



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Instituto de Salud
para el Bienestar

PROGRAMA INSTITUCIONAL 2020-2024 DEL INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR

Ciudad de México, noviembre de 2020

	Página
A. Índice	
B. Fundamento normativo de la elaboración del programa del INSABI	3
C. Siglas y Acrónimos	5
D. Origen de los recursos para la instrumentación del programa del INSABI	6
E. Análisis del estado actual	6
F. Objetivos Prioritarios, Estrategias Prioritarias y Acciones Puntuales	14
G. Metas para el bienestar y parámetros	28
H. Epílogo: Visión de largo plazo	48

B. Fundamento normativo de la elaboración del programa.

El Instituto de Salud para el Bienestar fue creado mediante *Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud*, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de noviembre de 2019.

La elaboración de este Programa se realiza con fundamento en lo dispuesto en la fracción II del artículo 17 de la Ley de Planeación y su estructura y contenidos atiende a la Guía para la elaboración de programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.

El punto de partida es el reconocimiento de los derechos humanos de todas las personas y la obligación del Estado de garantizarlos, consagrado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el artículo 1o, párrafo tercero al expresar:

“(…) Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.”

Asimismo, el artículo 4o Constitucional establece en su párrafo cuarto:

“Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley 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.”

El artículo 59, fracción II de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales establece como una facultad y obligación de las personas Titulares de las Direcciones Generales de las entidades formular los programas institucionales de corto, mediano y largo plazo y el artículo 58, fracción I, de la propia ley dispone que corresponde al Órgano de Gobierno de la entidad establecer, en congruencia con los programas sectoriales, las políticas generales y definir las prioridades a las que deberá sujetarse la entidad paraestatal, así como aprobar los programas y presupuestos de la misma.

La Ley General de Salud, en su Título Tercero Bis, regula la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social; asimismo en su artículo 77 bis 1 establece que la protección a la salud será garantizada por el Estado bajo los criterios de universalidad e igualdad, debiendo generar las condiciones que permitan brindar el acceso

gratuito, progresivo, efectivo, oportuno, de calidad y sin discriminación a los servicios médicos, incluidas las intervenciones quirúrgicas, farmacéuticas y hospitalarias, que satisfagan de manera integral las necesidades de salud mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Invariablemente, se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría en el segundo nivel de atención, así como a los medicamentos y demás insumos del Compendio Nacional de Insumos para la Salud.

Corresponde al INSABI un papel relevante en la garantía del derecho a la protección de la salud, manifestado en el artículo 77 bis 35, párrafo segundo, de la Ley General de Salud al establecer: El INSABI tendrá por objeto proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, así como impulsar, en coordinación con la Secretaría de Salud en su calidad de órgano rector, acciones orientadas a lograr una adecuada integración y articulación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

El propio artículo 77 bis 35 F, fracción I, de la Ley General de Salud fija que la Junta de Gobierno del Instituto de Salud para el Bienestar tiene la facultad indelegable de establecer las políticas públicas generales y específicas a las que deberá sujetarse el Instituto, las cuales deben ser congruentes con el Plan Nacional de Desarrollo y los Programas que se deriven del mismo, lo que incluye el Programa Sectorial de Salud 2020-2024.

El artículo Segundo Transitorio del *Decreto por el que se aprueba el Programa Sectorial de Salud 2020-2024*, publicado en el Diario oficial de la Federación el 17 de agosto de 2020, establece que las entidades paraestatales agrupadas en el sector coordinado por la Secretaría de Salud ejecutarán los objetivos prioritarios, estrategias prioritarias, acciones puntuales, metas para el bienestar y parámetros del Programa Sectorial de Salud 2020-2024, con cargo a lo aprobado en los Presupuestos de Egresos de la Federación para los ejercicios fiscales que correspondan.

Se destaca que en el objetivo estratégico 1 y sus estrategias prioritarias 1.1, 1.2, 1.3 y 1.4; en el objetivo prioritario 2 y sus estrategias prioritarias 2.1, 2.2, 2.3 y 2.4; en el objetivo prioritario 3 y sus estrategias prioritarias 3.1, 3.2 y 3.3, así como también en las metas para el bienestar asociadas a estos objetivos estratégicos, se hace mención explícita al Instituto de Salud para el Bienestar o a las funciones que a este le confiere el artículo 77 bis 35 de la Ley General de Salud.

Por su parte, el artículo octavo del Estatuto Orgánico del Instituto de Salud para el Bienestar expresa que se regirá, para su organización y funcionamiento, por las

disposiciones de la Ley, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la Ley Federal de las Entidades Paraestatales y su Reglamento, la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y su Reglamento, el citado Estatuto Orgánico y las demás disposiciones jurídicas que le resulten aplicables. También establece las atribuciones de la Junta de Gobierno, de la Dirección General y la estructura básica, así como los contenidos funcionales de cada una de sus coordinaciones.

El Instituto de Salud para el Bienestar es responsable de coordinar la publicación, ejecución y dar seguimiento de este Programa institucional 2020-2024.

C. Siglas y Acrónimos.

AP	Acciones puntuales (referidas a este Programa Institucional)
APS	Atención Primaria de Salud
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CDMX	Ciudad de México
CONACYT	Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
COVID-19	Enfermedad causada por el virus SARS-CoV2 descrita en 2019
CS	Centro de Salud
CSG	Consejo de Salubridad General
DOF	Diario Oficial de la Federación
DGIS	Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
EP	Estrategia Prioritaria (referidas a este Programa Institucional)
ESB	Equipo de Salud para el Bienestar
FONSABI	Fondo de Salud para el Bienestar
FPGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
GPS	Gasto Público en Salud
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía
INMUJERES	Instituto Nacional de las Mujeres
INPI	Instituto Nacional de Pueblos Indígenas
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
INSABI	Instituto de Salud para el Bienestar
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LGS	Ley General de Salud
LGBTTIQ	Lésbico, Gay, Bisexual, Transgénero, Transexual, Travesti, Intersexual y Queer

NA	No aplica
ND	No disponible
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OIC	Órgano Interno de Control
OP	Objetivo Prioritario (referido a este Programa Institucional)
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PND	Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024
PSS	Programa Sectorial de Salud 2020-2024
Programa	Programa Institucional 2020-2024 del INSABI
REPSS	Régimen Estatal de Protección Social en Salud (del Seguro Popular)
RH	Recursos Humanos
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
SABI (Modelo)	Modelo de Salud para el Bienestar
SEGOB	Secretaría de Gobernación
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SIS	Sistema de Información de Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
SP	Seguro Popular
UMR	Unidad Médica Rural (del IMSS-BIENESTAR)
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México

D. 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.

E. Análisis del estado actual.

En México se trabaja para construir un sistema de salud para el bienestar en los próximos años, dirigido a garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita a las personas sin seguridad social.

En ese marco, se lleva a cabo una amplia estrategia de transformación recogida PSS, siendo una pieza clave de éste la puesta en funcionamiento del INSABI, cuya creación también aparece refrendada en el PND.

Hay razones poderosas para la evolución institucional que significa la creación del INSABI, con responsabilidades sobre la gestión de los servicios de salud para la población sin seguridad social. El país padece de importantes limitaciones en

el bienestar nacional ligadas a desigualdades en la situación de salud y en el acceso a servicios de salud, que coloca en una posición desfavorable a un segmento grande de la población: aquella que su inserción en la economía nacional no les permite estar afiliados a una institución de seguridad social y también las personas y familias en situación de pobreza y vulnerabilidad social.

En 2018, se calculó que 69 millones de personas en México estaban excluidos de cobertura por la Seguridad Social (DGIS/Secretaría de Salud), siendo identificada como la población con derecho de afiliación al SP.

El SP básicamente era un esquema de financiamiento que se quedó muy lejos de ofrecer una cobertura universal al reconocer en su póliza a un conjunto predeterminado de servicios, a ser prestado en los servicios públicos de las 32 Secretarías o Institutos estatales de salud y también por operadores privados autorizados. Este planteamiento limitó el entendimiento de la salud como un derecho humano universal y no honraba plenamente el espíritu del artículo 4o de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Tuvo un claro sentido de promover mayores espacios a los prestadores privados en el mercado de salud, al tiempo que acotó el papel de la Secretaría de Salud mayormente a la administración del financiamiento y la regulación de la atención a las personas y de las prestaciones de salud pública.

Entre las insuficiencias del SP estaba el predominio de programas de atención orientados a curar enfermedades, con insuficiente consideración a las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y el abordaje de los determinantes ambientales y sociales de la salud. Adoptó una importante separación entre el cuidado de la salud colectiva y de las personas, que condicionaron conductas de la población y prácticas de los servicios contrarias a la integralidad de la atención y un comportamiento asistencial mayormente reactivo a la demanda y, por tanto, episódico en los cuidados de salud a las personas.

Además, manifestó mala calidad y baja eficiencia del GPS debido a la gran heterogeneidad de los prestadores de cuidados de salud y de los compradores de insumos y servicios, con consecuencias negativas en la eficacia institucional y poco control sobre el ejercicio del presupuesto, que se prestó al mal uso de los recursos y la corrupción.

El SP operó con altos costos de transacción, con una burocracia costosa que en 2018 se calculó en 800 millones de pesos en el nivel Federal y 3,200 millones para los 32 REPSS (Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, 2019).

La ENSANUT de 2018 estimó que 22.4 millones de mexicanas/os no estaban afiliados a la seguridad social ni al SP, evidenciando que la cobertura universal de salud declarada por el SP estaba muy lejos de ser realidad y de poder ser alcanzada en el corto y mediano plazo.

Las reformas a la LGS de 2003 para crear el SP abonaron la inequidad en salud en la población mexicana, al legalizar que la población sin seguridad social recibiera atención gratuita solo para determinados padecimientos -los incluidos en el CAUSES y el FPGC- marcando indeseables diferencias con las personas afiliadas a la seguridad social con derecho a recibir todas las atenciones de salud, según las necesidades de cada persona.

Ese modelo implicó que muchas personas y familias incurrieran en importantes gastos de bolsillo, contabilizado en 45% del gasto total en salud en los últimos 10 años (OCDE, 2019), coadyuvando al empobrecimiento de parte de la población no afiliada a la seguridad social.

Los problemas acarreados por el SP y otras fallas sistémicas del sector, como es la segmentación de la atención a la población en varias instituciones prestadoras de servicios de salud que funcionan con presupuestos desiguales, son de tal magnitud que solo llevando a cabo un cambio estructural y funcional del Sistema de Salud será posible alcanzar la salud universal de la población, sin exclusiones ni desigualdades. Para atender esta premisa de transformación se crea el INSABI en 2019 por mandato de la LGS, asignándole en la propia ley atribuciones, funciones y mecanismos para conducir los servicios de salud dirigidos a la población sin seguridad social.

El INSABI es un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propio, sectorizado en la Secretaría de Salud.

La fórmula legal del INSABI para relacionarse con los gobiernos de las entidades federativas es a través de Acuerdos de Coordinación, dirigidos a garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social en los términos previstos en el Título Tercero Bis de la LGS.

Estos Acuerdos pueden ser suscritos en dos variantes, según la decisión libre que tome el gobierno de cada entidad federativa. (1) El INSABI será responsable de organizar, operar y supervisar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en el estado; (2) El ejecutivo del estado, a través de la Secretaría de Salud y de los Servicios de Salud del Estado, será responsable de organizar, operar y supervisar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social del Estado.

El INSABI tiene planteado la siguiente misión y visión.

Misión: Proveer la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, garantizando el derecho a la protección de la salud de toda persona que establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Visión: Un Sistema Nacional de Salud universal y equitativo, donde se procura mantener a las personas sanas y se dan respuestas oportunas a las necesidades de salud y demandas de atención de la población, que brinda cuidados integrales formando parte de un sistema de salud para el bienestar que incluye a todos los prestadores públicos de servicios de salud.

Los 5 principales problemas de salud en los que el INSABI concentrará sus capacidades de trabajo en los próximos años se describen a continuación.

Problema 1. Elevado número de fallas sistémicas para brindar una atención de salud integral y oportuna en las redes de servicios de salud para la población sin seguridad social, debido al déficit de personal técnico y profesional en los servicios.

El sistema público de salud disponía en 2019 de 334,863 enfermeras y de 247,863 médicos en activo (DGIS,2019), cantidades insuficientes para cubrir con eficacia a la población sin seguridad social, siendo notorio en las listas de espera para consultas con especialistas médicos e intervenciones quirúrgicas, así como por las quejas frecuentes por falta de acceso y oportunidad de atención. La brecha de recursos humanos es también evidente cuando se contrasta que México cuenta con 1.9 médicos y 2.1 enfermeras por 1,000 habitantes, al tiempo que los países de la OCDE tienen 3.3 y 9.1, respectivamente (OCDE, 2019).

Otra cara de este problema es la inequidad en la distribución de los recursos existentes. La CDMX dispone de 1.81 médicos especialistas por 1,000 habitantes, en cambio en Veracruz, Puebla y Chiapas esta relación es de 0.31, 0.32 y 0.33, respectivamente. En la CDMX hay 1.56 camas censales por 100,000 habitantes, mientras otros 30 estados no llegan a uno. Asimismo, las enfermeras generales en la CDMX son más de 3 por cada 1,000 habitantes, cuando en otros 9 estados no llegan a uno y ningún estado alcanza la cifra de 2. Asimismo, hay notables diferencias en la disponibilidad de recursos entre las capitales de los estados y los municipios del interior, al igual que entre zonas urbanas y rurales (Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, 2019).

El personal médico y de enfermería del primer nivel de atención necesita incorporar conocimientos y habilidades para desarrollar la APS. El anterior modelo del SP no responsabilizaba a un equipo técnico con los cuidados de salud de una población delimitada, como tampoco estimulaba al médico y la enfermera a desarrollar la labor preventiva y de promoción de la salud en el primer nivel, ni consideraba la atención a los determinantes sociales y ambientales de la salud del territorio. El SP era un modelo que privilegiaba la atención a los enfermos, con mirada limitada a la salud integral de las personas, familias y comunidades. Enfrentar este problema exige esfuerzos importantes de capacitación y desarrollo del personal, que lo prepare mejor para el ejercicio de la AP.

Problema 2. Alta insatisfacción de los usuarios con los servicios de salud y cuestionamiento a la eficiencia de la atención por problemas de disponibilidad y

uso de medicamentos, equipos médicos e insumos para la salud en los establecimientos de atención.

Garantizar el abasto de medicamentos y demás insumos necesarios para una atención de calidad es un reto permanente para la autoridad sanitaria, por la complejidad intrínseca del proceso técnico y logístico para alcanzar esta meta. Este proceso pasa, necesariamente, por las etapas de selección, compra, distribución, conservación y uso racional de los medicamentos e insumos. En México, con un sistema de salud segmentado en varias instituciones prestadoras de servicios, donde cada una tiene su propia regulación y estándares de atención, se hace difícil el beneficio a plenitud de la complementariedad de capacidades, economías de escala y gestiones compartidas entre los distintos prestadores.

Diversos estudios llevados a cabo en los últimos años por centros académicos y de investigación (INSP, CONEVAL, UNAM), realizados desde la perspectiva de la calidad de la atención médica, así como la información que proporcionan los registros continuos de la Secretaría de Salud, el IMSS, el ISSSTE, PEMEX y otras instituciones sobre los niveles de suministro de medicamentos e insumos, han reflejado desabasto coyunturales o por periodos prolongados en los servicios de salud, lo que también ha sido manifestado por la población usuaria de los servicios de salud en quejas y reclamos ante las autoridades sanitarias, en instancias de defensa a los consumidores y en el sistema judicial.

Se añade la obsolescencia de muchos equipos médicos de diagnóstico y terapéuticos en los establecimientos de salud expresada por el personal trabajador del sector, así como la falta de estos cerca de donde vive la población que los obliga a viajar largas distancias, a veces a estados diferentes de donde viven, para poder acceder a los mismos.

Otro matiz de la problemática en el área de equipos médicos, medicamentos e insumos es la baja eficiencia en las compras, que se resume en la expresión reiterada en denuncias públicas e informes de los órganos de control del gobierno, de que muchas veces se compra caro y mal. En esta circunstancia han confluído dificultades sistémicas, como son los repetidos ejercicios de adquisiciones por distintas instituciones y autoridades de salud, perdiendo el beneficio de la economía de escala que brinda la compra conjunta, a lo que se suman frecuentes fallas en la distribución, resguardo y entrega de medicamentos a los pacientes en de los servicios de salud, en ocasiones matizado con denuncias de desvío de recursos y actos de corrupción.

Problema 3. Notable deterioro e insuficiencias de la infraestructura de salud para garantizar una atención médica continua y de calidad por falta de inversión en mantenimiento y conservación de la planta física, sumado a un alto número de obras inconclusas o abandonadas de hospitales y centros de salud.

En 2018 el país mostraba serias deficiencias en la infraestructura para la atención a la salud, destacando 327 obras abandonadas, de las cuales 217 correspondían a CS (INSABI, levantamiento de datos en los estados), afectando las capacidades

de diagnóstico y tratamiento ambulatorio de la población, así como de referencia a la atención especializada de quienes lo necesitan.

Entre 2019 y la primera mitad de 2020, se tomaron diversas acciones como fueron: la reorganización de los proyectos de obra en curso, luego de la evaluación física de la situación de cada una; la formalización de terminación anticipada de algunos contratos; reuniones con las áreas normativas y contratistas para definir condiciones contractuales para concluir las obras; avisos de irregularidades al OIC correspondiente; y la gestión de recursos para financiar la conclusión de los trabajos de infraestructura y equipamiento.

En agosto de 2020, la situación en esta área era la siguiente (levantamiento de datos del INSABI):

CS	Terminados	54
	En proceso	56
	Suspendidos	107
Hospitales	Terminados	18
	En proceso	50
	Suspendidos	42

Al anterior escenario se suma la notoria necesidad de llevar a cabo labores de mantenimiento y mejoras en la infraestructura de los establecimientos de APS, particularmente en el primer nivel de atención, planteada por todas las entidades federativas para mejorar su capacidad de respuesta a las demandas de atención médica de la población, cuya cuantificación con precisión y criterios de prioridad está en curso.

Problema 4. Elevado grado de desmotivación y reclamos del personal de salud por la precariedad de los contratos que no garantizan estabilidad laboral ni consideran prestaciones sociales.

A mediados de 2019, se contabilizaron más de 85 mil contratos eventuales y por honorarios en los servicios de la Secretaría de Salud, a los que se suma más de 1,000 en el IMSS-Bienestar, que son renovados anualmente (a veces por un periodo menor), eternizando una situación de precariedad laboral, sin seguridad social, de inestabilidad y desigualdad laboral que desmotiva al trabajador y no lo compromete suficientemente con la institución y la misión que cumple. De ese total, el personal médico, paramédico y afines constituye 77.55% y el personal administrativo 22.45% (datos levantados por el INSABI).

Cambiar el tipo de contratación de las personas trabajadoras del sector salud que acumulan años en esta situación, les otorgará derechos y prestaciones laborales equivalentes a quienes cuentan con plaza presupuestaria, siendo imperativa su regularización para que tengan acceso a los servicios médicos y prestaciones sociales en los casos de enfermedad, invalidez, accidente laboral o fallecimiento, así como a la pensión que garantizan las instituciones de seguridad social.

Otro matiz de este problema son las diferencias de salario que perciben las y los trabajadores de la salud por igual labor, las que se dan al interior de cada estado, dependiendo del tipo de contrato y la fuente de los recursos financieros, y también entre estados. La regularización brinda la posibilidad de la nivelación salarial conforme las funciones que cumplen, contribuyendo a superar una problemática que ha sido identificada como causa de ambiente laboral enrarecido, al tiempo que puede contribuir una mejor disposición y rendimiento de las y los trabajadores.

Las reformas a la LGS, publicadas en el DOF el 29 de noviembre de 2019, establecen un mandato claro de abordar este problema, al dejar establecido en su artículo 77 bis 35 fracción X, que el INSABI podrá: *Proponer, con sujeción a los recursos disponibles, programas de regularización del personal profesional, técnico y auxiliar para la salud que participe en la prestación de los servicios a que se refiere el presente Título, en el que consideren, entre otros aspectos, la antigüedad y el desempeño.*

Problema 5. Alta segmentación en el acceso y la cobertura de servicios de salud que ha condicionado históricas inequidades en las personas sin seguridad social, al limitar las prestaciones a las que tienen derecho de manera gratuita.

En México persisten los problemas de falta de cobertura de los servicios de salud, a pesar de estar documentado en numerosos estudios y su superación ha sido considerada como objetivo en numerosos planes y programas de desarrollo sectorial. Las más importantes barreras de acceso que han sido descritas son las siguientes: (1) de tipo geográfico, que afectan principalmente a las regiones rurales y de difícil acceso vehicular; (2) de orden social, relacionadas con la estigmatización y la discriminación que afecta a la población de zonas de alta marginación y las regiones que padecen situaciones de violencia; (3) las étnico-culturales, entre las que destacan la poca consideración a la cultura y falta de entendimiento de usos y costumbres de grupos poblacionales indígenas relacionados con los servicios de salud; (4) las organizacionales y de género, cuando los criterios de organización y funcionamiento de los establecimientos de salud no consideran suficientemente las características de las personas, familias y comunidades a quienes atiende y los requerimientos dictados por diferencias de género de las personas; (5) así como las económicas, ligadas al cobro a los pacientes en los servicios públicos y privados para poder recibir atención médica y a la compra de medicamentos y otros insumos, especialmente en el segundo y tercer nivel de atención.

Condicionado por el financiamiento exclusivo para ciertas intervenciones médicas determinadas por el SP, los establecimientos de la Secretaría de Salud con el tiempo fueron perdiendo capacidades resolutorias de numerosos padecimientos y enfermedades, ocasionando que la población sin seguridad social tuviera que pagar con dinero propio al momento de usar los servicios públicos o atenderse en el sector privado para recibir las prestaciones y los medicamentos no cubiertos por el SP.

Agrava ese cuadro la escasa coordinación entre los prestadores públicos que coexisten en un mismo territorio, que determina un escaso grado de complementariedad de las capacidades existentes ejemplificado en el poco uso compartido de los servicios de diagnóstico, terapéuticos y de rehabilitación que cada uno posee. En los programas y estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades, aun cuando están establecidos acuerdos operacionales para desarrollar de manera conjunta las jornadas y campañas de salud, la opinión de numerosos directivos locales es que la acción interinstitucional necesita crecer para poder impactar más sobre la salud colectiva.

Para que el INSABI pueda cumplir las misiones que tiene asignadas en la transformación del SNS, necesita completar sus capacidades y desplegar todas las funcionalidades que le marca la LGS y otras disposiciones legales. Esta plenitud institucional requiere que esté completada la plantilla de personal, así como aprobados y en ejercicio diversos convenios de trabajo, manuales, reglas de operación y demás instrumentos legales propios de los organismos descentralizados de la administración pública federal, que posibilitarán al INSABI desarrollar las políticas, planes y programas para la gratuidad de la atención, así como realizar la planeación y gestión de los recursos humanos, materiales y financieros para asegurar la universalidad, integralidad y continuidad de la atención a la población sin seguridad social, particularmente de quienes están en situación de vulnerabilidad.

En consideración a los 5 problemas prioritarios descritos anteriormente, este Programa Institucional del INSABI plantea igual número de Objetivos Prioritarios que brindan respuesta a la problemática expresada. Estos OP fueron elaborados tomando como referente ético y organizacional los principios rectores del PND y del PSS.

Los 5 OP explicados más adelante, se basan en los principios de trabajar con honradez y honestidad considerando el apego estricto a las leyes y disposiciones que rigen la administración pública y la transparencia de la gestión, particularmente en lo concerniente a los contratos de personal nuevo y la regularización progresiva de las personas trabajadores de salud en los próximos 4 años. También en lo concerniente a las contrataciones de servicios y las compras de equipos e insumos para los prestadores públicos de salud, que en adelante se realizarán centralizadamente integrando los requerimientos de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, lo que permitirá mejores precios por economía de escala y también cerrar espacios al mal uso de recursos y la corrupción.

El INSABI adopta importantes medidas de austeridad apegado a la directriz del PND *No puede haber gobierno rico con pueblo pobre*, consiguiendo así destinar una mayor porción del presupuesto al financiamiento de la atención médica.

Se busca garantizar que hacia 2024 todas las personas reciban atención médica y hospitalaria gratuita, incluido el suministro de medicamentos, materiales de curación y los exámenes clínicos que necesiten. Se desarrollará un plan de fortalecimiento de las capacidades humanas, materiales y de infraestructura en los establecimientos públicos de salud, eliminando lo más posible las subrogaciones y la tercerización de servicios con proveedores privados, coherente con la directriz del PND *El mercado no sustituye al Estado*.

El INSABI, como parte de la administración pública, asume la responsabilidad indelegable de ser un generador de políticas públicas coherentes y articulador de los propósitos nacionales de bienestar en lo concerniente a la prestación de servicios de salud. El modelo de salud que promueve se inscribe en las directrices del PND *Por el bien de todos, primero los pobres y No dejar a nadie atrás y no dejar a nadie fuera*. Tiene prioridades claras en la ejecución de políticas y planes de salud ligadas con los programas de bienestar del gobierno para los grupos en condiciones de vulnerabilidad, como son: los pueblos y comunidades indígenas, las mujeres víctimas de violencia y que sufren desigualdades, las personas con discapacidad, los niños y las niñas, adolescentes y las personas adultas mayores, así como la población LGTTTBIQ, afrodescendiente y las familias en situación de pobreza. Se hace la identificación territorial, familiar y comunitaria de estos grupos, para priorizar las inversiones en recursos humanos, materiales y en infraestructura en los servicios de atención que los benefician.

Se adoptan las líneas de acción del Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (Proigualdad), a cargo del INMUJERES, en lo que atañe al sector salud.

Por último, hay que señalar que el INSABI sigue el principio rector de *Democracia significa el poder del pueblo*. Se promoverá el establecimiento de Comités Comunitarios de Salud, Agua y Alimentación en los CS y las UMR, formando parte de la estrategia que impulsa la Comisión Nacional de Desarrollo Social, presidida por la Secretaría de Bienestar, con la participación de la Secretaría de Salud y los demás prestadores públicos de servicios médicos (IMSS, ISSSTE, PEMEX, etc.), otras Secretarías del gobierno (Agricultura, Medio Ambiente y Educación) e Instituciones y Consejos responsables de la atención a sectores priorizados de población y el desarrollo técnico (INPI, CONACYT, Procuraduría Agraria, entre otras).

F. Objetivos Prioritarios, Estrategias Prioritarias y Acciones Puntuales.

El siguiente cuadro presenta, en la columna izquierda, los **OP** del Programa, enlazándolos individualmente con un OP del PSS de la columna de la derecha, respetando el número que estos tienen en el PSS.

PROGRAMA INSTITUCIONAL 2020-2024 DEL INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR	Vínculo con el PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD 2020-2024
Objetivo 1. Garantizar que no falte personal médico, de enfermería y técnico en las unidades de atención a la salud, particularmente en los lugares con mayores niveles de marginación (rural, indígena y de pobreza)	Objetivo 3. Incrementar la capacidad humana y de infraestructura en las instituciones que conforman el SNS, especialmente, en las regiones con alta y muy alta marginación para corresponder a las prioridades de salud bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos.
Objetivo 2. Asegurar un abasto suficiente de medicamentos, material de curación y equipos médicos en los establecimientos de salud, que atienda las demandas de las personas, los programas prioritarios y la morbilidad de cada territorio.	Objetivo 1. Garantizar los servicios públicos de salud a toda la población que no cuente con seguridad social y, el acceso gratuito a la atención médica y hospitalaria, así como exámenes médicos y suministro de medicamentos incluidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud.
Objetivo 3. Mejorar la inversión en la construcción y el mantenimiento de la infraestructura, priorizando terminar las obras inconclusas de establecimientos de salud y apoyando una mayor equidad de capacidades entre entidades federativas.	Objetivo 3. Incrementar la capacidad humana y de infraestructura en las instituciones que conforman el SNS, especialmente, en las regiones con alta y muy alta marginación para corresponder a las prioridades de salud bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos.
Objetivo 4. Asegurar la regularización de la situación laboral de las personas trabajadoras de la salud que prestan servicio bajo contratos eventuales y por honorario, tomando como criterios la antigüedad y el desempeño.	Objetivo 1. Garantizar los servicios públicos de salud a toda la población que no cuente con seguridad social y, el acceso gratuito a la atención médica y hospitalaria, así como exámenes médicos y suministro de medicamentos incluidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud.
Objetivo 5. Garantizar la aplicación progresiva del Modelo SABI basado en la APS, cuidando no dejar a nadie atrás y reducir las inequidades entre grupos poblacionales.	Objetivo 1. Garantizar los servicios públicos de salud a toda la población que no cuente con seguridad social y, el acceso gratuito a la atención médica y hospitalaria, así como exámenes médicos y suministro de medicamentos incluidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud.

Relevancia del Objetivo Prioritario 1. Garantizar que no falte personal médico, de enfermería y técnico en las unidades de atención a la salud, particularmente en los lugares con mayores niveles de marginación (rural, indígena y de pobreza).

La relevancia de este objetivo es clara en la duplicación proyectada del número de médicos generales contratados por 1,000 habitantes, pasando de 0.59 en 2019 a más de 1 en 2024, los que permitirá garantizar mejores niveles de acceso a servicios y de cobertura médica a la población sin seguridad social. Se triplicará la formación de médicos especialistas, permitiendo que para 2024 la relación de profesionales contratados aumente a 1 por 1,000 habitantes.

El desafío de disponer de personal de salud en las regiones en situación de vulnerabilidad, que son las más necesitadas y difíciles de cubrir, se encara con la iniciativa de reclutamiento de personal Médicos del Bienestar, que en 2020 cuenta con el interés de más de 70,000 profesionales. La contratación de este personal se inició en 2020 en el contexto de la respuesta a la epidemia por COVID-19, alcanzando más de 20,000 nuevos profesionales de medicina y enfermería contratados. El impacto de este objetivo prioritario significa que se podrá contar con profesionales de la salud suficientes, capacitados y mejor distribuidos en el territorio nacional.

Los profesionales de la salud del INSABI trabajarán con un nuevo marco de acción, que se denomina Modelo SABI, con valores y principios organizativos transformadores del concepto y la práctica de la atención de salud.

La implementación progresiva de este objetivo, en contraste con las insuficiencias e inequidades que trajo el SP, permitirá superar las actuales limitaciones en el acceso y la cobertura, transformando radicalmente el sistema de cuidados a la salud que, en adelante, será gratuito, universal, proactivo, integrado y centrado en las personas y comunidades. El desarrollo de la APS y la organización de las RISS en todas las entidades federativas contribuirá a conseguir mayor eficiencia en el uso de los recursos sectorizados en la Secretaría de Salud y eficacia en los resultados de la gestión sanitaria.

Relevancia del Objetivo Prioritario 2. Asegurar un abasto suficiente de medicamentos, material de curación y equipos médicos en los establecimientos de salud, que atienda las demandas de las personas, los programas prioritarios y la morbilidad de cada territorio.

La relevancia del cumplimiento de este objetivo es evidente considerando que el uso de los medicamentos y el apoyo de los equipos médicos es crucial para diagnosticar y tratar a los enfermos y a las personas que presentan algún riesgo de salud, y que su falta puede comprometer la recuperación de la salud y la vida de los pacientes. Lo anterior no significa que el abasto debe garantizarse a cualquier costo, pues entrañaría el riesgo de no disponer de fondos suficientes, requiriéndose de madurez y eficiencia en el sistema de gestión de suministro.

para que éste sea económicamente sostenible, al tiempo que eficaz en asegurar condiciones de buena atención.

Para aumentar la eficiencia del sistema de gestión de suministros, se adoptan políticas y prácticas innovadoras en el país como es la emisión por el CSG de un Compendio Nacional de Insumos de Salud, válido para todas las instituciones públicas del sector, que racionaliza las claves de la compra pública evitando las duplicidades y adquisiciones de insumos obsoletos, abonando también el camino para realizar la compra consolidada nacional de medicamentos e insumos asociados de todas las instituciones públicas, con el beneficio de economía de escala en los precios y la intercambiabilidad entre prestadores de servicios.

Este objetivo también tiene relevancia porque aborda mejorar las cadenas de distribución y las condiciones de conservación y expendio de los medicamentos a los pacientes y el manejo eficiente de otros insumos esenciales, como son los reactivos y pruebas de laboratorio, materiales de curación y de suministros generales para el funcionamiento de los establecimientos de salud.

Relevancia del Objetivo Prioritario 3. Mejorar la inversión en construcción y el mantenimiento de la infraestructura, priorizando terminar las obras inconclusas de establecimientos de salud y apoyando una mayor equidad de capacidades entre entidades federativas.

Cumplir el Programa 2020-2024 de construcción y terminación de obras permitirá que entren en funcionamiento cerca de 300 obras inconclusas de hospitales y centros de salud, que fortalecerán las capacidades de atención médica y mejorarán la equidad entre las entidades federativas en el acceso y la cobertura universal de salud a la población, ya que el citado Programa establece un criterio de prioridad para aquellas con mayores atrasos y debilidades en la infraestructura de salud para atender con calidad a la población sin seguridad social.

Otro elemento de impacto de este plan de infraestructura es la progresiva superación de la falta de articulación entre el primer y el segundo nivel de atención, al considerar en los objetos de obra los requerimientos y aportes para la atención integral y continua de las personas en las RISS.

El fortalecimiento de capacidades del primer nivel de atención es también un saldo importante del cumplimiento de este objetivo, al contemplarse la remodelación, ampliación y adecuación de más de 6,200 Centros de Salud a lo largo del sexenio, para que el personal de salud trabaje en condiciones más comfortable para el importante papel que cumplen como guardianes de la salud de la población.

Las inversiones en infraestructura forman parte de los acuerdos de coordinación que anualmente firma el INSABI con los gobiernos de las entidades federativas, posibilitando su necesaria correlación con la contratación de recursos humanos

y la compra de los suministros y equipos para el funcionamiento de los establecimientos de salud, evitando la situación de unidades terminadas que no brindan servicios a la población por la carencia de recursos humanos o materiales.

Relevancia del Objetivo Prioritario 4. Asegurar la regularización de la situación laboral de las personas trabajadoras de la salud que prestan servicio bajo contratos eventuales y por honorarios, tomando como criterios la antigüedad y el desempeño.

La propuesta de regularizar a las personas trabajadoras del sector salud generará en ellos un mayor sentido de pertenencia a la institución, así como traerá mejoras al entorno laboral y la estabilidad económica del personal, al posibilitar que reciban las prestaciones mínimas de ley y también el acceso a la seguridad social y que sus percepciones económicas estén garantizadas, con justicia y seguridad laboral.

También hará más atractivo trabajar en la Secretaría de Salud a los profesionales, técnicos y auxiliares de salud del país, abriéndoles oportunidades de calificación, capacitación y actualización, así como de desarrollar los conocimientos y habilidades para el desempeño de sus intereses profesionales y comprometerlos con la elevación de la calidad de la atención de salud.

Relevancia del Objetivo Prioritario 5. Garantizar la aplicación progresiva del Modelo SABÍ basado en la APS, cuidando no dejar a nadie atrás y reducir las inequidades entre grupos poblacionales.

Los servicios de salud de México se transformarán progresivamente con la aplicación del Modelo SABÍ, alcanzando en 2024 la condición de un sistema sanitario esencialmente público y plenamente gratuito. Sus valores serán la universalidad, entendida como el disfrute por todas las personas de acceso y cobertura de atención médica según las necesidades de cada uno; la equidad en los beneficios que reciben las y los mexicanos del sistema público sanitario, independiente de su adscripción o no a un régimen de seguridad social; la integralidad porque cubrirá la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la curación y la rehabilitación de los enfermos, así como la atención continua en los distintos niveles de complejidad técnica, ambulatoria y hospitalaria; y la calidad, considerando el uso seguro de los servicios de salud y la garantía de condiciones estructurales y funcionales adecuadas para el cuidado de la salud individual y colectiva de la población.

La política de APS se impulsará decididamente apuntando a mejorar la eficiencia en el uso de los recursos disponibles y la eficacia en los resultados de salud, para lo que se tomarán en cuenta las lecciones aprendidas en otros países y las experiencias de vanguardia de México, que se procurarán generalizar atemperadas a las condiciones de cada estado y región. Otro elemento innovador es el desarrollo de las RISS, tomando como eje estructurador la propuesta de

crear Distritos de Salud los que se desarrollarán a partir de las actuales Jurisdicciones Sanitarias.

La transformación del sistema de atención a la salud para la población sin seguridad social mediante el desarrollo de la APS y las RISS, se acompaña de nuevos instrumentos de rectoría y regulación que incluyen políticas, reglamentos y directrices que proporcionan certeza jurídica y completan el marco instrumental para que el INSABI pueda cumplir su objeto de garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados.

A continuación, se exponen los 5 Objetivos Prioritarios que conforman este Programa describiendo para cada uno las Estrategias Prioritarias y las Acciones Puntuales que permitirán llevarlos a la práctica.

OP 1. Garantizar que no falte personal médico, de enfermería y técnico en las unidades de atención a la salud, particularmente en los lugares con mayores niveles de marginación (rural, indígena y de pobreza)

Las **Estrategias Prioritarias** y las **Acciones Puntuales** para cumplir este objetivo son:

EP 1.1 Identificar las brechas de número y capacidades del personal profesional y técnico en las unidades de atención de todas las entidades federativas, diferenciándolas por niveles de atención y especialidad.

Acciones Puntuales
1.1.1 Difundir en las entidades federativas de los criterios para definir el número de ESB necesarios para implementar el Modelo SABI.
1.1.2 Elaborar anualmente la relación de ESB necesarios según los parámetros del Modelo SABI.
1.1.3 Apoyar la actualización anual de necesidades de personal médico, de enfermería y gestores comunitarios de atención primaria de salud.
1.1.4 Considerar los resultados de estudios sobre cantidad y distribución de los RH para estimar las necesidades de personal, infraestructura e insumos para la atención.
1.1.5 Promover espacios de diálogo con las entidades federativas para analizar las necesidades de personal en áreas vulnerables.
1.1.6 Apoyar los esfuerzos para que la relación entre el personal administrativo con respecto al técnico no rebase el 10 % en las nuevas unidades médicas.
1.1.7 Promover la realización de estudios sobre gestión y desarrollo de la fuerza de trabajo en salud.

EP 1.2 Aumentar la formación y contratación de personal de salud para cubrir los puestos vacantes y de nueva creación en las unidades del primer y segundo nivel de atención priorizando donde exista mayor rezago social y déficit de personal.

Acciones Puntuales
1.2.1 Difundir en 2020 la convocatoria a la iniciativa “Médicos del Bienestar” y mantenerla hasta 2024 para reclutar profesionales dispuestos a trabajar en las zonas de complejidad geográfica y social.
1.2.2 Fomentar que los inscriptos en Médicos del Bienestar vayan a ocupar las vacantes en las zonas con mayor rezago y vulnerabilidad.
1.2.3 Difundir las plazas vacantes de personal médico y de enfermería en Centros de Salud y Hospitales con déficit.
1.2.4 Considerar los resultados de estudios sobre permanencia de profesionales en las áreas de mayor conflictividad social para proponer estímulos a su retención.
1.2.5 Apoyar la definición de plantillas de personal de los hospitales construidos en 2020 considerando criterio de funcionamiento 24 horas/7 días.
1.2.6 Promover el crecimiento de la formación de médicos especialistas para mejorar la atención de la población sin seguridad social.
1.2.7 Apoyar la cuantificación de necesidades de personal para una respuesta oportuna y eficaz en las epidemias y otras emergencias sanitarias.
1.2.8 Contratar personal de salud de manera temporal en las unidades de atención médica en caso de epidemias y otras emergencias sanitarias y evaluar su desempeño.

EP 1.3 Fortalecer la atención primaria de salud (APS) mediante estrategias dinamizadoras y la capacitación de técnicos y profesionales orientada al control de las principales enfermedades y causas de muerte de la población en situación de vulnerabilidad.

Acciones Puntuales
1.3.1 Promover y controlar la implementación del Modelo SABÍ en todos los estados del país.
1.3.2 Elaborar un plan de capacitación sobre APS que tome en cuenta la diversidad étnica y cultural del país.
1.3.3 Construir una plataforma digital para la capacitación de personal y construir alianzas con universidades y centros de excelencia del sistema de salud para su uso.
1.3.4 Capacitar en varias etapas dirigido a los Gestores Comunitarios de APS que trabajan en las ESB.
1.3.5 Promover una cultura de educación continua en el personal de los establecimientos de salud y generar programas de capacitaciones en APS.
1.3.6 Elaborar programas de capacitación para el personal profesional en casos de epidemia y otras emergencias sanitarias.
1.3.7 Elaborar y difundir instrumentos de regulación y estándares para la cobertura universal e integral de la salud.
1.3.8 Apoyar las estrategias dinamizadoras de la APS en los estados adheridos al INSABI.

1.3.9 Promover la medición del impacto de las estrategias dinamizadoras de la APS en la salud poblacional.

OP 2. Asegurar un abasto suficiente de medicamentos, material de curación y equipos médicos en los establecimientos de salud, que atienda las demandas de las personas, los programas prioritarios y la morbilidad de cada territorio.

Las **Estrategias Prioritarias** y las **Acciones Puntuales** para cumplir este objetivo son:

EP 2.1 Implementar un proceso de identificación de las necesidades de medicamentos y demás insumos de las entidades federativas adheridas al INSABI y su consolidación con los requerimientos de otras instituciones públicas de salud del país.

Acciones Puntuales
2.1.1 Elaborar un sistema automatizado para integrar los requerimientos de compras de medicamentos e insumos de las instituciones públicas de salud.
2.1.2 Elaborar y difundir un calendario del proceso de compra de medicamentos e insumos a todas las instituciones y niveles administrativos del sistema de salud.
2.1.3 Apoyar la divulgación del Compendio Nacional de Insumos de Salud y sus actualizaciones como marco para los requerimientos de compras.
2.1.4 Considerar los resultados de estudios sobre necesidades de medicamentos e insumos para mejorar el proceso de planeación.
2.1.5 Apoyar la elaboración de materiales para la gestión del conocimiento sobre necesidades de medicamentos e insumos para la atención a la salud.
2.1.6 Capacitar a servidores públicos sobre determinación de necesidades de compra de medicamentos e insumos para la salud.
2.1.7 Considerar las recomendaciones de expertos para realizar ajustes a la definición de necesidades de medicamentos e insumos.
2.1.8 Cumplir con las normas y estándares de transparencia y rendición de cuenta establecidos por la función pública en lo relacionado con la compra de insumos.

EP 2.2 Atender los requerimientos para la compra consolidada de medicamentos, equipos y demás insumos para la salud a través de procesos licitatorios nacional e internacional.

Acciones Puntuales
2.2.1 Establecer Acuerdos de Coordinación con las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud relacionado con la compra consolidada de medicamentos e insumos.
2.2.2 Consolidar solicitudes de compras de las entidades adheridas al INSABI e instituciones públicas de salud en un paquete único.

2.2.3 Apoyar la revisión de los requerimientos de compra de medicamentos e insumos con base en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud.
2.2.4 Realizar acuerdos de cooperación con agencias del sistema de Naciones Unidas que apoyan la compra consolidada de medicamentos e insumos para la salud.
2.2.5 Promover la creación de base de datos de proveedores de medicamentos e insumos, con información de precios, calidad y cumplimiento de contratos.
2.2.6 Elaborar y divulgar estándares y reglas de operación para las compras de medicamentos e insumos.
2.2.7 Promover la realización de estudios comparativos sobre precios de medicamentos y eficiencia en los procesos de compra.
2.2.8 Cumplir con las normas y estándares de transparencia y rendición de cuenta establecidos por la función pública y la SHCP para las compras públicas.

EP 2.3 Fortalecer las redes de almacenamiento y distribución de medicamentos y demás insumos de salud en todo el país.

Acciones Puntuales
2.3.1 Construir Acuerdos de Coordinación y contratos anuales con instituciones públicas y empresas a cargo de la distribución de medicamentos a las entidades federativas.
2.3.2 Promover la realización periódica de evaluaciones de la estructura y procesos de los almacenes y centros de mezcla de medicamentos.
2.3.3 Apoyar el mapeo de las redes de distribución de medicamentos e insumos para la salud por entidad federativa y realizar análisis críticos sobre la eficacia de su labor.
2.3.4 Controlar la labor de los centros de mezcla de medicamentos y planear su trabajo para atender la demanda de las unidades de atención.
2.3.5 Planear la conservación e inversiones en la infraestructura y los medios operacionales de los almacenes de insumos de salud.
2.3.6 Apoyar la medición de indicadores de disponibilidad de medicamentos e insumos esenciales en los establecimientos de salud.
2.3.7 Considerar recomendaciones de expertos, comités técnicos y autoridades para garantizar el suministro de medicamentos e insumos.
2.3.8 Promover que los trabajadores conozcan los reglamentos sobre control y resguardo de medicamentos e insumos y actúen con ética y responsabilidad.
2.3.9 Elaborar informes periódicos a las autoridades de gobierno sobre el abasto de medicamentos e insumos a los servicios de salud.

EP 2.4 Aumentar las capacidades resolutivas de las redes de servicios de salud dotándolas de los equipos médicos necesarios para desarrollar el Modelo SABI de manera progresiva en los próximos 4 años.

Acciones Puntuales
2.4.1 Construir bases de datos sobre equipos esenciales y de alto costo en las redes de servicios de salud y sus características.
2.4.2 Promover la realización de estudios de situación y capacidad resolutive de los servicios basada en el uso de equipos médicos especializado.
2.4.3 Considerar opiniones de especialistas y grupos técnicos para mejorar la disponibilidad y uso de los equipos médicos.
2.4.4 Apoyar la integración de necesidades de equipos médicos para definir planes de inversión del INSABI.
2.4.5 Apoyar a las coordinaciones de infraestructura y médica del INSABI para la compra de equipos a los nuevos establecimientos de salud.
2.4.6 Establecer parámetros de requerimiento de equipos médicos de alto costo por tipo de unidad de atención y población beneficiada.
2.4.7 Elaborar y difundir materiales técnicos sobre mantenimiento y conservación de equipos médicos.
2.4.8 Cumplir con las normas y estándares de transparencia y rendición de cuentas en lo que respecta a disponibilidad y uso de equipos médicos bajo responsabilidad del INSABI.

EP 2.5 Garantizar la compra y distribución de medicamentos y pruebas de laboratorio para las intervenciones que pueden provocar gastos catastróficos en las familias, financiados por las subcuentas del FONSABI para este fin.

Acciones Puntuales
2.5.1 Apoyar la divulgación y entendimiento de las reglas de operación del FONSABI en los establecimientos de atención de alta especialidad.
2.5.2 Construir anualmente una base de datos con las solicitudes de medicamentos y pruebas de laboratorio para adquirir por el FONSABI
2.5.3 Elaborar junto con la coordinación médica los requerimientos de medicamentos e insumos a adquirir por el FONSABI.
2.5.4 Controlar la entrega y uso de medicamentos e insumos adquiridos por el FONSABI a las unidades de salud con Convenio.
2.5.5 Apoyar a la Coordinación Médica en la definición de necesidades de medicamentos e insumos para las enfermedades que provocan gastos catastróficos establecidas por el CSG.
2.5.6 Capacitar al personal técnico y de administración sobre procesos de compra y distribución de los medicamentos e insumos que maneja el FONSABI.
2.5.7 Cumplir con las normas y estándares de transparencia y rendición de cuentas establecidos por la función pública y la SHCP en lo que respecta al FONSABI.

OP 3. Mejorar la inversión en la construcción y el mantenimiento de la infraestructura, priorizando terminar las obras inconclusas de establecimientos de salud y apoyando una mayor equidad de capacidades entre entidades federativas.

Las **Estrategias Prioritarias** y las **Acciones Puntuales** de cumplir este objetivo son:

EP 3.1 Identificar las obras de infraestructura inconclusas y determinar cuáles terminar considerando su necesidad para mejorar la gestión local de salud y las que se abandonarán definitivamente por tener poco valor estratégico en el desarrollo sectorial.

Acciones Puntuales
3.1.1 Identificar las obras inconclusas y elaborar una base de datos con información del inmueble, capacidades proyectadas y la población a beneficiar.
3.1.2 Promover la realización de evaluaciones de las condiciones físicas de cada uno de los inmuebles inconclusos.
3.1.3 Elaborar y aplicar a las obras inconclusas criterios para descartar inmuebles que técnicamente se dictaminen no recuperables.
3.1.4 Apoyar los estudios de costos para decidir la factibilidad de recuperación de inmuebles inconclusos.
3.1.5 Elaborar y difundir anualmente un orden de prioridad de inversión de los inmuebles con posibilidad de recuperación.
3.1.6 Considerar las recomendaciones de especialistas y grupos técnicos para continuar o no obras basadas en apreciaciones tácticas y funcionales.

EP 3.2 Implementar un programa de mantenimiento y corrección de problemas estructurales de los Centros de Salud entre 2021 y 2024, que coadyuve al desarrollo de la APS en el país.

Acciones Puntuales
3.2.1 Construir y actualizar anualmente en cada entidad federativa el mapa de los centros de salud con datos del inmueble y capacidades técnicas.
3.2.2 Capacitar al personal técnico para determinar las condiciones físicas y costos de mantenimiento y corrección de problemas estructurales de los inmuebles.
3.2.3 Elaborar y difundir un catálogo de conceptos genéricos de los elementos constructivos comunes para un programa de mantenimiento.
3.2.4 Apoyar el cálculo de costos de mantenimiento de cada centro de salud según la superficie construida y el catálogo de conceptos genéricos.
3.2.5 Elaborar conjuntos de centros de salud considerando el entorno geográfico y comunicacional, con costos paramétricos de mantenimiento de los inmuebles.
3.2.6 Otorgar recursos para el mantenimiento de los conjuntos de centros de salud estableciendo orden de prioridad anual por entidad federativa.

EP 3.3 Atender el rezago de inversión en infraestructura financiando proyectos por la subcuenta de necesidades de infraestructura del FONSABI, priorizando a las entidades federativas de mayor vulnerabilidad social.

Acciones Puntuales
3.3.1 Elaborar un cronograma de proyectos de infraestructura a ser considerados en el FONSABI y actualizarlo anualmente.
3.3.2 Considerar los resultados de estudios sobre necesidades de mantenimiento de hospitales de segundo y tercer nivel para definir prioridades de inversión.
3.3.3 Elaborar listas de inmuebles que requieren de proyectos de infraestructura diferente a mantenimiento y considerar posibilidades de ejecución.
3.3.4 Considerar para inversión en el marco de las reglas del FONSABI los proyectos de trabajos diferentes al mantenimiento de los inmuebles.
3.3.5 Promover la estimación de costos de inversión de inmuebles sujetos a obra de infraestructura diferente a mantenimiento.
3.3.6 Otorgar recursos a los proyectos de inversión autorizados, dar seguimiento y rendir cuenta por su grado de avance.

OP 4. Asegurar la regularización de la situación laboral de las personas trabajadoras de la salud que prestan servicio bajo contratos eventuales y por honorarios, tomando como criterios la antigüedad y el desempeño.

Las **Estrategias Prioritarias** y las **Acciones Puntuales** para cumplir este objetivo son:

EP 4.1 Identificar el universo de personas trabajadoras que prestan sus servicios bajo contratos eventuales y por honorarios en las entidades federativas en 2020 y sistematizar la información relevante de sus contratos en una base de datos actualizada anualmente.

Acciones Puntuales
4.1.1 Construir una base de datos de las personas trabajadoras con contratos eventuales y por honorarios para tomar decisiones sobre su regularización.
4.1.2 Controlar en cada entidad federativa la plantilla de quienes prestan sus servicios con contratos eventuales y por honorarios.
4.1.3 Promover cruces de información para validar los datos resguardados en la Dirección de Regularización de Personal con los enviados por las entidades federativas.
4.1.4 Promover ejercicios de clasificación de los criterios de antigüedad, función, edad, adscripción, entre otros, para el análisis de rigor.
4.1.5 Considerar la información de la base de datos universal de personas trabajadoras sobre antigüedad y desempeño para decidir sobre el ordenamiento de la regularización.
4.1.6 Promover la actualización mensual de la base de datos y hacer los resguardos para contar con información veraz y oportuna.

EP 4.2 Implementar un esquema presupuestario que cumpla con los criterios de la SHCP para obtener las plazas de nueva creación que garanticen la regularización de las personas trabajadoras de la salud entre 2021 y 2024.

Acciones Puntuales
4.2.1 Apoyar la actualización de información sobre características de los contratos del personal bajo contrato eventual y por honorarios.
4.2.2 Construir el listado total de plazas sujetas a la regularización y proyectar su ordenamiento según criterios de antigüedad y desempeño.
4.2.3 Elaborar los costos grupales de personas a regularizar para definir el recurso anual necesario para la creación de las plazas hasta 2024.
4.2.4 Promover ante la SHCP la creación de plazas en cada ejercicio fiscal que garantice la regularización proyectada.
4.2.5 Mantener comunicación con la SHCP sobre las consideraciones y actualizaciones de información para obtener los dictámenes presupuestarios de las plazas.
4.2.6 Promover ante la SHCP el registro de los sistemas informáticos de plazas y los costos de cada una.

EP 4.3 Aumentar el número de personas trabajadoras del sector salud que reciben los beneficios de las prestaciones establecidas en la legislación laboral vigente y de la seguridad social implementando un programa de regularización progresiva hasta 2024.

Acciones Puntuales
4.3.1 Capacitar un enlace en cada Entidad Federativa para coordinar las solicitudes de información y la conciliación de datos.
4.3.2 Elaborar los criterios de verificación e integrar los datos en los expedientes de personal, conciliando con la información enviadas por las entidades federativas.
4.3.3 Promover la expedición de constancias de servicios para avalar la antigüedad de las personas trabajadoras.
4.3.4 Apoyar la emisión de expedientes de las personas bajo contrato eventual y por honorario y mantenerlos actualizados.
4.3.5 Apoyar la validación de la información de los años de servicio de las personas bajo contrato eventual y por honorario.
4.3.6 Elaborar y difundir convenios con cada Entidad Federativa para la transferencia al INSABI del personal regularizado.
4.3.7 Controlar que se remitan a la Dirección de personal del INSABI mediante oficio los expedientes del personal regularizado debidamente integrados.
4.3.8 Controlar a través de la Dirección de personal del INSABI a las y los trabajadoras con plaza presupuestal con transparencia.

OP 5. Garantizar la aplicación progresiva del Modelo SABI basado en la APS, cuidando no dejar a nadie atrás y reducir las inequidades entre grupos poblacionales.

Las **Estrategias Prioritarias** y las **Acciones Puntuales** para cumplir este objetivo son:

EP 5.1 Implementar la APS para asegurar el acceso universal, público y gratuito a servicios de salud integrales de la población sin seguridad social, en particular en las regiones en situación de vulnerabilidad.

Acciones Puntuales
5.1.1 Promover la gratuidad de los servicios de salud del primer y segundo nivel de atención para la población sin seguridad social.
5.1.2 Promover la participación comunitaria en la gestión institucional y los cuidados a la salud de la población.
5.1.3 Apoyar la atención integral con fuerte acento en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.
5.1.4 Considerar los resultados de estudios y evaluaciones sobre los desafíos de la APS en el país en las nuevas políticas y directrices.
5.1.5 Elaborar y difundir una estrategia de desarrollo de los servicios que atienda la diversidad sociocultural y ayude a superar la inequidad entre grupos poblacionales.
5.1.6 Fomentar los estudios y evaluaciones sobre la aplicación del Modelo SABÍ y la APS para mejorar las estrategias en curso.
5.1.7 Promover acciones de cuidado a la salud y atención integral a migrante en México y de los connacionales que retornan al país.
5.1.8 Promover el acceso universal a servicios de salud para las mujeres en el marco de las acciones del Programa Proigualdad.

EP 5.2 Fortalecer el marco jurídico y operacional del INSABI para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social.

Acciones Puntuales
5.2.1 Promover acuerdos de coordinación anuales con las 32 entidades federativas para la gratuidad de servicios y medicamentos.
5.2.2 Promover acuerdos y convenios con institutos de seguridad social para el intercambio de servicios.
5.2.3 Considerar los resultados de estudios y las opiniones informadas para la eliminación progresiva de las subrogaciones a entes privados.
5.2.4 Constituir el fideicomiso del FONSABI, dotarlo de reglas de operación y sostener su actuación.
5.2.5 Elaborar y difundir el Reglamento de la LGS en materia de prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos e insumos asociados.
5.2.6 Elaborar y difundir el Programa Estratégico que defina la progresividad, cobertura de servicios y el modelo de atención.
5.2.7 Apoyar las estrategias y planes para enfrentar las emergencias sanitarias y brotes epidémicos.
5.2.8 Apoyar la difusión de información sobre la transformación del sector salud y los valores institucionales.
5.2.9 Apoyar la atención oportuna a las sugerencias y quejas de la población sobre el funcionamiento de los servicios de salud.
5.2.10 Controlar que se brinde respuesta oportuna a las solicitudes de información recibidas de la unidad de transparencia.

EP 5.3 Fomentar la implementación progresiva de las RISS que garanticen a la población sin seguridad social atención continua y resolutive de los problemas de salud, sin exclusiones de ningún tipo.

Acciones Puntuales
5.3.1 Considerar las experiencias de los estados de articulación entre el primer y segundo nivel para establecer las directrices de continuidad de la atención.
5.3.2 Promover la elaboración de una propuesta metodológica para el desarrollo de las RISS en el país.
5.3.3 Considerar las experiencias del IMSS-BIENESTAR y otras nacionales para desarrollar la APS y las RISS en las entidades federativas.
5.3.3 Considerar la propuesta de Distritos de Salud para el replanteamiento de las Jurisdicciones Sanitarias en el Modelo SABI.
5.3.4 Apoyar el fortalecimiento de las coordinaciones operativas entre el segundo y tercer nivel de atención en la RISS.
5.3.5 Considerar las experiencias de uso de expedientes electrónico en curso para elaborar una propuesta nacional.
5.3.6 Promover los acuerdos entre las entidades federativas para la atención oportuna y eficaz a las personas, particularmente de las urgencias médicas.
5.3.7 Considerar alternativas para avanzar progresivamente en la gratuidad de los servicios de tercer nivel de atención.
5.3.8 Controlar la eliminación de cualquier forma de racismo, intolerancia o discriminación en el acceso y uso de los servicios de salud.
5.3.9 Promover la certificación y la acreditación de la calidad de los establecimientos públicos de atención médica.

G. Metas para el bienestar y parámetros.

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO			
Nombre	1.1 Personal médico por mil habitantes sin seguridad social.		
Objetivo prioritario	Garantizar que no falte personal médico, de enfermería y técnico en las unidades de atención a la salud, particularmente en los lugares con mayores niveles de marginación (rural, indígena y de pobreza).		
Definición o descripción	El indicador mide la disponibilidad de personal médico por cada mil habitantes sin seguridad social.		
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Periódico

Unidad de medida	Tasa por mil		Periodo de recolección de datos		Enero – Diciembre	
Dimensión	Eficacia		Disponibilidad de la información		Septiembre	
Tendencia esperada	Ascendente		Unidad Responsable de reportar el avance		INSABI/Coordinación de Análisis Estratégico y Evaluación	
Método de cálculo	Total de médicos entre población sin seguridad social por mil habitantes					
Observaciones	Los valores asociados a la meta son estimaciones con base en la tendencia del indicador de 2015 a 2018.					
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE						
Nombre variable 1	Médicos	Valor variable 1	123,595	Fuente de información variable 1	Secretaría de Salud/DGIS/SIS	
Nombre variable 2	Población sin seguridad social	Valor variable 2	68,112,161	Fuente de información variable 2	Secretaría de Salud/DGIS/CONAPO, Proyecciones de Población 1990-2030.	
Sustitución en método de cálculo del indicador	[123595 / 68112161] * 1000 = 1.81					
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor	1.81		En 2018 se contaba con 1.81 médicos por cada mil habitantes sin seguridad social			
Año	2018					
META 2024			Nota sobre la meta 2024			
2.20			Para 2024 se estiman de 2.20 médicos por cada mil habitantes sin seguridad social			
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1.59	1.62	ND	1.75	1.78	1.81	1.81
METAS INTERMEDIAS						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	
1.96	2.00	2.05	2.10	2.15	2.20	

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO					
Nombre	1.2 Personal de enfermería por mil habitantes sin seguridad social.				
Objetivo prioritario	Garantizar que no falte personal médico, de enfermería y técnico en las unidades de atención a la salud, particularmente en los lugares con mayores niveles de marginación (rural, indígena y de pobreza).				
Definición o descripción	El indicador mide la disponibilidad de personal de enfermería por cada mil habitantes sin seguridad social.				
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual		
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Periódico		
Unidad de medida	Tasa por mil	Periodo de recolección de datos	Enero – Diciembre		
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Septiembre		
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad Responsable de reportar el avance	INSABI/Coordinación de Análisis Estratégico y Evaluación		
Método de cálculo	Total de enfermeras entre población sin seguridad social por mil habitantes				
Observaciones	Los valores asociados a la meta son estimaciones con base en la tendencia del indicador de 2015 a 2018.				
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE					
Nombre variable 1	Enfermeras	Valor variable 1	180,083	Fuente de información variable 1	Secretaría de Salud/DGIS/SIS
Nombre variable 2	Población sin seguridad social	Valor variable 2	68,112,161	Fuente de información variable 2	Secretaría de Salud/DGIS/CO NAPO, Proyecciones de Población 1990-2030.
Sustitución en método de cálculo del indicador	[180083 / 68112161] * 1000 = 2.64				
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS					
Línea base			Nota sobre la línea base		
Valor	2.64				

Año	2018			En 2018 se contaba con 2.64 enfermeras por cada mil habitantes sin seguridad social		
META 2024				Nota sobre la meta 2024		
3.35				Para 2024 se estiman de 3.35 enfermeras por cada mil habitantes sin seguridad social		
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
2.20	2.30	ND	2.53	2.58	2.63	2.64
METAS INTERMEDIAS						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	
2.81	2.95	3.05	3.15	3.25	3.35	

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO			
Nombre	2.1 Porcentaje de surtimiento completo de recetas.		
Objetivo prioritario	Asegurar un abasto suficiente de medicamentos, material de curación y equipos médicos en los establecimientos de salud, que atienda las demandas de las personas, los programas prioritarios y la morbilidad de cada territorio.		
Definición o descripción	El indicador 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	Anual
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Periódico
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de datos	Primer trimestre
Dimensión	Eficiencia y Calidad	Disponibilidad de la información	Segundo trimestre
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad Responsable de reportar el avance	INSABI/Coordinación de Análisis Estratégico y Evaluación
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	Se tomarán como basal los resultados de ENSANUT 2018 y para años posteriores se levantará anualmente una Encuesta de Salud para el Bienestar, donde un módulo se dedicará al abasto de medicamentos y el surtimiento de recetas.		

APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE						
Nombre variable 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	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 para el 2018 fue de 69.97%			
Año	2018					
META 2024			Nota sobre la meta 2024			
92			Se estima que para el 2024 las recetas deberán surtir en el 92%			
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
65.20	NA	NA	68.97	NA	NA	69.97
METAS INTERMEDIAS						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	
ND	ND	80	85	90	92	

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO			
Nombre	2.2 Camas por 10 mil habitantes sin seguridad social		
Objetivo prioritario	Asegurar un abasto suficiente de medicamentos, material de curación y equipos médicos en los establecimientos de salud, que atienda las demandas de las personas, los programas prioritarios y la morbilidad de cada territorio.		
Definición o descripción	El indicador mide la disponibilidad de camas por 10 mil habitantes sin seguridad social		
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual

Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Periódico			
Unidad de medida	Tasa por 10 mil	Periodo de recolección de datos	Enero – Diciembre			
Dimensión	Eficiencia y Calidad	Disponibilidad de la información	Septiembre			
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad Responsable de reportar el avance	INSABI/Coordinación de Análisis Estratégico y Evaluación			
Método de cálculo	Total de camas entre la población sin seguridad social por 10 mil habitantes					
Observaciones	Las camas que se consideran en el indicador refieren a las disponibles para población sin seguridad social					
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE						
Nombre variable 1	Número de camas para población sin seguridad social	Valor variable 1	42,446	Fuente de información variable 1	Secretaría de Salud/DGIS/SIS	
Nombre variable 2	Población sin seguridad social	Valor variable 2	68,112,161	Fuente de información variable 2	Secretaría de Salud/DGIS. CONAPO, Proyecciones de Población 1990-2030.	
Sustitución en método de cálculo del indicador	[42446 / 68112161]*10,000 = 6.2					
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor	6.2		En 2018 la disponibilidad de camas fue 6.2 por cada 10 mil personas sin seguridad social			
Año	2018					
META 2024			Nota sobre la meta 2024			
6.5			Se estima que para el 2024 la disponibilidad de camas será de 6.5 por cada 10 mil personas sin seguridad social			
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
6.3	6.5	ND	6.3	6.3	6.3	6.2
METAS INTERMEDIAS						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	

6.2	6.3	6.3	6.4	6.4	6.5
-----	-----	-----	-----	-----	-----

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO					
Nombre	2.3 Equipo de Rx por 100 mil habitantes sin seguridad social				
Objetivo prioritario	Asegurar un abasto suficiente de medicamentos, material de curación y equipos médicos en los establecimientos de salud, que atienda las demandas de las personas, los programas prioritarios y la morbilidad de cada territorio.				
Definición o descripción	El indicador mide la disponibilidad de equipo de Rx por 100 mil habitantes sin seguridad social				
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual		
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Periódico		
Unidad de medida	Tasa por 100 mil	Periodo de recolección de datos	Enero - Diciembre		
Dimensión	Eficiencia y Calidad	Disponibilidad de la información	Septiembre		
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad Responsable de reportar el avance	INSABI/Coordinación de Análisis Estratégico y Evaluación		
Método de cálculo	Total de equipos de Rx entre la población por 100 mil habitantes sin seguridad social				
Observaciones	Los equipos de Rx que se consideran en el indicador refieren a los disponibles para población sin seguridad social				
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE					
Nombre variable 1	Número de Rx para población sin seguridad social	Valor variable 1	1,361	Fuente de información variable 1	Secretaría de Salud/DGIS/SIS
Nombre variable 2	Población sin seguridad social	Valor variable 2	68,112,161	Fuente de información variable 2	Secretaría de Salud/DGIS. CONAPO, Proyecciones de Población 1990-2030.

Sustitución en método de cálculo del indicador	[1361/68112161]*100000=2.05					
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS						
Línea base				Nota sobre la línea base		
Valor	2.05			En 2016 la disponibilidad de equipos de Rx fue de 2.05 por cada 100 mil personas sin seguridad social		
Año	2016					
META 2024				Nota sobre la meta 2024		
2.10				Se estima que para 2024 habrán 2.10 equipos de Rx por cada 100 mil personas sin seguridad social		
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ND	1.90	ND	2.00	2.05	ND	ND
METAS INTERMEDIAS						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	
ND	2.06	2.07	2.08	2.09	2.10	

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO			
Nombre	2.4 Equipo de ultrasonido por 100 mil habitantes sin seguridad social		
Objetivo prioritario	Asegurar un abasto suficiente de medicamentos, material de curación y equipos médicos en los establecimientos de salud, que atienda las demandas de las personas, los programas prioritarios y la morbilidad de cada territorio.		
Definición o descripción	El indicador mide la disponibilidad de ultrasonido por 100 mil habitantes sin seguridad social		
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Periódico
Unidad de medida	Tasa por 100 mil	Periodo de recolección de datos	Enero – Diciembre
Dimensión	Eficiencia y Calidad	Disponibilidad de la información	Septiembre
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad Responsable de reportar el avance	INSABI/Coordinación de Análisis Estratégico y Evaluación

Método de cálculo	Total de equipos de ultrasonido entre la población sin seguridad social por 100 mil habitantes					
Observaciones	Los equipos de ultrasonido que se consideran en el indicador refieren a los disponibles para población sin seguridad social					
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE						
Nombre variable 1	Número de ultrasonidos para población sin seguridad social	Valor variable 1	1,540	Fuente de información variable 1	Secretaría de Salud/DGIS/SIS	
Nombre variable 2	Población sin seguridad social	Valor variable 2	68,112,161	Fuente de información variable 2	Secretaría de Salud/DGIS, CONAPO, Proyecciones de Población 1990-2030.	
Sustitución en método de cálculo del indicador	[1540/68112161]*100000=2.30					
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor	2.30		En 2016 la disponibilidad de equipos de ultrasonido fue de 2.30 por cada 100 mil personas sin seguridad social			
Año	2016					
META 2024			Nota sobre la meta 2024			
2.34			Se estima que para 2024 habrán 2.34 equipos de ultrasonido por cada 100 mil personas sin seguridad social			
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ND	2.08	ND	2.21	2.30	ND	ND
METAS INTERMEDIAS						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	
ND	2.30	2.31	2.32	2.33	2.34	

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
Nombre	2.5 Mastógrafos por millón de habitantes sin seguridad social					
Objetivo prioritario	Asegurar un abasto suficiente de medicamentos, material de curación y equipos médicos en los establecimientos de salud, que atienda las demandas de las personas, los programas prioritarios y la morbilidad de cada territorio.					
Definición o descripción	El indicador mide la disponibilidad de mastógrafos por millón de habitantes sin seguridad social					

Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual			
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Periódico			
Unidad de medida	Tasa por millón	Periodo de recolección de datos	Enero – Diciembre			
Dimensión	Eficiencia y Calidad	Disponibilida d de la información	Septiembre			
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad Responsable de reportar el avance	INSABI/Coordinación de Análisis Estratégico y Evaluación			
Método de cálculo	Total de mastográficos entre la población sin seguridad social por millón habitantes					
Observaciones	Los mastógrafos que se consideran en el indicador refieren a los disponibles para población sin seguridad social					
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE						
Nombre variable 1	Número de mastógrafos para población sin seguridad social	Valor variable 1	326	Fuente de información variable 1	Secretaría de Salud/DGIS/SIS	
Nombre variable 2	Población sin seguridad social	Valor variable 2	68,112,161	Fuente de información variable 2	Secretaría de Salud/DGIS. CONAPO, Proyecciones de Población 1990-2030.	
Sustitución en método de cálculo del indicador	[326/68112161]*1000000=4.83					
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor	4.83		En 2017 la disponibilidad de mastógrafos fue de 4.83 por millón de personas sin seguridad social			
Año	2017					
META 2024			Nota sobre la meta 2024			
5.00			Se estima que para 2024 habrán 5.00 mastógrafos por millón de personas sin seguridad social			
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ND	4.47	ND	5.27	4.39	4.83	ND
METAS INTERMEDIAS						

2019	2020	2021	2022	2023	2024
ND	4.83	4.87	4.91	4.95	5.00

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO					
Nombre	3.1 Porcentaje de obra terminada (inconclusa o sustitución) en los Servicios Estatales de Salud.				
Objetivo prioritario	Mejorar la inversión en la construcción y el mantenimiento de la infraestructura, priorizando terminar las obras inconclusas de establecimientos de salud y apoyando una mayor equidad de capacidades entre entidades federativas.				
Definición o descripción	El indicador mide el porcentaje de centros de salud y hospitales concluidos en los Servicios Estatales de Salud				
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual		
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Acumulado		
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de datos	Enero- diciembre		
Dimensión	Economía y calidad	Disponibilidad de la información	Primer trimestre		
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad Responsable de reportar el avance	INSABI/ Coordinación de Análisis Estratégico y Evaluación		
Método de cálculo	Número de obras concluidas entre el total de obras proyectadas a terminar en el periodo por 100				
Observaciones	Se consideran obras de Primer y Segundo nivel de atención				
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE					
Nombre variable 1	Número de obras terminadas	Valor variable 1	72	Fuente de información variable 1	INSABI/Coordinación Nacional de Infraestructura
Nombre variable 2	Total de obras inconclusas	Valor variable 2	327	Fuente de información variable 2	INSABI/Coordinación Nacional de Infraestructura
Sustitución en método de cálculo del indicador	(72/327) *100=22.02				
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS					
Línea base			Nota sobre la línea base		
Valor	22.02				

Año		2019		Para el 2019 se concluyeron 54 Centros de salud y 18 Hospitales		
META 2024				Nota sobre la meta 2024		
100				Para el 2024 se pretende concluir 217 Centros de Salud y 110 Hospitales		
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
METAS INTERMEDIAS						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	
22.02	54.43	65.82	77.22	86.61	100	

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO					
Nombre	3.2 Porcentaje de Centros de Salud en mantenimiento y conservación en los Servicios Estatales de Salud.				
Objetivo prioritario	Mejorar la inversión en la construcción y el mantenimiento de la infraestructura, priorizando terminar las obras inconclusas de establecimientos de salud y apoyando una mayor equidad de capacidades entre entidades federativas.				
Definición o descripción	El indicador mide el porcentaje de Centros de Salud en mantenimiento y conservación en los Servicios Estatales de Salud				
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual		
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Acumulado		
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de datos	Enero- diciembre		
Dimensión	Economía y calidad	Disponibilidad de la información	Primer trimestre		
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad Responsable de reportar el avance	INSABI/ Coordinación de Análisis Estratégico y Evaluación		
Método de cálculo	Número de Centros de Salud en mantenimiento y conservación entre el total de Centros de Salud proyectados para dar mantenimiento y conservación en el periodo por 100				
Observaciones	Se consideran las unidades médicas de Primer nivel (Centros de Salud)				
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE					
Nombre variable 1	Número de Centros de Salud en	Valor variable 1	1,887	Fuente de información variable 1	INSABI/Coordinación Nacional de Infraestructura

	mantenimiento y conservación					
Nombre variable 2	Total de Centros de Salud proyectados a dar mantenimiento y conservación en el periodo	Valor variable 2	6,289	Fuente de información variable 2	INSABI/Coordinación Nacional de Infraestructura	
Sustitución en método de cálculo del indicador	(1887/6289) *100=30.00					
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor	30.00		Para el año 2020 se dio mantenimiento a 1,887 Centros de Salud			
Año	2020					
META 2024			Nota sobre la meta 2024			
100			Para el 2024 se pretende conservar y dar mantenimiento a 6,289 Centros de Salud			
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
METAS INTERMEDIAS						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	
ND	30.00	50.00	70.00	90.00	100	

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO			
Nombre	4.1 Porcentaje de personas servidoras públicas que prestan sus servicios bajo contratos eventuales y contratos de prestación de servicios profesionales por honorarios en los Servicios Estatales de Salud, regularizadas, con respecto al total comprometido nacional.		
Objetivo prioritario	Asegurar la regularización de la situación laboral de las personas trabajadoras de la salud que prestan servicio bajo contratos eventuales y por honorarios, tomando como criterios la antigüedad y el desempeño.		
Definición o descripción	El parámetro mide la proporción de las personas servidoras públicas regularizadas con respecto al total comprometido nacional, tomando en cuenta como criterios de prioridad la antigüedad y el desempeño.		
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual

Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Acumulado		
Unidad de medida	Porcentaje de personas servidoras públicas regularizadas con respecto al total comprometido nacional.	Periodo de recolección de datos	enero a diciembre		
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Primer trimestre		
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad Responsable de reportar el avance	INSABI/Dirección de Regularización de Personal		
Método de cálculo	Número de personas servidoras públicas regularizadas entre el total comprometido nacional, multiplicado por 100				
Observaciones					
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE					
Nombre variable 1	Número de personas servidoras públicas que prestaban sus servicios bajo contratos eventuales y contratos de prestación de servicios profesionales por honorarios, que serán regularizadas	Valor variable 1	86,368	Fuente de información variable 1	Servicios Estatales de Salud
Nombre variable 2	Total de personas servidoras públicas que prestan sus servicios bajo contratos eventuales y contratos de prestación de servicios profesionales por honorarios.	Valor variable 2	86,368	Fuente de información variable 2	Servicios Estatales de Salud
Sustitución en método de cálculo del indicador	(86,368/86,368) *100=100%				
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS					

Línea base				Nota sobre la línea base		
Valor	cero					
Año	2020					
META 2024				Nota sobre la meta 2024		
100% de personas trabajadoras regularizadas						
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
METAS INTERMEDIAS						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	
ND	0.0	20.00	47.00	74.00	100	

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO			
Nombre	4.2 Porcentaje de personal médico que presta sus servicios bajo contratos eventuales y de prestación de servicios profesionales por honorarios en los Servicios Estatales de Salud regularizado, con respecto al total nacional comprometido.		
Objetivo prioritario	Asegurar la regularización de la situación laboral de las personas trabajadoras de la salud que prestan servicio bajo contratos eventuales y por honorarios, tomando como criterios la antigüedad y el desempeño.		
Definición o descripción	Mide la proporción del personal médico regularizado con respecto al total comprometido nacional, tomando en cuenta como criterios de prioridad el buen desempeño y los años de servicios.		
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Acumulado
Unidad de medida	Porcentaje del personal médico que presta sus servicios bajo contratos eventuales y contratos de prestación de servicios profesionales por honorarios en los Servicios Estatales de Salud regularizados con respecto al total comprometido nacional.	Periodo de recolección de datos	enero a diciembre
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Primer trimestre
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad Responsable de	INSABI/Dirección de Regularización de Personal

		reportar el avance				
Método de cálculo	Número de personal médico que presta sus servicios bajo contratos eventuales y de prestación de servicios profesionales por honorarios en los Servicios Estatales de Salud regularizados entre el total nacional comprometido, por 100.					
Observaciones						
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE						
Nombre variable 1	Número de personal médico que presta sus servicios bajo contratos eventuales y contratos de prestación de servicios profesionales por honorarios en los Servicios Estatales de Salud	Valor variable 1	20,134	Fuente de información variable 1	Servicios Estatales de Salud	
Nombre variable 2	Total de personas servidoras públicas total comprometidas a ser regularizadas a nivel nacional.	Valor variable 2	86,368	Fuente de información variable 2	Servicios Estatales de Salud	
Sustitución en método de cálculo del indicador	(20,134/86,368) *100=23.31%					
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor	23.31%					
Año	2020					
META 2024			Nota sobre la meta 2024			
100% del personal médico regularizado						
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
METAS INTERMEDIAS						
2020	2021	2022	2023		2024	
23.31	25	50	75		100	

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO	
Nombre	5.1 Porcentaje de población con carencia de acceso a los servicios de salud

Objetivo prioritario	Garantizar la aplicación progresiva del Modelo SABI basado en la APS, cuidando no dejar a nadie atrás y reducir las inequidades entre grupos poblacionales.				
Definición o descripción	El indicador mide el porcentaje de población que presenta carencia de acceso a los servicios de salud.				
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Bianual		
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Periódico		
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de datos	Primer semestre		
Dimensión	Eficacia/eficiencia	Disponibilidad de la información	Agosto		
Tendencia esperada	Descendente	Unidad Responsable de reportar el avance	INSABI/ Coordinación de Análisis Estratégico y Evaluación		
Método de cálculo	Número de personas en situación de carencia a los servicios de salud entre el total de población por 100.				
Observaciones					
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE					
Nombre variable 1	Personas en situación de carencia de acceso a los servicios de salud	Valor variable 1	20,244,813	Fuente de información variable 1	Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto de los Hogares / INEGI
Nombre variable 2	Población total	Valor variable 2	125,082,416	Fuente de información variable 2	Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto de los Hogares / INEGI
Sustitución en método de cálculo del indicador	(20244813 / 125082416) *100 = 16.19 %				
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS					
Línea base			Nota sobre la línea base		

Valor	16.19			El 16.19% de la población tuvo carencia de acceso a servicios de salud.		
Año	2018					
META 2024				Nota sobre la meta 2024		
0.0				El gobierno federal realizará las acciones necesarias para garantizar que en 2024 todas y todos los habitantes en México sin seguridad social tengan acceso a servicios de salud.		
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
21.50	---	18.16	---	15.54	---	16.19
METAS INTERMEDIAS						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	
ND	15.21	---	13,21	---	9.0	

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO			
Nombre	5.2 Porcentaje de hogares del primer quintil de ingreso cuyos gastos en salud sean catastróficos		
Objetivo prioritario	Garantizar la aplicación progresiva del Modelo SABI basado en la APS, cuidando no dejar a nadie atrás y reducir las inequidades entre grupos poblacionales.		
Definición o descripción	El indicador mide indirectamente la eficiencia en gasto público en salud para evitar gastos de bolsillo catastróficos en los hogares del primer quintil de ingresos (con bajos ingresos).		
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Bianual
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Periódico
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de datos	Primer semestre
Dimensión	Eficacia/eficiencia	Disponibilidad de la información	Agosto
Tendencia esperada	Descendente	Unidad Responsable de reportar el avance	INSABI/ Coordinación de Análisis Estratégico y Evaluación
Método de cálculo	Resulta 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 por 100		
Observaciones			
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE			

Nombre variable 1	Número de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud	Valor variable 1	295,437	Fuente de información variable 1	Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto de los Hogares / INEGI	
Nombre variable 2	Total de hogares del primer quintil de ingreso con gasto en salud	Valor variable 2	6,948,825	Fuente de información variable 2	Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto de los Hogares / INEGI	
Sustitución en método de cálculo del indicador	(295437 / 6948825) *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			
3.72 a 3.00			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
4.60	---	4.53	---	4.13	---	4.25
METAS INTERMEDIAS						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	
---	4.10	---	3.8	---	3.30	

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
Nombre	5.3 Porcentaje de acuerdos de coordinación con los estados adheridos					
Objetivo prioritario	Garantizar la aplicación progresiva del Modelo SABI basado en la APS, cuidando no dejar a nadie atrás y reducir las inequidades entre grupos poblacionales.					
Definición o descripción	El indicador mide el porcentaje de acuerdos de adhesión al INSABI firmados					

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	Primer trimestre			
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad Responsable de reportar el avance	INSABI/ Coordinación de Análisis Estratégico y Evaluación			
Método de cálculo	Número de acuerdos firmados / 32 estados por 100					
Observaciones						
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE						
Nombre variable 1	Acuerdos firmados	Valor variable 1	26	Fuente de información variable 1	INSABI / Coordinación Jurídica	
Nombre variable 2	32	Valor variable 2	32	Fuente de información variable 2	INSABI / Coordinación Jurídica	
Sustitución en método de cálculo del indicador	(26/32) *100 = 81.25%					
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor	81.25		En el año 2020 se firmaron 26 convenios de adhesión			
Año	2020					
META 2024			Nota sobre la meta 2024			
90.62 al 100			Para el 2024 el 100% de las entidades federativas estarán adheridas al INSABI			
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
METAS INTERMEDIAS						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	
NA	81.25	84.40	90.00	95.00	100	

H. Epílogo. Visión de largo plazo.

Los Objetivos y Estrategias Prioritarias y las Acciones Puntuales a desarrollar por el INSABI en el marco de su Programa Institucional, forman parte importante de la estrategia de la Secretaría de Salud para la transformación del sistema de salud dirigido a la población sin seguridad social. Para 2024 estarán plenamente incorporados los valores de un sistema público, universal, gratuito e integral, que hace efectivo el derecho a la protección de la salud de todas las personas, en contraste con la situación prevalente en las décadas anteriores.

El cambio cualitativo será notorio en el incremento de los recursos humanos, la disponibilidad de medicamentos e insumos de salud y la mejora de la infraestructura y las condiciones generales para la atención en los centros de salud y hospitales.

La relación de médicos y de enfermeras contratadas por 1,000 habitantes aumentará alrededor del 20% en los próximos 4 años, un ritmo 5 veces mayor que en la última década. Este crecimiento se dirigirá prioritariamente a beneficiar a la población en situación de vulnerabilidad, las áreas rurales y la población indígena, donde se encuentran las peores condiciones sanitarias y la demanda de servicios de salud es mayor.

El número de plazas para formarse como médicos especialistas se duplicará en el año 2021 y continuará incrementándose en los años siguientes, permitiendo para 2024 y años sucesivos que los hospitales puedan brindar atención continua y oportuna a las personas que necesiten de cuidados especializados. Se revierte la tendencia de la última década de reducción del número de camas por mil habitantes y en 2024 el país dispondrá de alrededor de 7 camas por cada mil habitantes.

La adquisición de medicamentos e insumos asociados para la atención médica de todas las instituciones públicas será consolidada, permitiendo un ahorro notable al acceder a precios menores por un mayor volumen de compra que, junto con mecanismos más eficientes de distribución y control, permitirán alcanzar más del 90 % de surtimiento de las prescripciones médicas.

Entre 2020 y 2024 serán puestos en funcionamiento más de 300 nuevos establecimientos de salud, un ritmo que cuadruplica lo realizado en años anteriores. En lo adelante, toda obra de infraestructura que se inicie estará concebida dentro de un plan maestro de inversiones y tendrá garantizado su financiamiento hasta la entrega y funcionamiento. Se acabará la situación de obras de salud inconclusas y abandonadas –había más de 320 en 2018-, que tanta pérdida de dinero, frustración de la población y menoscabo de prestigio ocasionó al sector público de la salud.

Visualizamos para 2024 una masa de trabajadores con elevado sentido de pertenencia a la Secretaría de Salud, conscientes de la importante labor que cumplen salvaguardando la salud y promoviendo el bienestar de la población,

con contratos de trabajo regularizados que le permiten disfrutar de los beneficios de la seguridad social y demás prestaciones que las leyes del país otorgan a los trabajadores.

En los próximos años, el país implementará progresivamente un nuevo modelo de salud basado en la atención primaria de salud, cuyos principales atributos serán: procurar mantener a las personas sanas con medidas efectivas de promoción de la salud y prevención de enfermedades; asegurar a quienes presentan alguna condición de riesgo como obesidad, hipertensión, consumo excesivo de alcohol y fumar, que reciban el apoyo especializado para controlarlo y puedan llevar la vida con bienestar; y garantizar a las personas que padezcan de alguna enfermedad el acceso a recibir los cuidados médicos que necesitan, sin limitaciones de ningún tipo.

En 2024, el Modelo de Salud para el Bienestar estará totalmente desplegado en el país y la atención de salud será pública, universal y totalmente gratuita para la población sin seguridad social.