procuren la atención prioritaria, permanente, accesible, de calidad y gratuita, a la población en condición de vulnerabilidad, marginación y discriminación. |
| 2.5.2 Capacitar y sensibilizar en materia de atención integral a víctimas, derechos indígenas, interculturalidad, derechos humanos, igualdad de género y no discriminación a personal directivo y encargado de la atención directa de población en condición de vulnerabilidad para prevenir la revictimización. |
| 2.5.3 Promover la atención integral de población indígena, considerando las contribuciones de la medicina tradicional, la participación de intérpretes y traductores de lenguas indígenas, la capacitación en materia de derechos indígenas y el enfoque de interculturalidad. |
| 2.5.4 Elaborar y difundir lineamientos interculturales para la adecuación, diseño y operación de los programas de Salud en el marco de la Atención Primaria de Salud Integral e Integrada. |
| 2.5.5 Promover la coordinación interinstitucional e intersectorial y la participación de la comunidad para procurar la inclusión de la Interculturalidad bajo un enfoque territorial. |

Estrategia prioritaria 2.6 Fomentar la apertura de información en las instituciones del SNS para garantizar el cumplimiento de obligaciones de transparencia y rendición de cuentas, con énfasis en la ética institucional y el combate permanente a la corrupción, especialmente en la utilización de recursos financieros.

| Acción puntual |
|---|
| 2.6.1 Fortalecer los mecanismos para informar a la población sobre el ejercicio de los recursos financieros, especialmente, los designados para la atención de población en condición de vulnerabilidad, marginación y discriminación. |
| 2.6.2 Incrementar la capacidad de la Secretaría de Salud para regular la transferencia en especie y plazas entre los servicios federales y estatales de salud, así como el intercambio de servicios interinstitucionales para incrementar la racionalidad y eficiencia del gasto. |
| 2.6.3 Sistematizar los mecanismos de vigilancia y fiscalización que garanticen el uso transparente y eficiente de los recursos a favor del combate a la corrupción. |
| 2.6.4 Institucionalizar una política para la asignación y el uso racional de los recursos bajo el enfoque de austeridad y uso responsable de los recursos. |
| 2.6.5 Fortalecer los informes relativos a la justificación y comprobación de la asignación de recursos financieros, para fomentar la transparencia y rendición de cuentas, así como para facilitar las decisiones sobre la utilización de los recursos en el sector salud. |

Objetivo prioritario 3.- Incrementar la capacidad humana y de infraestructura en las instituciones que conforman el SNS, especialmente, en las regiones con alta y muy alta marginación para corresponder a las prioridades de salud bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos.

Estrategia prioritaria 3.1 Identificar las necesidades del SNS para planear, desde una visión articulada, el fortalecimiento e incremento de sus capacidades conforme a los nuevos modelos de atención y asistencia social que consideren un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos.

| Acción puntual |
|--|
| 3.1.1 Elaborar un diagnóstico del estado que guardan actualmente las unidades de salud y validarlo por un grupo de trabajo interinstitucional. |
| 3.1.2 Establecer un plan maestro de acción que considere los nuevos modelos de atención y permitan corregir el rezago identificado en cada región. |
| 3.1.3 Identificar los requerimientos de infraestructura, equipamiento, humanos y materiales de acuerdo con las necesidades específicas de la población en cada región. |
| 3.1.4 Definir la programación e inversión requerida para el fortalecimiento progresivo de la capacidad material y humana del SNS. |
| 3.1.5 Diseñar prototipos de centros de salud y hospitales que incluya infraestructura, equipamiento, recursos humanos y materiales para agilizar su instalación y habilitación, considerando posibles adecuaciones para corresponder a las condiciones locales en cada región. |
| 3.1.6 Desarrollar un Censo Nominal de Capacidad Instalada de Servicios Universales para determinar el número y localización de unidades de atención médica en cada localidad. |
| 3.1.7 Actualizar el diagnóstico de vulnerabilidad actual y futura de la infraestructura estratégica del sector salud ante el cambio climático. |

Estrategia prioritaria 3.2 Desarrollar e implementar estrategias integrales para garantizar la suficiencia, formación y profesionalización del personal encargado de otorgar los servicios de salud y asistencia social, bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos.

| Acción puntual |
|---|
| 3.2.1 Consolidar la contratación de personal necesario, debidamente capacitado para la prestación de los servicios de salud y asistencia social. |
| 3.2.2 Sistematizar, los requerimientos de personal sanitario en el sector salud para garantizar la plantilla de personal de acuerdo con las necesidades considerando el tipo y cantidad de servicios brindados a la población. |
| 3.2.3 Avanzar progresivamente hacia la uniformidad de las estructuras orgánicas de todas las instituciones en lo referido a los servicios de salud, médicos y de asistencia social. |
| 3.2.4 Actualizar y fortalecer los esquemas que regulan las residencias médicas e incorporar o mejorar los perfiles relacionados con la promoción y atención comunitaria, reconociendo su importancia en la efectividad de los servicios médicos y en el sistema de formación y profesionalización del personal. |
| 3.2.5 Actualizar los mecanismos del Servicio Social para garantizar que la última etapa de formación profesional del personal de salud permita su inserción en las prioridades de Salud de la población. |
| 3.2.6 Replantear la formación académica y práctica a nivel medio superior y superior de los profesionales de la salud, para incorporar un enfoque que favorezca la integración al primer nivel de atención y la diversificación en las áreas de especialización. |
| 3.2.7 Fortalecer el sistema educativo a partir del rediseño y actualización de perfiles profesionales e incidencia en la oferta educativa de carreras para la salud, priorizando medicina y enfermería en las universidades. |
| 3.2.8 Fortalecer la capacitación y educación continua para la actualización de todo el personal en su ámbito de competencia, en el nuevo modelo de salud y para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento oportuno de las enfermedades crónico-degenerativas. |
| 3.2.9 Reforzar la formación de especialistas del Sistema Público de Salud para que respondan a las necesidades de atención médica de la población. |
| 3.2.10 Fortalecer la capacitación y profesionalización del personal que brinda asistencia social. |

Estrategia prioritaria 3.3 Mejorar y ampliar la infraestructura y equipamiento de salud, generando condiciones adecuadas y accesibles para brindar servicios de calidad a toda la población en todos los niveles de atención.

| Acción puntual |
|---|
| 3.3.1 Elaborar un plan maestro específico para el fortalecimiento y ampliación de la infraestructura y equipamiento del sector, considerando la integración de redes básicas de atención médica y garantizando las condiciones de seguridad y accesibilidad. |
| 3.3.2 Promover el mantenimiento y equipamiento para la inmediata operación de servicios federales y estatales de acuerdo con las necesidades de cada entidad. |
| 3.3.3 Ampliar o reforzar progresivamente la infraestructura existente en los servicios federales y estatales para población abierta y derechohabiente, considerando el perfil epidemiológico, la complejidad del acceso geográfico, la pirámide poblacional, el número de egresos hospitalarios y sus causas. |

| |
|--|
| 3.3.4 Construir centros de salud, clínicas u hospitales generales priorizando las regiones con alta y muy alta marginación en las que habiten población históricamente discriminada. |
| 3.3.5 Sistematizar el mantenimiento preventivo de inmuebles y equipos del sector salud para garantizar las condiciones óptimas en su operación. |
| 3.3.6 Promover la coordinación intersectorial para garantizar el uso racional de equipo de alta tecnología y buscar complementariedad especialmente en los estados o regiones donde todas las instituciones públicas tengan un déficit de instalaciones. |
| 3.3.7 Impulsar la reconstrucción de las regiones afectadas por los sismos de 2017. |
| 3.3.8 Fortalecer la infraestructura y equipamiento para los servicios de asistencia social y rehabilitación no hospitalaria, garantizando la accesibilidad para personas con discapacidad. |

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

| Acción puntual |
|---|
| 3.4.1 Promover un Centro de Inteligencia en Salud, a partir de la reorganización de áreas para unificar los mecanismos relacionados con registro, conservación y almacenamiento de la información y evitar la fragmentación de la información en los diferentes niveles de atención en el sector. |
| 3.4.2 Conformar un Padrón Único de Salud, que permita identificar la condición de derechohabiente de la población y su nivel de accesibilidad a los servicios de protección a la salud bajo en el enfoque de redes integradas. |
| 3.4.3 Fortalecer los mecanismos para la identificación y registro de datos personales, que consideren las disposiciones de la legislación vigente, que se evite la duplicidad de registros y favorezca el acceso y manejo de la información. |
| 3.4.4 Articular los sistemas de información y comunicación existentes en el sector para procurar su unificación, conservación y aprovechamiento, especialmente para la conformación de plataformas y bases de datos confiables. |
| 3.4.5 Implementar progresivamente tecnologías de información y comunicación tendientes a garantizar el funcionamiento de los sistemas de información, digitalización de expedientes e interoperabilidad interinstitucional, entre los diferentes niveles de atención en las instituciones que conforman el SNS. |
| 3.4.6 Implementar la telemedicina, especialmente para la atención de poblaciones de difícil acceso y de alta marginación. |
| 3.4.7 Consolidar la evaluación y gestión de tecnologías de información y comunicación en salud, para contribuir a mejorar la capacidad y calidad de los servicios. |

Objetivo prioritario 4.- Garantizar la eficacia de estrategias, programas y acciones de salud pública, a partir de información oportuna y confiable, que facilite la promoción y prevención en salud, así como el control epidemiológico tomando en cuenta la diversidad de la población, el ciclo de vida y la pertinencia cultural.

Estrategia prioritaria 4.1 Fortalecer la vigilancia sanitaria con base en la investigación científica y articulación del SNS para anticipar acciones y estrategias que correspondan a las necesidades y requerimientos desde una perspectiva territorial, epidemiológica y sensible a las condiciones críticas o de emergencia.

| Acción puntual |
|---|
| 4.1.1 Homologar el modelo de vigilancia sanitaria y epidemiológica bajo un enfoque territorial y actualizado con el propósito de combatir la corrupción y proteger a la población contra posibles riesgos. |
| 4.1.2 Conformar, a partir de la reorganización de las áreas actuales, un Centro Nacional de Emergencias en Salud, responsable de monitoreo, alertamiento reparación, respuesta y recuperación de las urgencias y emergencias en el campo de la salud. |
| 4.1.3 Fortalecer el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE). |
| 4.1.4 Fortalecer las capacidades en diagnóstico y monitoreo de los pacientes atendidos, procurando la accesibilidad y atención cercana, a través de una mejor articulación de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública. |
| 4.1.5 Prever, las acciones ante posible situación de emergencia en salud, para salvaguardar y atender a la población afectada, a través de la coordinación interinstitucional que garanticen los servicios de asistencia y |

| |
|--|
| atención. |
| 4.1.6 Constituir una red institucional para la vinculación de servicios estatales, federales e internacionales, relacionados con la sanidad y seguridad en salud. |
| 4.1.7 Diseñar e implementar acciones de sensibilización para la prevención de lesiones accidentales en los diferentes ámbitos de ocurrencia por tipo y grupo de edad, considerando la diversidad cultural. |
| 4.1.8 Promover y concertar convenios específicos de colaboración interinstitucional en materia de emergencias en salud, considerando los desafíos que representa la seguridad alimentaria, el cambio climático, las migraciones masivas o cualquier condición que resulte crítica o de emergencia. |
| 4.1.9 Promover mecanismos de coordinación, articulación y vinculación entre instancias responsables de vigilancia sanitaria, como son SEMARNAT, SENASICA y COFEPRIS, a fin de aprovechar los recursos disponibles y evitar la duplicidad de funciones. |
| 4.1.10 Implementar estrategias bajo un enfoque territorial que procuren la seguridad alimentaria, vigilancia sanitaria y prevención de epidemias para salvaguardar a la población, tomando en cuenta la diversidad cultural. |

Estrategia prioritaria 4.2 Fortalecer los mecanismos para normar y controlar las condiciones sanitarias tendientes a la reducción de riesgos a la salud para garantizar acciones y estrategias pertinentes de vigilancia y fomento sanitarios, promoción y prevención, con énfasis en la población en condición de vulnerabilidad.

| Acción puntual |
|--|
| 4.2.1 Impulsar la adecuación de atribuciones de la COFEPRIS para optimizar sus funciones rectoras relativas al control de medicamentos, dispositivos médicos, bebidas y alimentos en todo el territorio nacional. |
| 4.2.2 Designar personal profesional a los hospitales responsables de la implementación y seguimiento de acciones relacionadas con la farmacovigilancia, |
| 4.2.3 Impulsar propuestas relacionadas con la simplificación de mecanismos para la autorización de apertura de establecimientos que brinden servicios de atención médica, evitando trámites burocráticos innecesarios y situaciones proclives a la corrupción. |
| 4.2.4 Impulsar propuestas relacionadas con la eficacia de la Comisión de Control Analítico y Ampliación de Cobertura a fin de fortalecer la generación de resultados analíticos, resoluciones y dictámenes técnicos confiables y oportunos que favorezcan la protección de la salud de la población. |
| 4.2.5 Coordinar la participación activa del sector salud, con diversos sectores para proponer, fortalecer o adecuar medidas regulatorias que propicien entornos saludables para la población. |
| 4.2.6 Participar en el proceso interinstitucional relacionado con la regulación y legalización del cannabis, para anticipar adecuaciones que resulten procedentes en el sistema nacional de salud. |
| 4.2.7 Promover la armonización de la normatividad en materia de investigación en salud para asegurar la protección de los derechos humanos de quienes participen en investigación, así como la distribución equitativa de los beneficios derivados de esta actividad. |

Estrategia prioritaria 4.3 Promover ambientes sanos y sustentables para propiciar condiciones en el entorno que favorezca la protección y el disfrute pleno de la salud en la población.

| Acción puntual |
|--|
| 4.3.1 Promover, en colaboración con las dependencias responsables en la materia, intervenciones y regulaciones que incentiven la producción, distribución y comercialización de consumo de alimentos saludables y sostenibles bajo un enfoque de seguridad alimentaria de calidad. |
| 4.3.2 Promover y desarrollar investigaciones que proporcionen evidencia sobre el impacto que tienen las condiciones ambientales en la salud de la población con el propósito de reducir la exposición a factores de riesgo, en colaboración con la CONAGUA, para optimizar los recursos en la atención médica. |
| 4.3.3 Fomentar la participación del sector salud en propuestas e iniciativas, con carácter interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial, orientadas a la sustentabilidad y conservación del medio ambiente que propicien condiciones que favorezcan la protección de la salud. |
| 4.3.4 Promover la participación activa del sector salud en colaboración con la CONAGUA para fomentar la disponibilidad de agua potable que favorezca hábitos alimenticios saludables y condiciones sanitarias propicias para el bienestar. |

4.3.5 Impulsar políticas medioambientales relacionadas con beneficios directos en la salud y desarrollo social de la población que disminuya la exposición a factores de riesgo, optimice el aprovechamiento de factores de protección a la salud y considere la perspectiva bioética.

4.3.6 Monitorear, en colaboración con las áreas responsables de la materia, los riesgos emergentes del cambio climático que inciden en la salud de la población a fin de anticipar la debida atención y prever medidas para disminuir su impacto.

4.3.7 Fomentar la coordinación interinstitucional e intersectorial para la difusión de protocolos y mejores prácticas relacionadas con el manejo de químicos, sus efectos en el ambiente y la protección a la salud con apego a los estándares nacionales e internacionales.

Estrategia prioritaria 4.4 Fortalecer la promoción e investigación sobre hábitos y estilos de vida saludable bajo un enfoque diferenciado, con pertinencia cultural y perspectiva de derechos para disminuir padecimientos prevenibles y procurar el disfrute pleno de la salud en la población.

Acción puntual

4.4.1 Promover planes y políticas públicas, bajo un enfoque multidimensional e interinstitucional, para incentivar conductas saludables y prevención de enfermedades, con pertinencia cultural, sensible al ciclo de vida y con perspectiva bioética y de género.

4.4.2 Fomentar la investigación sobre los factores determinantes de enfermedades para incidir en la promoción y prevención en salud, con pertinencia cultural, sensible al ciclo de vida y con perspectiva de género.

4.4.3 Implementar campañas de difusión y promoción de estilos de vida y hábitos alimenticios saludables, tomando en cuenta la diversidad cultural de cada grupo de la población con énfasis en las áreas rurales, marginadas e indígenas bajo un enfoque de derechos y perspectiva de género.

4.4.4 Fomentar el uso de tecnologías interactivas y móviles, para informar, sensibilizar y orientar decisiones responsables de la población respecto a sus hábitos y estilo de vida saludable.

4.4.5 Implementar campañas de difusión en los centros de trabajo sobre los servicios de consulta y detección temprana de enfermedades para su prevención.

4.4.6 Participar en eventos y programas, que promuevan el deporte y la actividad física en el entorno laboral, comunitario, recreativo y escolar para propiciar hábitos saludables.

4.4.7 Fomentar acciones integrales, para reducir la presencia de factores de riesgo para la salud, particularmente en niñas, niños, adolescentes, jóvenes y grupos en situación de vulnerabilidad, como son el consumo del tabaco, la exposición pasiva al humo del tabaco y el consumo nocivo de alcohol.

4.4.8 Promover una cultura sobre el uso adecuado de medicamentos con especial énfasis en los riesgos de la automedicación y polifarmacia a través de la concientización de la población y profesionales de la salud, con especial énfasis en personas adultas mayores.

4.4.9 Fortalecer los servicios y programas de asistencia social, dirigidos a la población en cualquier momento del curso de vida, con discapacidad, en contexto de migración, en abandono o desamparo, entre otras, sujeta de asistencia social, para incrementar su acceso.

4.4.10 Implementar estrategias y programas de asistencia social alimentaria para contribuir al ejercicio pleno del derecho a una alimentación nutritiva, suficiente y de calidad, particularmente, de los sujetos en condiciones de vulnerabilidad, marginación y discriminación.

Estrategia prioritaria 4.5 Implementar programas para la prevención y control del VIH y otras infecciones de transmisión sexual para evitar su propagación o en su caso, propiciar su atención oportuna bajo un enfoque diferenciado con pertinencia cultural y perspectiva de derechos.

Acción puntual

4.5.1 Coordinar la estrategia interinstitucional, para fomentar la participación comunitaria bajo los enfoques transversales, que faciliten la información y sensibilización de la población con mayor riesgo de exposición y prevengan la transmisión de ITS.

| |
|---|
| 4.5.2 Promover campañas educativas respecto a enfermedades e infecciones de transmisión sexual, para reducir la estigmatización y discriminación a la vez que se propicia la asistencia de la población afectada a los servicios de salud. |
| 4.5.3 Sistematizar el monitoreo y la vigilancia epidemiológica para anticipar el control oportuno de brotes y la disposición de tratamientos. |
| 4.5.4 Desarrollar y consolidar tecnología e innovaciones para el diagnóstico, tratamiento, vacunas y métodos de barrera para reducir la incidencia de ITS. |
| 4.5.5 Fortalecer la detección oportuna de ITS, para evitar su propagación y prevenir complicaciones graves en la población afectada. Especialmente en el caso de mujeres embarazadas. |
| 4.5.6 Mejorar el tratamiento, seguimiento y cuidados de la población afectada garantizando el acceso igualitario la estandarización de la atención y los tratamientos, evitando la duplicidad de intervenciones. |
| 4.5.7 Promover la prevención primaria y secundaria del VIH especialmente en mujeres considerando todas sus diversidades, contextos y ciclo de vida, que integre a las adolescentes e incluya la prevención de la transmisión perinatal del virus en el marco de derechos sexuales y derechos reproductivos. |

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

Estrategia prioritaria 5.1 Mejorar la cobertura, el acceso equitativo y la calidad en servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento oportuno de las ENT para reducir su incidencia en la población, especialmente en los grupos históricamente discriminados o en condición de vulnerabilidad.

| Acción puntual |
|--|
| 5.1.1 Fortalecer la atención primaria de salud para la detección, diagnóstico, tratamiento, control y rehabilitación de la ENT, a través de servicios de calidad y un acceso oportuno para la población. |
| 5.1.2 Fortalecer el Registro Nacional de Cáncer y crear un registro nacional de enfermedades no transmisibles para disponer de información oportuna, confiable y veraz que faciliten el diseño e implementación de programas y estrategias a nivel nacional. |
| 5.1.3 Implementar innovaciones y tecnologías, basadas en evidencia científica, para mejorar la detección, diagnóstico, tratamiento, control y rehabilitación de las ENT. |
| 5.1.4 Fortalecer la vigilancia e investigación sobre las ENT, para utilizar los resultados como sustento en propuestas y modificaciones a políticas públicas, programas académicos y estrategias integrales para su control. |
| 5.1.5 Instrumentar estrategias y programas nacionales para la prevención y control de las ENT, con mayor impacto en la salud de la población bajo un enfoque de curso de vida y perspectiva de género. |
| 5.1.6 Sistematizar el monitoreo y evaluación de enfermedades no transmisibles incluyendo los efectos derivados de políticas públicas y las características de las enfermedades para definir los entornos prioritarios de atención. |
| 5.1.7 Impulsar iniciativas y fomentar la vinculación interinstitucional e intersectorial, para articular intervenciones dirigidas a la reducción del sobrepeso y obesidad, con énfasis en niñas y niños. |
| 5.1.8 Promover los cuidados paliativos, de manera eficiente y segura, para procurar la calidad de vida y el alivio de pacientes con enfermedad avanzada y en fase terminal. |
| 5.1.9 Fomentar un acompañamiento a los pacientes que viven con ENT bajo un enfoque integral y multidisciplinario que facilite el automanejo y la adquisición de habilidades orientadas a su calidad de vida. |
| 5.1.10 Establecer protocolos para el reconocimiento y atención de personas cuidadoras de personas enfermas, especialmente a quienes cuidan a personas con discapacidad o necesidades especiales. |

Estrategia prioritaria 5.2 Garantizar a hombres y mujeres, con especial énfasis en adolescentes y jóvenes, la atención a la salud relacionada con el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, incluyendo la planificación familiar, para propiciar en la población una sexualidad saludable, elegida y libre de violencia.

| Acción puntual |
|--|
| 5.2.1 Implementar campañas educativas en salud sexual y reproductiva para reducir los riesgos y desarrollar habilidades y actitudes relacionadas con una vida saludable bajo un enfoque bioético, participativo, |

| |
|---|
| intercultural, de género y de derechos humanos. |
| 5.2.2 Difundir a través de tecnología interactiva y redes sociales amigables y accesibles para las y los adolescentes y jóvenes información para promover el ejercicio consiente de sus derechos sexuales y reproductivos. |
| 5.2.3 Proporcionar consejería y orientación a través de campañas y servicios que promuevan y faciliten métodos anticonceptivos, con énfasis en la población de adolescentes y jóvenes, para la prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual. |
| 5.2.4 Promover la orientación y consejería en planificación familiar, bajo un enfoque integral que considere las decisiones en pareja y garantice información veraz, oportuna y con pertinencia cultural y perspectiva de derechos humanos especialmente en jóvenes. |
| 5.2.5 Fortalecer los protocolos y mecanismos interinstitucionales para la atención de víctimas de violencia sexual para garantizar su atención oportuna y desde una perspectiva de derechos humanos. |
| 5.2.6 Brindar orientación tanto a hombres como a mujeres en los casos de infertilidad, garantizando información veraz para la prevención, diagnóstico, manejo y referencia oportuna. |
| 5.2.7 Otorgar atención integral a las mujeres, desde el embarazo, pasando por el parto y el periodo neonatal que garantice la salud materna y perinatal con énfasis en adolescentes embarazadas, priorizando la erradicación de la discriminación, estigmatización y violencia obstétrica. |
| 5.2.8 Procurar la vinculación interinstitucional y fomentar la participación comunitaria para garantizar la adopción de los enfoques transversales en materia de salud sexual y reproductiva y procurar la pertinencia cultura de cada región. |
| 5.2.9 Fortalecer los mecanismos relacionados con la supervisión y cumplimiento de la NOM-046-SSA2-2005, para la atención de las mujeres, niñas y adolescentes en situación de violencia familiar o sexual, especialmente, en las entidades federativas en las que persisten impedimentos para la interrupción legal del embarazo. |

Estrategia prioritaria 5.3 Garantizar el acceso a los servicios de salud mental y apoyo psicológico bajo un enfoque integral y diferenciado para atender los trastornos mentales y problemas relacionados con adicciones especialmente a grupos históricamente discriminados o en condición de vulnerabilidad.

| Acción puntual |
|---|
| 5.3.1 Reorganizar la atención, seguimiento y evaluación del sistema de salud mental y adicciones para ampliar la cobertura y la atención continua con base en las necesidades de la población, especialmente a aquella afectada por violencia, desastres naturales o situación de emergencia humanitaria. |
| 5.3.2 Facilitar el acceso a los servicios de salud mental, apoyo psicológico y prevención de adicciones en el primer nivel de atención, bajo el principio de equidad, no discriminación y con sensibilidad al ciclo de vida y enfoque de género. |
| 5.3.3 Fortalecer los modelos de atención integral a través de servicios médicos, de salud mental integrados y con capacidad de respuesta para las personas con trastornos mentales y/o adicciones conforme a las necesidades de la población desde una perspectiva de enfoques transversales. |
| 5.3.4 Fomentar la cultura de calidad en los servicios de salud mental, adicciones y apoyo psicológico monitoreando la aplicación de protocolos y prácticas basadas en evidencia científica, tanto en la atención primaria, como en los diferentes niveles de atención para procurar la recuperación de las personas. |
| 5.3.5 Promover la orientación y consejería eficaz para la atención formal e informal en salud mental y adicciones, así como el uso de tecnologías electrónicas y móviles para fomentar la atención oportuna de las personas, garantizando un trato digno e incluyente, y con pertinencia cultural. |
| 5.3.6 Implementar campañas y programas nacionales para la prevención del suicidio y autolesiones, consumo de sustancias y conductas susceptibles a generar adicciones, para promover condiciones saludables de vida y trabajo, especialmente para población vulnerable e individuos con perfiles de riesgo. |
| 5.3.7 Fortalecer los mecanismos para la intervención temprana, mediante la prevención, detección oportuna y tratamiento de los problemas de salud mental y adicciones, especialmente durante la infancia y la adolescencia. |
| 5.3.8 Vincular los servicios de salud mental con programas prioritarios en la materia, y estrategias interinstitucionales para articular intervenciones encausadas a fomentar la salud mental, prevenir trastornos mentales y adicciones y brindar atención incluyente y con pertinencia cultural, pluralismo ético y no estigmatización. |
| 5.3.9 Fortalecer alianzas interinstitucionales y con organizaciones de la sociedad civil para la investigación y |

diseño de instrumentos técnicos para desarrollar capacidades de atención en salud mental, adicciones y discapacidades psicosociales con perspectiva de derechos humanos y política pública.

5.3.10 Promover la participación ciudadana e iniciativas culturales, educativas, deportivas y laborales a través de la coordinación interinstitucional para generar conciencia social sobre los riesgos y reducir la vulnerabilidad frente a los trastornos mentales, consumo de sustancias y conductas adictivas.

Estrategia prioritaria 5.4 Mejorar los servicios de salud y asistencia social para procurar el desarrollo bajo un enfoque integral y diferenciado de niñas, niños, adolescentes y jóvenes desde una perspectiva de derechos e igualdad de género.

| Acción puntual |
|--|
| 5.4.1 Implementar, los mecanismos para la detección oportuna de discapacidad o rezagos en el desarrollo en niñas, niños, adolescentes y jóvenes, procurando su oportuna referencia, tratamiento y rehabilitación y evitando la estigmatización o discriminación. |
| 5.4.2 Fortalecer la promoción y protección y apoyo de la lactancia materna, para fomentar la nutrición y la vida saludable de las niñas y los niños. |
| 5.4.3 Fortalecer la prevención y atención a todas las formas de mal nutrición infantil, incluida la desnutrición la deficiencia de micronutrientes, la obesidad y el sobrepeso, con el fin de salvaguardar un desarrollo sano. |
| 5.4.4 Garantizar que todas las niñas y niños, cuenten con los servicios de atención primaria en salud, para prevenir, detectar y atender oportunamente los padecimientos que puedan afectar su desarrollo. |
| 5.4.5 Promover acciones de coordinación interinstitucional orientadas a la atención, protección y restitución de derechos vulnerados o restringidos de niñas, niños, jóvenes y adolescentes en el ámbito de la salud restringidos. |
| 5.4.6 Fortalecer el modelo integral de asistencia social, para la promoción del desarrollo integral infantil y cuidado cariñoso y sensible a las necesidades de niñas y niños. |
| 5.4.7 Promover campañas que procuren hábitos y comportamientos saludables en los entornos escolares, a través de la coordinación interinstitucional y un modelo integral que considere la diversidad cultural. |
| 5.4.8 Orientar a los padres y madres de familia, así como tutores para que promuevan estilos de vida saludables, y fomenten un desarrollo sano en sus hijos. |
| 5.4.9 Impulsar la universalidad y acceso efectivo de la población a los servicios de vacunación a través de campañas integrales que concienticen a la población. |
| 5.4.10 Fortalecer las campañas y mecanismos relacionados con la provisión de cuidados de niñas y niños para garantizar su salud y sano desarrollo en los primeros años de vida. |

Estrategia prioritaria 5.5 Fortalecer los servicios de salud y asistencia social brindados a mujeres para promover el goce pleno de la salud durante todo el ciclo de vida, bajo un enfoque integral y diferenciado, con perspectiva de género y pertinencia cultural.

| Acción puntual |
|---|
| 5.5.1 Fortalecer la capacidad de respuesta del sector salud para fomentar la detección temprana de cualquier tipo y modalidad de violencia y brindar la atención oportuna, conforme a sus derechos, a mujeres afectadas por lesiones de violencia, incluyendo la violencia de tipo sexual. |
| 5.5.2 Salvaguardar los derechos de las niñas, y mujeres, a través de la coordinación interinstitucional de las acciones para la atención, protección y restitución de derechos vulnerados o restringidos. |
| 5.5.3 Mejorar la detección y tratamiento del cáncer cérvico uterino y de mama, para disminuir los efectos negativos derivados de estos padecimientos. |
| 5.5.4 Fomentar el acceso de las mujeres a los servicios de salud, bajo un enfoque integral más allá de la salud sexual y reproductiva y sensible a las particularidades de su ciclo de vida. |
| 5.5.5 Promover campañas que procuren, estilos de vida saludables y la prevención en padecimientos que predominan y afectan a las mujeres, través de la coordinación interinstitucional y un modelo integral, bajo un enfoque multicultural y territorial. |
| 5.5.6 Garantizar la atención médica y asistencia social, bajo el estándar de debida diligencia y enfoque de género, de las mujeres, niñas y adolescentes en situación de violencia familiar o sexual, promoviendo el procedimiento de Interrupción Legal del Embarazo en caso de violación. |
| 5.5.7 Otorgar una atención diferenciada en los programas y servicios dirigidos a las mujeres mayores y dependientes. |

8.- Metas para el bienestar y Parámetros

Meta del bienestar del Objetivo prioritario 1

| ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO | | | |
|---|--|---|---|
| Nombre | 1.1 Porcentaje de población con carencia de acceso a los servicios de salud y/o que presenta alguna barrera para acceder al mismo: geográfica, económica, cultural, entre otras. | | |
| Objetivo prioritario | Garantizar los servicios públicos de salud a toda la población que no cuente con seguridad social y, el acceso gratuito a la atención médica y hospitalaria, así como exámenes médicos y suministro de medicamentos incluidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud. | | |
| Definición o descripción | El indicador mide la proporción de población que presenta alguna barrera económica, geográfica o cultural para acceder a los servicios de salud con respecto al total de la población | | |
| Nivel de desagregación | Valor nacional | Periodicidad o frecuencia de medición | Bienal |
| Tipo | Estratégico | Acumulado o periódico | Periódico |
| Unidad de medida | Porcentaje | Periodo de recolección de datos | Otros |
| Dimensión | Eficacia | Disponibilidad de la información | Julio |
| Tendencia esperada | Descendente | Unidad Responsable de reportar el avance | 12.- Salud 614.- Dirección General de Evaluación del Desempeño |
| Método de cálculo | Número de personas que no cuentan con acceso a los servicios de salud entre el total de la población, multiplicado por 100. | | |
| Observaciones | | | |

APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE

| | | | | | |
|---|--|-------------------------|-----------|---|--|
| Nombre variable 1 | 1.- Personas en situación de carencia de acceso a los servicios de salud | Valor variable 1 | 20244813 | Fuente de información variable 1 | Módulo de Condiciones Socioeconómicas asociado a la Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto de los Hogares elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). |
| Nombre variable 2 | 2.- Población total | Valor variable 2 | 125082416 | Fuente de información variable 2 | Módulo de Condiciones Socioeconómicas asociado a la Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto de los Hogares elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). |
| Sustitución en método de cálculo del indicador | $(20,244,813 / 125,082,416) * 100 = 16.19 \%$ | | | | |

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS

| Línea base | | Nota sobre la línea base | | | | |
|--|---|---|------|-------|------|-------|
| Valor | 16.19 | Para el 2018 el 16.19% de la población carece de acceso a servicios de salud. | | | | |
| Año | 2018 | | | | | |
| META 2024 | | Nota sobre la meta 2024 | | | | |
| 0 | El gobierno federal realizará las acciones necesarias para garantizar que hacia 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención a la salud gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos | | | | | |
| SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO | | | | | | |
| 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| 21.5 | | 18.2 | | 15.54 | | 16.19 |
| METAS INTERMEDIAS | | | | | | |
| 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | |
| | 12 | | 6 | | 0 | |

Parámetro del Objetivo prioritario 1

| ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO | |
|---|--|
| Nombre | 1.2 Porcentaje de surtimiento completo de recetas. |

| | | | |
|---------------------------------|--|---|---|
| Objetivo prioritario | Garantizar los servicios públicos de salud a toda la población que no cuente con seguridad social y, el acceso gratuito a la atención médica y hospitalaria, así como exámenes médicos y suministro de medicamentos incluidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud. | | |
| Definición o descripción | El indicador se enfoca a mejorar la gestión de los recursos del gobierno federal en materia de salud. Mide de forma indirecta la eficiencia en todo el proceso de dotación de medicamentos a la población, garantizando con ello el surtimiento completo de recetas médicas. | | |
| Nivel de desagregación | Nacional | Periodicidad o frecuencia de medición | Bienal |
| Tipo | Gestión | Acumulado o periódico | Periódico |
| Unidad de medida | Porcentaje | Periodo de recolección de datos | Otros |
| Dimensión | Eficiencia | Disponibilidad de la información | Octubre |
| Tendencia esperada | Ascendente | Unidad Responsable de reportar el avance | 12.- Salud 614.- Dirección General de Evaluación del Desempeño |
| Método de cálculo | Número de pacientes a los que se entregó la totalidad de los medicamentos marcados en su receta entre el total de pacientes encuestados con receta médica, multiplicado por 100. | | |

| | | | | | |
|--|---|-------------------------|------------|---|---------|
| Observaciones | | | | | |
| APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE | | | | | |
| Nombre variable 1 | 1.- Número de pacientes a los que se entregó la totalidad de los medicamentos marcados en su receta | Valor variable 1 | 11,304,506 | Fuente de información variable 1 | ENSANUT |
| Nombre variable 2 | 2.- Total de pacientes encuestados con receta médica | Valor variable 2 | 16,156,218 | Fuente de información variable 2 | ENSANUT |
| Sustitución en método de cálculo del indicador | $(11,304,506 / 16,156,218) * 100 = 69.97 \%$ | | | | |

| VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS | | | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|--|-------------|-------------|
| Línea base | | | | Nota sobre la línea base | | |
| Valor | 69.97 | | | El porcentaje de recetas surtidas al 100% para el 2016 fue de 69.97% | | |
| Año | 2018 | | | | | |
| META 2024 | | | | Nota sobre la meta 2024 | | |
| 100 | | | | Para el 2024 el 100% de las recetas deberán surtir al 100% | | |
| SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO | | | | | | |
| 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| 65.2 | | | 68.97 | 69.22 | | 69.97 |
| METAS INTERMEDIAS | | | | | | |
| 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | |
| | 80 | | 90 | | 100 | |

Parámetro del Objetivo prioritario 1

| ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO | |
|---|--|
| Nombre | 1.3 Porcentaje de hogares del primer quintil de ingreso cuyos gastos en salud sean catastróficos |
| Objetivo prioritario | Garantizar los servicios públicos de salud a toda la población que no cuente con seguridad social y, el acceso gratuito a la atención médica y hospitalaria, así como exámenes médicos y suministro de medicamentos incluidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud. |
| Definición o descripción | El indicador mide indirectamente la eficiencia en gasto público en salud para evitar gastos de bolsillo catastróficos en los hogares más pobres. |

| | | | |
|--|---|--|---|
| Nivel de desagregación | Valor nacional | Periodicidad o frecuencia de medición | Bienal |
| Tipo | Estratégico | Acumulado o periódico | Periódico |
| Unidad de medida | Porcentaje | Periodo de recolección de datos | Otros |
| Dimensión | Eficacia | Disponibilidad de la información | Julio |
| Tendencia esperada | Descendente | Unidad Responsable de reportar el avance | 12.- Salud 614.- Dirección General de Evaluación del Desempeño |
| Método de cálculo | Resultado de la división del número de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud entre el total de hogares del primer quintil de ingreso con gasto en salud, multiplicado por 100 | | |
| Observaciones | | | |
| APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE | | | |

| | | | | | |
|--|---|------------------|---------|----------------------------------|--|
| Nombre variable 1 | 1.- Número de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud | Valor variable 1 | 295437 | Fuente de información variable 1 | Módulo de Condiciones Socioeconómicas asociado a la Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto de los Hogares elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). |
| Nombre variable 2 | 2.- Total de hogares del primer quintil de ingreso con gasto en salud | Valor variable 2 | 6948825 | Fuente de información variable 2 | Módulo de Condiciones Socioeconómicas asociado a la Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto de los Hogares elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). |
| Sustitución en método de cálculo del indicador | $(295,437 / 6,948,825) * 100 = 4.25 \%$ | | | | |

| VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS | | | | | | |
|--|------|------|---|------|------|------|
| Línea base | | | Nota sobre la línea base | | | |
| Valor | 4.25 | | Para 2018 el 4.25 % de hogares del primer quintil de ingreso tuvieron gasto catastrófico en salud | | | |
| Año | 2018 | | | | | |
| META 2024 | | | Nota sobre la meta 2024 | | | |
| 3 | | | Para 2024 el 3% de hogares del primer quintil de ingreso tendrán gasto catastrófico en salud | | | |
| SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO | | | | | | |
| 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| 4.6 | | 4.53 | | 4.13 | | 4.25 |
| METAS INTERMEDIAS | | | | | | |
| 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | | 2024 |
| | 3.9 | | 3.7 | | | 3 |

Meta del bienestar del Objetivo prioritario 2

| ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO | | | |
|---|---|---------------------------------------|-----------------|
| Nombre | 2.1 Porcentaje del gasto público en salud ejercido en el primer nivel de atención | | |
| Objetivo prioritario | Incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos del SNS para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano. | | |
| Definición o descripción | El indicador mide la proporción del gasto público en salud dedicado a la provisión de intervenciones en el primer nivel de atención como porcentaje del presupuesto de salud pública. | | |
| Nivel de desagregación | Nacional | Periodicidad o frecuencia de medición | Anual |
| Tipo | Gestión | Acumulado o periódico | Periódico |
| Unidad de medida | Porcentaje | Periodo de recolección de | Enero-Diciembre |

| | | datos | | | |
|--|--|--|---|----------------------------------|---|
| Dimensión | Eficiencia | Disponibilidad de la información | Julio | | |
| Tendencia esperada | Ascendente | Unidad Responsable de reportar el avance | 12.- Salud 613.- Dirección General de Información en Salud | | |
| Método de cálculo | <p>El numerador se calcula utilizando la clasificación estandarizada por función (HC) del gasto en salud en el SHA2011. La estimación se obtiene sumando los gastos en atención curativa y dental ambulatoria general, atención curativa domiciliaria, atención ambulatoria a largo plazo (salud) y atención domiciliaria, atención preventiva, 80% de los productos médicos no especificados por función y x% de gobernanza/administración del sistema de salud y financiamiento (por determinar). Esto es:</p> $Hc131 + hc132 + hc13nec + hc14 + hc33 + hc34 + hc6 + 0.8 * hc5 + 0.x * hc7$ <p>El denominador se calcula utilizando el indicador GGHE-D (gasto interno general del gobierno en salud) agregando clasificaciones de ingresos fs.1 + fs.3 + fs.4</p> <p>La fórmula es:</p> $PHPC \text{ como un \% de GGHE} = PHPC / GGHE * 100$ <p>Dónde,</p> <p>PHPC es el gasto público en salud ejercido en el primer nivel de atención. GGHE es un gasto interno general del gobierno en salud ejercido</p> | | | | |
| Observaciones | | | | | |
| APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE | | | | | |
| Nombre variable 1 | 1.- Gasto público en salud en el primer nivel de atención | Valor variable 1 | 155098.78 | Fuente de información variable 1 | Sistema de Cuentas en Salud a nivel Federal y Estatal (SICUENTAS) |
| Nombre variable 2 | 2.- Gasto interno general del gobierno en salud | Valor variable 2 | 622937.55 | Fuente de información variable 2 | Sistema de Cuentas en Salud a nivel Federal y Estatal (SICUENTAS) |
| Sustitución en método de cálculo del indicador | (Gasto público en salud en el primer nivel de atención/Gasto general del gobierno en salud)X100=(155098.8/622937.5)X100=24.89% | | | | |

| VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS | | | | | | |
|--|-------|------|--|------|-------|------|
| Línea base | | | Nota sobre la línea base | | | |
| Valor | 24.89 | | Para el 2017, el 24.89% del gasto público en salud se destinó al primer nivel de atención. Las cifras para el numerador y denominador son en millones de pesos mexicanos. | | | |
| Año | 2017 | | | | | |
| META 2024 | | | Nota sobre la meta 2024 | | | |
| 30 | | | La meta de alcanzar, por lo menos, el 30% del gasto público destinado al primer nivel de atención, también es una meta para los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en cumplimiento del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025. | | | |
| SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO | | | | | | |
| 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| | | | | | 24.89 | |
| METAS INTERMEDIAS | | | | | | |
| 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | |
| | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | |

Parámetro del Objetivo prioritario 2

| ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO | | | |
|---|---|---------------------------------------|-----------------|
| Nombre | 2.2 Probabilidad incondicional de muerte entre los 30 y los 70 años por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas. | | |
| Objetivo prioritario | Incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos del SNS para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano. | | |
| Definición o descripción | Mide la probabilidad de morir entre las edades exactas de 30 y 70 años por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas. Las muertes por estas cuatro causas se basarán en los siguientes códigos CIE-10: I00-I99, C00-C97, E10-E14 y J40-J44. | | |
| Nivel de desagregación | Nacional | Periodicidad o frecuencia de medición | Anual |
| Tipo | Estratégico | Acumulado o periódico | Periódico |
| Unidad de medida | Porcentaje | Periodo de recolección de datos | Enero-Diciembre |

| Dimensión | Eficacia | Disponibilidad de la información | Enero |
|--------------------|---|--|---|
| Tendencia esperada | Descendente | Unidad Responsable de reportar el avance | 12.- Salud 614.- Dirección General de Evaluación del Desempeño |
| Método de cálculo | <p>Tasas de mortalidad específicas por edad para las cuatro categorías de causas combinadas (generalmente en términos de grupo de 5 años 30-34, ..., 65-69). Un método de tabla de vida permite calcular el riesgo de muerte entre las edades exactas de 30 y 70 años por cualquiera de estas causas, en ausencia de otras causas de muerte. Los códigos CIE que se incluirán en el cálculo son: enfermedad cardiovascular: I00-199, cáncer: C00-C97, diabetes: E10-E14, respiratorio crónico: J40-J44. Para calcular la tasa de mortalidad específica por edad para cada grupo de cinco años y país, para cada rango de edad de 5 años entre 30 y 70:</p> ${}_5M_x = \frac{\text{Total de muertes por las 4 causas entre la edad exacta } x \text{ y } x + 5}{\text{Población total entre la edad exacta } x \text{ y } x + 5}$ <p>Luego, traduzca la tasa de mortalidad de 5 años a la probabilidad de muerte en cada rango de edad de 5 años:</p> ${}_5q_x = \frac{{}_5M_x * 5}{1 + {}_5M_x * 2.5}$ <p>La probabilidad de muerte entre los 30 y los 70 años, independientemente de otras causas de muerte, se puede calcular como:</p> ${}_{40}q_{30} = 1 - \prod_{x=30}^{65} (1 - {}_5q_x)$ | | |
| Observaciones | El método de cálculo al igual que los valores de las variables se expresan por método de tabla la vida, las cuales no se pudieron registrar debido a la limitación del sistema para registrar sólo un valor para cada variable y no series numéricas organizadas en tabla. | | |

| APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------|--|---|--|------------|--------------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|----------------------------------|---|----------------------------------|--|
| Nombre variable 1 | 1).- Total de muertes por las 4 causas entre la edad exacta 30-69 años | Valor variable 1 | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Defunciones por 4 causas no transmisibles</th> </tr> <tr> <th>Grupo edad</th> <th>Año registro</th> </tr> <tr> <th colspan="2">2018</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>30-34</td><td>3,624</td></tr> <tr><td>35-39</td><td>5,590</td></tr> <tr><td>40-44</td><td>9,488</td></tr> <tr><td>45-49</td><td>14,343</td></tr> <tr><td>50-54</td><td>21,064</td></tr> <tr><td>55-59</td><td>29,045</td></tr> <tr><td>60-64</td><td>36,368</td></tr> <tr><td>65-69</td><td>40,756</td></tr> </tbody> </table> | Defunciones por 4 causas no transmisibles | | Grupo edad | Año registro | 2018 | | 30-34 | 3,624 | 35-39 | 5,590 | 40-44 | 9,488 | 45-49 | 14,343 | 50-54 | 21,064 | 55-59 | 29,045 | 60-64 | 36,368 | 65-69 | 40,756 | Fuente de información variable 1 | Estadísticas Vitales, defunciones, DGIS/INEGI. |
| Defunciones por 4 causas no transmisibles | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Grupo edad | Año registro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2018 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30-34 | 3,624 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35-39 | 5,590 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 40-44 | 9,488 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 45-49 | 14,343 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 50-54 | 21,064 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 55-59 | 29,045 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 60-64 | 36,368 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 65-69 | 40,756 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre variable 2 | 2.- Población total entre la edad exacta x y la edad exacta 30-69 años | Valor variable 2 | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Población a nivel de año, proyecciones de población</th> </tr> <tr> <th>Grupo edad</th> <th>2018</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>30-34</td><td>9,603,195</td></tr> <tr><td>35-39</td><td>8,740,590</td></tr> <tr><td>40-44</td><td>8,249,368</td></tr> <tr><td>45-49</td><td>7,592,336</td></tr> <tr><td>50-54</td><td>6,557,785</td></tr> <tr><td>55-59</td><td>5,514,767</td></tr> <tr><td>60-64</td><td>4,347,598</td></tr> <tr><td>65-69</td><td>3,216,842</td></tr> </tbody> </table> | Población a nivel de año, proyecciones de población | | Grupo edad | 2018 | 30-34 | 9,603,195 | 35-39 | 8,740,590 | 40-44 | 8,249,368 | 45-49 | 7,592,336 | 50-54 | 6,557,785 | 55-59 | 5,514,767 | 60-64 | 4,347,598 | 65-69 | 3,216,842 | Fuente de información variable 2 | Proyecciones de Población 2016-2050, CONAPO | | |
| Población a nivel de año, proyecciones de población | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Grupo edad | 2018 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30-34 | 9,603,195 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35-39 | 8,740,590 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 40-44 | 8,249,368 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 45-49 | 7,592,336 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 50-54 | 6,557,785 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 55-59 | 5,514,767 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 60-64 | 4,347,598 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 65-69 | 3,216,842 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Sustitución en método de cálculo del indicador | Tasas de mortalidad y probabilidades de muerte específicas por causas seleccionadas, Nacional, 2018 | | |
|--|---|-----------|--------------|
| | Grupo edad | Tasa | Probabilidad |
| | | ${}_5M_x$ | ${}_5q_x$ |
| | 30-34 | 0.000377 | 0.001885 |
| | 35-39 | 0.000636 | 0.003175 |
| | 40-44 | 0.001150 | 0.005734 |
| | 45-49 | 0.001889 | 0.009401 |
| | 50-54 | 0.003212 | 0.015932 |
| | 55-59 | 0.005267 | 0.025991 |
| | 60-64 | 0.008365 | 0.040967 |
| | 65-69 | 0.012662 | 0.061366 |

$$40q_{30} = 1 - \prod_{x=30}^{65} (1 - sq_x) = 0.15449$$

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS

| Línea base | | Nota sobre la línea base | | | | |
|--|--------|--|--------|--------|---------|--------|
| Valor | 0.154 | Dado que el indicador es una probabilidad, los valores del mismo deben estar entre 0 y 1, donde 0, es el valor más favorable, que corresponde a cero muertes. En este caso, para interpretar el indicador, se asume una población hipotética de 100 mil personas entre las edades de 30 a 70 años, bajo el efecto de la mortalidad observada en las causas de muerte seleccionadas 100 000X0.15449=15 449 personas murieron en 2018. | | | | |
| Año | 2018 | | | | | |
| META 2024 | | Nota sobre la meta 2024 | | | | |
| .14368 | | Asumiendo una población hipotética de 100 mil personas entre las edades de 30 a 70 años, se espera que 100 000X0.14368=14 368 personas mueran en 2024, lo cual representaría 1 081 personas que sobrevivieron por cada 100 000 en ese grupo de edad en comparación con el año 2018. | | | | |
| SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO | | | | | | |
| 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| .1541 | .1544 | .1553 | .1559 | .1597 | .1566 | 0.1545 |
| METAS INTERMEDIAS | | | | | | |
| 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | |
| | 0.1554 | 0.1544 | 0.1514 | 0.1483 | 0.14368 | |

Parámetro del Objetivo prioritario 2

| ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO | | | |
|---|---|--|---|
| Nombre | 2.3 Porcentaje de hospitalizaciones por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio en hospitales no especializados | | |
| Objetivo prioritario | Incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos del SNS para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano. | | |
| Definición o descripción | Las hospitalizaciones prevenibles por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio (CSCA) es un indicador que evalúa la capacidad resolutive del primer nivel de atención en términos de hospitalizaciones evitables. La evaluación de las CSCA puede informar el proceso de toma de decisiones con respecto a la configuración de redes integradas de servicios de salud y contribuye a la efectividad de la atención. | | |
| Nivel de desagregación | Nacional | Periodicidad o frecuencia de medición | Anual |
| Tipo | Gestión | Acumulado o periódico | Periódico |
| Unidad de medida | Porcentaje | Periodo de recolección de datos | Enero-Diciembre |
| Dimensión | Eficacia | Disponibilidad de la información | Septiembre |
| Tendencia esperada | Descendente | Unidad Responsable de reportar el avance | 12.- Salud 614.- Dirección General de Evaluación del Desempeño |

| | |
|-------------------|--|
| Método de cálculo | <p>Porcentaje de hospitalizaciones por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio: Hospitalizaciones por las 20 condiciones sensibles a la atención ambulatoria expresadas como porcentaje del número total de egresos hospitalarios. =(egresos hospitalarios por afecciones sensibles a la atención ambulante/ número total de egresos hospitalarios) x 100 Las siguientes condiciones son las principales CSCA y su uso como indicadores está respaldado por evidencia científica en la extensa bibliografía internacional:</p> |
|-------------------|--|

| | | |
|--|---|---|
| | <p>Patología</p> <p>1 Enfermedades prevenibles mediante vacunación</p> <p>2 Afecciones prevenibles incluidas fiebre reumática, sífilis, tuberculosis y tuberculosis pulmonar</p> <p>3 Gastroenteritis infecciosa y complicaciones</p> <p>4 Anemia</p> <p>5 Deficiencias nutricionales</p> <p>6 Infecciones de oídos, nariz y garganta</p> <p>7 Neumonía bacteriana</p> <p>8 Asma</p> <p>9 Enfermedades de las vías respiratorias inferiores</p> | <p>Clasificación según la CIE-10</p> <p>A33-A37, A95, B16, B05-B06, B26, G00.0, A17.0, A19</p> <p>A15-A16, A18, A17.1-A17.9, I00-I02, A51-A53, B50-B54, B77</p> <p>E86, A00-A09</p> <p>D50</p> <p>E40-E46, E50-E64</p> <p>H66, J00-J03, J06, J31</p> <p>J13-J14, J15.3-J15.4, J15.8-J15.9, J18.1</p> <p>J45-J46</p> <p>J20, J21, J40-J44, J47</p> |
|--|---|---|

| | | | | |
|--|---|--|---------|---|
| | 10 | Hipertensión | | I10-I11 |
| | 11 | Insuficiencia cardíaca congestiva | | I20 |
| | 12 | Insuficiencia cardíaca | | I50, J81 |
| | 13 | Enfermedades cerebrovasculares | | I63-I67, I69, G45-G46 |
| | 14 | Diabetes mellitus | | E10-E14 |
| | 15 | Epilepsia | | G40-G41 |
| | 16 | Infección renal y de vías urinarias | | N10-N12, N30, N34, N39 |
| | 17 | Infección de la piel y el tejido subcutáneo | | A46, L01-L04, L08 |
| | 18 | Enfermedades inflamatorias de órganos pélvicos femeninos | | N70-N73, N75-N76 |
| | 19 | Úlcera del aparato digestivo | | K25-K28, K92.0, K92.1, K92.2 |
| | 20 | Enfermedades del embarazo, parto y puerperio | | O23, A50, P35.0 |
| Observaciones | | | | |
| APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE | | | | |
| Nombre variable 1 | 1.- Egresos hospitalarios por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio hospitalares no especializados en 2016 | Valor variable 1 | 526895 | Fuente de información variable 1 Base de datos de Egresos Hospitalarios Sectorial |
| Nombre variable 2 | 2.- Total de egresos hospitalares no especializados en 2016 | Valor variable 2 | 3797409 | Fuente de información variable 2 Base de datos de Egresos Hospitalarios Sectorial |
| Sustitución en método de cálculo del indicador | Porcentaje de hospitalizaciones sensibles al cuidado ambulatorio= (526 895/3 797 409)X100=13.9% | | | |

| VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS | | | | | | |
|--|-------------|-------------|---|-------------|-------------|-------------|
| Línea base | | | Nota sobre la línea base | | | |
| Valor | 13.9 | | Las cifras definitivas a 2016 de egresos hospitalarios son las más recientes disponibles para el Sector Público de Salud | | | |
| Año | 2016 | | | | | |
| META 2024 | | | Nota sobre la meta 2024 | | | |
| 12.5 | | | La meta establecida en 2024 corresponde a una reducción del 10% en el indicador. Alcanzar por lo menos esta reducción también es un compromiso de los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en cumplimiento del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025. | | | |
| SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO | | | | | | |
| 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| 14.6 | 14.6 | 13 | 12.8 | 13.9 | | |
| METAS INTERMEDIAS | | | | | | |
| 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | |
| | 13.9 | 13.9 | 13.5 | 13 | 12.5 | |

Meta del bienestar del Objetivo prioritario 3

| ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO | | | |
|---|--|---|---|
| Nombre | 3.1 Porcentaje de las acciones concluidas de infraestructura de los Servicios Estatales de Salud | | |
| Objetivo prioritario | Incrementar la capacidad humana y de infraestructura en las instituciones que conforman el SNS, especialmente, en las regiones con alta y muy alta marginación para corresponder a las prioridades de salud bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos. | | |
| Definición o descripción | Mide el porcentaje de acciones de infraestructura concluidas, a partir de las acciones que fueron registradas y que iniciaron el proceso correspondiente a los Servicios Estatales de Salud. Se excluyen las acciones registradas que no iniciaron el proceso. | | |
| Nivel de desagregación | Nacional | Periodicidad o frecuencia de medición | Anual |
| Tipo | Estratégico | Acumulado o periódico | Periódico |
| Unidad de medida | Porcentaje | Periodo de recolección de datos | Enero-Diciembre |
| Dimensión | Eficiencia | Disponibilidad de la información | Enero |
| Tendencia esperada | Ascendente | Unidad Responsable de reportar el avance | 12.- Salud 611.- Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud |

| | | | | | |
|--|---|-------------------------|---|---|--|
| Método de cálculo | (Número de obras de infraestructura concluidas / Total de obras de infraestructura en proceso) X 100 Las obras de infraestructura en proceso que corresponden al denominador, solo se consideran aquellas que iniciaron trabajos de construcción en el año de medición y se acumulan para los siguientes periodos. En el denominador se excluyen las obras dadas de baja de acuerdo a la normatividad vigente. | | | | |
| Observaciones | Es un indicador del que no se dispone línea base. | | | | |
| APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE | | | | | |
| Nombre variable 1 | 1.- Número de obras de infraestructura concluidas | Valor variable 1 | 0 | Fuente de información variable 1 | Registros administrativos Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud |
| Nombre variable 2 | 2.- Total de obras de infraestructura en proceso | Valor variable 2 | 0 | Fuente de información variable 2 | Registros administrativos Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud |
| Sustitución en método de cálculo del indicador | (Número de obras de infraestructura concluidas / Total de obras de infraestructura en proceso) X 100=(81/163) X100=49.7% | | | | |

| VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS | | | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|---|-------------|-------------|
| Línea base | | | | Nota sobre la línea base | | |
| Valor | 0 | | | No se dispone de línea base | | |
| Año | 2018 | | | | | |
| META 2024 | | | | Nota sobre la meta 2024 | | |
| 52 | | | | Es importante considerar que el denominador es una cifra dinámica, pues hay obras que se dan de baja y entran nuevas. Por lo que en la meta se consideran cifras promedio para hacer la estimación. | | |
| SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO | | | | | | |
| 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| | | | | | | 0 |
| METAS INTERMEDIAS | | | | | | |
| 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | |
| | | 52 | 52 | 52 | 52 | |

Parámetro del Objetivo prioritario 3

| ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO | | | |
|---|--|---|---|
| Nombre | 3.2 Proporción de recomendaciones atendidas en todos los proyectos de evaluación | | |
| Objetivo prioritario | Incrementar la capacidad humana y de infraestructura en las instituciones que conforman el SNS, especialmente, en las regiones con alta y muy alta marginación para corresponder a las prioridades de salud bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos. | | |
| Definición o descripción | Mide la proporción de recomendaciones atendidas derivadas de las evaluaciones realizadas | | |
| Nivel de desagregación | Nacional | Periodicidad o frecuencia de medición | Anual |
| Tipo | Gestión | Acumulado o periódico | Periódico |
| Unidad de medida | Proporción | Periodo de recolección de datos | Enero-Diciembre |
| Dimensión | Eficiencia | Disponibilidad de la información | Julio |
| Tendencia esperada | Ascendente | Unidad Responsable de reportar el avance | 12.- Salud 614.- Dirección General de Evaluación del Desempeño |
| Método de cálculo | Recomendaciones atendidas/Recomendaciones Comprometidas por 100 | | |
| Observaciones | | | |

APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE

| | | | | | |
|---|-----------------------------------|-------------------------|----|---|---|
| Nombre variable 1 | 1.- Recomendaciones atendidas | Valor variable 1 | 9 | Fuente de información variable 1 | Dirección General de Evaluación del Desempeño |
| Nombre variable 2 | 2.- Recomendaciones Comprometidas | Valor variable 2 | 17 | Fuente de información variable 2 | Dirección General de Evaluación del Desempeño |
| Sustitución en método de cálculo del indicador | 9/17= 53% | | | | |

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS

| | | | | | | |
|---|-------------|-------------|---|-------------|-------------|-------------|
| Línea base | | | Nota sobre la línea base | | | |
| Valor | 53 | | La línea base se está tomando con base en los programas presupuestarios evaluados mediante ficha de monitoreo en 2018 | | | |
| Año | 2018 | | | | | |
| META 2024 | | | Nota sobre la meta 2024 | | | |
| 85 | | | Incluye todos los proyectos de evaluación | | | |
| SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO | | | | | | |
| 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| | | | | | 53 | 53 |
| METAS INTERMEDIAS | | | | | | |
| 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | |
| | 55 | 60 | 65 | 75 | 85 | |

Parámetro del Objetivo prioritario 3

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO

| | | | |
|---------------------------------|--|---|---|
| Nombre | 3.3 Número de participantes registrados que concluyen los cursos de EDUC@DS | | |
| Objetivo prioritario | Incrementar la capacidad humana y de infraestructura en las instituciones que conforman el SNS, especialmente, en las regiones con alta y muy alta marginación para corresponder a las prioridades de salud bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos. | | |
| Definición o descripción | Mide el porcentaje de médicos y enfermeras en contacto con el paciente que concluyeron cursos de educación continua sobre los principales problemas epidemiológicos en el año | | |
| Nivel de desagregación | Nacional | Periodicidad o frecuencia de medición | Anual |
| Tipo | Gestión | Acumulado o periódico | Periódico |
| Unidad de medida | Porcentaje | Periodo de recolección de datos | Enero-Diciembre |
| Dimensión | Eficacia | Disponibilidad de la información | Julio |
| Tendencia esperada | Ascendente | Unidad Responsable de reportar el avance | 12.- Salud 610.- Dirección General de Calidad y Educación en Salud |
| Método de cálculo | Número de participantes que concluyen los cursos a través de la plataforma EDUC@DS/ Número de participantes registrados en los cursos de EDUC@DS x 100 | | |
| Observaciones | | | |

APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE

| | | | | | |
|--------------------------|---|-------------------------|--------|---|------------------------------------|
| Nombre variable 1 | 1.- Número de participantes registrados en los cursos de EDUC@DS que concluyen los cursos | Valor variable 1 | 118190 | Fuente de información variable 1 | Registros de la plataforma EDUC@DS |
|--------------------------|---|-------------------------|--------|---|------------------------------------|

| | | | | | |
|---|--|-------------------------|--------|---|------------------------------------|
| Nombre variable 2 | 2.- Número de participantes registrados en los cursos de EDUC@DS (POR) x 100 | Valor variable 2 | 194899 | Fuente de información variable 2 | Registros de la plataforma EDUC@DS |
| Sustitución en método de cálculo del indicador | 118190/194899 x100 =60 | | | | |

| VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS | | | | | | |
|--|-------------|-------------|---|-------------|-------------|-------------|
| Línea base | | | Nota sobre la línea base | | | |
| Valor | 60 | | Los registros pueden variar en cada año debido a la demanda de los usuarios y producción de los cursos, así como las emergencias para capacitar al personal en temas específicos. | | | |
| Año | 2018 | | | | | |
| META 2024 | | | Nota sobre la meta 2024 | | | |
| 65 | | | Para el 2024 el 65% participantes registrados concluirán los cursos satisfactoriamente | | | |
| SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO | | | | | | |
| 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| | | | | | 64 | 60 |
| METAS INTERMEDIAS | | | | | | |
| 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | |
| | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | |

Meta del bienestar del Objetivo prioritario 4

| ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|
| Nombre | 4.1 Cobertura de vacunación en niñas y niños de 1 año de edad con esquema completo | | | | |
| Objetivo prioritario | Garantizar la eficacia de estrategias, programas y acciones de salud pública, a partir de información oportuna y confiable, que facilite la promoción y prevención en salud, así como el control epidemiológico tomando en cuenta la diversidad de la población, el ciclo de vida y la pertinencia cultural. | | | | |
| Definición o descripción | El indicador capta el acceso a las vacunas que correspondan dependiendo de la edad del menor. Este indicador se considera estratégico debido a que es el periodo crítico donde mayor valor agregado en salud se obtiene de la vacunación. | | | | |
| Nivel de desagregación | Nacional | Periodicidad o frecuencia de medición | Anual | | |
| Tipo | Estratégico | Acumulado o periódico | Periódico | | |
| Unidad de medida | Razón | Periodo de recolección de datos | Enero-Diciembre | | |
| Dimensión | Eficacia | Disponibilidad de la información | Mayo | | |
| Tendencia esperada | Ascendente | Unidad Responsable de reportar el avance | 12.- Salud R00.- Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia | | |
| Método de cálculo | Resulta de la división del número de niñas y niños de un año de edad con esquema completo de vacunación (1 SRP + 3ª dosis de vacuna conjugada de neumococo + 4ª dosis de vacuna pentavalente/Hexavalente) entre el total de niñas y niños de 1 año por 100. | | | | |
| Observaciones | | | | | |
| APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE | | | | | |
| Nombre variable 1 | 1.- Niñas y niños de un año con esquema completo de vacunación en el año t1 | Valor variable 1 | 1960005 | Fuente de información variable 1 | Servicios Estatales de Salud/CENSIA/DGIS |
| Nombre variable 2 | 2.- Niñas y niños de 1 año de | Valor variable 2 | 2204730 | Fuente de información | CONAPO |

| | | | | | |
|---|----------------------------------|--|--|------------|--|
| | edad en el año t1 | | | variable 2 | |
| Sustitución en método de cálculo del indicador | 1,960,005/2,204,730 x 100 = 88.9 | | | | |

| VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS | | | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|---|-------------|-------------|
| Línea base | | | | Nota sobre la línea base | | |
| Valor | 88.9 | | | Para el 2018 el 88.9% de niñas y niños de un año de edad contó con esquema completo de vacunación | | |
| Año | 2018 | | | | | |
| META 2024 | | | | Nota sobre la meta 2024 | | |
| 90 | | | | Para el 2024 el 90% de niñas y niños de un año de edad deberá contar con esquema completo de vacunación | | |
| SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO | | | | | | |
| 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| 86.45 | 85.3 | 91.8 | 96.69 | 89.34 | 83.46 | 88.9 |
| METAS INTERMEDIAS | | | | | | |
| 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | |
| | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 | |

Parámetro del Objetivo prioritario 4

| ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|
| Nombre | 4.2 Porcentaje de personas con VIH que conocen su estado serológico. | | | | |
| Objetivo prioritario | Garantizar la eficacia de estrategias, programas y acciones de salud pública, a partir de información oportuna y confiable, que facilite la promoción y prevención en salud, así como el control epidemiológico tomando en cuenta la diversidad de la población, el ciclo de vida y la pertinencia cultural. | | | | |
| Definición o descripción | Se refiere a la proporción de personas con VIH que han sido diagnosticadas y conocen sus resultados, respecto de la estimación nacional de personas con VIH. | | | | |
| Nivel de desagregación | Nacional | Periodicidad o frecuencia de medición | Anual | | |
| Tipo | Gestión | Acumulado o periódico | Periódico | | |
| Unidad de medida | Porcentaje | Periodo de recolección de datos | Enero-Diciembre | | |
| Dimensión | Eficacia | Disponibilidad de la información | Mayo | | |
| Tendencia esperada | Ascendente | Unidad Responsable de reportar el avance | 12.- Salud K00.- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA | | |
| Método de cálculo | Resultado de la división del número de personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico respecto del VIH en el año entre la estimación de personas que viven con el VIH en el año por 100. | | | | |
| Observaciones | | | | | |
| APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE | | | | | |
| Nombre variable 1 | 1.- Personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico respecto del VIH en el año _t | Valor variable 1 | 108152 | Fuente de información variable 1 | SS/Conasida/Comité de Monitoreo y Evaluación/ Grupo de Información Sectorial en VIH, Sida e ITS. |
| Nombre variable 2 | 2.- Estimación de personas que viven con el VIH en el año _t | Valor variable 2 | 210000 | Fuente de información variable 2 | SS/Censida. Modelos de estimación. |
| Sustitución en método de cálculo del indicador | 180152/210000 = 51.5% | | | | |

| VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS | | | | | | |
|--|------|------|------|--|------|------|
| Línea base | | | | Nota sobre la línea base | | |
| Valor | 51.5 | | | Para el 2012, 51.5% de la población con VIH, era diagnosticado y conocía sus resultados. | | |
| Año | 2012 | | | | | |
| META 2024 | | | | Nota sobre la meta 2024 | | |
| 90 | | | | Lograr que 90% de las personas que viven con VIH conozcan su estado serológico. | | |
| SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO | | | | | | |
| 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| 51.5 | | | | | | |
| METAS INTERMEDIAS | | | | | | |
| 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | |
| | 83 | 85 | 86 | 88 | 90 | |

Parámetro del Objetivo prioritario 4

| ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO | | | | | |
|---|--|--|--|----------------------------------|------------------------------------|
| Nombre | 4.3 Incidencia por Dengue | | | | |
| Objetivo prioritario | Garantizar la eficacia de estrategias, programas y acciones de salud pública, a partir de información oportuna y confiable, que facilite la promoción y prevención en salud, así como el control epidemiológico tomando en cuenta la diversidad de la población, el ciclo de vida y la pertinencia cultural. | | | | |
| Definición o descripción | El indicador mide la proporción de la población total de un área que enferma de dengue en cualquiera de sus formas clínicas | | | | |
| Nivel de desagregación | Nacional | Periodicidad o frecuencia de medición | Anual | | |
| Tipo | Estratégico | Acumulado o periódico | Periódico | | |
| Unidad de medida | Tasa | Periodo de recolección de datos | Enero-Diciembre | | |
| Dimensión | Eficacia | Disponibilidad de la información | Diciembre | | |
| Tendencia esperada | Descendente | Unidad Responsable de reportar el avance | 12.- Salud 316.- Dirección General de Epidemiología | | |
| Método de cálculo | Dividir el número de casos de dengue en un área geográfica determinada entre la población de dicha área y se multiplica por 100,000 habitantes | | | | |
| Observaciones | Los valores asociados a la meta y su diferencia respecto a la línea base corresponde a cambios atribuibles al entorno, particularmente, cambio climático. | | | | |
| APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE | | | | | |
| Nombre variable 1 | 1.- Casos de dengue | Valor variable 1 | 13333 | Fuente de información variable 1 | Dirección General de Epidemiología |
| Nombre variable 2 | 2.- Población | Valor variable 2 | 124737791 | Fuente de información variable 2 | CONAPO |
| Sustitución en método de cálculo del indicador | [13,333/ 124,737,791] * 100,000 = 10.7 | | | | |

| VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS | |
|-----------------------------|--------------------------|
| Línea base | Nota sobre la línea base |
| | |

| | | | | | | |
|--|------|------|---|------|------|------|
| Valor | 10.7 | | Para 2018, 10.7 personas por cada 100,000 habitantes se enfermaron de dengue | | | |
| Año | 2018 | | | | | |
| META 2024 | | | Nota sobre la meta 2024 | | | |
| 11.4 | | | Para el 2024 serán 11.4 los habitantes que de cada 100,000 infectada por dengue | | | |
| SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO | | | | | | |
| 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| 44.5 | 54 | 26.8 | 22 | 14.5 | 11.7 | 10.7 |
| METAS INTERMEDIAS | | | | | | |
| 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | |
| | 25.7 | 20.3 | 17.8 | 13.6 | 11.4 | |

Meta del bienestar del Objetivo prioritario 5

| ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO | | | | | |
|---|---|--|---|----------------------------------|---|
| Nombre | 5.1 Razón de mortalidad materna | | | | |
| Objetivo prioritario | Mejorar la protección de la salud bajo un enfoque integral que priorice la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud y el oportuno tratamiento y control de enfermedades, especialmente, las que representan el mayor impacto en la mortalidad de la población. | | | | |
| Definición o descripción | La razón de muerte materna es el número de defunciones maternas por cada 100,000 nacidos vivos. | | | | |
| Nivel de desagregación | Nacional | Periodicidad o frecuencia de medición | Anual | | |
| Tipo | Estratégico | Acumulado o periódico | Periódico | | |
| Unidad de medida | Razón | Periodo de recolección de datos | Enero-Diciembre | | |
| Dimensión | Eficacia | Disponibilidad de la información | Julio | | |
| Tendencia esperada | Descendente | Unidad Responsable de reportar el avance | 12.- Salud L00.- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva | | |
| Método de cálculo | Número de muertes maternas en un determinado periodo (Año, Mes y Semana Epidemiológica) entre el número de nacidos vivos en el mismo periodo, expresado por 100,000 nacidos vivos, para una determinada área geográfica de salud (Nacional, Estatal, Jurisdiccional) | | | | |
| Observaciones | | | | | |
| APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE | | | | | |
| Nombre variable 1 | 1.- Defunciones Maternas | Valor variable 1 | 680 | Fuente de información variable 1 | Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) |
| Nombre variable 2 | 2.- Número de Nacidos vivos | Valor variable 2 | 2224872 | Fuente de información variable 2 | Subsistema de Información sobre Nacimientos |
| Sustitución en método de cálculo del indicador | $680 / 2,224,872 \times 100,000 = 30.6$ | | | | |

| VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS | |
|---|--------------------------|
| Línea base | Nota sobre la línea base |
| Valor | 30.6 |
| Año | 2018 |
| Para el 2018 el número de defunciones maternas por cada 100,000 habitantes deberá fue de 30.6 | |
| META 2024 | Nota sobre la meta 2024 |
| | |

| SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO | | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|------|
| 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| 42.3 | 38.2 | 38.9 | 34.6 | 36.7 | 34 | 30.6 |
| METAS INTERMEDIAS | | | | | | |
| 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | |
| | 29.7 | 28.3 | 27 | 25.7 | 25 | |

Parámetro del Objetivo prioritario 5

| ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---------|
| Nombre | 5.2 Prevalencia de obesidad en niños de 5 a 11 años de edad | | | | |
| Objetivo prioritario | Mejorar la protección de la salud bajo un enfoque integral que priorice la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud y el oportuno tratamiento y control de enfermedades, especialmente, las que representan el mayor impacto en la mortalidad de la población. | | | | |
| Definición o descripción | El indicador mide el efecto de las acciones de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes enfocadas a la población infantil | | | | |
| Nivel de desagregación | Nacional | Periodicidad o frecuencia de medición | Sexenal | | |
| Tipo | Estratégico | Acumulado o periódico | Periódico | | |
| Unidad de medida | Tasa | Periodo de recolección de datos | Otros | | |
| Dimensión | Eficacia | Disponibilidad de la información | Diciembre | | |
| Tendencia esperada | Descendente | Unidad Responsable de reportar el avance | 12.- Salud 300.- Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud | | |
| Método de cálculo | Resultado de la división del número de niños entre 5 y 11 años de edad, cuyo índice de masa corporal se ubica a dos o más desviaciones estándar del valor medio indicado en las tablas de referencia de la Organización Mundial de la Salud, entre el total de niños del mismo grupo etario, multiplicado por 100 | | | | |
| Observaciones | | | | | |
| APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE | | | | | |
| Nombre variable 1 | 1.- Niñas y niños entre 5 a 11 años de edad con obesidad | Valor variable 1 | 2714239 | Fuente de información variable 1 | ENSANUT |
| Nombre variable 2 | 2.- Total de niñas y niños entre 5 a 11 años de edad | Valor variable 2 | 15509936 | Fuente de información variable 2 | ENSANUT |
| Sustitución en método de cálculo del indicador | Número de niños entre 5 y 11 años de edad, cuyo índice de masa corporal se ubica a dos o más desviaciones estándar del valor medio indicado en las tablas de referencia OMS / total de niños del mismo grupo etario, multiplicado por 100. =2714239/15509936 | | | | |

| VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS | | | | | | |
|--|------|------|---|------|------|------|
| Línea base | | | Nota sobre la línea base | | | |
| Valor | 17.5 | | Para el 2018 de cada 100 niños entre 5 y 11 años, 17.5 tiene obesidad | | | |
| Año | 2018 | | | | | |
| META 2024 | | | Nota sobre la meta 2024 | | | |
| 12.5 | | | Para el 2024 de cada 100 niños entre 5 y 11 años, 12.5 tiene obesidad | | | |
| SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO | | | | | | |
| 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |

| 14.62 | | | | 15.3 | | 17.5 |
|-------------------|------|-------|------|------|------|------|
| METAS INTERMEDIAS | | | | | | |
| 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | |
| 17.38 | | 14.62 | | | | 12.5 |

Parámetro del Objetivo prioritario 5

| ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO | | | |
|---|---|---|--|
| Nombre | 5.3 Tasa de mortalidad infantil (TMI) (1,000 NVE) | | |
| Objetivo prioritario | Mejorar la protección de la salud bajo un enfoque integral que priorice la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud y el oportuno tratamiento y control de enfermedades, especialmente, las que representan el mayor impacto en la mortalidad de la población. | | |
| Definición o descripción | Es el número de defunciones de niñas y niños menores de un año ocurridas en el año t1, entre el total de nacidos vivos en el mismo año t1, por 1000 (NV). | | |
| Nivel de desagregación | Nacional | Periodicidad o frecuencia de medición | Anual |
| Tipo | Estratégico | Acumulado o periódico | Periódico |
| Unidad de medida | Tasa de mortalidad infantil por cada mil nacidos vivos | Periodo de recolección de datos | Enero-Diciembre |
| Dimensión | Eficacia | Disponibilidad de la información | Enero |
| Tendencia esperada | Descendente | Unidad Responsable de reportar el avance | 12.- Salud R00.- Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia |
| Método de cálculo | $TMI_t = (Def_{t < 1a} / NV_t) \times 1,000$ En donde: TMI_t Tasa de Mortalidad Infantil en el año t Def_{t < 1a} Defunciones en la población menor de 1 año de edad en el año t NV_t Nacidos vivos en el año t. | | |
| Observaciones | Estimación y parámetros conforme al CONAPO. El seguimiento anual será reportado con base a los indicadores publicados en el Catálogo Nacional de Indicadores del INEGI y/o los publicados por la Secretaría de Salud para monitorear el avance de la meta. | | |

| APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE | | | | | | |
|---|---|-------------------------|--|---|-------------------------------|-------------|
| Nombre variable 1 | 1.- Niñas y niños menores de un año fallecidos en el año t1 | Valor variable 1 | 29,264 | Fuente de información variable 1 | CONAPO, Defunciones Estimadas | |
| Nombre variable 2 | 2.- Nacidos vivos durante el año t1 | Valor variable 2 | 2,187,092 | Fuente de información variable 2 | CONAPO Nacimientos Estimados | |
| Sustitución en método de cálculo del indicador | Defunciones en la población menor de 1 año de edad en el año 2018/Total de Nacidos vivos en el año 2018 X mil= $TMI_t = (29,264 / 2,187,092) \times 1,000 = 13.38$ | | | | | |
| VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS | | | | | | |
| Línea base | | | Nota sobre la línea base | | | |
| Valor | 13.38 | | Para el 2018, por cada mil niños nacidos vivos, murieron 13.38 niños menores de un año. | | | |
| Año | 2018 | | | | | |
| META 2024 | | | Nota sobre la meta 2024 | | | |
| 11.44 | | | Para el 2024, por cada mil niñas y niños nacidos vivos, habrá menos de 11.44 defunciones de menores de un año de edad. | | | |
| SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO | | | | | | |
| 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| | | | | | | 13.38 |
| METAS INTERMEDIAS | | | | | | |
| 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | |
| | | | | | | |

9.- Epílogo: Visión hacia el futuro

Nuestro objetivo es claro: Hacer efectivo el artículo 4o. constitucional a toda la población, lo cual asumimos como principal eje para construir una noción clara de lo que se quiere conservar, lo que se debe desterrar y lo que es necesario construir en materia sanitaria.

Transformaremos el sistema que lucraba con la enfermedad para construir un sistema universal e integral donde los enfermos reciban tratamiento y las personas sanas no mueran por causas evitables. Trabajaremos día a día por un sistema de bienestar social enfocado en las personas, las familias, las comunidades, y también, en el ambiente.

Nuestros pilares son el acceso universal de los servicios de salud y medicamentos gratuitos a toda la población, el modelo APS-I, la reorganización y regulación sanitaria, el fortalecimiento de la industria farmacéutica nacional e impulso a la investigación.

Trabajaremos para garantizar el derecho a la salud a todas las personas, particularmente a quienes no cuentan con seguridad social a través de los esfuerzos reflejados en el INSABI.

Reconocemos que el sistema de salud tiene contextos epidemiológicos, sociales e institucionales de creciente complejidad, y dentro de este marco plantearemos eliminar las barreras de acceso a la salud, entre ellas las financieras, geográficas, culturales y de género, así como eliminar o reducir la segmentación y fragmentación en la provisión de los servicios de salud y atención a nuestros pueblos.

En cuanto a la Integración y Desarrollo del Sector Salud, aplicaremos un nuevo modelo APS-I para mejorar la calidad de los servicios de salud, teniendo como principio la asistencia sanitaria esencial y accesible a todas las personas y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país, todo esto de la mano con los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Estamos conscientes que las comunidades son parte fundamental del núcleo del sistema de salud del país y forman parte integral del desarrollo socioeconómico. Por esta razón propiciaremos un trato incluyente de parte del personal sanitario escuchando las opiniones de la gente en torno al cuidado de la salud y al mismo tiempo capacitando a las y los derechohabientes para fomentar hábitos saludables, en pro de mejoras en la salud comunitaria, estrategia clave y poco utilizada en el pasado, en pocas palabras: medicina con enfoque preventivo.

Se fortalecerán los mecanismos que eviten la corrupción y procuren el gasto responsable, fomentando esfuerzos articulados como son la compra consolidada de medicamentos y material de curación y la inversión en investigación que signifique tratamientos efectivos y la producción nacional de medicamentos.

Trabajaremos en el rescate de la salud de carácter público principalmente para las niñas y niños, que son las semillas del futuro de México a través de la mejora y ampliación de las Semanas Nacionales de Salud, campañas de vacunación y detección temprana de enfermedades no transmisibles.

Se proporcionará orientación a las personas de todos los grupos de edad en escuelas, trabajos y comunidades para beneficiarlas en intervenciones que incluyan eventos y acciones educativas para propiciar estilos de vida saludable.

Un componente, hasta ahora, olvidado de la atención médica es la salud mental, y sabemos que la patología mental genera heridas profundas que afectan a las personas y la comunidad en su conjunto. Es por ello que se desarrollará la reestructura de los Servicios de Atención Psiquiátrica para hacerlos más cercanos a las necesidades de la población, particularmente aquella afectada por la violencia, la migración, y los desastres naturales, entre otros.

Trabajaremos de manera permanente para atender necesidades de la comunidad médica y científica, siempre basados en los principios de libertad de expresión y diálogo directo, con el fin de encontrar soluciones a los problemas que surgen por del desempeño de las funciones sanitarias.

Nuestra Transformación en Salud significa defender y luchar por el acceso a la salud de calidad de las y los mexicanos, con los valores y principios de justicia y solidaridad.

1 Secretaría de Salud/ Subsecretaría de Prevención y Promoción en Salud.

2 Secretaría de Salud/ Conasida/ Comité de Monitoreo y Evaluación/ Grupo de Información Sectorial en VIH/ Sida e ITS.