
INDICE
PODER LEGISLATIVO

CAMARA DE DIPUTADOS

Acuerdo que reforma el diverso por el que se amplía la suspensión de plazos y términos legales en la Unidad de Evaluación y Control de la Comisión de Vigilancia de la Auditoría Superior de la Federación de la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, a que se refiere el Acuerdo publicado el 7 de abril de 2020, debido a la emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor ocasionada por el coronavirus (COVID-19).

PODER EJECUTIVO**SECRETARIA DE SEGURIDAD Y PROTECCION CIUDADANA**

Aviso de Término de la Emergencia por granizada severa el 7 de julio de 2020 en el Municipio de Pueblo Nuevo; por inundación fluvial el 8 de julio de 2020 en el Municipio de Otáez; y por inundación pluvial el 8 y 9 de julio de 2020 en los municipios de Tepehuanes y Vicente Guerrero, todos ellos del Estado de Durango.

Aviso de Término de la Emergencia por la presencia de lluvia severa ocurrida el día 11 de julio de 2020 en 6 municipios del Estado de Oaxaca.

Aviso de Término de la Emergencia por la ocurrencia de sismo magnitud 7.4, el día 23 de julio de 2020 en 72 municipios del Estado de Oaxaca.

Aviso de Término de la Emergencia por la presencia de granizada severa ocurrida el día 14 de julio de 2020 en el Municipio de Calera del Estado de Zacatecas.

SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

Acuerdo por el que se modifica el Convenio de Colaboración Administrativa en Materia Fiscal Federal, celebrado entre la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y el Estado de Jalisco.

Acuerdo por el que se establecen plazos para la continuidad de los trámites y la resolución de los procedimientos competencia de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas durante el periodo de duración de la contingencia sanitaria.

SECRETARIA DE ECONOMIA

Aviso de consulta pública del Proyecto de Norma Mexicana PROY- NMX-H-151-SCFI-2019.

Aviso de consulta pública del Proyecto de Norma Mexicana PROY- NMX-E-285-NYCE-2019.

SECRETARIA DE SALUD

Acuerdo de Coordinación para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en los términos previstos en el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud, que celebran el Instituto de Salud para el Bienestar y el Estado de Aguascalientes.

Acuerdo de Coordinación para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en los términos previstos en el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud, que celebran el Instituto de Salud para el Bienestar y el Estado de Chihuahua.

COMISION NACIONAL DE HIDROCARBUROS

Acuerdo CNH.E.29.001/2020 por el que la Comisión Nacional de Hidrocarburos establece diversas medidas a fin de promover el desarrollo de las actividades petroleras.

ORGANISMOS DESCONCENTRADOS O DESCENTRALIZADOS

CONSEJO NACIONAL PARA PREVENIR LA DISCRIMINACION

Acuerdo por el que se emite el Plan para la continuidad gradual y por etapas de las actividades en el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, y se reanudan los plazos y términos legales para el trámite de las quejas, privilegiando el uso de medios electrónicos, atención remota y trabajo a distancia.

ORGANISMOS AUTONOMOS**BANCO DE MEXICO**

Tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana.

Tasas de interés interbancarias de equilibrio.

Tasa de interés interbancaria de equilibrio de fondeo a un día hábil bancario.

INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL

Acuerdo General del Órgano Interno de Control del Instituto Nacional Electoral por el que se establecen las medidas para la reanudación de actividades presenciales de esta instancia de fiscalización; se levantan las suspensiones de los plazos legales y normativos en los procedimientos a su cargo, establecidas con motivo de la emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor de la epidemia de enfermedad generada por el coronavirus SARS-CoV2 (COVID-19); se declaran como inhábiles para el cómputo de los plazos, los días que se indican; y se autoriza el uso de medios y firma electrónicos en los actos y procedimientos del órgano fiscalizador en los términos que se precisan.

AVISOS

Judiciales y generales.

PODER LEGISLATIVO

CAMARA DE DIPUTADOS

ACUERDO que reforma el diverso por el que se amplía la suspensión de plazos y términos legales en la Unidad de Evaluación y Control de la Comisión de Vigilancia de la Auditoría Superior de la Federación de la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, a que se refiere el Acuerdo publicado el 7 de abril de 2020, debido a la emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor ocasionada por el coronavirus (COVID-19).

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Cámara de Diputados.- LXIV Legislatura.- Comisión de Vigilancia de la Auditoría Superior de la Federación.- Unidad de Evaluación y Control.- Oficina del Titular.- LXIV Legislatura de la Paridad de Género.- 2020, Año de Leona Vicario, Benemérita Madre de la Patria.

ACUERDO QUE REFORMA EL DIVERSO POR EL QUE SE AMPLÍA LA SUSPENSIÓN DE PLAZOS Y TÉRMINOS LEGALES EN LA UNIDAD DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA COMISIÓN DE VIGILANCIA DE LA AUDITORÍA SUPERIOR DE LA FEDERACIÓN DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN, A QUE SE REFIERE EL ACUERDO PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 7 DE ABRIL DE 2020, DEBIDO A LA EMERGENCIA SANITARIA POR CAUSA DE FUERZA MAYOR OCASIONADA POR EL CORONAVIRUS (COVID-19).

Dr. David Villanueva Lomelí, Titular de la Unidad de Evaluación y Control, de la Comisión de Vigilancia de la Auditoría Superior de la Federación de la Cámara de Diputados, con fundamento en los artículos 103, 104, 106 y 107, fracciones III y IV de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación; 28, tercer párrafo de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, supletorio de la misma Ley; así como 8, fracciones II y XXXVII del Reglamento Interior de la Unidad de Evaluación y Control de la Comisión de Vigilancia de la Auditoría Superior de la Federación de la Cámara de Diputados, y:

CONSIDERANDO

I. Que el 31 de marzo de 2020, la Secretaría de Salud publicó en el Diario Oficial de la Federación, el “Acuerdo por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV2”, destacando entre tales las siguientes: Se establece como acción extraordinaria, para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV2, que los sectores público, social y privado deberán implementar las siguientes medidas: Se ordena la suspensión inmediata, del 30 de marzo al 30 de abril de 2020, de las actividades no esenciales, con la finalidad de mitigar la dispersión y transmisión del virus SARS-CoV2 en la comunidad, para disminuir la carga de enfermedad, sus complicaciones y la muerte por COVID-19 en la población residente en el territorio nacional.

II. Que, el suscrito emitió el Acuerdo por el que se amplía la suspensión de los términos y plazos legales al 30 de mayo de 2020, el cual fue publicado el 24 de abril de 2020 en la Gaceta Parlamentaria de la Cámara de Diputados y el 30 del mismo mes y año en el Diario Oficial de la Federación.

En el punto Segundo de dicho acuerdo se estableció que existe causa justificada en la presentación extemporánea de las declaraciones de situación patrimonial y de intereses en su modalidad de modificación que deban ser presentadas en el mes de mayo de 2020, así como las de los servidores públicos que deberán presentarla por primera vez, hasta el último día hábil del mes de julio de 2020.

III. Que el 19 de junio de 2020, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo de la Secretaría de la Función Pública “por el que se reforma el diverso por el que se amplían los plazos previstos en el artículo 33 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, para presentar las declaraciones de situación patrimonial y de intereses en el año 2020, con motivo de las medidas de prevención y contención de la propagación de la enfermedad generada por el coronavirus SARS-CoV2 (COVID-19)”, que amplía al 31 de diciembre de 2020, el plazo de la presentación de declaraciones de situación patrimonial a los servidores públicos de la Administración Pública Federal que deberán presentarla por primera vez.

IV. Que el reinicio de labores en la Auditoría Superior de la Federación, en la Cámara de Diputados, así como en la propia Unidad de Evaluación y Control de la Comisión de Vigilancia de esa Cámara, se llevará a cabo a través de un proceso gradual y ordenado, que dé paso a la reactivación laboral, para mantener acciones en favor de la protección de la salud y la contención del contagio y propagación del Coronavirus (COVID 19).

Lo anterior, dará como resultado que la atención presencial en materia de declaraciones de situación patrimonial de los servidores públicos que habrán de presentarla por primera vez, también será gradual, ordenada y paulatina, por lo que, a fin de no afectar a los obligados a presentar dicha declaración, así como otorgarles las facilidades para que con toda oportunidad recaben la información necesaria para cumplir con su obligación, esta Unidad de Evaluación y Control considera conveniente que los servidores públicos de la Auditoría Superior de la Federación reciban el mismo trato que los de la Administración Pública Federal en materia de presentación, por primera vez, de las declaraciones de situación patrimonial para no causarles perjuicio.

La reforma, entonces, se esquematiza de la siguiente forma:

Texto vigente	Reforma
Segundo.- En virtud de lo determinado en el punto que antecede, con fundamento en el artículo 33 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, se establece que existe causa justificada en la presentación extemporánea de las declaraciones de situación patrimonial y de intereses en su modalidad de modificación que deban ser presentadas en el mes de mayo de 2020, así como las de los servidores públicos que deberán presentarla por primera vez en términos del artículo Segundo del “Acuerdo por el que el Comité Coordinador del Sistema Nacional Anticorrupción da a conocer que los formatos de declaración de situación patrimonial y de intereses son técnicamente operables con el Sistema de Evolución Patrimonial y de Declaración de Intereses de la Plataforma Digital Nacional, así como el inicio de la obligación de los servidores públicos de presentar sus respectivas declaraciones de situación patrimonial y de intereses conforme a los artículos 32 y 33 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas” hasta el último día hábil del mes de julio de 2020.	Segundo.- En virtud de lo señalado en el punto Primero del acuerdo referido en el párrafo que antecede, así como acorde a lo expresado Considerando IV del presente, con fundamento en el artículo 33 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, se establece que existe causa justificada en la presentación extemporánea de las declaraciones de situación patrimonial y de intereses en su modalidad de modificación que deban ser presentadas en el mes de mayo de 2020, hasta el último día hábil del mes de julio de 2020. En el caso de la presentación extemporánea de las declaraciones de situación patrimonial de los servidores públicos que deberán presentarlas por primera vez en términos del artículo Segundo del “Acuerdo por el que el Comité Coordinador del Sistema Nacional Anticorrupción da a conocer que los formatos de declaración de situación patrimonial y de intereses son técnicamente operables con el Sistema de Evolución Patrimonial y de Declaración de Intereses de la Plataforma Digital Nacional, así como el inicio de la obligación de los servidores públicos de presentar sus respectivas declaraciones de situación patrimonial y de intereses conforme a los artículos 32 y 33 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas”, se considerará causa justificada hasta el 31 de diciembre de 2020.

Las declaraciones patrimoniales y de intereses en su modalidad de inicio y conclusión, se seguirán presentando dentro del término de 60 días naturales siguientes a la toma de posesión o conclusión del encargo, como lo dispone el artículo 33 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, sin embargo, dicho término empezará a computarse a partir de la conclusión de la suspensión establecida en este acuerdo.	Sin modificaciones
Atendiendo a las directrices que establezcan a futuro los órganos de gobierno de la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión o la autoridad sanitaria, la suspensión prevista en este Acuerdo podrá ser prorrogada o suspendida.	Sin modificaciones

Al tenor de lo anteriormente fundado y motivado, se emite el siguiente:

ACUERDO

PRIMERO.- Se reforma el primer párrafo del punto Segundo del “Acuerdo por el cual se amplía la suspensión de plazos y términos legales en la Unidad de Evaluación y Control de la Comisión de Vigilancia de la Auditoría Superior de la Federación de la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, a que se refiere el diverso acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de abril de 2020, debido a la emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor ocasionada por el coronavirus (COVID-19)”, que se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 30 de abril de 2020, quedando subsistentes los restantes párrafos de ese punto, en los siguientes términos:

“Segundo.- En virtud de lo señalado en el punto **Primero del acuerdo referido en el párrafo que antecede, así como acorde a lo expresado Considerando IV del presente**, con fundamento en el artículo 33 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, se establece que existe causa justificada en la presentación extemporánea de las declaraciones de situación patrimonial y de intereses en su modalidad de modificación que deban ser presentadas en el mes de mayo de 2020, **hasta el último día hábil del mes de julio de 2020. En el caso de la presentación extemporánea de las declaraciones de situación patrimonial de los servidores públicos** que deberán presentarlas por primera vez en términos del artículo Segundo del “Acuerdo por el que el Comité Coordinador del Sistema Nacional Anticorrupción da a conocer que los formatos de declaración de situación patrimonial y de intereses son técnicamente operables con el Sistema de Evolución Patrimonial y de Declaración de Intereses de la Plataforma Digital Nacional, así como el inicio de la obligación de los servidores públicos de presentar sus respectivas declaraciones de situación patrimonial y de intereses conforme a los artículos 32 y 33 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas”, se considerará causa justificada hasta **el 31 de diciembre de 2020.**”

SEGUNDO.- Publíquese en el Diario Oficial de la Federación y en la Gaceta Parlamentaria de la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión.

ARTÍCULOS TRANSITORIOS

Único.- El presente acuerdo entrará en vigor el día siguiente de su publicación en la Gaceta Parlamentaria de la Cámara de Diputados.

Atentamente

Palacio Legislativo de San Lázaro, a 28 de julio de 2020.- Dr. **David Villanueva Lomelí**, Titular.- Rúbrica.

PODER EJECUTIVO**SECRETARIA DE SEGURIDAD Y PROTECCION CIUDADANA**

AVISO de Término de la Emergencia por granizada severa el 7 de julio de 2020 en el Municipio de Pueblo Nuevo; por inundación fluvial el 8 de julio de 2020 en el Municipio de Otáez; y por inundación pluvial el 8 y 9 de julio de 2020 en los municipios de Tepehuanes y Vicente Guerrero, todos ellos del Estado de Durango.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- SEGURIDAD.- Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana.

DAVID EDUARDO LEÓN ROMERO, Coordinador Nacional de Protección Civil, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 26 y 30 Bis, fracción XX de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 19, fracción XI de la Ley General de Protección Civil; 22, fracciones XX y XXI del Reglamento Interior de la Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana; 12, fracciones I, inciso a), II y IV del Acuerdo que establece los Lineamientos del Fondo para la Atención de Emergencias FONDEN (LINEAMIENTOS) publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de julio de 2012, y

CONSIDERANDO

Que el día 16 de julio de 2020, se emitió el Boletín de Prensa número BDE-051-2020, mediante el cual se dio a conocer que la Coordinación Nacional de Protección Civil (CNPC), declaró en Emergencia al municipio de Pueblo Nuevo por granizada severa el 7 de julio de 2020; al municipio de Otáez por inundación fluvial el 8 de julio de 2020; y a los municipios de Tepehuanes y Vicente Guerrero por inundación pluvial el 8 y 9 de julio de 2020, todos ellos del Estado de Durango.

Que mediante oficio número SSPC/SPPPCCP/CNPC/DGPC/00653/2020, de fecha 26 de julio de 2020, la Dirección General de Protección Civil (DGPC) comunica que, de acuerdo con el más reciente análisis realizado por la Dirección de Administración de Emergencias de esa Unidad Administrativa, las causas de la Declaratoria ya no persisten, por lo que con base en el artículo 12, fracción II de los LINEAMIENTOS, en opinión de la DGPC se puede finalizar la vigencia de la Declaratoria de Emergencia, debido a que ha desaparecido la situación de emergencia por la cual fue emitida.

Que el 26 de julio de 2020, la CNPC emitió el Boletín de Prensa número BDE-060-2020, a través del cual dio a conocer el Aviso de Término de la Declaratoria de Emergencia para el municipio de Pueblo Nuevo por granizada severa el 7 de julio de 2020; para el municipio de Otáez por inundación fluvial el 8 de julio de 2020; y para los municipios de Tepehuanes y Vicente Guerrero por inundación pluvial el 8 y 9 de julio de 2020, todos ellos del Estado de Durango.

Que tomando en cuenta lo anterior, se determinó procedente expedir el siguiente:

AVISO DE TÉRMINO DE LA EMERGENCIA POR GRANIZADA SEVERA EL 7 DE JULIO DE 2020 EN EL MUNICIPIO DE PUEBLO NUEVO; POR INUNDACIÓN FLUVIAL EL 8 DE JULIO DE 2020 EN EL MUNICIPIO DE OTÁEZ; Y POR INUNDACIÓN PLUVIAL EL 8 Y 9 DE JULIO DE 2020 EN LOS MUNICIPIOS DE TEPEHUANES Y VICENTE GUERRERO, TODOS ELLOS DEL ESTADO DE DURANGO

Artículo 1o.- De conformidad con el artículo 12, fracción I, inciso a) de los LINEAMIENTOS, se da por concluida la Declaratoria de Emergencia para el municipio de Pueblo Nuevo por granizada severa el 7 de julio de 2020; para el municipio de Otáez por inundación fluvial el 8 de julio de 2020; y para los municipios de Tepehuanes y Vicente Guerrero por inundación pluvial el 8 y 9 de julio de 2020, todos ellos del Estado de Durango.

Artículo 2o.- El presente Aviso de Término de la Emergencia se publicará en el Diario Oficial de la Federación, de conformidad con los artículos 61 de la Ley General de Protección Civil y 12 fracción II de los LINEAMIENTOS.

Ciudad de México, a veintiséis de julio de dos mil veinte.- El Coordinador Nacional de Protección Civil,
David Eduardo León Romero.- Rúbrica.

AVISO de Término de la Emergencia por la presencia de lluvia severa ocurrida el día 11 de julio de 2020 en 6 municipios del Estado de Oaxaca.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- SEGURIDAD.- Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana.

DAVID EDUARDO LEÓN ROMERO, Coordinador Nacional de Protección Civil, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 26 y 30 Bis fracción XX de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 19, fracción XI de la Ley General de Protección Civil; 22, fracciones XX y XXI del Reglamento Interior de la Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana; 12, fracciones I, inciso a), II y IV del Acuerdo que establece los Lineamientos del Fondo para la Atención de Emergencias FONDEN (LINEAMIENTOS) publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de julio de 2012, y

CONSIDERANDO

Que el día 15 de julio de 2020, se emitió el Boletín de Prensa número BDE-049-2020, mediante el cual se dio a conocer que la Coordinación Nacional de Protección Civil (CNPC), declaró en Emergencia a los municipios de Eloxochitlán de Flores Magón, Huautla de Jiménez, Mazatlán Villa de Flores, San Jerónimo Tecóatl, San Lucas Zoquiápam y San Mateo Yoloxochitlán del Estado de Oaxaca, por la presencia de lluvia severa ocurrida el día 11 de julio de 2020; publicándose la Declaratoria en el Diario Oficial de la Federación el 23 de julio de 2020.

Que mediante oficio número SSPC/SPPPCCP/CNPC/DGPC/0650/2020, de fecha 25 de julio de 2020, la Dirección General de Protección Civil (DGPC) comunica que, de acuerdo con el más reciente análisis realizado por la Dirección de Administración de Emergencias de esa Unidad Administrativa, las causas de la Declaratoria ya no persisten, por lo que con base en el artículo 12, fracción II de los LINEAMIENTOS, en opinión de la DGPC se puede finalizar la vigencia de la Declaratoria de Emergencia, debido a que ha desaparecido la situación de emergencia por la cual fue emitida.

Que el 25 de julio de 2020, la CNPC emitió el Boletín de Prensa número BDE-057-2020, a través del cual dio a conocer el Aviso de Término de la Declaratoria de Emergencia para los municipios de Eloxochitlán de Flores Magón, Huautla de Jiménez, Mazatlán Villa de Flores, San Jerónimo Tecóatl, San Lucas Zoquiápam y San Mateo Yoloxochitlán del Estado de Oaxaca, por la presencia de lluvia severa ocurrida el día 11 de julio de 2020.

Que tomando en cuenta lo anterior, se determinó procedente expedir el siguiente:

AVISO DE TÉRMINO DE LA EMERGENCIA POR LA PRESENCIA DE LLUVIA SEVERA OCURRIDA EL DÍA 11 DE JULIO DE 2020 EN 6 MUNICIPIOS DEL ESTADO DE OAXACA

Artículo 1o.- De conformidad con el artículo 12, fracción I inciso a) de los LINEAMIENTOS, se da por concluida la Declaratoria de Emergencia para los municipios de Eloxochitlán de Flores Magón, Huautla de Jiménez, Mazatlán Villa de Flores, San Jerónimo Tecóatl, San Lucas Zoquiápam y San Mateo Yoloxochitlán del Estado de Oaxaca, por la presencia de lluvia severa ocurrida el día 11 de julio de 2020.

Artículo 2o.- El presente Aviso de Término de la Emergencia se publicará en el Diario Oficial de la Federación, de conformidad con los artículos 61 de la Ley General de Protección Civil y 12 fracción II, de los LINEAMIENTOS.

Ciudad de México, a veinticinco de julio de dos mil veinte.- El Coordinador Nacional de Protección Civil,
David Eduardo León Romero.- Rúbrica.

AVISO de Término de la Emergencia por la ocurrencia de sismo magnitud 7.4, el día 23 de julio de 2020 en 72 municipios del Estado de Oaxaca.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- SEGURIDAD.- Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana.

DAVID EDUARDO LEÓN ROMERO, Coordinador Nacional de Protección Civil, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 26 y 30 Bis fracción XX de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 19, fracción XI de la Ley General de Protección Civil; 22, fracciones XX y XXI del Reglamento Interior de la Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana; 12, fracciones I, inciso a), II y IV del Acuerdo que establece los Lineamientos del Fondo para la Atención de Emergencias FONDEN (LINEAMIENTOS) publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de julio de 2012, y

CONSIDERANDO

Que el día 25 de junio de 2020, se emitió el Boletín de Prensa número BDE-039-2020, mediante el cual se dio a conocer que la Coordinación Nacional de Protección Civil (CNPC), declaró en Emergencia a los municipios de Candelaria Loxicha, Cuilápam de Guerrero, El Espinal, Guelatao de Juárez, Guevea de Humboldt, Heroica Ciudad de Juchitán de Zaragoza, Miahuatlán de Porfirio Díaz, Nazareno Etla, Oaxaca de Juárez, Pluma Hidalgo, San Agustín Loxicha, San Andrés Solaga, San Antonio de la Cal, San Baltazar Loxicha, San Lorenzo Albarradas, San Carlos Yautepec, San Francisco Ozolotepec, San Francisco Sola, San Gabriel Mixtepec, San Jerónimo Tlacoahuaya, San Juan Chicomezúchil, San Juan Lachao, San Juan Ozolotepec, San Lorenzo Texmelúcan, San Lucas Camotlán, San Marcial Ozolotepec, San Mateo Piñas, San Miguel Amatlán, San Miguel del Puerto, San Miguel del Río, San Miguel Tenango, San Pablo Coatlán, San Pablo Etla, San Pedro Huamelula, San Pedro Mixtepec -Dto. 22-, San Pedro Pochutla, San Raymundo Jalpan, San Sebastián Teitipac, San Sebastián Tutla, Santa Ana Tavela, Santa Ana Yareni, Santa Catarina Ixtepeji, Santa Catarina Juquila, Santa Catarina Loxicha, Santa Catarina Quioquitani, Santa Cruz Xoxocotlán, Santa Lucía del Camino, Santa María Atzompa, Santa María Colotepec, Santa María Ecatepec, Santa María Guienagati, Santa María Huatulco, Santa María Mixtequilla, Santa María Ozolotepec, Santa María Quiegolani, Santa María Tonameca, Santa María Totolapilla, Santa María Yavesía, Santiago Matatlán, Santiago Xanica, Santiago Yaitepec, Santo Domingo de Morelos, Santo Domingo Ozolotepec, Santo Domingo Tehuantepec, Santo Domingo Tepuxtepec, Santo Domingo Xagacía, Santos Reyes Nopala, Tlacolula de Matamoros, Tlaxiactac de Cabrera, Villa de Etla, Villa de Zaachila y Villa Sola de Vega del Estado de Oaxaca, por la ocurrencia de sismo magnitud 7.4, el día 23 de junio de 2020; publicándose la Declaratoria en el Diario Oficial de la Federación el 3 de julio de 2020.

Que mediante oficio número SSPC/SPPPCCP/CNPC/DGPC/0651/2020, de fecha 25 de julio de 2020, la Dirección General de Protección Civil (DGPC) comunica que, de acuerdo con el más reciente análisis realizado por la Dirección de Administración de Emergencias de esa Unidad Administrativa, las causas de la Declaratoria ya no persisten, por lo que con base en el artículo 12, fracción II de los LINEAMIENTOS, en opinión de la DGPC se puede finalizar la vigencia de la Declaratoria de Emergencia, debido a que ha desaparecido la situación de emergencia por la cual fue emitida.

Que el 25 de julio de 2020, la CNPC emitió el Boletín de Prensa número BDE-058-2020, a través del cual dio a conocer el Aviso de Término de la Declaratoria de Emergencia para los municipios de Candelaria Loxicha, Cuilápam de Guerrero, El Espinal, Guelatao de Juárez, Guevea de Humboldt, Heroica Ciudad de Juchitán de Zaragoza, Miahuatlán de Porfirio Díaz, Nazareno Etla, Oaxaca de Juárez, Pluma Hidalgo, San Agustín Loxicha, San Andrés Solaga, San Antonio de la Cal, San Baltazar Loxicha, San Lorenzo Albarradas, San Carlos Yautepec, San Francisco Ozolotepec, San Francisco Sola, San Gabriel Mixtepec, San Jerónimo Tlacoahuaya, San Juan Chicomezúchil, San Juan Lachao, San Juan Ozolotepec, San Lorenzo Texmelúcan, San Lucas Camotlán, San Marcial Ozolotepec, San Mateo Piñas, San Miguel Amatlán, San Miguel del Puerto, San Miguel del Río, San Miguel Tenango, San Pablo Coatlán, San Pablo Etla, San Pedro Huamelula, San Pedro Mixtepec -Dto. 22-, San Pedro Pochutla, San Raymundo Jalpan, San Sebastián Teitipac, San Sebastián Tutla, Santa Ana Tavela, Santa Ana Yareni, Santa Catarina Ixtepeji, Santa Catarina Juquila, Santa Catarina Loxicha, Santa Catarina Quioquitani, Santa Cruz Xoxocotlán, Santa Lucía del Camino, Santa María Atzompa, Santa María Colotepec, Santa María Ecatepec, Santa María Guienagati, Santa María Huatulco, Santa María Mixtequilla, Santa María Ozolotepec, Santa María Quiegolani, Santa María Tonameca, Santa María Totolapilla, Santa María Yavesía, Santiago Matatlán, Santiago Xanica, Santiago Yaitepec, Santo Domingo de Morelos, Santo Domingo Ozolotepec, Santo Domingo Tehuantepec, Santo Domingo Tepuxtepec, Santo Domingo Xagacía, Santos Reyes Nopala, Tlacolula de Matamoros, Tlaxiactac de Cabrera, Villa de Etla, Villa de Zaachila y Villa Sola de Vega por la ocurrencia de sismo magnitud 7.4, el día 23 de junio de 2020 del Estado de Oaxaca.

Que tomando en cuenta lo anterior, se determinó procedente expedir el siguiente:

AVISO DE TÉRMINO DE LA EMERGENCIA POR LA OCURRENCIA DE SISMO MAGNITUD 7.4, EL DÍA 23 DE JULIO DE 2020 EN 72 MUNICIPIOS DEL ESTADO DE OAXACA

Artículo 1o.- De conformidad con el artículo 12, fracción I inciso a) de los LINEAMIENTOS, se da por concluida la Declaratoria de Emergencia para los municipios de Candelaria Loxicha, Cuilápam de Guerrero, El Espinal, Guelatao de Juárez, Guevea de Humboldt, Heroica Ciudad de Juchitán de Zaragoza, Miahuatlán de Porfirio Díaz, Nazareno Etla, Oaxaca de Juárez, Pluma Hidalgo, San Agustín Loxicha, San Andrés Solaga, San Antonio de la Cal, San Baltazar Loxicha, San Lorenzo Albarradas, San Carlos Yautepec, San Francisco Ozolotepec, San Francisco Sola, San Gabriel Mixtepec, San Jerónimo Tlacoahuaya, San Juan Chicomezúchil, San Juan Lachao, San Juan Ozolotepec, San Lorenzo Texmelúcan, San Lucas Camotlán, San Marcial Ozolotepec, San Mateo Piñas, San Miguel Amatlán, San Miguel del Puerto, San Miguel del Río, San

Miguel Tenango, San Pablo Coatlán, San Pablo Etla, San Pedro Huamelula, San Pedro Mixtepec -Dto. 22-, San Pedro Pochutla, San Raymundo Jalpan, San Sebastián Teitipac, San Sebastián Tutla, Santa Ana Tavela, Santa Ana Yareni, Santa Catarina Ixtepeji, Santa Catarina Juquila, Santa Catarina Loxicha, Santa Catarina Quioquitani, Santa Cruz Xoxocotlán, Santa Lucía del Camino, Santa María Atzompa, Santa María Colotepec, Santa María Ecatepec, Santa María Guienagati, Santa María Huatulco, Santa María Mixtequilla, Santa María Ozolotepec, Santa María Quiegolani, Santa María Tonameca, Santa María Totolapilla, Santa María Yavesía, Santiago Matatlán, Santiago Xanica, Santiago Yaitepec, Santo Domingo de Morelos, Santo Domingo Ozolotepec, Santo Domingo Tehuantepec, Santo Domingo Tepuxtepec, Santo Domingo Xagacía, Santos Reyes Nopala, Tlacolula de Matamoras, Tlaxiá de Cabrera, Villa de Etla, Villa de Zaachila y Villa Sola de Vega del Estado de Oaxaca, por la ocurrencia de sismo magnitud 7.4, el día 23 de junio de 2020.

Artículo 2o.- El presente Aviso de Término de la Emergencia se publicará en el Diario Oficial de la Federación, de conformidad con los artículos 61 de la Ley General de Protección Civil y 12 fracción II, de los LINEAMIENTOS.

Ciudad de México, a veinticinco de julio de dos mil veinte.- El Coordinador Nacional de Protección Civil,
David Eduardo León Romero.- Rúbrica.

AVISO de Término de la Emergencia por la presencia de granizada severa ocurrida el día 14 de julio de 2020 en el Municipio de Calera del Estado de Zacatecas.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- SEGURIDAD.- Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana.

DAVID EDUARDO LEÓN ROMERO, Coordinador Nacional de Protección Civil, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 26 y 30 Bis fracción XX de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 19, fracción XI de la Ley General de Protección Civil; 22, fracciones XX y XXI del Reglamento Interior de la Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana; 12, fracciones I, inciso a), II y IV del Acuerdo que establece los Lineamientos del Fondo para la Atención de Emergencias FONDEN (LINEAMIENTOS) publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de julio de 2012, y

CONSIDERANDO

Que el día 16 de julio de 2020, se emitió el Boletín de Prensa número BDE-050-2020, mediante el cual se dio a conocer que la Coordinación Nacional de Protección Civil (CNPC), declaró en Emergencia al municipio de Calera del Estado de Zacatecas, por la presencia de granizada severa ocurrida el día 14 de julio de 2020; publicándose la Declaratoria en el Diario Oficial de la Federación el 24 de julio de 2020.

Que mediante oficio número SSPC/SPPPCCP/CNPC/DGPC/0652/2020, de fecha 26 de julio de 2020, la Dirección General de Protección Civil (DGPC) comunica que, de acuerdo con el más reciente análisis realizado por la Dirección de Administración de Emergencias de esa Unidad Administrativa, las causas de la Declaratoria ya no persisten, por lo que con base en el artículo 12, fracción II de los LINEAMIENTOS, en opinión de la DGPC se puede finalizar la vigencia de la Declaratoria de Emergencia, debido a que ha desaparecido la situación de emergencia por la cual fue emitida.

Que el 26 de julio de 2020, la CNPC emitió el Boletín de Prensa número BDE-059-2020, a través del cual dio a conocer el Aviso de Término de la Declaratoria de Emergencia para el municipio de Calera del Estado de Zacatecas, por la presencia de granizada severa ocurrida el día 14 de julio de 2020.

Que tomando en cuenta lo anterior, se determinó procedente expedir el siguiente:

AVISO DE TÉRMINO DE LA EMERGENCIA POR LA PRESENCIA DE GRANIZADA SEVERA OCURRIDA EL DÍA 14 DE JULIO DE 2020 EN EL MUNICIPIO DE CALERA DEL ESTADO DE ZACATECAS

Artículo 1o.- De conformidad con el artículo 12, fracción I inciso a) de los LINEAMIENTOS, se da por concluida la Declaratoria de Emergencia para el municipio de Calera del Estado de Zacatecas, por la presencia de granizada severa ocurrida el día 14 de julio de 2020.

Artículo 2o.- El presente Aviso de Término de la Emergencia se publicará en el Diario Oficial de la Federación, de conformidad con los artículos 61 de la Ley General de Protección Civil y 12 fracción II, de los LINEAMIENTOS.

Ciudad de México, a veintiséis de julio de dos mil veinte.- El Coordinador Nacional de Protección Civil,
David Eduardo León Romero.- Rúbrica.

SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

ACUERDO por el que se modifica el Convenio de Colaboración Administrativa en Materia Fiscal Federal, celebrado entre la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y el Estado de Jalisco.

ACUERDO POR EL QUE SE MODIFICA EL CONVENIO DE COLABORACIÓN ADMINISTRATIVA EN MATERIA FISCAL FEDERAL, CELEBRADO ENTRE EL GOBIERNO FEDERAL, POR CONDUCTO DE LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO, Y EL GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO.

El Gobierno Federal, por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, a la que en lo sucesivo se le denominará la "Secretaría" y el Gobierno del Estado de **Jalisco**, al que en lo sucesivo se le denominará la "entidad" convienen en modificar el Convenio de Colaboración Administrativa en Materia Fiscal Federal que tienen celebrado,

CONSIDERANDO

Que el Gobierno Federal, por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y el Gobierno del Estado de **Jalisco** tienen celebrado Convenio de Colaboración Administrativa en Materia Fiscal Federal, mismo que fue publicado en el Diario Oficial de la Federación del 28 de julio de 2015.

Que en términos de lo dispuesto por la cláusula décima primera del Convenio de Colaboración Administrativa en Materia Fiscal Federal, actualmente la entidad lleva a cabo las facultades relacionadas con la administración de los ingresos derivados de los contribuyentes que tributan conforme a lo establecido en el artículo 127 de la Ley del Impuesto sobre la Renta, relativos a las operaciones de enajenación de bienes inmuebles.

Que en términos de lo establecido en la cláusula décima novena, fracción VI, primer párrafo, del Convenio de Colaboración Administrativa en Materia Fiscal Federal, con motivo de las actividades que realiza la entidad percibe un incentivo consistente en el 100% de la recaudación del impuesto sobre la renta, su actualización, recargos, multas, honorarios por notificación, gastos de ejecución y la indemnización a que se refiere el artículo 21, séptimo párrafo del Código Fiscal de la Federación, que realicen respecto de los contribuyentes a que se refiere el citado artículo 127 de la Ley del Impuesto sobre la Renta.

Que con la finalidad de fortalecer las haciendas públicas de las Entidades Federativas y sus Municipios, el pasado 9 de diciembre de 2019 fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el "Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley del Impuesto sobre la Renta, de la Ley del Impuesto al Valor Agregado, de la Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios y del Código Fiscal de la Federación", a través del cual el artículo Segundo Transitorio, fracción XIII, establece que las Entidades Federativas adheridas al Sistema Nacional de Coordinación Fiscal en las que se enajenen bienes inmuebles y que por dichas operaciones se cause el impuesto a que se refiere el artículo 126 de la Ley del Impuesto sobre la Renta, podrán recibir como incentivo el 100% de la recaudación neta del citado impuesto, que se hubiera causado por las enajenaciones realizadas en la Entidad Federativa de que se trate, siempre que celebren convenio de colaboración administrativa en materia fiscal federal.

Que asimismo, se establece en la disposición transitoria antes citada que dicha recaudación no formará parte de la recaudación federal participable que prevé el artículo 2o. de la Ley de Coordinación Fiscal y que las Entidades Federativas deberán participar cuando menos el 20% del incentivo referido a sus municipios o demarcaciones territoriales, mismo que se distribuirá entre ellos en la forma que determine la legislatura correspondiente.

Que a fin de que la Secretaría esté en posibilidad de obtener no sólo la información, sino también la documentación que, en su caso, obtengan las Entidades Federativas en el ejercicio de sus facultades, atribuciones y funciones delegadas, se modifica el párrafo sexto de la cláusula sexta del referido convenio de colaboración.

Que en los términos de lo establecido en las cláusulas vigésima séptima y trigésima segunda de este convenio, la Secretaría, por conducto del Servicio de Administración Tributaria, tiene entre otras, la facultad de programación de las actividades e ingresos coordinados y, en ese contexto, la relativa a convenir con las entidades federativas los programas de trabajo y fijación de metas para el ejercicio de las funciones relacionadas con las mencionadas actividades e ingresos coordinados.

Que conforme a lo anterior, se establece que la entidad perciba el 100% de la recaudación derivada de los contribuyentes que tributen en los términos de los artículos 126 y 127 de la Ley del Impuesto sobre la Renta; sujetando únicamente la percepción de los ingresos derivados de lo establecido en el artículo 126, en un 30%, al cumplimiento del programa operativo anual que al efecto convenga con la Administración General de Auditoría Fiscal Federal del Servicio de Administración Tributaria, en un porcentaje de al menos el 95% y conforme a los criterios que para tal efecto emita ésta; esto último, con el fin de que en el ejercicio de las funciones operativas de administración de los ingresos generados en el territorio de la entidad, se incremente: (i) el esfuerzo de fiscalización de dichos ingresos por parte de la entidad y (ii) derivado de esto, la percepción de riesgo por parte de los contribuyentes.

Que por lo expuesto y con fundamento en los artículos 13, 14 y 15 de la Ley de Coordinación Fiscal; 126 y 127 de la Ley del Impuesto sobre la Renta; artículos Séptimo y Segundo, fracción XIII, de las Disposiciones Transitorias de la Ley del Impuesto sobre la Renta, del “Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley del Impuesto sobre la Renta, de la Ley del Impuesto al Valor Agregado, de la Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios y del Código Fiscal de la Federación”, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 9 de diciembre de 2019; 31, fracciones II, XI, XIV y XV de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, y 6o., fracción XVIII del Reglamento Interior de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y en los artículos de la legislación local: 36, 46, 49, 50, fracciones XI, XIX y XXVII de la Constitución Política del Estado de Jalisco, y 1o., 2o., 4o., numeral 1 fracciones I y II, 14, 16 numeral 1 fracciones I y II, 17, 18 numeral 1 fracciones II, VI, VII, XI y XII de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Jalisco, se hace necesario modificar el Convenio de Colaboración Administrativa en Materia Fiscal Federal, celebrado por el Gobierno Federal, por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y el Gobierno del Estado de **Jalisco**, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de julio de 2015 y en vigor a partir del 29 de julio de 2015, por lo que las partes

ACUERDAN

ÚNICO.- Se reforman las cláusulas sexta, párrafo sexto, décima primera, primer párrafo y fracción I, y décima novena, fracción VI, del Convenio de Colaboración Administrativa en Materia Fiscal Federal, para quedar de la siguiente manera:

“SEXTA.-...

...

La entidad proporcionará a la Secretaría la información y documentación que esta última determine, relacionada con los datos generales, información de las operaciones u obtenida de los contribuyentes, derivado de las facultades, atribuciones y funciones delegadas a través de este Convenio conforme a la normatividad que para tal efecto emita el Servicio de Administración Tributaria.

...”

“DÉCIMA PRIMERA.- La entidad ejercerá las funciones operativas de administración de los ingresos generados en su territorio derivados de los contribuyentes que tributen en los términos de los artículos 126 y 127 de la Ley del Impuesto sobre la Renta, en relación con los ingresos por la enajenación de bienes inmuebles, y por la ganancia de la enajenación de terrenos, construcciones o terrenos y construcciones, ubicados dentro de la circunscripción territorial de la misma.

...

I. Recibir las declaraciones que correspondan en los términos de las disposiciones jurídicas aplicables, que presenten los contribuyentes que se encuentren ubicados en su jurisdicción territorial.

...”

“DÉCIMA NOVENA.-...

...

VI. Por la realización de las funciones operativas de administración del impuesto sobre la renta a que se refiere la cláusula décima primera de este Convenio, conforme a lo siguiente:

A. 70% de la recaudación del impuesto sobre la renta, su actualización, recargos, honorarios por notificación, gastos de ejecución, indemnización a que se refiere el artículo 21, séptimo párrafo del Código Fiscal de la Federación, y por el monto efectivamente pagado de los créditos determinados y que hayan quedado firmes, de los contribuyentes a que se refiere el artículo 126 de la Ley del Impuesto sobre la Renta.

El 30% restante corresponderá a la Federación, con excepción de lo dispuesto en el párrafo siguiente.

La entidad podrá percibir el 100% del monto señalado en este apartado A, siempre y cuando cumpla con las metas establecidas en el programa operativo anual que refiere la cláusula trigésima segunda, primer párrafo del presente Convenio, en un porcentaje de al menos el 95% y conforme a los criterios que para tal efecto emita la Administración General de Auditoría Fiscal Federal del Servicio de Administración Tributaria.

De la recaudación total que la entidad perciba respecto de los contribuyentes referidos en el artículo 126 de la Ley del Impuesto sobre la Renta, en los términos de este apartado A, deberá participar cuando menos el 20% a sus municipios, que se distribuirá entre ellos en la forma que determine la legislatura local de la entidad.

B. 100% de la recaudación del impuesto sobre la renta, su actualización, recargos, honorarios por notificación, gastos de ejecución, la indemnización a que se refiere el artículo 21, séptimo párrafo del Código Fiscal de la Federación, y por el monto efectivamente pagado de los créditos determinados y que hayan quedado firmes, de los contribuyentes a que se refiere el artículo 127 de la Ley del Impuesto sobre la Renta.

Tratándose de las multas sobre los impuestos referidos en esta fracción, la entidad percibirá en todos los casos el 100% de aquellas que la misma imponga, efectivamente pagadas y que hayan quedado firmes.

...”

TRANSITORIOS

PRIMERO.- Este Acuerdo deberá ser publicado tanto en el órgano de difusión oficial de la entidad, como en el Diario Oficial de la Federación y entrará en vigor a partir del 1o. de enero de 2020.

SEGUNDO.- Los asuntos que a la fecha de entrada en vigor del presente Acuerdo se encuentren en trámite ante las autoridades fiscales de la entidad, serán resueltos hasta su conclusión en los términos de lo establecido en el Convenio de Colaboración Administrativa en Materia Fiscal Federal publicado en el Diario Oficial de la Federación del 28 de julio de 2015 y que ha quedado modificado por virtud del presente Acuerdo, y darán lugar a los incentivos que correspondan en los términos establecidos en dicho instrumento.

Ciudad de México, a 29 de junio de 2020.- Por el Estado: el Gobernador Constitucional, **Enrique Alfaro Ramírez.-** Rúbrica.- El Secretario General de Gobierno, **Juan Enrique Ibarra Pedroza.-** Rúbrica.- El Secretario de la Hacienda Pública, **Juan Partida Morales.-** Rúbrica.- Por la Secretaría: el Secretario de Hacienda y Crédito Público, **Arturo Herrera Gutiérrez.-** Rúbrica.

ACUERDO por el que se establecen plazos para la continuidad de los trámites y la resolución de los procedimientos competencia de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas durante el periodo de duración de la contingencia sanitaria.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- HACIENDA.- Secretaría de Hacienda y Crédito Público.- Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

RICARDO ERNESTO OCHOA RODRÍGUEZ, Presidente de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 1º, tercer párrafo; 4º, cuarto párrafo, 73, fracción XVI, Bases 1ª a 3ª, 90, primer párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; así como en los artículos 366, fracción II, 372, fracciones I y II, y 381 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, 9 y 48 del Reglamento Interior de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas; y

CONSIDERANDO

Que el treinta de marzo de dos mil veinte, el Consejo de Salubridad General publicó en el Diario Oficial de la Federación el *“Acuerdo por el que se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19)”*, señalando que la Secretaría de Salud determinaría las acciones que resulten necesarias para atender dicha emergencia.

Que el treinta y uno de marzo de dos mil veinte, la Secretaría de Salud publicó en el Diario Oficial de la Federación el *“Acuerdo por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19)”*, mediante el cual, entre otras medidas, se ordenó la suspensión inmediata de las actividades no esenciales en los sectores público, social y privado, con la finalidad de mitigar la dispersión y transmisión del virus en la comunidad, para disminuir la carga de enfermedad, sus complicaciones y la muerte en la población residente en el territorio nacional, el cual fue modificado mediante publicación realizada en el Diario Oficial de la Federación el veintiuno de abril de dos mil veinte.

Que en ese contexto, esta Comisión Nacional de Seguros y Fianzas publicó en el Diario Oficial de la Federación los días siete de abril, cuatro y veintinueve de mayo, treinta de junio y dieciséis de julio del dos mil veinte, diversos Acuerdos por los que se suspendieron plazos respecto a los trámites y procedimientos para la atención de las instituciones de seguros, de fianzas y demás personas sujetas a su supervisión hasta el treinta y uno de julio del dos mil veinte, a causa del coronavirus denominado COVID-19.

Que el catorce de mayo de dos mil veinte la Secretaría de Salud publicó en el Diario Oficial de la Federación el *“Acuerdo por el que se establece una estrategia para la reapertura de las actividades sociales, educativas y económicas, así como un sistema de semáforo por regiones para evaluar semanalmente el riesgo epidemiológico relacionado con la reapertura de actividades en cada entidad federativa, así como se establecen acciones extraordinarias”*, el cual fue modificado mediante Acuerdo publicado en el mismo medio de difusión el quince de mayo de dos mil veinte. Dicho Acuerdo tiene por objeto establecer una estrategia para la reapertura de las actividades sociales, educativas y económicas, así como un sistema de semáforo por regiones para evaluar semanalmente el riesgo epidemiológico relacionado con la reapertura de actividades en cada entidad federativa, así como establecer acciones extraordinarias. En su Artículo Segundo estableció que la reapertura de actividades se hará de manera gradual, ordenada y cauta.

Que en la Ciudad de México, sede de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, se dio a conocer el veinte de mayo de dos mil veinte, por parte del Gobierno de la Ciudad de México, el Plan Gradual hacia la nueva normalidad en la Ciudad de México, el cual establece la implementación de un regreso escalonado que prioriza el derecho a la salud para contener la pandemia por el coronavirus COVID-19 y evitar nuevos brotes de contagio, con el propósito de generar una vida y convivencia saludable con base en un Semáforo Epidemiológico con cuatro colores: rojo, naranja, amarillo y verde, para la reapertura escalonada de diversas actividades.

Que atendiendo a las determinaciones que corresponden a la autoridad sanitaria de la Ciudad de México, por este Acuerdo se establecen los plazos y formas pertinentes para el trámite de los asuntos que deban ser resueltos por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a efecto de dar certeza durante el tiempo en que la contingencia sanitaria prevalezca.

Que los procedimientos considerados en el presente Acuerdo constituyen la totalidad de los que competen a esta Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en adición al ejercicio de las atribuciones que ha venido y continuará ejerciendo durante la contingencia sanitaria, por lo que con la emisión de este Acuerdo queda prevista la debida atención de todos los asuntos de su ámbito, hasta en tanto las autoridades sanitarias determinen que la contingencia sanitaria ha concluido.

Que la Comisión es un Órgano Desconcentrado de la Administración Pública Federal facultado para emitir, en el ámbito de su competencia, las disposiciones generales a las que deberán sujetarse las instituciones de seguros, de fianzas y demás personas sujetas a su supervisión, y que en virtud de lo antes expuesto ha considerado emitir el siguiente:

ACUERDO POR EL QUE SE ESTABLECEN PLAZOS PARA LA CONTINUIDAD DE LOS TRÁMITES Y LA RESOLUCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS COMPETENCIA DE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS DURANTE EL PERIODO DE DURACIÓN DE LA CONTINGENCIA SANITARIA

PRIMERO. – A partir de la entrada en vigor del presente acuerdo y hasta que el Consejo de Salubridad General decrete que la contingencia sanitaria ha concluido, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas proveerá y resolverá los procedimientos materia de su competencia conforme al presente Acuerdo.

SEGUNDO. – La determinación para el cómputo de plazos y la atención de trámites competencia de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, se determinará con base en el semáforo epidemiológico que para la Ciudad de México den a conocer las autoridades sanitarias del Gobierno de la Ciudad de México.

TERCERO. – En semáforo rojo correrán los plazos para la atención de los siguientes asuntos:

1. Procedimientos relacionados con la obligación a cargo de las instituciones de seguros, de fianzas y demás personas sujetas a la supervisión de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas de entregar los Reportes Regulatorios 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 13 a que se refiere el Título 38 de la Circular Única de Seguros y Fianzas.
2. Procedimientos relacionados con Planes de Regularización y Programas de Autocorrección a que se refieren los artículos 320, 321 y 322 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.
3. Procedimientos relacionados con la obligación de las instituciones de seguros y de fianzas de establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones relacionadas con lavado de dinero y financiamiento al terrorismo, en términos de las disposiciones de carácter general emitidas o que emita la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
4. Requerimientos relacionados con la revisión de los métodos actuariales para la constitución, incremento y valuación de las reservas técnicas, así como los relacionados con los métodos para la determinación de la pérdida máxima probable de los seguros de caución y de crédito.
5. Procedimientos relacionados con el Registro General de Reaseguradoras Extranjeras, incluyendo la solicitud de inscripción, renovación, así como la autorización para el establecimiento de oficinas de representación de dichas Reaseguradoras.
6. Procedimientos relacionados con el registro de productos de seguros, documentación contractual y nota técnica de fianzas, incluyendo en su caso la revocación de los mismos.
7. Procedimientos relacionados con el registro de modelos de contratos de prestación de servicios a que se refieren los artículos 102 y 103 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.
8. Procedimientos relacionados con la autorización de agentes provisionales y certificaciones a que se refiere el artículo 103 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.
9. Procedimientos relacionados con el registro de ajustadores de seguros modalidad institución.
10. Recepción de certificados que actualicen la vigencia del registro de auditores externos, actuarios para la firma de notas técnicas, valuación de reservas técnicas, prueba de solvencia dinámica y actuarios independientes, así como recepción de avisos de modificación de datos personales.
11. Recepción de designaciones por parte de las instituciones de agentes mandatarios.
12. Recepción de solicitudes de registro de firmas de funcionarios facultados para suscribir fianzas y constancias para la tildación de afectaciones en garantía.
13. Recepción de pólizas de seguros de responsabilidad civil de agentes persona moral y avisos de cambios de domicilio de agentes persona física y persona moral.
14. Las notificaciones y requerimientos de información que realice la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a través del Sistema de Notificación de Oficios de Requerimiento (SNOR), conforme a lo establecido en el artículo 389 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y en el capítulo 39.5 de la Circular Única de Seguros y Fianzas.
15. Atención de requerimientos de información y documentación que formulen las autoridades competentes relativas a las operaciones y servicios financieros prestados por las instituciones de seguros, de fianzas, sociedades mutualistas de seguros y demás personas sujetas a la inspección y vigilancia de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
16. Recepción y trámite de la solicitud de la designación del administrador responsable para la entrega de información vía electrónica, de la designación de operador y/o signatario para el registro de documentos, y del usuario del sistema de planes de regularización y programas de autocorrección todos ellos referidos en el Capítulo 39 de la Circular Única de Seguros y Fianzas.

CUARTO. – En adición a los procedimientos señalados en el numeral Tercero del presente Acuerdo, en semáforo naranja correrán los plazos para la atención de los siguientes asuntos:

1. Procedimientos relacionados con la obligación a cargo de las instituciones de seguros, de fianzas y demás personas sujetas a la supervisión de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas de entregar los Reportes Regulatorios 1, 8, 9, 10, 11 y 12 a que se refiere el Título 38 de la Circular Única de Seguros y Fianzas.
2. Procedimientos relacionados con la obligación de las instituciones de seguros y de fianzas de entregar el estudio anual de precios de transferencia a que se refiere el artículo 89 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.
3. Procedimientos relacionados con la obligación de las instituciones de seguros de entregar el método técnico para la fijación de los límites máximos de retención a que se refiere el artículo 260 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y la Disposición 9.7.2. de la Circular Única de Seguros y Fianzas.
4. Procedimientos relacionados con la autorización para organizarse, operar y funcionar como institución de seguros, de fianzas o sociedades mutualistas de seguros, así como modificaciones a la misma.
5. Procedimientos relacionados con la aprobación para reformar los estatutos sociales de instituciones de seguros, de fianzas y demás participantes en las actividades aseguradora y afianzadora.
6. Procedimientos relacionados con la autorización para la adquisición directa o indirecta de acciones de instituciones de seguros y de fianzas, así como el otorgamiento de garantías sobre las mismas.
7. Procedimientos relacionados con la autorización para llevar a cabo la fusión, escisión y cesión de cartera de instituciones de seguros y de fianzas.
8. Procedimientos relacionados con la autorización de inversiones y contrataciones a que se refieren los artículos 265, 266 y 267 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.
9. Procedimientos relacionados con el registro y renovación de dictaminadores jurídicos de seguros y de fianzas.
10. Procedimientos relacionados con la autorización para constituir agentes de seguros persona moral, y demás participantes en las actividades aseguradora y afianzadora.
11. Recepción de solicitudes de cancelaciones de autorizaciones de agentes persona física, apoderados de agentes persona moral, y demás participantes en las actividades aseguradora y afianzadora.
12. Recepción de solicitudes de registro de asesores externos.
13. Recepción de solicitudes de autorización de apoderados en el extranjero.
14. Procedimientos relacionados con el remate y transferencia de valores.

QUINTO. – En adición a los procedimientos señalados en los numerales Tercero y Cuarto del presente Acuerdo, en semáforo amarillo correrán los plazos para la atención de los siguientes asuntos:

1. Aplicación de exámenes, trámites y procedimientos relacionados con la autorización de agentes persona física y apoderados de agentes persona moral.
2. Trámites y procedimientos relacionados con la autorización de agentes mandatarios de seguros y de fianzas.
3. Trámites y procedimientos relacionados con el registro de ajustadores de seguros persona física y persona moral.
4. Trámites y procedimientos relacionados con el registro de auditores externos, actuarios para la firma de notas técnicas, valuación de reservas técnicas, prueba de solvencia dinámica y actuarios independientes.
5. Trámites y procedimientos relacionados con la ratificación de firmas de contratos de afianzamiento y certificación de constancias para la tildación de afectaciones en garantía.
6. Procedimientos relacionados con el incumplimiento de la obligación por parte de las instituciones de seguros y de fianzas de publicar las condiciones generales de sus productos en el portal Web de la institución de que se trate.
7. Trámites y procedimientos relacionados con el procedimiento del prorrateo de ingresos y costos que no son de asignación directa.

8. Trámites y procedimientos relacionados con quejas presentadas contra agentes de seguros y de fianzas, apoderados de agentes persona moral, ajustadores de seguros e intermediarios de reaseguro.
9. Trámites y procedimientos relacionados con los recursos de revocación que se presenten con motivo de las sanciones impuestas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en el ejercicio de sus atribuciones.

SEXTO. – En adición a los procedimientos señalados en los numerales Tercero, Cuarto y Quinto del presente Acuerdo, en semáforo verde se reanudarán los siguientes trámites:

1. Aplicación de exámenes, trámites y procedimientos relacionados con el refrendo de autorizaciones de agentes personas físicas y apoderados de agentes persona moral.
2. Aplicación de exámenes para la acreditación de conocimientos de actuarios para la elaboración y firma de notas técnicas y valuación de reservas técnicas.

SÉPTIMO. – La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas publicará, en la dirección electrónica www.gob.mx/cnsf un cuadro resumen de los procedimientos que serán atendidos conforme a lo previsto en los numerales Tercero, Cuarto, Quinto y Sexto del presente Acuerdo.

Adicionalmente, en la misma dirección electrónica, la Vicepresidencia de Tecnologías de la Información y Planeación atendiendo al semáforo epidemiológico a que se refiere el numeral Segundo del presente Acuerdo, publicará el color del semáforo conforme al cual serán tramitados los asuntos a que se refiere el presente Acuerdo. Dicha publicación la realizará en un plazo que no excederá de 24 horas a partir de que la autoridad sanitaria de la Ciudad de México determine el cambio del color del semáforo.

OCTAVO. – Tratándose del refrendo de autorizaciones de agentes personas físicas o apoderados de agentes persona moral se estará a lo señalado en la Circular Modificatoria 4/20 de la Única de Seguros y Fianzas, publicada en el Diario Oficial de la Federación el veintisiete de marzo de dos mil veinte.

NOVENO. – La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas continuará ejerciendo sus facultades de inspección y vigilancia, sin perjuicio del color del semáforo.

Los procedimientos se realizarán conforme a las disposiciones aplicables y podrán, en su caso, atender a lo siguiente:

1. La notificación de la orden de visita de inspección podrá realizarse de manera electrónica en términos de lo dispuesto por el artículo 459 fracción IV y 468 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas a través del Sistema de Notificación de Oficios de Requerimientos.
2. La notificación de requerimientos de información y documentación será electrónica a través del Sistema señalado. La atención a los mismos y el envío de información se realizará mediante el mismo Sistema, pudiendo la Comisión señalar previamente otro medio para tal fin.
3. Sin perjuicio de lo establecido en los incisos anteriores, las instituciones deberán permitir el ingreso y acceso a instalaciones y documentos que requiera el personal designado en la orden de visita.

DÉCIMO. – Para la presentación y recepción de documentos en oficialía de partes se atenderá a lo siguiente:

1. No se recibirán consultas relacionadas con agentes persona física, agentes persona moral y apoderados de agentes persona moral. Estas deberán formularse vía electrónica conforme a lo que se señala en el numeral Décimo Primero del presente Acuerdo.
2. En los documentos que se presenten físicamente deberá señalarse una dirección de correo electrónico para oír y recibir notificaciones, en términos de los artículos 460 y 468 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Debido a las circunstancias que impone la contingencia sanitaria, la falta de señalamiento de la dirección de correo electrónico, podrá ser motivo de desechamiento de la promoción de que se trate.

3. El mismo día en que se presente el documento en oficialía de partes el interesado deberá enviar el archivo digital de los mismos.

Debido a las circunstancias que impone la contingencia sanitaria, la omisión en el envío de dichos archivos, podrá resultar en impedimento del trámite pretendido.

La presentación de los archivos electrónicos se sujetará a lo establecido en el numeral Décimo Primero del presente Acuerdo.

4. La recepción de documentos en oficialía de partes se realizará conforme a lo siguiente:
 - i. En semáforo rojo la oficialía de partes permanecerá cerrada.
 - ii. En semáforo naranja se recibirán documentos los martes y jueves en un horario de 10:00 a 15:00 horas.
 - iii. En semáforo amarillo se recibirán documentos los lunes, miércoles y viernes en un horario de 10:00 a 15:00 horas.
 - iv. En semáforo verde se recibirán documentos de lunes a viernes de 09:00 a 15:00 horas.

DÉCIMO PRIMERO. – Para la presentación y recepción de archivos y comunicaciones electrónicas, se atenderá a lo siguiente:

1. Deberán dirigirse a la dirección de correo electrónico oficialiadepartes@cnsf.gob.mx.
La documentación deberá presentarse en días hábiles, en un horario de 9:00 a 17:00 horas. En caso de presentarse fuera del horario establecido, se tendrán por recibidos en el día hábil siguiente, en su primera hora hábil.
2. A efecto de recibir pronta atención, el interesado deberá destacar la Dirección General de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas que considere debe atender el asunto.
3. Tratándose de los archivos digitales relativos al inciso 3 del numeral Décimo de este Acuerdo, deberán enviarse desde la misma dirección de correo electrónico que se hubiese señalado en el documento, a la que se enviará la confirmación de recepción. Ello a efecto de propiciar una más rápida atención del asunto.
4. En todos los trámites que se presenten mediante correo electrónico, se enviará a la dirección de correo electrónico del remitente un acuse de recibo mediante el cual se asignará folio de ingreso y fecha de recepción por parte de oficialía de partes.
5. Las solicitudes y trámites que se envíen al correo electrónico señalado en el inciso 1 del presente numeral, deberán contener la manifestación expresa del solicitante en el sentido de que acepta notificarse por este medio electrónico de la resolución que tome la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas al respecto, la cual constará en oficio digitalizado emitido por el servidor público facultado.

DÉCIMO SEGUNDO. – Para las notificaciones de resoluciones y requerimientos de información que haga la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, se estará a lo siguiente:

1. La atención a los trámites y en su caso la resolución por parte de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas se notificará a los interesados al correo electrónico señalado para tales efectos y surtirán plenos efectos legales.
2. De así considerarlo, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas podrá acreditar la recepción de la comunicación electrónica en la dirección de correo electrónico señalado por el interesado.

DÉCIMO TERCERO. – La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas podrá iniciar procedimientos sancionadores en caso de que en el ejercicio de sus atribuciones detecte alguna irregularidad o incumplimiento a la normativa por parte de las instituciones y demás personas supervisadas que refiere el artículo 1 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

DÉCIMO CUARTO. – La interpretación para efectos administrativos del presente Acuerdo corresponderá a la Dirección General Jurídica Consultiva y de Intermediarios de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

DÉCIMO QUINTO. – El presente Acuerdo y los actos que de éste deriven, no constituyen una limitación temporal o definitiva de las atribuciones y facultades que las leyes le confieren a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, ni generarán mayores derechos o beneficios para las instituciones y personas sujetas a su supervisión que los que expresamente y por virtud de la contingencia sanitaria sean definidos por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, pudiendo solicitar la información que en cualquier momento requiera e instruir lo conducente en el ejercicio de sus facultades.

TRANSITORIOS:

ÚNICO. – El presente Acuerdo entrará en vigor el día de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Atentamente

Ciudad de México, 30 de julio de 2020.- El Presidente de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas,
Ricardo Ernesto Ochoa Rodríguez.- Rúbrica.

SECRETARIA DE ECONOMIA**AVISO de consulta pública del Proyecto de Norma Mexicana PROY-NMX-H-151-SCFI-2019.**

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- ECONOMÍA.- Secretaría de Economía.- Dirección General de Normas.

AVISO DE CONSULTA PÚBLICA DEL PROYECTO DE NORMA MEXICANA PROY-NMX-H-151-SCFI-2019, "MAQUINARIA Y EQUIPO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS-MEZCLADORAS PARA CAMIONES PARTE 1: TERMINOLOGÍA Y ESPECIFICACIONES COMERCIALES".

La Secretaría de Economía, por conducto de la Dirección General de Normas, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 34 fracciones II, XIII y XXXIII de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 3 fracción X, 51-A, 51-B y 54 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 43, 44 y 46 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y 36 fracciones I, IX y XII del Reglamento Interior de esta Secretaría, publica el Aviso de Consulta Pública del Proyecto de Norma Mexicana que se enuncia a continuación, mismo que ha sido elaborado y aprobado por el Comité Técnico de Normalización de Industrias Diversas de la Secretaría de Economía.

De conformidad con el artículo 51-A de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, este Proyecto de Norma Mexicana, se publica para Consulta Pública a efecto de que dentro de los siguientes 60 días naturales los interesados presenten sus comentarios ante el seno del Comité que lo propuso, ubicado en Calle Pachuca número 189, Piso 7, Colonia Condesa, Demarcación Territorial Cuauhtémoc, Código Postal 06140, en la Ciudad de México, tel. 57 29 91 00 ext. 13245; o a los correos electrónicos: emeterio.mosso@economia.gob.mx y maricarmen.sanchez@economia.gob.mx

El texto completo del documento puede ser consultado gratuitamente en la Dirección General de Normas de esta Secretaría, ubicada en Calle Pachuca número 189, Piso 7, Colonia Condesa, Demarcación Territorial Cuauhtémoc, Código Postal 06140, en la Ciudad de México a través de una cita gestionada al correo electrónico maricarmen.sanchez@economia.gob.mx. SINEC-20190725184418431.

CLAVE O CÓDIGO	TÍTULO DEL PROYECTO DE NORMA MEXICANA
PROY-NMX-H-151-SCFI-2019	Maquinaria y equipo para la construcción de edificios-Mezcladoras para camiones Parte 1: Terminología y especificaciones comerciales.
Síntesis	
Este Proyecto de Norma Mexicana, tiene por objeto definir los términos y especificaciones comerciales para los camiones mezcladores para producir concreto o mezcla, y para recibir concreto, mezcla o sus materiales en las obras de construcción.	
El presente Proyecto de Norma Mexicana es aplicable a todas las ollas revolvedoras de concreto de fabricación nacional y de importación que se comercialicen dentro del territorio nacional.	
Este Proyecto de Norma Mexicana aplica para las mezcladoras que estén:	
a) montadas en un camión, o	
b) montadas como semirremolque	
Este Proyecto de Norma Mexicana no aplica a:	
- Mezcladoras fijas (estacionarias) (ver ISO 18650-1:2004); - Mezcladoras tipo turbo (ver ISO 18650-1:2004); - Plantas productoras de concreto o mezcla (ver ISO 19720-1:2017); - Mezcladoras pequeñas portátiles (ver ISO 18650-1:2004); - Mezcladoras de camiones para trabajos subterráneos; - Mezcladoras volumétricas (plantas de mezclado móviles para concreto).	

Atentamente,

Ciudad de México, a 24 de junio de 2020.- El Director General de Normas y Secretariado Técnico de la Comisión Nacional de Normalización, **Alfonso Guati Rojo Sánchez**.- Rúbrica.

AVISO de consulta pública del Proyecto de Norma Mexicana PROY-NMX-E-285-NYCE-2019.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- ECONOMÍA.- Secretaría de Economía.- Dirección General de Normas.

AVISO DE CONSULTA PÚBLICA DEL PROYECTO DE NORMA MEXICANA PROY-NMX-E-285-NYCE-2019, "INDUSTRIA DEL PLÁSTICO-DIRECTRICES PARA LA RECUPERACIÓN Y EL RECICLAJE DE RESIDUOS PLÁSTICOS".

La Secretaría de Economía, por conducto de la Dirección General de Normas, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 34 fracciones II, XIII y XXXIII de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 3 fracción X, 51-A y 54 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 43, 44, y 46 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y 36 fracciones I, IX y XII del Reglamento Interior de esta Secretaría, publica el Aviso de Consulta Pública del Proyecto de Norma Mexicana que se enuncia a continuación, mismo que ha sido elaborado y aprobado por el Organismo Nacional de Normalización denominado "Normalización y Certificación NYCE, S.C.", por medio del Subcomité Propiedades mecánicas y fisicoquímicas del Comité Técnico de Normalización Nacional de la Industria del Plástico.

De conformidad con el artículo 51-A de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, este Proyecto de Norma Mexicana, se publica para Consulta Pública a efecto de que dentro de los siguientes 60 días naturales los interesados presenten sus comentarios ante el Organismo Nacional de Normalización denominado "Normalización y Certificación NYCE, S.C.", que lo propuso, ubicado en Avenida Lomas de Sotelo número 1097, Colonia Lomas de Sotelo, Demarcación Territorial Miguel Hidalgo, Código Postal 11200, Ciudad de México, teléfono 5395-0777, Fax 5395-0700 y/o al correo electrónico: davila@nyce.org.mx.

El texto completo del documento puede ser consultado gratuitamente en la Dirección General de Normas de esta Secretaría, ubicada en Calle Pachuca No. 189, Piso 7, Colonia Condesa, Demarcación Territorial Cuauhtémoc, Código Postal 06140, en la Ciudad de México, a través de una cita gestionada al correo electrónico maricarmen.sanchez@economia.gob.mx y jorge.lopezsal@economia.gob.mx. SINEC-20191023164728020.

CLAVE O CÓDIGO	TÍTULO DEL PROYECTO DE NORMA MEXICANA
PROY-NMX-E-285-NYCE-2019	Industria del plástico-Directrices para la recuperación y el reciclaje de residuos plásticos.
Síntesis	
Este Proyecto de Norma Mexicana brinda orientación para el desarrollo de las normas y las especificaciones que cubre el reciclaje de residuos plásticos. Las diferentes opciones de manejo cuando esos residuos provienen de fuentes post consumo y post industrial como se ilustra esquemáticamente en el Apéndice A. Este proyecto de norma también establece los requisitos de calidad que se deben considerar en todos los pasos del proceso de reciclado, y proporciona directrices generales para su inclusión en normas de materiales, métodos de prueba y especificaciones de productos. En consecuencia, las etapas del proceso, los requisitos, las recomendaciones y la terminología presentados en este proyecto de Norma Mexicana tienen la intención de ser de aplicación general.	

Atentamente,

Ciudad de México, a 31 de marzo de 2020.- El Director General de Normas y Secretario Técnico de la Comisión Nacional de Normalización, **Alfonso Guati Rojo Sánchez**.- Rúbrica.

SECRETARIA DE SALUD

ACUERDO de Coordinación para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en los términos previstos en el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud, que celebran el Instituto de Salud para el Bienestar y el Estado de Aguascalientes.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- SALUD.- Secretaría de Salud.- Instituto de Salud para el Bienestar.

ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA GARANTIZAR LA PRESTACIÓN GRATUITA DE SERVICIOS DE SALUD, MEDICAMENTOS Y DEMÁS INSUMOS ASOCIADOS PARA LAS PERSONAS SIN SEGURIDAD SOCIAL EN LOS TÉRMINOS PREVISTOS EN EL TÍTULO TERCERO BIS DE LA LEY GENERAL DE SALUD QUE CELEBRAN POR UNA PARTE, EL INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR, AL QUE SE LE DENOMINARÁ EL “INSABI”, REPRESENTADO POR SU DIRECTOR GENERAL, MTRO. JUAN ANTONIO FERRER AGUILAR, Y POR OTRA PARTE, EL EJECUTIVO DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES, AL QUE EN ADELANTE SE LE DENOMINARÁ “LA ENTIDAD”, REPRESENTADO POR EL GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES, EL C.P. MARTÍN OROZCO SANDOVAL, ASISTIDO POR LA SECRETARIA GENERAL DE GOBIERNO, MTRA. SIOMAR ELINE ESTRADA CRUZ; EL SECRETARIO DE FINANZAS, EL C.P. CARLOS DE JESÚS MAGALLANES GARCÍA; EL SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES, DR. MIGUEL ÁNGEL PIZA JIMÉNEZ Y EL CONTRALOR DEL ESTADO, EL C.P. DENNYS EDUARDO GÓMEZ GÓMEZ, A QUIENES CUANDO ACTÚEN DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ “LAS PARTES”, AL TENOR DE LOS ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

ANTECEDENTES

1. El artículo 4o, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, reconoce el derecho humano que toda persona tiene en nuestro país a la protección de la salud y dispone que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo preceptuado en la fracción XVI, del artículo 73 de la propia norma fundamental.
2. Acorde con lo anterior, conforme a lo dispuesto en la fracción I del apartado B del artículo 13 de la Ley General de Salud (LGS), corresponde a los gobiernos de las entidades federativas, dentro de sus respectivas jurisdicciones territoriales, organizar, operar, supervisar y evaluar, entre otros, la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social.
3. De este modo, para la prestación de los servicios referidos en el numeral anterior, las entidades federativas deben sujetarse a lo señalado en el Título Tercero Bis de la LGS.
4. Al efecto, el artículo 77 bis 6 de la LGS señala que el “INSABI” y las entidades federativas celebrarán acuerdos de coordinación para la ejecución, por parte de éstas, de la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social, en los que se estipulará como mínimo, las modalidades orgánicas y funcionales de la prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados; los conceptos de gasto; el destino de los recursos y los indicadores de seguimiento a la operación y los términos de la evaluación integral de la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados.

DECLARACIONES

I. El “INSABI” declara que:

- 1.1. De conformidad con los artículos 3o., fracción I y 45 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y 77 bis 35 de la LGS, es un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, sectorizado a la Secretaría de Salud, que tiene por objeto proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, así como impulsar, en coordinación con la Secretaría de Salud en su calidad de órgano rector, acciones orientadas a lograr una adecuada integración y articulación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.
- 1.2. Su Director General, quien acredita su cargo con la copia de su nombramiento (Anexo A), cuenta con las atribuciones necesarias para suscribir el presente Acuerdo de Coordinación, de conformidad con lo establecido en los artículos 22, fracción I y 59, fracción I de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.
- 1.3. Para efectos del presente Acuerdo señala como su domicilio el ubicado en Gustavo E. Campa número 54, Colonia Guadalupe Inn, Demarcación Territorial Álvaro Obregón, C.P. 01020, en la Ciudad de México.

II. "LA ENTIDAD" declara que:

- II.1.** El Estado de Aguascalientes es una Entidad Libre y Soberana que forma parte integrante de la Federación, de conformidad con lo establecido en los artículos 40, 42, fracción I y 43 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 1, 2, 3, y 4 de la Constitución Política del Estado de Aguascalientes.
- II.2.** El Gobernador Constitucional del Estado de Aguascalientes, cuenta con las atribuciones necesarias para suscribir el presente Acuerdo de Coordinación en términos de lo dispuesto por los artículos 1, 2, 36, 46 fracción VII inciso a) de la Constitución Política del Estado de Aguascalientes, quien acredita su personalidad con la constancia de Gobernador Electo expedida por el Instituto Estatal Electoral (Anexo B).
- II.3.** Los secretarios de Gobierno; de Finanzas; de Salud, así como el Contralor General del Estado, quienes acreditan su cargo con las copias de sus respectivos nombramientos (Anexos C, D, E y F), participan en la suscripción del presente Acuerdo de Coordinación en asistencia del Gobernador Constitucional del Estado de Aguascalientes, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 3, 18, 32, 34, 37 y 46 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Aguascalientes.
- II.4.** El Secretario de Salud y Director General del Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes, organismo descentralizado de la Administración Pública de "LA ENTIDAD", cargo que acredita con copia de su nombramiento (Anexo G), participa en la celebración del presente Acuerdo de Coordinación, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, 2, 4, 5 y 21 fracción I, de la Ley del Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes.
- II.5.** Para efectos del presente Acuerdo de Coordinación señala como su domicilio el ubicado en Margil de Jesús 1505 Fracc. Las Arboledas., Aguascalientes, Ags.

III. "LAS PARTES" declaran que:

- III.1.** Se reconocen mutuamente el carácter y las facultades jurídicas que ostentan para la celebración del presente Acuerdo de Coordinación.
- III.2.** Conforme a lo dispuesto por el artículo 77 bis 6 de la LGS y a fin de instrumentar en la circunscripción territorial de "LA ENTIDAD" la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en los términos previstos en el Título Tercero Bis de la Ley en cita, es su voluntad celebrar el presente instrumento jurídico al tenor de las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA. OBJETO. El presente Acuerdo de Coordinación tiene por objeto establecer los compromisos a que se sujetarán "LAS PARTES", conforme a las competencias y facultades que establece el Título Tercero Bis de la LGS para cada una de ellas, a fin de garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en el Estado de Aguascalientes.

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

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

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

"LA ENTIDAD" se obliga, a través de la Secretaría de Salud y de los Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes, que la prestación de "LOS SERVICIOS DE SALUD" se sujetará orgánica y funcionalmente a los criterios siguientes:

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

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

Asimismo, “LAS PARTES” convienen en que las modificaciones que el “INSABI”, en coordinación con la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, efectúe al Modelo de Atención, formarán parte integral del referido Anexo 1 y surtirán efectos para “LA ENTIDAD” a fin de que ésta inicie el proceso de implementación a partir del día siguiente a aquél en que el “INSABI” le notifique por escrito las referidas modificaciones. Sin perjuicio de lo anterior, el “INSABI” difundirá el Modelo de Atención y sus modificaciones a través de su página de Internet y gestionará que la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, de igual modo, difunda dichos documentos en su portal de Internet.

- b. “LA ENTIDAD” se obliga a través de su Secretaría de Salud y del Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes, a adoptar esquemas de operación que (i) mejoren la atención, (ii) modernicen la administración de servicios y registros clínicos, (iii) alienten la certificación del personal, y (iv) promuevan y mantengan la certificación y acreditación de sus unidades médicas, a fin de favorecer la atención que se brinda a los beneficiarios de “LOS SERVICIOS DE SALUD”.
- c. “LA ENTIDAD” se obliga a llevar a cabo la prestación de los “LOS SERVICIOS DE SALUD”, de manera gratuita, en los términos previstos en el Título Tercero Bis de la LGS, sus disposiciones reglamentarias y las demás disposiciones jurídicas que de dichos ordenamientos emanen, por lo que está conforme en que bajo ninguna circunstancia se cobrarán cuotas de recuperación a las personas sin seguridad social que requieran acceder a “LOS SERVICIOS DE SALUD” conforme a lo previsto en el artículo 77 bis 1 de la LGS.

El incumplimiento de esta obligación, dará lugar a imponer las sanciones administrativas y penales correspondientes, comprometiéndose “LAS PARTES” a denunciarlo ante las instancias federales y locales competentes.

- d. “LAS PARTES” acuerdan que “LA ENTIDAD” será responsable de supervisar que sus unidades médicas que lleven a cabo la prestación de “LOS SERVICIOS DE SALUD”, obtengan y mantengan de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, la acreditación de la calidad a que se refiere el artículo 77 bis 9 de la LGS, sujetándose para ello al procedimiento, requisitos y criterios establecidos en las disposiciones reglamentarias y administrativas que resulten aplicables.
- e. “LA ENTIDAD” se obliga a implementar las medidas necesarias para que sus unidades médicas efectúen el registro de las personas atendidas por las mismas, conforme al mecanismo que al efecto establezca el “INSABI”. Para tal fin, el “INSABI” se obliga a difundir los lineamientos y criterios que emita conforme al ámbito de sus atribuciones, para la implementación del mecanismo referido.
- f. “LA ENTIDAD” será responsable de dar a conocer a través de los medios que tenga disponibles, los materiales que para tal fin diseñe y elabore la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, relativos a la sensibilización, difusión, promoción y metodología de capacitación, que se utilizarán en la prestación de “LOS SERVICIOS DE SALUD”. Dichos materiales le serán proporcionados a “LA ENTIDAD”, por conducto del “INSABI”.
- g. “LA ENTIDAD” se obliga a proporcionar al “INSABI” en los plazos y bajo los criterios que éste determine, la información relativa y actualizada referente al ejercicio de los recursos destinados a la prestación de “LOS SERVICIOS DE SALUD”.
- h. “LA ENTIDAD” está conforme en sujetarse a las bases para la compensación económica entre entidades federativas, instituciones y establecimientos del Sistema Nacional de Salud por concepto de la prestación de los servicios a que se refiere el Título Tercero Bis de la LGS, que emita el “INSABI”, previa opinión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- i. “LA ENTIDAD” se obliga a establecer un sistema de orientación y atención de quejas y sugerencias respecto de la prestación de “LOS SERVICIOS DE SALUD” y dar seguimiento a las mismas hasta su conclusión, aplicando, en su caso, las medidas correctivas necesarias para prevenir su recurrencia.

B. Transferencia de recursos.

- a. El "INSABI" se obliga a transferir con oportunidad a "LA ENTIDAD" los recursos presupuestarios federales que le correspondan para la prestación de "LOS SERVICIOS DE SALUD", en los términos que anualmente se determinen en el Anexo 2 del presente instrumento jurídico. Para tal fin, dicho Anexo 2 deberá señalar lo siguiente:
 - i. El monto total de los recursos presupuestarios federales que en términos de lo dispuesto en los artículos 77 bis 11 y 77 bis 12 de la LGS y el Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal de que se trate, y con sujeción a la disponibilidad presupuestaria, la Federación deba destinar a "LA ENTIDAD" para la prestación de "LOS SERVICIOS DE SALUD".

En este sentido, "LAS PARTES" están de acuerdo en que, con sujeción a la disponibilidad presupuestaria, el importe correspondiente para el ejercicio fiscal 2020, será equivalente al transferido a "LA ENTIDAD" durante el ejercicio fiscal 2019 y específicamente para dicho ejercicio, para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en su circunscripción territorial, más el factor de incremento que se haya tomado en consideración para dicho fin, en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2020.
 - ii. El calendario de transferencia respectivo y sus modalidades, incluyendo los recursos que se entregarán en especie.
 - iii. Los demás elementos que se señalan en este Acuerdo de Coordinación.

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

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

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

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

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

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

C. Destino y aplicación de los recursos.

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

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

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

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

Sin perjuicio de lo anterior, “LA ENTIDAD” se obliga a administrar y supervisar el ejercicio de los recursos que el “INSABI” le transfiera para la prestación de “LOS SERVICIOS DE SALUD”, apegándose a los criterios generales que en materia de supervisión emita el “INSABI”, los cuales, una vez formulados se notificarán por oficio a “LA ENTIDAD” y sin mayor trámite se agregará al presente Acuerdo de Coordinación como Anexo 3.

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

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

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

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

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

D. Recursos del Fondo de Salud para el Bienestar ("EL FONDO").**a. Atención de enfermedades que provocan gastos catastróficos.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- c. "LAS PARTES" están conformes en que las acciones que deriven de la aplicación de los recursos de "EL FONDO", bajo ninguna circunstancia podrán ser contabilizados por "LA ENTIDAD", como parte de la aportación solidaria que le corresponde efectuar para financiar la prestación de "LOS SERVICIOS DE SALUD".
- E. Aportación solidaria de "LA ENTIDAD". "LAS PARTES" acuerdan que la aportación solidaria que corresponda realizar a "LA ENTIDAD" anualmente para la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en su circunscripción territorial, conforme a lo dispuesto en los artículos 77 bis 11 y 77 bis 13 de la LGS, será determinada en el Anexo 2 del presente Acuerdo de Coordinación, con base en lo señalado en las disposiciones reglamentarias y administrativas que al efecto se emitan. Sin perjuicio de lo anterior, "LAS PARTES" están conformes en que para el ejercicio fiscal 2020, la referida aportación solidaria estatal, será equivalente al monto total calculado para dicho concepto, con base en el cierre de afiliación reportado por "LA ENTIDAD" al 31 de diciembre de 2019.
- Asimismo, "LAS PARTES" están conformes en que cuando menos el 70% de dicha aportación deberá realizarse en numerario. La parte proporcional que se realice en especie deberá ajustarse a los conceptos de gasto que se determinen en el Anexo 2 de este instrumento jurídico.
- En este tenor, "LA ENTIDAD", por conducto de su Secretaría de Finanzas se obliga a entregar a la Unidad Ejecutora, el importe que le corresponda aportar en numerario para la prestación de "LOS SERVICIOS DE SALUD", a través de la cuenta bancaria productiva específica que esta última abra para tal fin, en los términos y conforme al calendario que al efecto se prevea en el referido Anexo 2.
- En virtud de lo anterior, "LA ENTIDAD" manifiesta su conformidad para que, en caso de incumplimiento respecto de la entrega de los recursos a que se hace referencia en el párrafo anterior o de la entrega en especie correspondiente, se afecten como fuente para cubrir la misma, las participaciones que le correspondan del Fondo General de Participaciones del Ramo 28. En tal virtud, "LA ENTIDAD" faculta al "INSABI" para que, en caso de actualizarse este supuesto de incumplimiento, haga efectiva la afectación de dichas participaciones ante la unidad administrativa competente de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, para que, con cargo a las participaciones antes señaladas, se ponga a disposición de la Unidad Ejecutora el monto correspondiente.
- F. "LAS PARTES" acuerdan que "LA ENTIDAD" podrá anualmente realizar aportaciones adicionales para la prestación de "LOS SERVICIOS DE SALUD", cuyos fines deberán estipularse en el convenio específico que celebren.
- G. Indicadores de seguimiento a la operación y los términos de la evaluación integral de "LOS SERVICIOS DE SALUD".

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

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

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

CUARTA. VIGENCIA. El presente Acuerdo de Coordinación surtirá sus efectos a partir de la fecha de su firma y tendrá una vigencia indefinida.

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

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

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

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

Cualquier cambio de domicilio de “LAS PARTES” deberá ser notificado por escrito a la otra, con al menos diez días naturales de anticipación a la fecha en que se pretenda que surta efectos ese cambio. Sin este aviso, todas las comunicaciones se entenderán válidamente hechas en los domicilios señalados previamente por “LAS PARTES”.

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

Anexo 1 Modelo de Atención.

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

Anexo 3 Criterios Generales en Materia de Supervisión.

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

Los Anexos 3 y 4 antes referidos se integrarán al presente Acuerdo de Coordinación, una vez que se suscriban en los términos estipulados en las cláusulas Segunda, apartados C y G de este instrumento jurídico.

El Anexo 2 será actualizado de manera anual, por conducto de los titulares del “INSABI” y de las secretarías de Salud y de Finanzas de “LA ENTIDAD” y del Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes.

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

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

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

Estando enteradas las partes del contenido y alcance legal del presente Acuerdo de Coordinación, lo firman por triplicado, en la Ciudad de México, a los 2 días del mes de marzo de 2020.- Por el INSABI: el Director General, **Juan Antonio Ferrer Aguilar**.- Rúbrica.- Por la Entidad: el Gobernador Constitucional del Estado de Aguascalientes, **Martín Orozco Sandoval**.- Rúbrica.- La Secretaria General de Gobierno, **Siomar Eline Estrada Cruz**.- Rúbrica.- El Secretario de Finanzas, **Carlos de Jesús Magallanes García**.- Rúbrica.- El Secretario de Salud y Director General del Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes, **Miguel Angel Piza Jiménez**.- Rúbrica.- El Contralor del Estado, **Dennys Eduardo Gómez Gómez**.- Rúbrica.

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

Modelo de atención:

Modelo de Salud para el Bienestar (SABI) para las personas sin Seguridad Social, basado en la Atención Primaria de Salud (APS)

ÍNDICE.

Presentación.

1. Introducción.
2. Fundamentos del Modelo de Salud para el Bienestar.
(SABI) para las personas sin Seguridad Social.
3. Salud y Bienestar en México. Retos y Oportunidades.
4. Principios Organizativos del Modelo de Salud para el Bienestar (SABI).
5. Alcance del Modelo de Salud para el Bienestar basado en la Atención Primaria de Salud.
6. Organización de la Prestación de Servicios a las Personas.
 - 6a. Elementos Estructurales del Modelo SABI.
 - 6b. Contenidos de la Atención.
 - 6c. La participación y el apoyo comunitario en salud.
7. Financiamiento del Modelo SABI basado en la APS.
8. Seguimiento y Evaluación del Modelo SABI.
9. Jerarquización y Supervisión de la Aplicación del Modelo SABI.
10. El Personal Médico para la APS en México.
11. El Personal de Enfermería para la APS.
12. Visión de Mediano Plazo del Sistema de Salud de México.
13. Consideraciones Finales.
14. Bibliografía.

Siglas y Acrónimos.

Presentación

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

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

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

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

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

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

1. Introducción.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Las enfermedades del corazón, principalmente las isquémicas, que representan el 72% del total de este grupo, han sido en la última década una importante causa de muerte en México. En 2017 fue la primera causa, con 141,619 (20%) de las 703,047 muertes totales registradas. Su incidencia creciente se debe al sobrepeso, el consumo excesivo de sal, dislipidemia y otros factores de estilo de vida, sumado al diagnóstico tardío, control clínico inefectivo y la capacidad limitada de los servicios prehospitalarios de atención para manejar eficazmente las emergencias críticas. La tasa de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón es una de las más elevadas del continente, ocupando el lugar 31 entre los países de la región.

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

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

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

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

En 2017, un total de 38,833 óbitos (5.5% del total) se atribuyeron a enfermedad crónica del hígado, siendo la cuarta causa general de muerte. De éstas, 14,176 (37%) se clasificaron como enfermedad alcohólica del hígado. El alcoholismo es una enfermedad con graves consecuencias individuales y sociales, que afecta negativamente la función de casi todos los órganos y sistemas, induce depresión y otros trastornos mentales, modifica el comportamiento de las personas, precipita las violencias y es causa directa de importante cantidad de los accidentes de tráfico.

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

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

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

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

Las enfermedades zoonóticas también afectan la salud de los mexicanos. Mientras que el control de rabia humana transmitida por animales domésticos - perros y gatos - ha sido exitoso, otras zoonosis, como la salmonelosis, brucelosis y tuberculosis bovina afectan la inocuidad de los alimentos y se transmiten a los humanos. La fiebre Q (infección por *Coxellia burnetti*) es una zoonosis relacionada con la actividad pecuaria que ha sido desatendida.

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

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

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

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

Otras infecciones de transmisión sexual como la sífilis y la gonorrea resistente a los antimicrobianos son problemas de salud pública mal caracterizados, con indicios de descontrol. Una expresión particularmente preocupante de las infecciones de transmisión sexual es la transmisión vertical de VIH y sífilis congénita, que aún persiste principalmente en poblaciones marginadas.

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

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

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

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

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

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

Integral. Identificado con la concepción biopsicosocial de la salud, el otorgamiento de los servicios de salud son gestionados de manera sistémica desde la promoción, pasando por la prevención, el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, los cuidados paliativos y la rehabilitación, realizados coordinadamente entre los diferentes niveles y unidades de atención e instancias de salud, considerando las necesidades particulares de las personas a lo largo del ciclo de vida, desde antes de nacer hasta la vejez.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6a. Elementos estructurales del Modelo SABÍ.

- La unidad institucional responsable de la salud de la población en las comunidades es el Equipo de Salud del Bienestar (ESB), compuesto por un médico general, residente en medicina familiar o especialista en salud familiar, médico pasante en servicio social, y personal de enfermería. Se sumará personal comunitario contratado (Promotor de salud) o voluntario que apoye las labores de salud y los aportes de las organizaciones comunitarias a la promoción de la salud.

- Cada ESB tendrá bajo su responsabilidad la prestación de servicios y la mejoría de la salud integral de un territorio/población definido, idealmente de hasta 3,000 habitantes, distribuidos en un territorio que para llegar a la unidad de salud no demore más de media hora en el transporte habitual para la zona y caminando no sea mayor de 7 km, salvo en zonas rurales con muy alta dispersión de la población.

- Los ESB trabajarán en un consultorio individual o un Centro de Salud (CS) o Unidad Médica Rural (UMR), pudiendo de acuerdo con el tamaño de la población coexistir varios equipos básicos, desarrollando sus labores en unidades móviles, cuando las características del territorio y población así lo determine.

- El ESB planificará y desarrollará su trabajo considerando las alternativas de atención a las personas en el consultorio o en visitas de campo, con horarios adecuados a las condiciones de vida y desarrollo del territorio y la población, en el entorno de la Jurisdicción Sanitaria correspondiente.

- La infraestructura y condiciones de las Unidades de Atención y CS debe (re)pensarse considerando la creciente carga de las enfermedades crónicas y las implicaciones del envejecimiento progresivo de la población mexicana. Destaca disponer en los establecimientos de salud o cercano a ellas de áreas para la práctica del ejercicio físico, contar con espacios para desarrollar terapias con grupos de personas con riesgos específicos, considerar condiciones para el cuidado y bienestar de los adultos mayores y preparar ambientes para que técnicos y profesionales de la salud no médicos cumplan labores en apoyo a la APS (nutricionistas, trabajadores(as) sociales, psicólogos, de rehabilitación, etc.).

- Los medicamentos, equipos, mobiliario y otros insumos necesarios para que los ESB desarrollen sus labores, serán definidos en los manuales de organización y procedimientos que el INSABI emita, con adecuaciones a las características locales cuando sea necesario.

- Todo ESB contará con una clara integración a una RISS, compuesta ésta por un conjunto de ESB y otros establecimientos de atención especializada ambulatoria (tipo UNEME y otros) y hospitales para el internamiento de las personas que lo requieran para recuperar su salud, que contarán con médicos especialistas y los recursos para brindar las atenciones que no puedan ser proporcionadas por el ESB.

- Las RISS tienen como misión central garantizar la atención continua y oportuna de toda persona según sus necesidades, hasta la resolución de su(s) problema(s) de salud. Funcionarán con un importante grado de autonomía y coordinación operacional en el marco del principio rector del Modelo SABÍ, que es el derecho de todas las personas no afiliadas a la seguridad social a una atención médica de calidad con los medicamentos gratuitos.

- En cada RISS habrá una definición clara de los establecimientos de salud donde acudirán las personas para realizarse los exámenes complementarios y las terapias especializadas indicadas por el médico del ESB o los especialistas.

- Las RISS se determinarán en cada estado tomando en cuenta los flujos poblacionales tradicionales y el rigor de que cada una cuente con las capacidades institucionales para que sea resolutive de los principales problemas de salud que afectan a la población. Su estructuración se calcula alrededor de los 300,000 habitantes.

- Se fortalecerán los CS con recursos diagnósticos y terapéuticos, así como humanos y materiales, para aumentar la capacidad resolutive frente a los principales problemas de salud prevalentes. También se reforzarán las capacidades del IMSS BIENESTAR donde sea necesario para mejorar la atención a la población.

- Las Secretarías e Institutos de Salud de los estados cumplirán funciones de articulación y jerarquización de las RISS, con base en las normativas y disposiciones complementarias que serán definidas nacionalmente por la Secretaría de Salud del Gobierno Federal y el INSABI, quienes ejercerán la función rectora de la definición y funcionamiento de las RISS.

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

6b. Contenidos de la atención.

- Todo ESB mantendrá actualizado un diagnóstico de salud de su territorio y población, que será la guía para la planificación del trabajo de promoción de salud y la prevención de enfermedades, las actividades clínicas y de la labor intersectorial para actuar sobre las determinaciones sociales y medioambientales de la salud.

- Cada RISS proporcionará una atención resolutive de los problemas y padecimientos prevalentes en cada región. Se removerán las barreras de acceso a los servicios de salud y a los medicamentos necesarios, los que se entregarán gratuitamente. El lugar de entrega de los medicamentos dependerá, en cierta medida, de la patología de los pacientes, debiendo acercarlo lo más posible a donde éstos viven. (Hay medicamento que no pueden ser prescriptos por el ESB y serán entregados en hospitales especializados como, por ejemplo, los oncológicos, antirretrovirales, psiquiátricos, cardiológicos, etc.)

- La atención centrada en las personas trasciende el esquema tradicional de referencia y contrarreferencia de pacientes entre niveles de complejidad médica creciente (primero, segundo y tercer nivel), para profundizar en la concepción de RISS, contemplando el Modelo SABI que los hospitales y centros especializados funcionen intrínsecamente vinculados con la APS, dando solución a los padecimientos que por su complejidad y baja frecuencia son atendidos en las unidades especializadas, apoyando la labor de los ESB que trabajan directamente en las comunidades.

- El territorio es el escenario para el trabajo intersectorial sobre las dimensiones sociales y medioambientales que determinan la salud, enfocándose en la prevención de riesgos claves a la salud. El ESB debe jugar un papel central de la coordinación entre actores en las respuestas intersectoriales y desarrollará una intensa labor de fomento de vida saludable, ahí donde las personas, familias y la comunidad viven y se desarrollan.

- Se considerarán las acciones encaminadas a satisfacer las necesidades del envejecimiento de la población con calidad de vida, las que deben reunir al sector salud con otras instituciones de gobierno, la sociedad organizada y las familias. El punto de partida es la concientización sobre las necesidades del adulto mayor, para luego abordar acciones como casas de día, empleo adecuado, ejercicios físicos, apoyo en las viviendas, acceso a comidas, atención médica y cuidados de enfermería domiciliar y otras actividades que mejoren el bienestar de las personas adultas mayores.

- Los ejes principales de la promoción de la salud y de la labor asistencial son mantener a las personas sanas y, con quienes presentan factores de riesgo o padecen de alguna enfermedad, apoyarlos para evitar que evolucionen a una fase aguda o desarrollen complicaciones que exijan una terapéutica más compleja. El éxito de esta labor se medirá por la reducción progresiva de los internamientos en los hospitales por causas susceptible de cuidado en la APS.

- En cada RISS, con el apoyo y la asesoría técnica de las Secretarías e Institutos de Salud de los estados y las Jurisdicciones Sanitarias, se articularán las acciones de salud colectiva con las actividades clínicas, manteniendo un fuerte acento en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

- El Modelo SABI contemplará las acciones de atención médica que determina el Programa de Atención Integral a Víctimas, de Salud de los Migrantes y de cualquier otro compromiso asumido en instrumentos internacionales firmados por el gobierno nacional.

- Se buscará potencializar en el Modelo SABI las experiencias positivas de las Unidades Médica de Especialidades (UNEME) para la atención de enfermedades crónicas, detección y diagnóstico del cáncer de mama, la atención de las enfermedades mentales, en la prevención y atención del SIDA y otras ITS, de geriatría y de atención a las adicciones. Las UNEME son un importante establecimiento de atención ambulatoria que disminuye la presión asistencial sobre los hospitales, formando parte de la APS con intervenciones especializadas que reducen los riesgos de las personas.

- La salud de las y los adolescentes se promoverá creando centros especializados, donde con trabajo intersectorial y la participación de la comunidad se aborden temas cruciales de impacto sobre la salud y el bienestar presente y futuro de las y los adolescentes, como son: la prevención de adicciones, de embarazos no deseados y de ITS; la práctica regular de actividad física para prevenir la obesidad y las enfermedades crónicas; la promoción de la no violencia y los conceptos y prácticas de igualdad de género y no discriminación.

- Se fomentará, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, el uso de nuevas tecnologías diagnósticas, terapéuticas, organizacionales y de información que faciliten y mejoren el acceso, la cobertura sanitaria y la capacidad resolutoria de los servicios de salud. Se dará prioridad a la instrumentación de la historia clínica digital como elemento integrador de la atención en las RISS.

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

- La participación comunitaria permite a la población expresar sus necesidades de salud e influir en el modo que se planifica, financia y entrega la atención sanitaria. Contribuye a generar confianza y respeto mutuo entre la población y los trabajadores de la salud, tejiendo redes de apoyo solidario que pueden jugar un importante papel en la promoción de la salud y el bienestar.

- Las direcciones de los CS y Jurisdicciones Sanitarias abrirán espacios y promoverán la participación comunitaria en las labores de definición de prioridades, objetivos y metas de salud, así como en el desarrollo de las actividades sanitarias, con la clara intención de que las personas y la comunidad organizada sean, al propio tiempo, gestores y sujetos activos en el cuidado de su salud.

- Se promoverá la creación de Consejos Comunitarios de Salud y Bienestar (CONSABI's) a nivel de los CS, quienes serán sujetos activos en el funcionamiento y la evaluación del servicio defendiendo los intereses de los beneficiarios de la atención. Una tarea práctica de estos Consejos será ayudar a constituir una red de voluntarios por la salud en la comunidad.

- Los profesionales y autoridades de salud a nivel local deben proporcionar a los voluntarios de la comunidad las oportunidades y recursos que necesiten para participar activamente en el fomento de entornos saludables y coadyuven a diseminar conocimientos, actitudes y prácticas saludables en la población.

- La prioridad en el impulso a la participación comunitaria será en los grupos de población tradicionalmente marginados, haciéndoles realidad su derecho al acceso universal a la atención de salud. En el caso de las poblaciones indígenas, la participación social en salud se dará con total respeto a los usos y costumbres de la comunidad.

- Otro aporte estratégico de la participación social se da en la identificación de riesgos personales, familiares y comunitarios a la salud y su aporte al control de dichos riesgos y al encaminamiento de la información a las autoridades y personal especializado de salud para adoptar las decisiones necesarias de solución.

7. Financiamiento del Modelo SABI basado en la APS.

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

El poco interés de los regímenes neoliberales en la salud pública se refleja en el financiamiento insuficiente para la operación de los servicios públicos, causando que en 2016 el 41% del gasto total de salud (GTS) es "de bolsillo", con poca variación en los últimos 15 años, afectando principalmente a quienes no tienen acceso a la seguridad social.

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

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

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

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

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

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

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

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

La prestación gratuita de servicios públicos de salud, medicamentos y demás insumos asociados será financiada de manera solidaria por la Federación y por las entidades federativas en los términos que marca la Ley General de Salud y las disposiciones reglamentarias que de la misma emanen.

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

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

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

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

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

8. Seguimiento y Evaluación del Modelo SABI.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. El INSABI prestará 4 funciones básicas:

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

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

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

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

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

10. El Personal Médico para la APS en México.

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

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

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

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

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

- Academizar la APS. Desarrollo de un proceso de creciente interacción y articulación entre las instituciones de educación y los servicios de APS, con el doble propósito -y beneficio- de mejorar la atención de salud a la población y elevar la producción de conocimientos y la formación de los profesionales con base en el perfil epidemiológico de un contexto poblacional y territorial determinado.
- Poner en contacto a las médicas/os en formación, lo más tempranamente posible, con el trabajo local de salud para que conozca los programas comunitarios y se familiarice con el aprendizaje sustentado en los problemas de las personas y apoye la generación de conocimientos en este nivel.
- Favorecer un mejor equilibrio de la formación de las médicas/os en todos los niveles de atención (hospitalaria vs atención primaria), con importante carga en las actividades de promoción de la salud y prevención.
- Consensuar los currículos disciplinares hacia una modelo más integrados que considere las prácticas interdisciplinarias e interprofesionales.
- Incrementar al máximo nivel posible la formación con enfoque de promoción de salud y prevención de enfermedades, con perspectiva de género e interculturalidad, desarrollando la comprensión de los determinantes sociales y ambientales de la salud, sustituyendo el modelo biologicista centrado en las enfermedades.

- Desarrollar en las y los estudiantes valores éticos y de sensibilidad social, reconociendo la salud como un derecho humano y el compromiso de la profesión con el bienestar de la población. Valorizar el ejercicio de la profesión en la APS, eliminando la negativa visión de éxito profesional exclusivamente en el ejercicio de las especialidades hospitalarias.

- Como parte de su entrenamiento formal, las y los médicos residentes de tercer año de Medicina Interna rotarán un mes en clínicas o unidades médicas, cubriendo los 12 meses del año. Ahí atenderán las patologías más frecuentes en la población, lo que será un valioso elemento en su formación como especialista.

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

- Reclutamiento de profesionales comprometidos, con alto sentido de ética en el ejercicio profesional, que se denominará “Médicos del Bienestar” para trabajar en las regiones con mayor vulnerabilidad del país.

- Crear un estímulo monetario progresivo, adicional al salario base, para quienes trabajan en las regiones de difícil acceso y alta vulnerabilidad social.

- Oportunidad para que las y los médicos en servicio público a lo largo de tres años se formen como Especialista en APS, cumpliendo un programa académico acreditado por universidades del país. Se impulsará que la Secretaría de Salud firme un Acuerdo Colaborativo con las universidades comprometiéndose a facilitar el tiempo para que las y los médicos en ejercicio cumplan el programa académico.

- Generar las condiciones adecuadas de infraestructura y los recursos necesarios para el ejercicio de la práctica profesional de la APS en los Consultorios, Unidades y CS.

- Desarrollar un plan nacional y estrategia de valorización del ejercicio de la APS, combinando tareas de comunicación y estímulos morales y materiales para los profesionales de la salud.

- Establecer convenios de cooperación y planes de trabajo conjunto con la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), UNICEF, Universidades públicas y privadas, centros y escuelas de salud pública y otras instituciones para desarrollar estudios e investigaciones sobre la situación y el control de enfermedades, la promoción de la salud, evaluaciones del trabajo, desarrollo e introducción de nuevas tecnologías médicas y de procesos asistenciales, así como para la formación de las y los estudiantes de la carrera de medicina y de posgrado con el enfoque y los principios del Modelo SABI.

11. El Personal de Enfermería para la APS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La ruta crítica de este proceso inicialmente transita por adoptar enfoques compartidos entre las instituciones de salud (IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud del Gobierno Federal, susceptible de ser incorporados a otras instituciones de seguridad social) sobre el desarrollo sectorial, los principios funcionales y la definición de programas priorizados, objetivos, metas de trabajo y la evaluación del desempeño. En este contexto, la primera pieza cumplida es el análisis conjunto del Modelo SABI, enriqueciéndolo con las experiencias de las instituciones de Seguridad Social.

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

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

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

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

13. Consideraciones Finales.

La salud es un derecho de todas las personas y el Estado es responsable de su preservación y mejoría continua. Su cuidado no es tarea exclusiva de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, del INSABI ni de los gobiernos locales, es tarea de todas y todos. La mejoría de la salud será el resultado de la unión de esfuerzos que abarcan desde el compromiso individual, familiar y comunitario con el autocuidado, sumado a la responsabilidad de los gobiernos, el Estado y la sociedad organizada de atenderla con mirada aguda y acento operativo para prevenir y superar las determinaciones sociales y ambientales que la afectan e impiden el enorme aporte que puede hacer al bienestar de las personas.

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

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

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

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

14. Bibliografía. (en orden alfabético)

- Báscolo E, Houghton N, del Riego A. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. *Rev Panamericana Salud Pública*. 2018;42:e126. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.126>

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

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

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

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

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

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

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

- Lineamientos del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). Documento de trabajo. México, 8 de julio de 2019.
- López-Arellano O, Jarillo-Soto E. La reforma neoliberal de un sistema de salud. Evidencia del caso mexicano. Cad. Saúde Pública vol. 33 supl.2 Rio de Janeiro 2017 (Consultado en http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_S0102-311X2017001405002).
- Mendes, Eugenio Vilaça. Las redes de Atención a la Salud. Ed. En español. OPAS/OMS Representación en Brasil. Brasilia-DF. 2013.
- OECD (2016). OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264230491-en>
- OMS. La Atención Primaria de Salud más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra, Suiza. 2008.
- OMS. Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona. Informe de la Secretaría. 69ª Asamblea Mundial de la Salud punto 16.1 de la Orden del día provisional. Ginebra, Suiza. Abril/2016.
- OMS. Declaración de Astaná. Global Conference on Primary Health Care. Astaná, Kazakhtan. 25-26 de octubre de 2018. WHO/HIS/SDS/2018.61
- Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Políticas y Hoja de Ruta para su implementación en Las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en Las Américas. Washington D.C. 2010.
- Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Oficina de Argentina. Transformando los Servicios de Salud hacia Redes Integradas integrada. Buenos Aires. 2017.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Hospitales en Redes Integradas de Servicios de Salud Recomendaciones Estratégicas. Washington D.C. 2018.
- Organización Panamericana de la Salud. Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Resumen ejecutivo de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en Las Américas. Washington D.C.: OPS 2018.
- Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos. Situación de Salud en Las Américas. Washington, D.C. Estados Unidos de América, 2018.
- Organización Panamericana de la Salud. Salud Universal en el Siglo XXI:40 años de Alma Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Ed. Revisada. Washington D.C.: OPS 2019.
- Paim Jairnilson Silva. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil publicado em Política e Sistema de Saúde no Brasil, cap. 15, pag. 547-573. Rio de Janeiro, Brasil. 2013.
- Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Estados Unidos Mexicanos-MÉXICO. DOF: 12/07/2019.
- Saturno P, Gutiérrez JP, Almendariz DM, Armenta N, Candía E, Contreras D, Fernández M, Galván A, Hernández JL, Hernández Ávila JE, Palacio LS, Poblano O, Vértiz J, Vieyra W, Wirtz V. Calidad em el primer nivel de atención de los servicios estatales de salud. Diagnóstico estratégico de la situación actual. Cuernavaca, México: INSP, 2014.
- Saturno P, Gutiérrez JP, Almendariz DM, Candía E, Fernández M, Galván A, Hernández JL, Hernández Ávila JE, Palacio LS, Poblano O, Vértiz J, Vieyra W, Wirtz V. Calidad en el primer nivel de atención de los servicios estatales de salud. Propuesta de intervenciones. Cuernavaca, México: INSP, 2014.
- Schwarz D et al. Continuity in Primary care: a critical but neglected component for achieving high-quality universal health coverage. BMJ Global Health 2019; e 001435.doi:10.1136/bmjgh-2019-001435.
- Secretaría de Salud (SSA). Acuerdo para garantizar el derecho a la protección de la salud de toda la población y hacer efectivo el acceso a la atención médica y medicamentos gratuitos a las personas sin seguridad social (documento de trabajo). México, 2019.
- Secretaría de Salud (SSA). Gasto en salud por fuente de financiamiento, 1993-2017. En: www.dgis.salud.gob.mx/descargas/xls/1_01_2017_A_CORR_O.xlsx México, agosto 2019.
- Secretaría de Salud (SSA). 1 Informe de labores 2018 – 2019. 1 de septiembre de 2019.
- Starfield B., Shi L., Macinko J., Contribution of primary care to health systems and health. The Milbank Quarterly, 2005. USA. (www.ncbi.nlm.nih.gov)

Siglas y Acrónimos.

APS	Atención Primaria de Salud
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CS	Centro de Salud
CSG	Consejo de Salubridad General
ESB	Equipo de Salud del Bienestar
FPGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
GPS	Gasto Público en Salud
GTS	Gasto Total en Salud
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INSABI	Instituto de Salud para el Bienestar
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado
MAI	Modelo de Atención Integral a la Salud
MASPA	Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta
MIDAS	Modelo Integrador de Atención a la Salud
MMDP	Mil Millones de Pesos
OCDE	Organización de Cooperación y el Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PIB	Producto Interno Bruto
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
SABI (Modelo)	Modelo de Salud para el Bienestar
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SEMAR	Secretaría de la Marina
Tb	Tuberculosis
UMR	Unidad Médica Rural
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
4 T	Cuarta Transformación de la república mexicana (gobierno de la)

(FIRMAS)

Por el INSABI: el Director General, **Juan Antonio Ferrer Aguilar**.- Rúbrica.- Por la Entidad: el Gobernador Constitucional del Estado de Aguascalientes, **Martín Orozco Sandoval**.- Rúbrica.- La Secretaria General de Gobierno, **Siomar Eline Estrada Cruz**.- Rúbrica.- El Secretario de Finanzas, **Carlos de Jesús Magallanes García**.- Rúbrica.- El Secretario de Salud y Director General del Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes, **Miguel Angel Piza Jiménez**.- Rúbrica.- El Contralor del Estado, **Dennys Eduardo Gómez Gómez**.- Rúbrica.

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

Monto de Recursos a Transferir

y Conceptos de Gasto.

1. Monto de los recursos presupuestarios federales a transferir.

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 77 bis 11 y 77 bis 12 de la LGS y a la previsión presupuestaria contemplada en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2020, el monto total de recursos a transferir a “LA ENTIDAD” para la prestación de “LOS SERVICIOS DE SALUD”, durante el presente ejercicio fiscal 2020, con estricta sujeción a la disponibilidad presupuestaria correspondiente, es por la cantidad de hasta \$360’615,738.03 (Trescientos sesenta millones seiscientos quince mil setecientos treinta y ocho pesos 03/100 M.N.)

2. Calendario de ministración de los recursos presupuestarios federales.

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

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

3. Distribución de los recursos presupuestarios federales transferidos.

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

- a. Hasta el 50 por ciento de los referidos recursos podrán destinarse al pago de remuneraciones, conforme a lo siguiente:
 - i. Hasta 40 por ciento para el personal que hasta el 31 de diciembre de 2019 estuviese contratado con cargo a los recursos del Sistema de Protección Social en Salud, cuyas funciones se encuentren directamente relacionadas con la prestación de servicios de atención a las personas sin seguridad social.
 - ii. Hasta 10 por ciento, para la contratación de médicos, enfermeras, promotores de salud, coordinadores de promotores de salud y demás personal necesario para el fortalecimiento de la prestación de “LOS SERVICIOS DE SALUD”, preferentemente en el primer nivel de atención, que permitan la implementación, fortalecimiento y consolidación del Modelo de Atención.
- b. Al menos el 32 por ciento a la adquisición y distribución de medicamentos, material de curación y otros insumos asociados a la prestación de “LOS SERVICIOS DE SALUD”.
- c. Al menos 18 por ciento, para gasto de operación de las unidades médicas de “LA ENTIDAD” que realicen la prestación de “LOS SERVICIOS DE SALUD”.

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

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

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

4. Conceptos de gasto de los recursos presupuestarios federales transferidos.**a. Remuneraciones de personal médico.**

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

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

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

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

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

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

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

- Nombre del empleado.
- Cédula profesional.
- Unidad Médica de Adscripción
- Tipo de Unidad y Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
- Número de empleado.
- Año, mes y quincena.
- Entidad federativa.
- R.F.C.
- C.U.R.P.
- Fecha de inicio de la relación laboral.
- Tipo de contratación.
- Nivel y puesto o plaza.
- Clave del puesto o plaza.
- Turno.
- Rama.
- Percepción bruta total.
- Total de deducciones.

- Percepciones netas.
- Fecha del timbrado.
- ID factura.
- Concepto de pago.
- Estatus de incidencia.
- Descripción de la incidencia.
- En su caso, fecha de baja de la relación laboral.
- Cualquier otro dato que el INSABI solicite para efectos de comprobación.

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

De manera excepcional, y hasta el 15 de abril de 2020, se podrán destinar recursos de este rubro al pago del personal administrativo del Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Aguascalientes, designado para realizar las acciones necesarias para la comprobación de los recursos transferidos a “LA ENTIDAD” durante el ejercicio 2019 para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud y el respectivo cierre de operaciones de dicho organismo.

Asimismo, con cargo a estos recursos, “LA ENTIDAD” bajo su más estricta responsabilidad y con sujeción a las disposiciones jurídicas que resulten aplicables, podrá realizar el pago de los finiquitos y/o indemnizaciones que corresponda al personal administrativo del Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Aguascalientes.

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

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

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

Conforme a lo anterior, “LAS PARTES” están conformes en que será responsabilidad de “LA ENTIDAD” la correcta planeación y programación de los recursos asociados a “LOS SERVICIOS DE SALUD”, conforme a lo siguiente:

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

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

El detalle de la programación en estas acciones deberá ser validado por “LAS PARTES”, mediante el mecanismo y criterios que el “INSABI” determine para tal fin. En tal virtud, “LA ENTIDAD” deberá sujetarse a los montos validados en la programación de este concepto de gasto, la cual podrá ser modificada previa solicitud y justificación ante el “INSABI”. En este contexto, será responsabilidad de “LA ENTIDAD” informar al “INSABI”, conforme a los formatos y procedimientos establecidos por este último, las acciones que se realicen en este rubro.

d. Gastos de operación.

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

Este concepto de gasto incluye lo siguiente:

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

En el caso del pago de servicios subrogados necesarios para la prestación de “LOS SERVICIOS DE SALUD”, “LAS PARTES” acuerdan que, a partir del 1 de julio de 2020, las erogaciones que por este concepto realice “LA ENTIDAD” se sujetará a los precios obtenidos a través de los procedimientos de contratación consolidada que al efecto haya realizado la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Para tal fin, “LA ENTIDAD” se obliga a que los procedimientos de contratación que realice para la prestación de dichos servicios con vigencia a partir de la fecha antes señalada, se sujetarán a los mencionados procedimientos de contratación consolidada.

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

Para determinar las acciones de conservación y mantenimiento a desarrollarse en el ejercicio fiscal, “LA ENTIDAD” deberá presentar para validación del “INSABI”, un “Proyecto de Programa de Conservación y Mantenimiento de las Unidades Médicas”, que deberá incluir lo siguiente:

- Declaratoria signada por el Titular de los Servicios Estatales de Salud del Estado de Aguascalientes, dirigida al “INSABI”, en la cual manifieste que se efectuó una adecuada planeación de los recursos para garantizar que los destinados a acciones de conservación y mantenimiento de las unidades médicas, vinculadas a la prestación de “LOS SERVICIOS DE SALUD”, no presentan un impacto adverso en el financiamiento del resto de los conceptos de gasto previstos en el presente Anexo.
- Determinación de las fuentes de financiamiento, considerando que los recursos destinados a este rubro podrán converger de distintas fuentes, supuesto en el que “LA ENTIDAD” deberá presentar el detalle de Recursos Convergentes, asegurando el uso distinto de cada uno de ellos, con propósito de evitar duplicidades en las autorizaciones de gasto.
- Cada proyecto que forme parte del Programa, deberá señalar el municipio y localidad en la que se encuentra la unidad médica, el tipo de unidad, la clave CLUES asignada, la población potencial beneficiaria, el número de beneficiarios y los montos programados a invertir, así como si la unidad médica se encuentra: (i) acreditada, (ii) en proceso de acreditación o reacreditación, o (iii) si iniciará su proceso de acreditación en el año 2020.
- Los recursos que se destinen a este rubro deberán estar dirigidas a áreas médicas.

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

“LA ENTIDAD” podrá destinar recursos presupuestarios federales que el “INSABI” le transfiera en términos de lo establecido en el artículo 77 bis 15 fracción I de la LGS y el apartado B de la Cláusula Segunda del Acuerdo de Coordinación del que forma parte el presente Anexo, para la compensación económica entre entidades federativas, instituciones y establecimientos del Sistema Nacional de Salud, por concepto de la prestación de “LOS SERVICIOS DE SALUD”.

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

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

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

5. Partidas de gasto.

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

6. Programación de los recursos.

“LA ENTIDAD” se obliga, por conducto del Titular de los Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes y del Director Administrativo de dicho organismo local, a enviar al “INSABI” la programación del gasto dentro del primer trimestre del año, para vigilar el apego a los porcentajes establecidos en el presente documento. Se deberá agregar al Programa de Gasto la leyenda siguiente: “La compra de Medicamentos, material de curación y otros insumos presupuestados en este Programa de Gasto, incluye el monto de los recursos que se entregarán en especie de acuerdo a los apéndices del Anexo 2 del Acuerdo de coordinación para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social”, y deberán tomarse en cuenta dentro del presupuesto transferido a la entidad.”

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

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

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

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

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

Conforme a lo pactado en el apartado E de la Cláusula Segunda del Acuerdo de Coordinación del que forma parte este Anexo, el monto total de la aportación solidaria a realizarse por “LA ENTIDAD” durante el ejercicio fiscal 2020, para la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en su circunscripción territorial, conforme a lo dispuesto en

los artículos 77 bis 11 y 77 bis 13 de la LGS, será la cantidad de \$220,810,821.21 (Doscientos veinte millones ochocientos diez mil ochocientos veintiuno pesos 21/100 MN), en virtud de lo cual el importe líquido que por este concepto deberá aportar "LA ENTIDAD" será la cantidad de \$154,567,574.85 (Ciento cincuenta y cuatro millones quinientos sesenta y siete mil quinientos setenta y cuatro pesos 85/100 MN).

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

	Aportación Estatal Total Anual	Aportación del primer trimestre	Aportación del segundo trimestre	Aportación del tercer trimestre	Aportación del cuarto trimestre
	\$220,810,821.21	\$55,202,705.30	\$55,202,705.30	\$55,202,705.30	\$55,202,705.30
70%	\$154,567,574.85	\$38,641,893.71	\$38,641,893.71	\$38,641,893.71	\$38,641,893.71
30%	\$66,243,246.36	\$16,560,811.59	\$16,560,811.59	\$16,560,811.59	\$16,560,811.59
	Fecha límite de acreditación	15 de abril 2020	15 de julio 2020	15 de octubre 2020	15 de enero 2021

El "INSABI" podrá suspender la ministración subsecuente de recursos presupuestarios federales a "LA ENTIDAD", hasta en tanto no se realicen las aportaciones correspondientes.

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

- i. La cuenta bancaria productiva específica que destine para el uso y manejo de los recursos de las aportaciones en numerario, en el ejercicio fiscal vigente, deberá ser aperturada a nombre de los Servicios de Salud de la "LA ENTIDAD", denominada "Aportación Líquida Estatal INSABI 2020".
- ii. El soporte documental de los depósitos o transferencias realizadas a dichas cuentas mediante el Sistema de Pagos Electrónicos Interbancarios.

"LAS PARTES" están conformes en que el 30% de la mencionada aportación solidaria que "LA ENTIDAD" podrá aportar en especie, se referirá al gasto efectuado para fortalecer la prestación de los servicios de salud a la persona, en el ejercicio fiscal vigente, que de manera exclusiva se haya destinado a (i) obra pública en curso o concluida, incluyendo acciones de mantenimiento y conservación, dirigida a la prestación de servicios de salud, siempre que la misma esté contemplada en el Plan Maestro Nacional de Infraestructura a que se refiere la LGS, o conforme al Plan Maestro de Infraestructura, según corresponda conforme a la fecha de inicio de las acciones correspondientes, que contribuyan a que dichas unidades obtengan o mantengan la acreditación de la calidad a que se refiere el artículo 77 bis 9 de la LGS, y (ii) a la adquisición del equipamiento relacionado con la salud que fortalezca la prestación de servicios de salud a la persona, incluyendo unidades médicas móviles en cualquiera de sus modalidades. Dichos conceptos deberán corresponder a las partidas de los capítulos 5000 y 6000 del Clasificador por Objeto del Gasto. Asimismo, "LAS PARTES" están conformes en que podrá considerarse como entrega en especie de la referida aportación solidaria de "LA ENTIDAD", la nómina del personal médico, paramédico y afín, así como el gasto en medicamentos, material de curación, equipamiento médico y demás insumos para la salud de hospitales públicos que tengan la naturaleza jurídica de organismos públicos descentralizados de "LA ENTIDAD", que se cubran con ingresos propios que no tengan el carácter de transferencias federales etiquetadas en términos de la fracción XL del artículo 2 de la Ley de Disciplina Financiera de las Entidades Federativas y los Municipios.

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

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

El presente Anexo se firma a los 2 días del mes de marzo de 2020.- Por el INSABI: el Director General, **Juan Antonio Ferrer Aguilar**.- Rúbrica.- Por la Entidad: el Gobernador Constitucional del Estado de Aguascalientes, **Martín Orozco Sandoval**.- Rúbrica.- La Secretaria General de Gobierno, **Siomar Eline Estrada Cruz**.- Rúbrica.- El Secretario de Finanzas, **Carlos de Jesús Magallanes García**.- Rúbrica.- El Secretario de Salud y Director General del Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes, **Miguel Angel Piza Jiménez**.- Rúbrica.- El Contralor del Estado, **Dennys Eduardo Gómez Gómez**.- Rúbrica.

ACUERDO de Coordinación para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en los términos previstos en el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud, que celebran el Instituto de Salud para el Bienestar y el Estado de Chihuahua.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- SALUD.- Secretaría de Salud.- Instituto de Salud para el Bienestar.

ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA GARANTIZAR LA PRESTACIÓN GRATUITA DE SERVICIOS DE SALUD, MEDICAMENTOS Y DEMÁS INSUMOS ASOCIADOS PARA LAS PERSONAS SIN SEGURIDAD SOCIAL EN LOS TÉRMINOS PREVISTOS EN EL TÍTULO TERCERO BIS DE LA LEY GENERAL DE SALUD QUE CELEBRAN POR UNA PARTE, EL INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR, AL QUE SE LE DENOMINARÁ EL "INSABI", REPRESENTADO POR SU DIRECTOR GENERAL, MTRO. JUAN ANTONIO FERRER AGUILAR, Y POR OTRA PARTE, EL EJECUTIVO DEL ESTADO DE CHIHUAHUA, AL QUE EN ADELANTE SE LE DENOMINARÁ "LA ENTIDAD", REPRESENTADO POR EL GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO DE CHIHUAHUA, LIC. JAVIER CORRAL JURADO, ASISTIDO POR EL SECRETARIO GENERAL DE GOBIERNO, MTRO. LUIS FERNANDO MESTA SOULÉ; EL SECRETARIO DE HACIENDA, DR. ARTURO FUENTES VÉLEZ, EL SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL DEL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO DENOMINADO SERVICIOS DE SALUD DE CHIHUAHUA, DR. JESÚS ENRIQUE GRAJEDA HERRERA Y LA SECRETARIA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA, MTRA. MÓNICA VARGAS RUIZ, A QUIENES CUANDO ACTÚEN DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ "LAS PARTES", AL TENOR DE LOS ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

ANTECEDENTES

1. El artículo 4o., párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, reconoce el derecho humano que toda persona tiene en nuestro país a la protección de la salud y dispone que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo preceptuado en la fracción XVI, del artículo 73 de la propia norma fundamental.
2. Acorde con lo anterior, conforme a lo dispuesto en la fracción I del apartado B del artículo 13 de la Ley General de Salud (LGS), corresponde a los gobiernos de las entidades federativas, dentro de sus respectivas jurisdicciones territoriales, organizar, operar, supervisar y evaluar, entre otros, la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social.
3. De este modo, para la prestación de los servicios referidos en el numeral anterior, las entidades federativas deben sujetarse a lo señalado en el Título Tercero Bis de la LGS.
4. Al efecto, el artículo 77 bis 6 de la LGS señala que el "INSABI" y las entidades federativas celebrarán acuerdos de coordinación para la ejecución, por parte de éstas, de la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social, en los que se estipulará como mínimo, las modalidades orgánicas y funcionales de la prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados; los conceptos de gasto; el destino de los recursos y los indicadores de seguimiento a la operación y los términos de la evaluación integral de la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados.

DECLARACIONES

I. El "INSABI" declara que:

- 1.1. De conformidad con los artículos 3o., fracción I y 45 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y 77 bis 35 de la LGS, es un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, sectorizado a la Secretaría de Salud, que tiene por objeto proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, así como impulsar, en coordinación con la Secretaría de Salud en su calidad de órgano rector, acciones orientadas a lograr una adecuada integración y articulación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.
- 1.2. Su Director General, quien acredita su cargo con la copia de su nombramiento (Anexo A), cuenta con las atribuciones necesarias para suscribir el presente Acuerdo de Coordinación, de conformidad con lo establecido en los artículos 22, fracción I y 59, fracción I de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

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

II. "LA ENTIDAD" declara que:

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

II.2. El Gobernador Constitucional del Estado de Chihuahua, cuenta con las atribuciones necesarias para suscribir el presente Acuerdo de Coordinación en términos de lo dispuesto por los artículo 31 Fracción II y 93 Fracción XLI de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Chihuahua y 20 de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado, quien acredita su personalidad con el decreto 1625/2016 XXII P.E. emitido por la Sexagésima Cuarta Legislatura del H. Congreso del Estado de Chihuahua, reunida en su Vigésimo Segundo Periodo Extraordinario de Sesiones, dentro del tercer año de ejercicio constitucional (Anexo B).

II.3. Los secretarios de Gobierno; de Hacienda; de Salud, así como de la Función Pública, quienes acreditan su cargo con las copias de sus respectivos nombramientos (Anexos C, D, E y F), participan en la suscripción del presente Acuerdo de Coordinación en asistencia del Gobernador Constitucional del Estado de Chihuahua, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 24 Fracciones I, II, V y XIII, 25, 26, 27 Bis y 34 de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado.

II.4. El Director General de Servicios de Salud del Estado de Chihuahua, organismo descentralizado de la Administración Pública de "LA ENTIDAD", cargo que acredita con copia de su nombramiento (Anexo F), participa en la celebración del presente Acuerdo de Coordinación, de conformidad con lo establecido en los artículos 11 y 12 fracciones I, XV y XXVII de la Ley Orgánica del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud de Chihuahua.

II.5. Para efectos del presente Acuerdo de Coordinación señala como su domicilio el ubicado en Calle Tercera No. 604, Colonia Zona Centro, C.P. 31000, en Chihuahua, Chih.

III. "LAS PARTES" declaran que:

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

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

CLÁUSULAS

PRIMERA. OBJETO. El presente Acuerdo de Coordinación tiene por objeto establecer los compromisos a que se sujetarán "LAS PARTES", conforme a las competencias y facultades que establece el Título Tercero Bis de la LGS para cada una de ellas, a fin de garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en el Estado de Chihuahua.

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

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

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

“LA ENTIDAD” se obliga, a través de la Secretaría de Salud y de Servicios de Salud de Chihuahua, que la prestación de “LOS SERVICIOS DE SALUD” se sujetará orgánica y funcionalmente a los criterios siguientes:

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

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

Asimismo, “LAS PARTES” convienen en que las modificaciones que el “INSABI”, en coordinación con la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, efectúe al Modelo de Atención, formarán parte integral del referido Anexo 1 y surtirán efectos para “LA ENTIDAD”, a fin de que ésta inicie el proceso de implementación a partir del día siguiente a aquél en que el “INSABI” le notifique por escrito las referidas modificaciones. Sin perjuicio de lo anterior, el “INSABI” difundirá el Modelo de Atención y sus modificaciones a través de su página de Internet y gestionará que la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, de igual modo, difunda dichos documentos en su portal de Internet.

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

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

El incumplimiento de esta obligación, dará lugar a imponer las sanciones administrativas y penales correspondientes, comprometiéndose “LAS PARTES” a denunciarlo ante las instancias federales y locales competentes.

- d. “LAS PARTES” acuerdan que “LA ENTIDAD” será responsable de supervisar que sus unidades médicas que lleven a cabo la prestación de “LOS SERVICIOS DE SALUD”, obtengan y mantengan de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, la acreditación de la calidad a que se refiere el artículo 77 bis 9 de la LGS, sujetándose para ello al procedimiento, requisitos y criterios establecidos en las disposiciones reglamentarias y administrativas que resulten aplicables.
- e. “LA ENTIDAD” se obliga a implementar las medidas necesarias para que sus unidades médicas efectúen el registro de las personas atendidas por las mismas, conforme al mecanismo que al efecto establezca el “INSABI”. Para tal fin, el “INSABI” se obliga a difundir los lineamientos y criterios que emita conforme al ámbito de sus atribuciones, para la implementación del mecanismo referido.
- f. “LA ENTIDAD” será responsable de dar a conocer a través de los medios que tenga disponibles, los materiales que para tal fin diseñe y elabore la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, relativos a la sensibilización, difusión, promoción y metodología de capacitación, que se utilizarán en la prestación de “LOS SERVICIOS DE SALUD”. Dichos materiales le serán proporcionados a “LA ENTIDAD”, por conducto del “INSABI”.

- g. "LA ENTIDAD" se obliga a proporcionar al "INSABI" en los plazos y bajo los criterios que éste determine, la información relativa y actualizada referente al ejercicio de los recursos destinados a la prestación de "LOS SERVICIOS DE SALUD".
- h. "LA ENTIDAD" está conforme en sujetarse a las bases para la compensación económica entre entidades federativas, instituciones y establecimientos del Sistema Nacional de Salud por concepto de la prestación de los servicios a que se refiere el Título Tercero Bis de la LGS, que emita el "INSABI", previa opinión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- i. "LA ENTIDAD" se obliga a establecer un sistema de orientación y atención de quejas y sugerencias respecto de la prestación de "LOS SERVICIOS DE SALUD" y dar seguimiento a las mismas hasta su conclusión, aplicando, en su caso, las medidas correctivas necesarias para prevenir su recurrencia.

B. Transferencia de recursos.

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

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

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

- ii. El calendario de transferencia respectivo y sus modalidades, incluyendo los recursos que se entregarán en especie.
- iii. Los demás elementos que se señalan en este Acuerdo de Coordinación.

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

Una vez radicados los recursos presupuestarios federales en la Secretaría de Hacienda de "LA ENTIDAD", ésta se obliga a ministrarlos íntegramente junto con los rendimientos financieros que se hubiesen generado, dentro de los cinco días hábiles siguientes a su recepción, a Servicios de Salud de Chihuahua, organismo público descentralizado de la Administración Pública Local, que tendrá el carácter de Unidad Ejecutora para efectos de la prestación de "LOS SERVICIOS DE SALUD" y de los recursos presupuestarios federales asignados para tal fin.

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

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

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

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

C. Destino y aplicación de los recursos.

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

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

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

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

Sin perjuicio de lo anterior, "LA ENTIDAD" se obliga a administrar y supervisar el ejercicio de los recursos que el "INSABI" le transfiera para la prestación de "LOS SERVICIOS DE SALUD", apegándose a los criterios generales que en materia de supervisión emita el "INSABI", los cuales, una vez formulados se notificarán por oficio a "LA ENTIDAD" y sin mayor trámite se agregará al presente Acuerdo de Coordinación como Anexo 3.

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

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

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

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

Asimismo, con la finalidad de propiciar la correcta aplicación de los recursos que se transfieran a “LA ENTIDAD” para la prestación de los “SERVICIOS DE SALUD”, ésta se obliga a participar, a través de su Secretaría de la Función Pública, en las acciones de supervisión, seguimiento, control y evaluación integral de la prestación de dichos servicios, así como respecto de los recursos presupuestarios y/o en especie que para tal fin le sean transferidos a “LA ENTIDAD”.

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

a. Atención de enfermedades que provocan gastos catastróficos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- F. "LAS PARTES" acuerdan que "LA ENTIDAD" podrá anualmente realizar aportaciones adicionales para la prestación de "LOS SERVICIOS DE SALUD", cuyos fines deberán estipularse en el convenio específico que celebren.
- G. Indicadores de seguimiento a la operación y los términos de la evaluación integral de "LOS SERVICIOS DE SALUD".

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

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

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

CUARTA. VIGENCIA. El presente Acuerdo de Coordinación surtirá sus efectos a partir de la fecha de su firma y tendrá una vigencia indefinida.

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

SEXTA. RELACIÓN LABORAL. Queda expresamente estipulado por "LAS PARTES", que el personal contratado, empleado o comisionado por cada una de ellas para dar cumplimiento al presente instrumento jurídico, guardará relación laboral únicamente con aquella que lo contrató, empleó o comisionó, por lo que asumen plena responsabilidad por este concepto, sin que en ningún caso, la otra parte pueda ser considerada

como patrón sustituto o solidario, obligándose en consecuencia, cada una de ellas, a sacar a la otra, en paz y a salvo, frente a cualquier reclamación o demanda que su personal pretendiese fincar o entablar en su contra, deslindándose desde ahora de cualquier responsabilidad de carácter laboral, civil, penal, administrativa o de cualquier otra naturaleza jurídica que en ese sentido se les quiera fincar.

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

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

Cualquier cambio de domicilio de "LAS PARTES" deberá ser notificado por escrito a la otra, con al menos diez días naturales de anticipación a la fecha en que se pretenda que surta efectos ese cambio. Sin este aviso, todas las comunicaciones se entenderán válidamente hechas en los domicilios señalados previamente por "LAS PARTES".

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

Anexo 1 Modelo de Atención.

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

Anexo 3 Criterios Generales en Materia de Supervisión.

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

Los Anexos 3 y 4 antes referidos se integrarán al presente Acuerdo de Coordinación, una vez que se suscriban en los términos estipulados en las cláusulas Segunda, apartados C y G de este instrumento jurídico.

El Anexo 2 será actualizado de manera anual, por conducto de los titulares del "INSABI" y de las secretarías de Salud y de Hacienda de "LA ENTIDAD" y de los Servicios Estatales de Salud de "LA ENTIDAD".

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

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

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

Estando enteradas las partes del contenido y alcance legal del presente Acuerdo de Coordinación, lo firman por triplicado, en la Ciudad de México, a los 2 días del mes de marzo de 2020.- Por el INSABI: el Director General, **Juan Antonio Ferrer Aguilar**.- Rúbrica.- Por la Entidad: el Gobernador Constitucional del Estado de Chihuahua, **Javier Corral Jurado**.- Rúbrica.- El Secretario General de Gobierno, **Luis Fernando Mesta Soulé**.- Rúbrica.- El Secretario de Hacienda, **Arturo Fuentes Vélez**.- Rúbrica.- El Secretario de Salud y Director General de Servicios de Salud de Chihuahua, **Jesús Enrique Grajeda Herrera**.- Rúbrica.- La Secretaria de la Función Pública, **Mónica Vargas Ruiz**.- Rúbrica.

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

Modelo de atención:

**Modelo de Salud para el Bienestar (SABI)
para las personas sin Seguridad Social,
basado en la Atención Primaria de Salud (APS)**

ÍNDICE.

Presentación.

1. Introducción.
2. Fundamentos del Modelo de Salud para el Bienestar.
(SABI) para las personas sin Seguridad Social.
3. Salud y Bienestar en México. Retos y Oportunidades.
4. Principios Organizativos del Modelo de Salud para el Bienestar (SABI).
5. Alcance del Modelo de Salud para el Bienestar basado en la Atención Primaria de Salud.
6. Organización de la Prestación de Servicios a las Personas.
 - 6a. Elementos Estructurales del Modelo SABI.
 - 6b. Contenidos de la Atención.
 - 6c. La participación y el apoyo comunitario en salud.
7. Financiamiento del Modelo SABI basado en la APS.
8. Seguimiento y Evaluación del Modelo SABI.
9. Jerarquización y Supervisión de la Aplicación del Modelo SABI.
10. El Personal Médico para la APS en México.
11. El Personal de Enfermería para la APS.
12. Visión de Mediano Plazo del Sistema de Salud de México.
13. Consideraciones Finales.
14. Bibliografía.

Siglas y Acrónimos.

Presentación

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

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

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

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

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

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

1. Introducción.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Las enfermedades del corazón, principalmente las isquémicas, que representan el 72% del total de este grupo, han sido en la última década una importante causa de muerte en México. En 2017 fue la primera causa, con 141,619 (20%) de las 703,047 muertes totales registradas. Su incidencia creciente se debe al sobrepeso, el consumo excesivo de sal, dislipidemia y otros factores de estilo de vida, sumado al diagnóstico tardío, control clínico inefectivo y la capacidad limitada de los servicios prehospitales de atención para manejar eficazmente las emergencias críticas. La tasa de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón es una de las más elevadas del continente, ocupando el lugar 31 entre los países de la región.

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

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

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

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

En 2017, un total de 38,833 óbitos (5.5% del total) se atribuyeron a enfermedad crónica del hígado, siendo la cuarta causa general de muerte. De éstas, 14,176 (37%) se clasificaron como enfermedad alcohólica del hígado. El alcoholismo es una enfermedad con graves consecuencias individuales y sociales, que afecta negativamente la función de casi todos los órganos y sistemas, induce depresión y otros trastornos mentales, modifica el comportamiento de las personas, precipita las violencias y es causa directa de importante cantidad de los accidentes de tráfico.

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

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

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

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

Las enfermedades zoonóticas también afectan la salud de los mexicanos. Mientras que el control de rabia humana transmitida por animales domésticos - perros y gatos - ha sido exitoso, otras zoonosis, como la salmonelosis, brucelosis y tuberculosis bovina afectan la inocuidad de los alimentos y se transmiten a los humanos. La fiebre Q (infección por *Coxiella burnetii*) es una zoonosis relacionada con la actividad pecuaria que ha sido desatendida.

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

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

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

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

Otras infecciones de transmisión sexual como la sífilis y la gonorrea resistente a los antimicrobianos son problemas de salud pública mal caracterizados, con indicios de descontrol. Una expresión particularmente preocupante de las infecciones de transmisión sexual es la transmisión vertical de VIH y sífilis congénita, que aún persiste principalmente en poblaciones marginadas.

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

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

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

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

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

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

Integral. Identificado con la concepción biopsicosocial de la salud, el otorgamiento de los servicios de salud son gestionados de manera sistémica desde la promoción, pasando por la prevención, el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, los cuidados paliativos y la rehabilitación, realizados coordinadamente entre los diferentes niveles y unidades de atención e instancias de salud, considerando las necesidades particulares de las personas a lo largo del ciclo de vida, desde antes de nacer hasta la vejez.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6a. Elementos estructurales del Modelo SABI.

- La unidad institucional responsable de la salud de la población en las comunidades es el Equipo de Salud del Bienestar (ESB), compuesto por un médico general, residente en medicina familiar o especialista en salud familiar, médico pasante en servicio social, y personal de enfermería. Se sumará personal comunitario contratado (Promotor de salud) o voluntario que apoye las labores de salud y los aportes de las organizaciones comunitarias a la promoción de la salud.

- Cada ESB tendrá bajo su responsabilidad la prestación de servicios y la mejoría de la salud integral de un territorio/población definido, idealmente de hasta 3,000 habitantes, distribuidos en un territorio que para llegar a la unidad de salud no demore más de media hora en el transporte habitual para la zona y caminando no sea mayor de 7 km, salvo en zonas rurales con muy alta dispersión de la población.

- Los ESB trabajarán en un consultorio individual o un Centro de Salud (CS) o Unidad Médica Rural (UMR), pudiendo de acuerdo con el tamaño de la población coexistir varios equipos básicos, desarrollando sus labores en unidades móviles, cuando las características del territorio y población así lo determine.

- El ESB planificará y desarrollará su trabajo considerando las alternativas de atención a las personas en el consultorio o en visitas de campo, con horarios adecuados a las condiciones de vida y desarrollo del territorio y la población, en el entorno de la Jurisdicción Sanitaria correspondiente.

- La infraestructura y condiciones de las Unidades de Atención y CS debe (re)pensarse considerando la creciente carga de las enfermedades crónicas y las implicaciones del envejecimiento progresivo de la población mexicana. Destaca disponer en los establecimientos de salud o cercano a ellas de áreas para la práctica del ejercicio físico, contar con espacios para desarrollar terapias con grupos de personas con riesgos específicos, considerar condiciones para el cuidado y bienestar de los adultos mayores y preparar ambientes para que técnicos y profesionales de la salud no médicos cumplan labores en apoyo a la APS (nutricionistas, trabajadores(as) sociales, psicólogos, de rehabilitación, etc.).

- Los medicamentos, equipos, mobiliario y otros insumos necesarios para que los ESB desarrollen sus labores, serán definidos en los manuales de organización y procedimientos que el INSABI emita, con adecuaciones a las características locales cuando sea necesario.

- Todo ESB contará con una clara integración a una RISS, compuesta ésta por un conjunto de ESB y otros establecimientos de atención especializada ambulatoria (tipo UNEME y otros) y hospitales para el internamiento de las personas que lo requieran para recuperar su salud, que contarán con médicos especialistas y los recursos para brindar las atenciones que no puedan ser proporcionadas por el ESB.

- Las RISS tienen como misión central garantizar la atención continua y oportuna de toda persona según sus necesidades, hasta la resolución de su(s) problema(s) de salud. Funcionarán con un importante grado de autonomía y coordinación operacional en el marco del principio rector del Modelo SABI, que es el derecho de todas las personas no afiliadas a la seguridad social a una atención médica de calidad con los medicamentos gratuitos.

- En cada RISS habrá una definición clara de los establecimientos de salud donde acudirán las personas para realizarse los exámenes complementarios y las terapias especializadas indicadas por el médico del ESB o los especialistas.

- Las RISS se determinarán en cada estado tomando en cuenta los flujos poblacionales tradicionales y el rigor de que cada una cuente con las capacidades institucionales para que sea resolutoria de los principales problemas de salud que afectan a la población. Su estructuración se calcula alrededor de los 300,000 habitantes.

- Se fortalecerán los CS con recursos diagnósticos y terapéuticos, así como humanos y materiales, para aumentar la capacidad resolutoria frente a los principales problemas de salud prevalentes. También se reforzarán las capacidades del IMSS BIENESTAR donde sea necesario para mejorar la atención a la población.

- Las Secretarías e Institutos de Salud de los estados cumplirán funciones de articulación y jerarquización de las RISS, con base en las normativas y disposiciones complementarias que serán definidas nacionalmente por la Secretaría de Salud del Gobierno Federal y el INSABI, quienes ejercerán la función rectora de la definición y funcionamiento de las RISS.

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

6b. Contenidos de la atención.

- Todo ESB mantendrá actualizado un diagnóstico de salud de su territorio y población, que será la guía para la planificación del trabajo de promoción de salud y la prevención de enfermedades, las actividades clínicas y de la labor intersectorial para actuar sobre las determinaciones sociales y medioambientales de la salud.

- Cada RISS proporcionará una atención resolutoria de los problemas y padecimientos prevalentes en cada región. Se removerán las barreras de acceso a los servicios de salud y a los medicamentos necesarios, los que se entregarán gratuitamente. El lugar de entrega de los medicamentos dependerá, en cierta medida, de la patología de los pacientes, debiendo acercarlo lo más posible a donde éstos viven. (Hay medicamento que no pueden ser prescriptos por el ESB y serán entregados en hospitales especializados como, por ejemplo, los oncológicos, antirretrovirales, psiquiátricos, cardiológicos, etc.)

- La atención centrada en las personas trasciende el esquema tradicional de referencia y contrarreferencia de pacientes entre niveles de complejidad médica creciente (primero, segundo y tercer nivel), para profundizar en la concepción de RISS, contemplando el Modelo SABI que los hospitales y centros especializados funcionen intrínsecamente vinculados con la APS, dando solución a los padecimientos que por su complejidad y baja frecuencia son atendidos en las unidades especializadas, apoyando la labor de los ESB que trabajan directamente en las comunidades.

- El territorio es el escenario para el trabajo intersectorial sobre las dimensiones sociales y medioambientales que determinan la salud, enfocándose en la prevención de riesgos claves a la salud. El ESB debe jugar un papel central de la coordinación entre actores en las respuestas intersectoriales y desarrollará una intensa labor de fomento de vida saludable, ahí donde las personas, familias y la comunidad viven y se desarrollan.

- Se considerarán las acciones encaminadas a satisfacer las necesidades del envejecimiento de la población con calidad de vida, las que deben reunir al sector salud con otras instituciones de gobierno, la sociedad organizada y las familias. El punto de partida es la concientización sobre las necesidades del adulto mayor, para luego abordar acciones como casas de día, empleo adecuado, ejercicios físicos, apoyo en las viviendas, acceso a comidas, atención médica y cuidados de enfermería domiciliar y otras actividades que mejoren el bienestar de las personas adultas mayores.

- Los ejes principales de la promoción de la salud y de la labor asistencial son mantener a las personas sanas y, con quienes presentan factores de riesgo o padecen de alguna enfermedad, apoyarlos para evitar que evolucionen a una fase aguda o desarrollen complicaciones que exijan una terapéutica más compleja. El éxito de esta labor se medirá por la reducción progresiva de los internamientos en los hospitales por causas susceptible de cuidado en la APS.

- En cada RISS, con el apoyo y la asesoría técnica de las Secretarías e Institutos de Salud de los estados y las Jurisdicciones Sanitarias, se articularán las acciones de salud colectiva con las actividades clínicas, manteniendo un fuerte acento en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

- El Modelo SABI contemplará las acciones de atención médica que determina el Programa de Atención Integral a Víctimas, de Salud de los Migrantes y de cualquier otro compromiso asumido en instrumentos internacionales firmados por el gobierno nacional.

- Se buscará potencializar en el Modelo SABI las experiencias positivas de las Unidades Médica de Especialidades (UNEME) para la atención de enfermedades crónicas, detección y diagnóstico del cáncer de mama, la atención de las enfermedades mentales, en la prevención y atención del SIDA y otras ITS, de geriatría y de atención a las adicciones. Las UNEME son un importante establecimiento de atención ambulatoria que disminuye la presión asistencial sobre los hospitales, formando parte de la APS con intervenciones especializadas que reducen los riesgos de las personas.

- La salud de las y los adolescentes se promoverá creando centros especializados, donde con trabajo intersectorial y la participación de la comunidad se aborden temas cruciales de impacto sobre la salud y el bienestar presente y futuro de las y los adolescentes, como son: la prevención de adicciones, de embarazos no deseados y de ITS; la práctica regular de actividad física para prevenir la obesidad y las enfermedades crónicas; la promoción de la no violencia y los conceptos y prácticas de igualdad de género y no discriminación.

- Se fomentará, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, el uso de nuevas tecnologías diagnósticas, terapéuticas, organizacionales y de información que faciliten y mejoren el acceso, la cobertura sanitaria y la capacidad resolutoria de los servicios de salud. Se dará prioridad a la instrumentación de la historia clínica digital como elemento integrador de la atención en las RISS.

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

- La participación comunitaria permite a la población expresar sus necesidades de salud e influir en el modo que se planifica, financia y entrega la atención sanitaria. Contribuye a generar confianza y respeto mutuo entre la población y los trabajadores de la salud, tejiendo redes de apoyo solidario que pueden jugar un importante papel en la promoción de la salud y el bienestar.

- Las direcciones de los CS y Jurisdicciones Sanitarias abrirán espacios y promoverán la participación comunitaria en las labores de definición de prioridades, objetivos y metas de salud, así como en el desarrollo de las actividades sanitarias, con la clara intención de que las personas y la comunidad organizada sean, al propio tiempo, gestores y sujetos activos en el cuidado de su salud.

- Se promoverá la creación de Consejos Comunitarios de Salud y Bienestar (CONSABI's) a nivel de los CS, quienes serán sujetos activos en el funcionamiento y la evaluación del servicio defendiendo los intereses de los beneficiarios de la atención. Una tarea práctica de estos Consejos será ayudar a constituir una red de voluntarios por la salud en la comunidad.

- Los profesionales y autoridades de salud a nivel local deben proporcionar a los voluntarios de la comunidad las oportunidades y recursos que necesiten para participar activamente en el fomento de entornos saludables y coadyuven a diseminar conocimientos, actitudes y prácticas saludables en la población.

- La prioridad en el impulso a la participación comunitaria será en los grupos de población tradicionalmente marginados, haciéndoles realidad su derecho al acceso universal a la atención de salud. En el caso de las poblaciones indígenas, la participación social en salud se dará con total respeto a los usos y costumbres de la comunidad.

- Otro aporte estratégico de la participación social se da en la identificación de riesgos personales, familiares y comunitarios a la salud y su aporte al control de dichos riesgos y al encaminamiento de la información a las autoridades y personal especializado de salud para adoptar las decisiones necesarias de solución.

7. Financiamiento del Modelo SABI basado en la APS.

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

El poco interés de los regímenes neoliberales en la salud pública se refleja en el financiamiento insuficiente para la operación de los servicios públicos, causando que en 2016 el 41% del gasto total de salud (GTS) es “de bolsillo”, con poca variación en los últimos 15 años, afectando principalmente a quienes no tienen acceso a la seguridad social.

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

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

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

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

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

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

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

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

La prestación gratuita de servicios públicos de salud, medicamentos y demás insumos asociados será financiada de manera solidaria por la Federación y por las entidades federativas en los términos que marca la Ley General de Salud y las disposiciones reglamentarias que de la misma emanen.

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

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

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

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

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

8. Seguimiento y Evaluación del Modelo SABI.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. El INSABI prestará 4 funciones básicas:

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

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

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

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

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

10. El Personal Médico para la APS en México.

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

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

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

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

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

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

- Poner en contacto a las medicas/os en formación, lo más tempranamente posible, con el trabajo local de salud para que conozca los programas comunitarios y se familiarice con el aprendizaje sustentado en los problemas de las personas y apoye la generación de conocimientos en este nivel.

- Favorecer un mejor equilibrio de la formación de las medicas/os en todos los niveles de atención (hospitalaria vs atención primaria), con importante carga en las actividades de promoción de la salud y prevención.

- Consensuar los currículos disciplinares hacia una modelo más integrados que considere las prácticas interdisciplinarias e interprofesionales.

- Incrementar al máximo nivel posible la formación con enfoque de promoción de salud y prevención de enfermedades, con perspectiva de género e interculturalidad, desarrollando la comprensión de los determinantes sociales y ambientales de la salud, sustituyendo el modelo biologicista centrado en las enfermedades.

- Desarrollar en las y los estudiantes valores éticos y de sensibilidad social, reconociendo la salud como un derecho humano y el compromiso de la profesión con el bienestar de la población. Valorizar el ejercicio de la profesión en la APS, eliminando la negativa visión de éxito profesional exclusivamente en el ejercicio de las especialidades hospitalarias.

- Como parte de su entrenamiento formal, las y los médicos residentes de tercer año de Medicina Interna rotarán un mes en clínicas o unidades médicas, cubriendo los 12 meses del año. Ahí atenderán las patologías más frecuentes en la población, lo que será un valioso elemento en su formación como especialista.

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

- Reclutamiento de profesionales comprometidos, con alto sentido de ética en el ejercicio profesional, que se denominará “Médicos del Bienestar” para trabajar en las regiones con mayor vulnerabilidad del país.

- Crear un estímulo monetario progresivo, adicional al salario base, para quienes trabajan en las regiones de difícil acceso y alta vulnerabilidad social.

- Oportunidad para que las y los médicos en servicio público a lo largo de tres años se formen como Especialista en APS, cumpliendo un programa académico acreditado por universidades del país. Se impulsará que la Secretaría de Salud firme un Acuerdo Colaborativo con las universidades comprometiéndose a facilitar el tiempo para que las y los médicos en ejercicio cumpla el programa académico.

- Generar las condiciones adecuadas de infraestructura y los recursos necesarios para el ejercicio de la práctica profesional de la APS en los Consultorios, Unidades y CS.

- Desarrollar un plan nacional y estrategia de valorización del ejercicio de la APS, combinando tareas de comunicación y estímulos morales y materiales para los profesionales de la salud.

- Establecer convenios de cooperación y planes de trabajo conjunto con la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), UNICEF, Universidades públicas y privadas, centros y escuelas de salud pública y otras instituciones para desarrollar estudios e investigaciones sobre la situación y el control de enfermedades, la promoción de la salud, evaluaciones del trabajo, desarrollo e introducción de nuevas tecnologías médicas y de procesos asistenciales, así como para la formación de las y los estudiantes de la carrera de medicina y de posgrado con el enfoque y los principios del Modelo SABI.

11. El Personal de Enfermería para la APS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La ruta crítica de este proceso inicialmente transita por adoptar enfoques compartidos entre las instituciones de salud (IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud del Gobierno Federal, susceptible de ser incorporados a otras instituciones de seguridad social) sobre el desarrollo sectorial, los principios funcionales y la definición de programas priorizados, objetivos, metas de trabajo y la evaluación del desempeño. En este contexto, la primera pieza cumplida es el análisis conjunto del Modelo SABI, enriqueciéndolo con las experiencias de las instituciones de Seguridad Social.

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

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

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

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

13. Consideraciones Finales.

La salud es un derecho de todas las personas y el Estado es responsable de su preservación y mejoría continua. Su cuidado no es tarea exclusiva de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, del INSABI ni de los gobiernos locales, es tarea de todas y todos. La mejoría de la salud será el resultado de la unión de esfuerzos que abarcan desde el compromiso individual, familiar y comunitario con el autocuidado, sumado a la responsabilidad de los gobiernos, el Estado y la sociedad organizada de atenderla con mirada aguda y acento operativo para prevenir y superar las determinaciones sociales y ambientales que la afectan e impiden el enorme aporte que puede hacer al bienestar de las personas.

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

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

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

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

14. Bibliografía. (en orden alfabético)

- Báscolo E, Houghton N, del Riego A. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. Rev Panamericana Salud Publica. 2018;42:e126. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.126>
- Bitton A et al. Primary Health Care as a Foundation for Strengthening Health System in low-and Middle – Income Countries. J Gen Intern Med 32(5): 566-71. 2016 (open Access at Springerlink.com)
- Bitton A et al. Primary healthcare system performance in low-income and middle-income countries: a scoping review of the evidence from 2010 to 2017. BMJ Global Health 2019;4:e001doi:10.1136/bmjgh-2019-001551
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2018*. Ciudad de México. 2018 (en: https://www.coneval.org.mx/Evaluación/IEPSM/Documents/IEPD_2018.pdf)
- Consejo de Salubridad General (CSG). Hacia la construcción del compendio nacional de medicamentos. Junio 2019.
- Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. En <https://www.e-quipu.pe> (visitado 17agosto/2019)

- Hernández Ávila M, Cervantes Trejo A, Santamaria Guasch C, Castro Onofre M, Vieitez Martínez I, Castañeda Alcántara ID, Santamaria Guasch A. Salud deteriorada. Opacidad y negligencia en el sistema público de Salud. Mexicanos contra la corrupción y la impunidad, primera ed. 2018.
- Laurell Asa C. Impacto del Seguro Popular en el Sistema de Salud Mexicano. Consejo latinoamericano de Ciencias Sociales. Colección CLACSO-CROP. Buenos Aires, Argentina 2013.
- Lineamientos del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). Documento de trabajo. México, 8 de julio de 2019.
- López-Arellano O, Jarillo-Soto E. La reforma neoliberal de un sistema de salud. Evidencia del caso mexicano. Cad. Saúde Pública vol. 33 supl.2 Rio de Janeiro 2017 (Consultado en http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_S0102-311X2017001405002).
- Mendes, Eugenio Vilaça. Las redes de Atención a la Salud. Ed. En español. OPAS/OMS Representación en Brasil. Brasília-DF. 2013.
- OECD (2016). OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264230491-en>
- OMS. La Atención Primaria de Salud más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra, Suiza. 2008.
- OMS. Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona. Informe de la Secretaría. 69ª Asamblea Mundial de la Salud punto 16.1 de la Orden del día provisional. Ginebra, Suiza. Abril/2016.
- OMS. Declaración de Astaná. Global Conference on Primary Health Care. Astaná, Kazakhtan. 25-26 de octubre de 2018. WHO/HIS/SDS/2018.61
- Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Políticas y Hoja de Ruta para su implementación en Las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en Las Américas. Washington D.C. 2010.
- Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Oficina de Argentina. Transformando los Servicios de Salud hacia Redes Integradas integrada. Buenos Aires. 2017.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Hospitales en Redes Integradas de Servicios de Salud Recomendaciones Estratégicas. Washington D.C. 2018.
- Organización Panamericana de la Salud. Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Resumen ejecutivo de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en Las Américas. Washington D.C.: OPS 2018.
- Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos. Situación de Salud en Las Américas. Washington, D.C. Estados Unidos de América, 2018.
- Organización Panamericana de la Salud. Salud Universal en el Siglo XXI:40 años de Alma Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Ed. Revisada. Washington D.C.: OPS 2019.
- Paim Jairnilson Silva. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil publicado em Política e Sistema de Saúde no Brasil, cap. 15, pag. 547-573. Rio de Janeiro, Brasil. 2013.
- Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Estados Unidos Mexicanos-MÉXICO. DOF: 12/07/2019.
- Saturno P, Gutiérrez JP, Almendariz DM, Armenta N, Candía E, Contreras D, Fernández M, Galván A, Hernández JL, Hernández Ávila JE, Palacio LS, Poblano O, Vértiz J, Vieyra W, Wirtz V. Calidad em el primer nivel de atención de los servicios estatales de salud. Diagnóstico estratégico de la situación actual. Cuernavaca, México: INSP, 2014.
- Saturno P, Gutiérrez JP, Almendariz DM, Candía E, Fernández M, Galván A, Hernández JL, Hernández Ávila JE, Palacio LS, Poblano O, Vértiz J, Vieyra W, Wirtz V. Calidad em el primer nivel de atención de los servicios estatales de salud. Propuesta de intervenciones. Cuernavaca, México: INSP, 2014.
- Schwarz D et al. Continuity in Primary care: a critical but neglected component for achieving high-quality universal health coverage. BMJ Global Health 2019; e 001435.doi:10.1136/bmjgh-2019-001435.

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

- Secretaría de Salud (SSA). Gasto en salud por fuente de financiamiento, 1993-2017. En: www.dgjs.salud.gob.mx/descargas/xls/1_01_2017_A_CORR_O.xlsx México, agosto 2019.

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

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

Siglas y Acrónimos.

APS	Atención Primaria de Salud
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CS	Centro de Salud
CSG	Consejo de Salubridad General
ESB	Equipo de Salud del Bienestar
FPGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
GPS	Gasto Público en Salud
GTS	Gasto Total en Salud
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INSABI	Instituto de Salud para el Bienestar
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
MAI	Modelo de Atención Integral a la Salud
MASPA	Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta
MIDAS	Modelo Integrador de Atención a la Salud
MMDP	Mil Millones de Pesos
OCDE	Organización de Cooperación y el Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PIB	Producto Interno Bruto
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
SABI (Modelo)	Modelo de Salud para el Bienestar
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SEMAR	Secretaría de la Marina
Tb	Tuberculosis
UMR	Unidad Médica Rural
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
4 T	Cuarta Transformación de la república mexicana (gobierno de la)

Por el INSABI: el Director General, **Juan Antonio Ferrer Aguilar**.- Rúbrica.- Por la Entidad: el Gobernador Constitucional del Estado de Chihuahua, **Javier Corral Jurado**.- Rúbrica.- El Secretario General de Gobierno, **Luis Fernando Mesta Soulé**.- Rúbrica.- El Secretario de Hacienda, **Arturo Fuentes Vélez**.- Rúbrica.- El Secretario de Salud y Director General de Servicios de Salud de Chihuahua, **Jesús Enrique Grajeda Herrera**.- Rúbrica.- La Secretaria de la Función Pública, **Mónica Vargas Ruiz**.- Rúbrica.

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

**Monto de Recursos a Transferir
y Conceptos de Gasto.**

1. Monto de los recursos presupuestarios federales a transferir.

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 77 bis 11 y 77 bis 12 de la LGS y a la previsión presupuestaria contemplada en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2020, el monto total de recursos a transferir a “LA ENTIDAD” para la prestación de “LOS SERVICIOS DE SALUD”, durante el presente ejercicio fiscal 2020, con estricta sujeción a la disponibilidad presupuestaria correspondiente, es por la cantidad de hasta \$1'136,384,933.10 (Mil ciento treinta y seis millones trescientos ochenta y cuatro mil novecientos treinta y tres pesos 10/100 M.N.).

2. Calendario de ministración de los recursos presupuestarios federales.

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

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

3. Distribución de los recursos presupuestarios federales transferidos.

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

- a. Hasta el 50 por ciento de los referidos recursos podrán destinarse al pago de remuneraciones, conforme a lo siguiente:
 - i. Hasta 40 por ciento para el personal que hasta el 31 de diciembre de 2019 estuviese contratado con cargo a los recursos del Sistema de Protección Social en Salud, cuyas funciones se encuentren directamente relacionadas con la prestación de servicios de atención a las personas sin seguridad social.
 - ii. Hasta 10 por ciento, para la contratación de médicos, enfermeras, promotores de salud, coordinadores de promotores de salud y demás personal necesario para el fortalecimiento de la prestación de “LOS SERVICIOS DE SALUD”, preferentemente en el primer nivel de atención, que permitan la implementación, fortalecimiento y consolidación del Modelo de Atención.
- b. Al menos el 32 por ciento a la adquisición y distribución de medicamentos, material de curación y otros insumos asociados a la prestación de “LOS SERVICIOS DE SALUD”.
- c. Al menos 18 por ciento, para gasto de operación de las unidades médicas de “LA ENTIDAD” que realicen la prestación de “LOS SERVICIOS DE SALUD”.

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

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

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

4. Conceptos de gasto de los recursos presupuestarios federales transferidos.**a. Remuneraciones de personal médico.**

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

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

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

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

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

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

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

- Nombre del empleado.
- Cédula profesional.
- Unidad Médica de Adscripción
- Tipo de Unidad y Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
- Número de empleado.
- Año, mes y quincena.
- Entidad federativa.
- R.F.C.
- C.U.R.P.
- Fecha de inicio de la relación laboral.
- Tipo de contratación.
- Nivel y puesto o plaza.
- Clave del puesto o plaza.
- Turno.
- Rama.
- Percepción bruta total.
- Total de deducciones.

- Percepciones netas.
- Fecha del timbrado.
- ID factura.
- Concepto de pago.
- Estatus de incidencia.
- Descripción de la incidencia.
- En su caso, fecha de baja de la relación laboral.
- Cualquier otro dato que el INSABI solicite para efectos de comprobación.

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

De manera excepcional, y hasta el 15 de abril de 2020, se podrán destinar recursos de este rubro al pago del personal administrativo del Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Chihuahua, designado para realizar las acciones necesarias para la comprobación de los recursos transferidos a “LA ENTIDAD” durante el ejercicio 2019 para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud y el respectivo cierre de operaciones de dicho organismo.

Asimismo, con cargo a estos recursos, “LA ENTIDAD” bajo su más estricta responsabilidad y con sujeción a las disposiciones jurídicas que resulten aplicables, podrá realizar el pago de los finiquitos y/o indemnizaciones que corresponda al personal administrativo del Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Chihuahua.

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

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

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

Conforme a lo anterior, “LAS PARTES” están conformes en que será responsabilidad de “LA ENTIDAD” la correcta planeación y programación de los recursos asociados a “LOS SERVICIOS DE SALUD”, conforme a lo siguiente:

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

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

El detalle de la programación en estas acciones deberá ser validado por “LAS PARTES”, mediante el mecanismo y criterios que el “INSABI” determine para tal fin. En tal virtud, “LA ENTIDAD” deberá sujetarse a los montos validados en la programación de este concepto de gasto, la cual podrá ser modificada previa solicitud y justificación ante el “INSABI”. En este contexto, será responsabilidad de “LA ENTIDAD” informar al “INSABI”, conforme a los formatos y procedimientos establecidos por este último, las acciones que se realicen en este rubro.

d. Gastos de operación.

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

Este concepto de gasto incluye lo siguiente:

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

En el caso del pago de servicios subrogados necesarios para la prestación de “LOS SERVICIOS DE SALUD”, “LAS PARTES” acuerdan que, a partir del 1 de julio de 2020, las erogaciones que por este concepto realice “LA ENTIDAD” se sujetará a los precios obtenidos a través de los procedimientos de contratación consolidada que al efecto haya realizado la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Para tal fin, “LA ENTIDAD” se obliga a que los procedimientos de contratación que realice para la prestación de dichos servicios con vigencia a partir de la fecha antes señalada, se sujetarán a los mencionados procedimientos de contratación consolidada.

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

Para determinar las acciones de conservación y mantenimiento a desarrollarse en el ejercicio fiscal, “LA ENTIDAD” deberá presentar para validación del “INSABI”, un “Proyecto de Programa de Conservación y Mantenimiento de las Unidades Médicas”, que deberá incluir lo siguiente:

- Declaratoria signada por el Titular de los Servicios Estatales de Salud del Estado de Chihuahua, dirigida al “INSABI”, en la cual manifieste que se efectuó una adecuada planeación de los recursos para garantizar que los destinados a acciones de conservación y mantenimiento de las unidades médicas, vinculadas a la prestación de “LOS SERVICIOS DE SALUD”, no presentan un impacto adverso en el financiamiento del resto de los conceptos de gasto previstos en el presente Anexo.
- Determinación de las fuentes de financiamiento, considerando que los recursos destinados a este rubro podrán converger de distintas fuentes, supuesto en el que “LA ENTIDAD” deberá presentar el detalle de Recursos Convergentes, asegurando el uso distinto de cada uno de ellos, con propósito de evitar duplicidades en las autorizaciones de gasto.
- Cada proyecto que forme parte del Programa, deberá señalar el municipio y localidad en la que se encuentra la unidad médica, el tipo de unidad, la clave CLUES asignada, la población potencial beneficiaria, el número de beneficiarios y los montos programados a invertir, así como si la unidad médica se encuentra: (i) acreditada, (ii) en proceso de acreditación o reacreditación, o (iii) si iniciará su proceso de acreditación en el año 2020.
- Los recursos que se destinen a este rubro deberán estar dirigidas a áreas médicas.

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

“LA ENTIDAD” podrá destinar recursos presupuestarios federales que el “INSABI” le transfiera en términos de lo establecido en el artículo 77 bis 15 fracción I de la LGS y el apartado B de la Cláusula Segunda del Acuerdo de Coordinación del que forma parte el presente Anexo, para la compensación económica entre entidades federativas, instituciones y establecimientos del Sistema Nacional de Salud, por concepto de la prestación de “LOS SERVICIOS DE SALUD”.

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

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

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

5. Partidas de gasto.

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

6. Programación de los recursos.

“LA ENTIDAD” se obliga, por conducto del Titular de Servicios de Salud de Chihuahua y del Director Administrativo de dicho organismo local, a enviar al “INSABI” la programación del gasto dentro del primer trimestre del año, para vigilar el apego a los porcentajes establecidos en el presente documento. Se deberá agregar al Programa de Gasto la leyenda siguiente: “La compra de Medicamentos, material de curación y otros insumos presupuestados en este Programa de Gasto, incluye el monto de los recursos que se entregarán en especie de acuerdo a los apéndices del Anexo 2 del Acuerdo de coordinación para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social”, y deberán tomarse en cuenta dentro del presupuesto transferido a la entidad.”

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

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

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

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

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

Conforme a lo pactado en el apartado E de la Cláusula Segunda del Acuerdo de Coordinación del que forma parte este Anexo, el monto total de la aportación solidaria a realizarse por “LA ENTIDAD” durante el ejercicio fiscal 2020, para la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en su circunscripción territorial, conforme a lo dispuesto en los artículos 77 bis 11 y 77 bis 13 de la LGS, será la cantidad de \$654'363,091.73 (Seiscientos cincuenta y cuatro millones trescientos sesenta y tres mil noventa y un pesos 73/100 M.N.) en virtud de lo cual el importe líquido que por este concepto deberá aportar “LA ENTIDAD” será la cantidad de \$458'054,164.21 (Cuatrocientos cincuenta y ocho millones cincuenta y cuatro mil ciento sesenta y cuatro pesos 21/100 M.N.).

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

	Aportación Estatal Total Anual	Aportación del primer trimestre	Aportación del segundo trimestre	Aportación del tercer trimestre	Aportación del cuarto trimestre
	\$ 654'363,091.73	\$ 163'590,772.93	\$ 163,590,772.93	\$ 163,590,772.93	\$ 163,590,772.93
70%	\$ 458'054,164.21	\$ 114'513,541.05	\$ 114'513,541.05	\$ 114'513,541.05	\$ 114'513,541.05
30%	\$ 196'308,927.52	\$ 49'077,231.88	\$ 49'077,231.88	\$ 49'077,231.88	\$ 49'077,231.88
	Fecha límite de acreditación	15 de abril 2020	15 de julio 2020	15 de octubre 2020	15 de enero 2021

El “INSABI” podrá suspender la ministración subsecuente de recursos presupuestarios federales a “LA ENTIDAD”, hasta en tanto no se realicen las aportaciones correspondientes.

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

- i. La cuenta bancaria productiva específica que destine para el uso y manejo de los recursos de las aportaciones en numerario, en el ejercicio fiscal vigente, deberá ser aperturada a nombre de Servicios de Salud de Chihuahua, denominada “Aportación Líquida Estatal INSABI 2020”.
- ii. El soporte documental de los depósitos o transferencias realizadas a dichas cuentas mediante el Sistema de Pagos Electrónicos Interbancarios.

“LAS PARTES” están conformes en que el 30% de la mencionada aportación solidaria que “LA ENTIDAD” podrá aportar en especie, se referirá al gasto efectuado para fortalecer la prestación de los servicios de salud a la persona, en el ejercicio fiscal vigente, que de manera exclusiva se haya destinado a (i) obra pública en curso o concluida, incluyendo acciones de mantenimiento y conservación, dirigida a la prestación de servicios de salud, siempre que la misma esté contemplada en el Plan Maestro Nacional de Infraestructura a que se refiere la LGS, o conforme al Plan Maestro de Infraestructura, según corresponda conforme a la fecha de inicio de las acciones correspondientes, que contribuyan a que dichas unidades obtengan o mantengan la acreditación de la calidad a que se refiere el artículo 77 bis 9 de la LGS, y (ii) a la adquisición del equipamiento relacionado con la salud que fortalezca la prestación de servicios de salud a la persona, incluyendo unidades médicas móviles en cualquiera de sus modalidades. Dichos conceptos deberán corresponder a las partidas de los capítulos 5000 y 6000 del Clasificador por Objeto del Gasto. Asimismo, “LAS PARTES” están conformes en que podrá considerarse como entrega en especie de la referida aportación solidaria de “LA ENTIDAD”, la nómina del personal médico, paramédico y afín, así como el gasto en medicamentos, material de curación, equipamiento médico y demás insumos para la salud de hospitales públicos que tengan la naturaleza jurídica de organismos públicos descentralizados de “LA ENTIDAD”, que se cubran con ingresos propios que no tengan el carácter de transferencias federales etiquetadas en términos de la fracción XL del artículo 2 de la Ley de Disciplina Financiera de las Entidades Federativas y los Municipios.

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

9. “LAS PARTES” acuerdan que las circunstancias no previstas en el presente Anexo, serán resueltas por el “INSABI”.

El presente Anexo se firma a los 2 días del mes de marzo de 2020.- Por el INSABI: el Director General, **Juan Antonio Ferrer Aguilar**.- Rúbrica.- Por la Entidad: el Gobernador Constitucional del Estado de Chihuahua, **Javier Corral Jurado**.- Rúbrica.- El Secretario General de Gobierno, **Luis Fernando Mesta Soulé**.- Rúbrica.- El Secretario de Hacienda, **Arturo Fuentes Vélez**.- Rúbrica.- El Secretario de Salud y Director General de Servicios de Salud de Chihuahua, **Jesús Enrique Grajeda Herrera**.- Rúbrica.- La Secretaria de la Función Pública, **Mónica Vargas Ruiz**.- Rúbrica.

COMISION NACIONAL DE HIDROCARBUROS

ACUERDO CNH.E.29.001/2020 por el que la Comisión Nacional de Hidrocarburos establece diversas medidas a fin de promover el desarrollo de las actividades petroleras.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Comisión Nacional de Hidrocarburos.

ACUERDO CNH.E.29.001/2020 POR EL QUE LA COMISIÓN NACIONAL DE HIDROCARBUROS ESTABLECE DIVERSAS MEDIDAS A FIN DE PROMOVER EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PETROLERAS.

RESULTANDO

PRIMERO.- Que el 11 de agosto de 2014 se publicaron en el Diario Oficial de la Federación (en adelante, DOF) entre otras disposiciones, los decretos por los que se expidieron la Ley de Hidrocarburos y la Ley de los Órganos Reguladores Coordinados en Materia Energética, así como aquél por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

SEGUNDO.- Que a partir de la entrada en vigor de las leyes referidas en el Resultando anterior, a la Comisión Nacional de Hidrocarburos (en adelante, Comisión) se le confirieron nuevas atribuciones, entre las que se encuentran la administración y supervisión, en materia técnica, de los Contratos para la Exploración y Extracción de Hidrocarburos (en adelante, CEE) así como la aprobación de los Planes de Exploración y de Desarrollo para la Extracción.

TERCERO.- Que el 12 de abril de 2019, se publicaron en el DOF los Lineamientos que regulan los Planes de Exploración y de Desarrollo para la Extracción de Hidrocarburos (en adelante, los Lineamientos).

CUARTO.- Que a la fecha, la Comisión ha suscrito 112 CEE, de los cuales se encuentran vigentes 111 y prevén diversas etapas para su desarrollo, en las que se consideran la ejecución de las Actividades Petroleras. En estas etapas destacan, de manera particular, los Periodos de Exploración, de Evaluación y de Desarrollo para la Extracción, en los que se encuentra asociado el cumplimiento al Programa Mínimo de Trabajo. Asimismo, diversos CEE contemplan un Programa de Transición.

QUINTO.- Que en diciembre de 2019, en la ciudad de Wuhan de la República Popular China, inició un brote de neumonía denominado Coronavirus COVID-19 (en adelante, COVID-19) que se ha expandido y consecuentemente está afectando diversas regiones de otros países, entre los que se encuentra México.

En este sentido, el COVID-19 es una enfermedad infecciosa que pone en riesgo la salud y, por tanto, la integridad de la población en general, debido a su fácil propagación por contacto con personas infectadas por el virus, la cual, ante los niveles tanto de propagación como de gravedad, fue declarada pandemia el 11 de marzo de 2020 por la Organización Mundial de la Salud.

Por lo anterior, a fin de procurar la seguridad en la salud de sus habitantes y eventualmente de sus visitantes, diversos países, entre ellos México, han adoptado diversas acciones para contener el COVID-19, entre las que se encuentran medidas de higiene, suspensión de actos y eventos masivos, filtros sanitarios en escuelas, centros de trabajo y aeropuertos.

SEXTO.- Que el Consejo de Salubridad General, en su Primera Sesión Extraordinaria celebrada el 19 de marzo del 2020, reconoció a la pandemia por el virus denominado SARS-CoV2 (COVID-19) en México, como una enfermedad grave de atención prioritaria.

El 24 de marzo de 2020, se publicó en el DOF el Decreto por el que el C. Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos sancionó el Acuerdo publicado en la misma fecha por la Secretaría de Salud, en el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica el COVID-19.

El 30 de marzo de 2020, el Consejo de Salubridad General publicó en el DOF el *ACUERDO por el que se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus (COVID-19)*, con una vigencia hasta el 30 de abril del 2020.

Derivado de lo anterior, el 31 de marzo de 2020, la Secretaría de Salud publicó en el DOF el *ACUERDO por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV2*, en el que se establecieron diversas medidas, entre ellas, ordenar la suspensión inmediata, del periodo del 30 de marzo al 30 de abril de 2020, de actividades no esenciales en los sectores público, social y privado, a fin de mitigar la dispersión y transmisión del COVID-19.

En el mismo sentido, el 21 de abril de 2020, la Secretaría de Salud publicó en el DOF, el *ACUERDO por el que se modifica el similar por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV2, publicado el 31 de marzo de 2020*, mediante el cual modificó el periodo de suspensión de actividades no esenciales hasta el 30 de mayo de 2020.

SÉPTIMO.- Que el 14 de mayo de 2020, la Secretaría de Salud publicó en el DOF el *ACUERDO por el que se establece una estrategia para la reapertura de las actividades sociales, educativas y económicas, así como un sistema de semáforo por regiones para evaluar semanalmente el riesgo epidemiológico relacionado con la reapertura de actividades en cada entidad federativa, así como se establecen acciones extraordinarias.*

OCTAVO.- Que en atención la situación operativa que atraviesan los sujetos regulados de la Comisión, como consecuencia del COVID-19, y como medida preventiva para evitar la concentración de personas que se da en las reuniones de trabajo, los desplazamientos en medios de transporte masivos, y otras actividades inherentes al desarrollo de los proyectos del sector de Hidrocarburos, la Comisión estimó necesario suspender los plazos y los términos de los actos y procedimientos sustanciados en la Comisión del lunes 23 de marzo y hasta que la autoridad sanitaria determine que no existe riesgo epidemiológico relacionado con la apertura, de manera gradual, cauta y ordenada, de las actividades relacionadas con la Administración Pública Federal.

Lo anterior conforme al *ACUERDO por el que se declara la suspensión de plazos y términos en los actos y procedimientos sustanciados en la Comisión Nacional de Hidrocarburos del lunes 23 de marzo al domingo 19 de abril de 2020*, publicado el 20 de marzo de 2020 en el DOF, así como sus modificaciones publicadas en el DOF el 17 de abril, el 6 de mayo y el 4 de junio de 2020.

NOVENO.- Que la suspensión referida en el Resultando anterior, implica que no transcurrirán los términos y plazos para efectos de las diligencias, trámites o actuaciones de los actos y procedimientos que se tramitan o deban tramitarse ante esta Comisión. Lo anterior, con el objeto de facilitar el ejercicio de los derechos y el cumplimiento de las obligaciones de los sujetos regulados, en términos del artículo 16, fracción IX, de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo.

DÉCIMO.- Que debido a la emergencia sanitaria causada por el COVID-19, diversos Operadores Petroleros han presentado a la Comisión notificaciones de Caso Fortuito o Fuerza Mayor, las cuales tienen por objeto solicitar el reconocimiento de dicha figura jurídica prevista en los CEE, así como el otorgamiento de prórrogas de los Periodos de Exploración o de Evaluación según corresponda a cada CEE. Dichas notificaciones se enlistan a continuación:

	Contrato	Operador Petrolero	Fecha de presentación
1	CNH-R02-L03-CS-01/2017	Jaguar Exploración y Producción 2.3 S.A.P.I. de C.V.	25 marzo 2020
2	CNH-R02-L03-VC-03/2017	Jaguar Exploración y Producción 2.3 S.A.P.I. de C.V.	25 marzo 2020
3	CNH-R02-L03-TM-01/2017	Jaguar Exploración y Producción 2.3 S.A.P.I. de C.V.	25 marzo 2020
4	CNH-R02-L03-VC-02/2017	Jaguar Exploración y Producción 2.3 S.A.P.I. de C.V.	25 marzo 2020
5	CNH-R02-L03- CS-06/2017	Jaguar Exploración y Producción 2.3 S.A.P.I. de C.V.	25 marzo 2020
6	CNH-R02-L02-A4-BG/2017	Pantera Exploración y Producción 2.2 S.A.P.I. de C.V.	25 marzo 2020
7	CNH-R02-L02-A5-BG/2017	Pantera Exploración y Producción 2.2 S.A.P.I. de C.V.	25 marzo 2020
8	CNH-R02-L02-A7-BG/2017	Pantera Exploración y Producción 2.2 S.A.P.I. de C.V.	25 marzo 2020
9	CNH-R02-L02-A8-BG/2017	Pantera Exploración y Producción 2.2 S.A.P.I. de C.V.	25 marzo 2020
10	CNH-R02-L02-A9-BG/2017	Pantera Exploración y Producción 2.2 S.A.P.I. de C.V.	25 marzo 2020
11	CNH-R02-L02-A10.CS /2017	Pantera Exploración y Producción 2.2 S.A.P.I. de C.V.	25 marzo 2020
12	CNH-R01-L03-A11/2015	Renaissance Oil Corp S.A. de C.V.	30 marzo y 2 abril 2020
13	CNH-R01-L03-A15/2015	Renaissance Oil Corp S.A. de C.V.	30 marzo y 2 abril 2020
14	CNH-R01-L03-A25/2015	Renaissance Oil Corp S.A. de C.V.	30 marzo y 2 abril 2020
15	CNH-R01-L03-A9/2015	Perseus Fortuna Nacional, S.A. de C.V.	13 abril 2020
16	CNH-R01-L03-A23/2015	Perseus Tajón, S.A. de C.V.	13 abril 2020
17	CNH-R02-L03-CS-04/2017	Operadora Bloque 12, S.A. de C.V.	3 abril, 11 mayo y 4 junio 2020
18	CNH-R02-L03-CS-05/2017	Operadora Bloque 13, S.A. de C.V.	3 abril, 11 mayo y 4 junio 2020

	Contrato	Operador Petrolero	Fecha de presentación
19	CNH-R01-L03-A22/2015	Secadero Petróleo y Gas S.A. de C.V.	26 de junio 2020
20	CNH-R01-L03-A10/2015	Oleum de Norte S.A.P.I de C.V.	26 junio 2020
21	CNH-R02-L03-BG-03/2017	Newpek Exploraci�n y Extracci�n S.A. de C.V.	25 junio 2020
22	CNH-R02-L02-A1-BG/2017	Iberoamericana de Hidrocarburos CQ Exploraci�n & Producci�n de M�xico, S.A. de C.V.	30 junio 2020
23	CNH-R02-L03-BG-01/2017	Iberoamericana de Hidrocarburos CQ Exploraci�n & Producci�n de M�xico, S.A. de C.V.	30 junio 2020
24	CNH-R02-L03-BG-04/2017	Iberoamericana de Hidrocarburos CQ Exploración & Producción de México, S.A. de C.V.	30 junio 2020
25	CNH-R01-L03-A6/2015	Diavaz Offshore, S.A.P.I. de C.V.	2 julio 2020

DÉCIMO PRIMERO.- Que diversos Operadores Petroleros han presentado en la Comisión solicitudes para el otorgamiento de prórrogas de los periodos de Exploración o de Evaluación según corresponda a cada CEE. Dichas solicitudes se enlistan a continuación:

	Contrato	Operador Petrolero	Periodo solicitado a prorrogar	Fecha de presentación
1	CNH-R01-L03-A10/2018	Oleum de Norte S.A.P.I de C.V.	Evaluación	2 junio 2020
2	CNH-R02-L02-A4.BG/2017	Pantera Exploración y Producción 2.2 S.A.P.I. de C.V.	Exploración y Evaluación	10 junio 2020
3	CNH-R02-L02-A5.BG/2017	Pantera Exploración y Producción 2.2 S.A.P.I. de C.V.	Exploración y Evaluación	10 junio 2020
4	CNH-R02-L02-A7.BG/2017	Pantera Exploraci�n y Producci�n 2.2 S.A.P.I. de C.V.	Exploraci�n y Evaluaci�n	10 junio 2020
5	CNH-R02-L02-A8.BG/2017	Pantera Exploraci�n y Producci�n 2.2 S.A.P.I. de C.V.	Exploraci�n	10 junio 2020
6	CNH-R02-L02-A9.BG/2017	Pantera Exploraci�n y Producci�n 2.2 S.A.P.I. de C.V.	Exploraci�n	10 junio 2020
7	CNH-R02-L02-A10.CS/2017	Pantera Exploraci�n y Producci�n 2.2 S.A.P.I. de C.V.	Exploraci�n	10 junio 2020
8	CNH-R02-L03-CS-01/2017	Jaguar Exploraci�n y Producci�n 2.3 S.A.P.I. de C.V.	Exploraci�n y Evaluaci�n	11 junio 2020
9	CNH-R02-L03-CS-06/2017	Jaguar Exploraci�n y Producci�n 2.3 S.A.P.I. de C.V.	Exploraci�n	11 junio 2020
10	CNH-R02-L03-VC-02/2017	Jaguar Exploraci�n y Producci�n 2.3 S.A.P.I. de C.V.	Exploraci�n y Evaluaci�n	11 junio 2020
11	CNH-R02-L03-VC-03/2017	Jaguar Exploraci�n y Producción 2.3 S.A.P.I. de C.V.	Exploración	11 junio 2020
12	CNH-R02-L03-TM-01/2017	Jaguar Exploración y Producción 2.3 S.A.P.I. de C.V.	Exploración y Evaluación	11 junio 2020
13	CNH-R02-L03-BG-03/2017	Newpek Exploración y Extracción S.A. de C.V.	Exploración	25 junio 2020

CONSIDERANDO

PRIMERO.- Que el artículo 39 de la Ley de los  rganos Reguladores Coordinados en Materia Energética, prevé que los  rganos Reguladores deberán ejercer sus funciones procurando promover el desarrollo de las actividades de Exploración y Extracción de Hidrocarburos en beneficio del país, así como asegurar que los procesos administrativos a su cargo, respecto de las actividades de Exploración y Extracción de Hidrocarburos, se realicen con apego a los principios de transparencia, honradez, certeza, legalidad, objetividad, imparcialidad, eficacia y eficiencia.

SEGUNDO.- Que de conformidad con el artículo 71 de la Ley General de Mejora Regulatoria, la Comisión, en su carácter de sujeto obligado en términos de dicha Ley, podrá solicitar la autorización a la Comisión Nacional de Mejora Regulatoria para que los anteproyectos de Acuerdos de carácter general que busquen expedir, sean tratados como de emergencia, cuando éstos pretendan resolver o prevenir una situación de esa naturaleza.

TERCERO.- Que corresponde a la Comisión administrar y supervisar, en materia técnica los CEE y las Asignaciones, así como ejercer aquellas facultades previstas en dichos Contratos, en términos de lo dispuesto en los artículos 7, fracción II, 31, fracciones VI y XII de la Ley de Hidrocarburos y 38, fracción III de la Ley de los Órganos Reguladores Coordinados en Materia Energética.

En consecuencia y en atención a la declaración del Consejo de Salubridad General como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor del COVID-19 publicada en el DOF el 30 de marzo de 2020 y con la finalidad de dar atención a las acciones establecidas por las autoridades sanitarias, esta Comisión cuenta con la atribución de establecer diversas medidas, mismas que se plasman en el presente Acuerdo, a fin de promover el desarrollo de las Actividades Petroleras, además de otorgar certeza jurídica a los Operadores Petroleros para que realicen dichas actividades de forma eficiente y continua conforme a los Planes o Programas aprobados por la Comisión.

CUARTO.- Que corresponde a la Comisión la aplicación y la interpretación para efectos administrativos de la Ley de Hidrocarburos, así como las disposiciones normativas o actos administrativos que emita, de conformidad con el artículo 131 de la misma Ley y 22, fracción IV, de la Ley de los Órganos Reguladores Coordinados en Materia Energética.

Asimismo, de conformidad con el artículo 2 de los Lineamientos, corresponde a la Comisión su interpretación y aplicación, así como en su caso, la ejecución de las acciones de seguimiento y Supervisión relacionadas con su vigilancia y cumplimiento.

QUINTO.- Que el artículo 19 de la Ley de Hidrocarburos señala que los CEE deberán contar, al menos, con Cláusulas sobre los Planes de Exploración y de Desarrollo para la Extracción; el Programa Mínimo de Trabajo; las obligaciones del Contratista; así como sobre su vigencia, entre otras.

SEXTO.- Que durante los Periodos de Exploración, Evaluación y, en su caso, de Desarrollo para la Extracción, los Operadores Petroleros están obligados a cumplir, entre otros, con el Programa Mínimo de Trabajo o con el Compromiso Mínimo de Trabajo previsto en los CEE y en las Asignaciones, respectivamente.

Dichos Periodos están vinculados a los Planes de Exploración, los Programas de Evaluación y los Planes de Desarrollo para la Extracción aprobados por la Comisión, en los cuales se prevé la realización de diversas Actividades Petroleras, cuya ejecución pudiera verse afectada con motivo de las medidas tomadas por los Operadores Petroleros en cumplimiento a los diversos Acuerdos emitidos por las autoridades competentes, con motivo de la pandemia COVID-19.

SÉPTIMO.- Que con la finalidad de dar certeza jurídica a los Operadores Petroleros, se reconoce la existencia de un caso fortuito o fuerza mayor, derivado de las situaciones descritas en los Resultandos Quinto a Séptimo anteriores, para los efectos que se especifican a continuación:

Los efectos del reconocimiento a que se refiere el párrafo anterior, serán que, en lo que hace al cómputo de los Periodos asociados a los CEE, durante el periodo de suspensión referido en el Resultando Octavo del presente Acuerdo, mantendrán también carácter suspensivo los Periodos de Exploración y de Evaluación, así como los Periodos de Desarrollo para la Extracción que tengan asociado un Programa Mínimo de Trabajo en términos de los CEE. En consecuencia, dicho lapso no será considerado para efectos del cómputo de la vigencia de los Periodos de Exploración, de Evaluación y de Desarrollo en comento, y, por tanto, no se considerarán exigibles las obligaciones a cargo de los Contratistas durante el mencionado periodo de suspensión que estén vinculadas al cumplimiento de los Programas Mínimos de Trabajo respectivos.

Aunado a lo anterior, durante el periodo de suspensión referido en el Resultando Octavo del presente Acuerdo, mantendrán también carácter suspensivo los Programas de Transición que se encuentren vigentes, lo que tiene como consecuencia que este periodo no será computado para efectos de su vigencia.

Lo anterior conforme a lo siguiente:

1. La suspensión de los Periodos de Exploración y de Evaluación, así como los Periodos de Desarrollo para la Extracción que tengan asociado un Programa Mínimo de Trabajo y los Programas de Transición, no implica la modificación de la vigencia de los CEE respectivos o de cualquiera otra de sus Cláusulas.

De igual forma, dicha suspensión no implica el otorgamiento de una prórroga de los periodos y programa de mérito, de conformidad con lo establecido en los CEE que prevén este supuesto, únicamente otorgará certeza jurídica a los Operadores Petroleros respecto del cómputo de los mismos.

2. Con excepción de las obligaciones vinculadas al cumplimiento de los Programas Mínimos de Trabajo respectivos, los Operadores Petroleros deberán cumplir con las demás obligaciones a su cargo previstas en los CEE, por lo que, entre otras, deberán pagar las Contraprestaciones previstas en la Ley de Ingresos sobre Hidrocarburos, así como cumplir con sus Obligaciones de Carácter Fiscal.

3. Sin perjuicio del carácter suspensivo de los Periodos de Exploración y de Evaluación, así como los Periodos de Desarrollo para la Extracción que tengan asociado un Programa Mínimo de Trabajo y de los Programas de Transición, los Operadores Petroleros podrán seguir ejecutando las Actividades Petroleras durante el periodo de suspensión referido en el Resultando Octavo del presente Acuerdo, en términos de los Planes o Programas aprobados por esta Comisión.

En consecuencia, los Operadores Petroleros deberán presentar ante la Comisión una actualización del cronograma de ejecución de sus Actividades Petroleras dentro de los veinte días hábiles siguientes a la conclusión del periodo de suspensión referido en el Resultando Octavo del presente Acuerdo.

4. En ningún caso, el carácter suspensivo de los periodos referidos, así como de los Programas de Transición, podrán exceder de seis meses, contados a partir de la fecha en que dio inicio la suspensión de los plazos y los términos de los actos y procedimientos sustanciados en la Comisión; es decir, a partir del 23 de marzo de 2020.

5. En todo momento, los Operadores Petroleros deberán mantener vigentes las Garantías de Cumplimiento conforme a las Cláusulas previstas en los CEE.

Aquellas Garantías de Cumplimiento que venzan en el periodo de suspensión, deberán presentarse, mediante escrito libre, en el plazo de veinte días hábiles previos al vencimiento de las mismas.

Respecto de las Garantías de Cumplimiento que no venzan en el periodo de suspensión, los Operadores Petroleros deberán presentar las mismas con una vigencia que contemple la suspensión de los Periodos de Exploración, de Evaluación y de Desarrollo, en plazo de veinte días hábiles contados a partir de la fecha en que concluya el periodo de suspensión referido en el Resultando Octavo del presente Acuerdo.

OCTAVO.- Que con la finalidad de dar certeza jurídica y facilitar el cumplimiento del Compromiso Mínimo de Trabajo establecido en las Asignaciones de Exploración y Extracción de Hidrocarburos, resulta necesario prestar asesoría técnica a la Secretaría de Energía, a fin de que determine el mecanismo más adecuado para adicionar a los Periodos de Exploración y Evaluación, así como el periodo determinado para el cumplimiento del Compromiso Mínimo de Trabajo en las actividades de Extracción, el periodo de suspensión referido en el Resultando Octavo del presente Acuerdo, es decir, el lapso comprendido entre el 23 de marzo de 2020 y la fecha en la que esta Comisión determine la conclusión del mismo, o bien, el plazo que considere, conforme a lo siguiente:

1. Mantener sin cambios la vigencia de los Títulos de Asignación, así como el resto de los términos y condiciones establecidas en los mismos, y
2. Establecer que el Asignatario podrá seguir ejecutando las Actividades Petroleras, en términos de los Planes o Programas aprobados por esta Comisión.

En consecuencia, considerando que dicha adición a los Periodos de Exploración y Evaluación, así como el periodo determinado para el cumplimiento del Compromiso Mínimo de Trabajo en las actividades de Extracción no impacta en los Planes o Programas aprobados por la Comisión, en caso de que la Secretaría de Energía determine su procedencia, el Asignatario deberá presentar ante la Comisión una actualización del cronograma de ejecución de sus Actividades Petroleras, dentro de los veinte días hábiles siguientes a dicha determinación.

Lo anterior, con fundamento en el artículo 38, fracción IV de la Ley de los Órganos Reguladores Coordinados en Materia Energética.

En caso de que la Secretaría de Energía determine modificar los Títulos de Asignación en los términos antes referidos, el presente Acuerdo surtirá efectos de opinión en términos de los artículos 6, penúltimo párrafo de la Ley de Hidrocarburos y 16, segundo párrafo de su Reglamento.

NOVENO.- Que, por lo que hace a los supuestos de modificación de los Programas de Evaluación y Piloto, así como los Planes de Exploración y de Desarrollo para la Extracción previstos en los artículos 41, 50, 62, 76, 85 y 97 de los Lineamientos, se determina que, para la actualización de los supuestos de modificación señalados en los artículos 41, fracción III, 50, fracción III, 62, fracciones II, III y IV, 76, fracción II, 85, fracción II y 97, fracciones I, II y III de los Lineamientos, no se tomará en consideración el periodo de suspensión referido en el Resultando Octavo del presente Acuerdo.

En consecuencia, para aquellos Operadores Petroleros que cuenten con un Programa de Evaluación o Piloto, Plan de Exploración, o Plan de Desarrollo para la Extracción aprobado por esta Comisión al amparo de una Asignación o CEE, no se tomarán en cuenta las desviaciones previstas en los artículos referidos en el párrafo anterior para la actualización de los supuestos de modificación de dichos Planes o Programas.

DÉCIMO.- Que de las notificaciones señaladas en el Resultando Décimo del presente Acuerdo, se advierte que éstas tienen por objeto solicitar el reconocimiento del Caso Fortuito o Fuerza Mayor, en términos de lo previsto en los CEE, así como el otorgamiento de prórrogas de los Periodos de Exploración o de Evaluación según corresponda en términos de las Cláusula de los CEE correspondientes al Caso Fortuito o Fuerza Mayor o en su caso, de los Planes o Programas aprobados por la Comisión.

En consecuencia, y tomando en consideración el reconocimiento del Caso Fortuito o Fuerza Mayor referido en el Considerando Séptimo anterior, con motivo de las medidas establecidas en el presente Acuerdo se advierte que las pretensiones de los Operadores Petroleros quedan satisfechas, toda vez que por disposición expresa de éste, se mantendrán bajo carácter suspensivo los Periodos de Exploración, de Evaluación así como de Desarrollo para la Extracción que tengan asociado un Programa Mínimo de Trabajo en términos de los CEE, y los Programas de Transición, en los términos señalados en el referido Considerando Séptimo, por lo que no se considerarán exigibles las obligaciones a cargo de los Contratistas durante el mencionado periodo de suspensión que estén específicamente vinculadas al cumplimiento de los Programas Mínimos de Trabajo respectivos. Asimismo, los Operadores Petroleros podrán seguir ejecutando las Actividades Petroleras durante el periodo de suspensión referido en el Resultando Octavo del presente Acuerdo.

Derivado de lo anterior, se determina que existe una imposibilidad material para continuar con los procedimientos administrativos antes referidos por causa sobrevenida, es decir, lo previsto en el presente Acuerdo, por lo que resulta procedente dar por concluidos los procedimientos administrativos solicitados mediante las notificaciones de Caso Fortuito o Fuerza Mayor presentados por los Operadores Petroleros, referidos en el Resultando Décimo del presente Acuerdo, de conformidad con lo establecido en el artículo 57, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, de aplicación supletoria en términos de lo establecido en los artículos 22 de la Ley de Hidrocarburos y 5 de su Reglamento.

Sin perjuicio de lo anterior, se deja a salvo el derecho de los Operadores Petroleros para presentar una nueva notificación de Caso Fortuito o Fuerza Mayor, siempre que la misma sea procedente de conformidad con los CEE y la normativa aplicable.

DÉCIMO PRIMERO.- Que respecto de las solicitudes de prórroga de los Periodos de Exploración y Evaluación referidas en el Resultando Décimo Primero del presente Acuerdo, se advierte que las mismas se sustentan en la solicitud de un plazo adicional para concluir las Actividades Petroleras en proceso previstas en sus Planes o Programas respectivos.

En consecuencia, con motivo de las medidas establecidas en el presente Acuerdo se advierte que las pretensiones de los Operadores Petroleros quedan satisfechas, toda vez que por disposición expresa de éste, se mantendrán bajo carácter suspensivo los Periodos de Exploración, de Evaluación, así como de Desarrollo para la Extracción que tengan asociado un Programa Mínimo de Trabajo en términos de los CEE, y los Programas de Transición en los términos señalados en el referido Considerando Séptimo, por lo que no se considerarán exigibles las obligaciones a cargo de los Contratistas durante el mencionado periodo de suspensión que estén específicamente vinculadas al cumplimiento de los Programas Mínimos de Trabajo respectivos. Asimismo, los Operadores Petroleros podrán seguir ejecutando las Actividades Petroleras durante el periodo de suspensión referido en el Resultando Octavo del presente Acuerdo.

Derivado de lo anterior, se determina que existe una imposibilidad material para continuar con los procedimientos administrativos antes referidos por causa sobrevenida, es decir, lo previsto en el presente Acuerdo, por lo que resulta procedente dar por concluidos los procedimientos administrativos correspondientes a las solicitudes de prórroga de los Periodos de Exploración y Evaluación presentados por los Operadores Petroleros, referidas en el Resultando Décimo Primero del presente Acuerdo, de conformidad con lo establecido en el artículo 57, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, de aplicación supletoria en términos de lo establecido en los artículos 22 de la Ley de Hidrocarburos y 5 de su Reglamento.

Sin perjuicio de lo anterior, se deja a salvo el derecho de los Operadores Petroleros para presentar una nueva solicitud de prórroga, siempre que la misma sea procedente de conformidad con los CEE y la normativa aplicable.

DÉCIMO SEGUNDO.- Con lo antes expuesto, la Comisión contará con información precisa y demás elementos necesarios que le permita cumplir con su mandato legal y administrativo de llevar a cabo la administración técnica de los CEE y de las Asignaciones, en términos de la normativa aplicable, generando certeza jurídica a los Operadores Petroleros, durante la emergencia sanitaria derivada de la pandemia COVID-19.

En consecuencia, con fundamento en los artículos 7, fracción II, 19, 22, 31, fracciones VI y XII y 131 de la Ley de Hidrocarburos; 2, fracción I, 3, 5, 10, 11, 22, fracciones I, II, III, IV, y XXVII, 38, fracciones I, III y IV y 39, fracciones V y VI de la Ley de los Órganos Reguladores Coordinados en Materia Energética; 71 de la Ley General de Mejora Regulatoria; 16, fracción IX, 28 y 57 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 1, 2, fracción III y 43 Ter de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 5 y 16, segundo párrafo del Reglamento de la Ley de Hidrocarburos; 2, 41, fracción III, 50, fracción III, 62, fracciones II, III y IV, 64, 65, 76, fracción II, 85, fracción II y 97, fracciones I, II y III de los Lineamientos; y 1, 10, fracción I, 11, 13, fracciones II, inciso b), V, inciso d), X y XI y penúltimo párrafo y 24, fracción I del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Hidrocarburos, el Órgano de Gobierno de la Comisión Nacional de Hidrocarburos, mediante Acuerdo CNH.E.29.001/2020, por unanimidad de votos:

RESUELVE

PRIMERO.- Se suspenden los Periodos de Exploración y de Evaluación, así como los Periodos de Desarrollo para la Extracción que tengan asociado un Programa Mínimo de Trabajo, de los Contratos de Exploración y Extracción de Hidrocarburos que se encuentren vigentes, en los términos referidos en el Resultando Octavo y Considerando Séptimo del presente Acuerdo.

En consecuencia, los Operadores Petroleros deberán presentar ante la Comisión una actualización del cronograma de ejecución de sus Actividades Petroleras dentro de los veinte días hábiles siguientes a la conclusión de dicha suspensión.

SEGUNDO.- Se requiere a los Operadores Petroleros para que, presenten las Garantías de Cumplimiento que correspondan, de conformidad con el numeral 4 del Considerando Séptimo del presente Acuerdo.

TERCERO.- Se suspende la vigencia de los Programas de Transición que se encuentren vigentes, en los términos referidos en el Resultando Octavo y Considerando Séptimo del presente Acuerdo.

CUARTO.- Se determina prestar asesoría técnica a la Secretaría de Energía para llevar a cabo la adición del periodo de suspensión a los Periodos de Exploración y Evaluación, así como el periodo determinado para el cumplimiento del Compromiso Mínimo de Trabajo en las actividades de Extracción de las Asignaciones, en términos del Resultando Octavo y Considerando Séptimo del presente Acuerdo.

QUINTO.- Se determina que las desviaciones previstas en los supuestos normativos contenidos en los artículos en los artículos 41, fracción III, 50, fracción III, 62, fracciones II, III y IV, y 76, fracción II, 85, fracción II y 97, fracciones I, II y III de los Lineamientos, relativos a la modificación de los Programas de Evaluación y Piloto, así como los Planes de Exploración y los Planes de Desarrollo para la Extracción, no se tomarán en cuenta para la actualización de los supuestos de modificación de dichos Planes o Programas, en términos del Considerando Noveno anterior.

SEXTO.- Se determina dar por concluidos los procedimientos administrativos referidos en los Resultandos Décimo y Décimo Primero anteriores, de conformidad con lo establecido en el artículo 57, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo.

SÉPTIMO.- Se instruye a la Unidad de Administración Técnica de Asignaciones y Contratos, por conducto de la Dirección General de Seguimiento de Contratos y de la Dirección General de Seguimiento de Asignaciones, que den seguimiento a las comunicaciones que presenten los Operadores Petroleros acorde con lo señalado en los Considerandos Sexto, Séptimo y Octavo del presente Acuerdo.

OCTAVO.- Se instruye a la Secretaría Ejecutiva a notificar el presente Acuerdo a las distintas Unidades Administrativas de esta Comisión, para efecto de su atención y correspondiente desahogo.

NOVENO.- La Comisión notificará a los Operadores Petroleros mediante publicación en el Diario Oficial de la Federación la conclusión del periodo de suspensión referido en el Resultando Octavo del presente Acuerdo.

DÉCIMO.- Publíquese el presente Acuerdo en el Diario Oficial de la Federación.

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

DÉCIMO SEGUNDO.- Inscribese el presente Acuerdo en el Registro Público de la Comisión Nacional de Hidrocarburos. Lo anterior con fundamento en el artículo 22, fracción XXVI de la Ley de los Órganos Reguladores Coordinados en Materia Energética.

Ciudad de México, a 16 de julio de 2020.- Los Comisionados Integrantes del Órgano de Gobierno de la Comisión Nacional de Hidrocarburos: el Comisionado Presidente, **Rogelio Hernández Cázares.-** Rúbrica.- Los Comisionados: **Alma América Porres Luna, Néstor Martínez Romero, Héctor Moreira Rodríguez.-** Rúbricas.

CONSEJO NACIONAL PARA PREVENIR LA DISCRIMINACION

ACUERDO por el que se emite el Plan para la continuidad gradual y por etapas de las actividades en el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, y se reanudan los plazos y términos legales para el trámite de las quejas, privilegiando el uso de medios electrónicos, atención remota y trabajo a distancia.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- GOBERNACIÓN.- Secretaría de Gobernación.- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.

ACUERDO POR EL QUE SE EMITE EL PLAN PARA LA CONTINUIDAD GRADUAL Y POR ETAPAS DE LAS ACTIVIDADES EN EL CONSEJO NACIONAL PARA PREVENIR LA DISCRIMINACIÓN, Y SE REANUDAN LOS PLAZOS Y TÉRMINOS LEGALES PARA EL TRÁMITE DE LAS QUEJAS, PRIVILEGIANDO EL USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS, ATENCIÓN REMOTA Y TRABAJO A DISTANCIA.

TANIA RAMÍREZ HERNÁNDEZ, Encargada del Despacho de la Presidencia del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, por suplencia legal, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 22 fracción I, y 59 fracción I, de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales; 4, 28 primer párrafo, y 30 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 286 y 365 del Código Federal de Procedimientos Civiles; 30 fracción VIII, de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación; 18 fracción XI, y 19 párrafo segundo del Estatuto Orgánico del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, y

CONSIDERANDO

PRIMERO. Que el 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud calificó como pandemia al virus SARS-CoV2 y a la enfermedad que provoca COVID-19.

SEGUNDO. Que mediante acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de marzo de 2020, el Consejo de Salubridad General reconoció al virus SARS-CoV2 como una enfermedad grave de atención prioritaria, y declaró emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor a la epidemia generada por dicho virus el 30 de marzo del mismo año.

TERCERO. Que desde marzo del 2020 el Consejo de Salubridad General y la Secretaría de Salud federal han señalado la adopción de medidas preventivas y acciones extraordinarias aplicables al sector público, privado y social, con la finalidad de mitigar la dispersión y transmisión del virus SARS-CoV2 para disminuir la carga de enfermedad, sus complicaciones y la muerte por COVID-19 en la población, entre las que se encuentran, la suspensión inmediata de actividades que involucren la concentración física, tránsito o desplazamiento de personas, permitiendo únicamente el desarrollo de actividades consideradas esenciales.

CUARTO. Que el 07 de abril de 2020 el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) emitió el ACUERDO por el estableció acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria por causas de fuerza mayor generada por el virus SARS-CoV2 en consonancia con el riesgo que el COVID-19 implica para la salud y, en cumplimiento de las medidas sanitarias ordenadas por el Gobierno Federal, en el que determinó suspender la atención presencial por parte de su personal, privilegiando la prestación del servicio a través de medios electrónicos y telefónicos; la operación vía remota de la oficialía de partes recibiendo los escritos a través del correo electrónico oficialia.partes@conapred.org.mx; así como la suspensión de plazos y términos previstos en el procedimiento de queja de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (LFPED), exceptuando los casos graves o urgentes de presuntos actos discriminatorios conforme a los Lineamientos que al respecto se establecieron, y la orientación de mujeres víctimas de violencia y de sus hijas e hijos, tal como lo señaló la Secretaría de Gobernación.

QUINTO. Que el 23 de abril de 2020 el titular del Ejecutivo Federal emitió un Decreto sobre las medidas de austeridad aplicables para toda la Administración Pública Federal en el contexto del COVID-19, entre las cuales señaló la suspensión de labores con goce de sueldo para quienes ya se encontraban en esa situación por motivo de la pandemia del coronavirus hasta el 1º de agosto de 2020.

SEXTO. Que la Secretaría de Salud federal publicó el 14 de mayo de 2020 el ACUERDO por el que se establece una estrategia para la reapertura de las actividades sociales, educativas y económicas, así como un sistema de semáforo por regiones para evaluar semanalmente el riesgo epidemiológico relacionado con la reapertura de actividades en cada entidad federativa, y se establecen acciones extraordinarias.

SÉPTIMO. Que el Gobierno de la Ciudad de México, derivado de la coordinación prioritaria ordenada por las autoridades sanitarias a nivel federal, ha emitido diversas disposiciones para el regreso a la nueva normalidad en esta entidad, mismas que fueron tomadas en cuenta por el CONAPRED toda vez que su domicilio legal y única sede se encuentra en esta Ciudad conforme a lo dispuesto por el artículo 18 de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

OCTAVO. Que dentro de las disposiciones emitidas por el Gobierno de la Ciudad de México se encuentra un Plan gradual y Plan para la ejecución de éste, entre cuyos criterios destacan las medidas mínimas a implementar en las oficinas gubernamentales, privilegiando el trabajo a distancia, la aceleración de un gobierno digital y el regreso del personal del gobierno local a sus oficinas hasta el 10 de agosto de 2020 cuando el semáforo epidemiológico se encuentre en amarillo.

NOVENO. Que el artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce el derecho a la igualdad y no discriminación de todas las personas que habitan en el territorio nacional, e impone la obligación de todas las autoridades de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de todas las personas y, en consecuencia, la prevención, investigación, sanción y reparación de las violaciones a los mismos.

DÉCIMO. Que el CONAPRED es el organismo del Estado mexicano encargado de prevenir y eliminar la discriminación, de conformidad con el artículo 17 de la LFPED.

DÉCIMO PRIMERO. Que la situación de riesgo real e inminente del COVID-19 obliga al CONAPRED a adoptar medidas de forma inmediata y diligente, entre ellas, el privilegiar el trabajo remoto y el uso de tecnologías como herramientas fundamentales para el ejercicio de sus atribuciones, con la finalidad de evitar contagios y prevenir la ocurrencia de afectaciones al derecho a la vida, a la salud y a la integridad física y psicológica del público usuario y de su personal, tal como lo establecen la Organización Mundial de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo, así como continuar garantizando el derecho de acceso a la justicia y la reparación de actos de discriminación a través del procedimiento de queja por los medios idóneos en las circunstancias en las que nos encontramos, sin que ello implique una barrera de acceso injustificada para grupos históricamente discriminados o en situación de vulnerabilidad, en mérito de lo cual, emite el siguiente:

ACUERDO POR EL QUE SE EMITE EL PLAN PARA LA CONTINUIDAD GRADUAL Y POR ETAPAS DE LAS ACTIVIDADES EN EL CONSEJO NACIONAL PARA PREVENIR LA DISCRIMINACIÓN, Y SE REANUDAN LOS PLAZOS Y TÉRMINOS LEGALES PARA EL TRÁMITE DE LAS QUEJAS, PRIVILEGIANDO EL USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS, ATENCIÓN REMOTA Y TRABAJO A DISTANCIA.

Primero. El presente Acuerdo tiene por objeto establecer las reglas para la continuidad de las actividades en el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, el reinicio gradual y por etapas de actividades presenciales que garanticen la protección de la salud del público usuario y del personal del Consejo, así como el acceso a la justicia a través del procedimiento de quejas contra actos de discriminación, privilegiando el uso de medios electrónicos, atención remota y trabajo a distancia, en el contexto de la emergencia sanitaria.

Segundo. La reanudación de actividades de manera presencial en el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación se llevará a cabo atendiendo a los principios de orden, escalonamiento, control, seguridad, corresponsabilidad y no discriminación, en el marco de la nueva normalidad derivada de la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV2 y la enfermedad COVID-19 que provoca, de conformidad con lo siguiente:

1. **Orden:** Implica el estricto cumplimiento de las medidas contenidas en el presente Acuerdo por parte del personal del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, y del público usuario de los servicios que presta.
2. **Escalonamiento:** La reanudación de labores en el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación deberá darse de manera gradual y paulatina, a fin de generar una nueva cultura laboral de prevención, protección y cuidado de la salud, convivencia respetuosa y armónica, así como nuevas formas de interacción social en el ámbito laboral. Además de evitar concentraciones innecesarias en las instalaciones de dicho Consejo que impliquen riesgos para la salud.
3. **Control:** Se refiere a la adecuada implementación del presente Acuerdo por parte de las diferentes unidades administrativas que integran el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.
4. **Seguridad:** De todas las personas que acuden a las instalaciones del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, sea personal de la institución, público usuario, proveedores de servicios, personal que presta los servicios de limpieza, o personal de seguridad, a fin de evitar poner en riesgo su vida, su salud, así como su integridad física y psicológica.

5. **Corresponsabilidad:** El cuidado de la salud es una responsabilidad individual, que tiene implicaciones graves en el ámbito social y laboral. Por lo tanto, el éxito de las disposiciones en materia de salud y seguridad sanitaria en el trabajo previstas en el presente Acuerdo, dependerán de su adecuada implementación por parte del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, de la participación responsable y solidaria de su personal, y de quienes acudan a sus instalaciones para la obtención o prestación de un servicio.
6. **No discriminación:** Las disposiciones previstas en el presente Acuerdo se aplicarán sin discriminación por alguno de los motivos previstos en el artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, o en el artículo 1º, párrafo primero, fracción III de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

Tercero. Para los efectos del presente Acuerdo se entenderá por:

1. **Acuerdo:** Acuerdo por el que se emite el Plan para la continuidad gradual y por etapas de las actividades en el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, y se reanudan los plazos y términos legales para el trámite de las quejas, privilegiando el uso de medios electrónicos, atención remota y trabajo a distancia.
2. **CDMX:** Ciudad de México.
3. **CONAPRED o Consejo:** Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.
4. **DGAQ:** Dirección General Adjunta de Quejas del CONAPRED.
5. **DPAF:** Dirección de Planeación, Administración y Finanzas del CONAPRED.
6. **LFPED:** Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.
7. **Plan:** Plan para la continuidad gradual y por etapas de las actividades en el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.
8. **Semáforo epidemiológico:** Sistema de alerta sanitaria vigente aplicable a la CDMX.

Cuarto. La reanudación de actividades presenciales en el CONAPRED se regirá por tres etapas en las que se graduarán las actividades permitidas en cada una de ellas, considerando las indicaciones de las autoridades sanitarias federales y de la CDMX. Estas etapas serán las siguientes:

1. **Etapas 1.** Abarcará los colores rojo y naranja del semáforo epidemiológico.
2. **Etapas 2.** Abarcará el color amarillo del semáforo epidemiológico.
3. **Etapas 3.** Abarcará el color verde del semáforo epidemiológico, hasta en tanto las autoridades sanitarias determinen el levantamiento de la declaratoria de emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor derivada por el virus SARS-CoV2.

Quinto. Las etapas anteriormente mencionadas no tendrán un tiempo específico de duración, toda vez que dependen del color en el que se encuentre el semáforo epidemiológico que, a su vez, está condicionado por factores externos y variables como es el avance del riesgo de contagio del COVID-19 en la CDMX.

Sexto. A fin de dar continuidad a la labor que los centros de trabajo comprometidos con la inclusión laboral y la no discriminación en el empleo realizan para certificarse y/o recertificarse en la Norma Mexicana NMX-R-025-SCFI-2015 en Igualdad Laboral y No Discriminación, el Consejo **continuará** con la emisión de las constancias de no cumplimiento a la LFPED.

Séptimo. El Consejo seguirá privilegiando el uso de medios electrónicos y trabajo a distancia, en un horario de atención remota de las 9:00 a las 17:30 horas de lunes a jueves, y los viernes de 9:00 a 15:00 horas, a través de los teléfonos 55-5262-1490 y 800-543-0033, la página de Internet www.conapred.org.mx, y las diversas direcciones de correo electrónico que integran el directorio institucional. Para la presentación de quejas contra actos de discriminación, éstas deberán ser enviadas al correo electrónico quejas@conapred.org.mx. Tratándose de la Oficialía de Partes, los escritos deberán ser ingresados electrónicamente en el correo electrónico oficialia.partes@conapred.org.mx.

Octavo. Respecto al trámite de quejas contra actos de discriminación, a partir del 3 de agosto de 2020 se reanudan los plazos y términos legales relacionados con los procedimientos y recursos administrativos previstos en los Capítulos V y VI de la LFPED, privilegiando el uso de medios electrónicos, atención remota y trabajo a distancia conforme a las etapas determinadas en el presente Acuerdo.

Con independencia de la señalización del semáforo epidemiológico vigente, en las siguientes dos semanas a partir de la fecha referida en el párrafo anterior, las actividades del CONAPRED se guiarán conforme a las reglas establecidas en la etapa 1 del presente Acuerdo.

Noveno. Durante la **etapa 1** de continuación de actividades en el CONAPRED, la DGAQ realizará sus actividades conforme a los siguientes criterios:

1. Se mantiene la suspensión de orientación presencial de personas ante posibles actos de discriminación, así como la orientación presencial a mujeres víctimas de violencia, sus hijas e hijos, y éstas se proporcionarán a través de los siguientes medios:
 - a) Números telefónicos: 55-5262-1490 y 800-543-0033 de lunes a jueves de las 9:00 a las 17:30 horas, y viernes de las 9:00 a las 15:00 horas;
 - b) Página de internet del Consejo: www.conapred.org.mx, y
 - c) Correo electrónico quejas@conapred.org.mx
2. Se mantiene la suspensión de la recepción física de documentos en la Oficialía de Partes del Consejo, los documentos deberán ser presentados a través del correo electrónico: oficialia.partes@conapred.org.mx, en los horarios que para ese efecto serán considerados hábiles: de lunes a jueves de las 9:00 a las 17:30 horas, y viernes de las 9:00 a las 15:00 horas.
3. En las actuaciones que realicen las personas servidoras públicas del CONAPRED que intervienen en la atención y trámite de las orientaciones, peticiones y quejas, a través de oficios, reportes, actas, acuerdos de trámite, acuerdos de conclusión, resoluciones por disposición y otro tipo de actuaciones administrativas, se privilegiará el uso de firma electrónica certificada por autoridad competente y/o escaneo de documentos originales con firma autógrafa, cuyos originales deberán constar en los cuadernillos, expedientillos y expedientes correspondientes.

Con independencia de lo anterior, el personal encargado del trámite de los expedientes de queja observará las formalidades legales establecidas en la LFPED y el Estatuto Orgánico del CONAPRED.

4. En los asuntos en los que se estén realizando gestiones de mediación durante la orientación, se privilegiará el uso del teléfono, correo electrónico o videoconferencia. Excepcionalmente, se podrá atender de forma presencial cuando no sea viable la comunicación a través de las vías descritas, programando una cita con la persona que tenga a su cargo el asunto, con al menos tres días hábiles de antelación.
5. Respecto de aquellas quejas que se estén sustanciando conforme a los Capítulos V y VI de la LFPED, en particular, lo correspondiente a la conciliación, investigación, acuerdo de conclusión, resolución por disposición, verificación de medidas y recurso de revisión, se atenderá a lo siguiente:
 - a) Las partes deberán señalar un correo electrónico y dar su consentimiento expreso para que a través de ese medio se les notifiquen los acuerdos, solicitudes y resoluciones en torno al trámite del expediente.
 - b) En los casos en los que alguna de las partes no cuente con correo electrónico o no lo proporcione, se continuará la notificación ordinaria mediante correo postal o mensajería.
 - c) Para corroborar la debida notificación y dar certeza jurídica respecto a los plazos y términos para las partes, la confirmación de recepción de documentos enviados por el CONAPRED por medios electrónicos se hará por la misma vía. En los casos en que no se reciba el acuse respectivo, la confirmación se hará por vía telefónica y se asentará en acta circunstanciada.
 - d) En las audiencias de conciliación se privilegiará el uso del teléfono, correo electrónico o videoconferencia, previo acuerdo entre las partes. En los casos donde alguna de las partes no tenga acceso a los medios señalados, se podrá llevar a cabo de manera presencial acatando las medidas sanitarias y de seguridad previstas en el Plan que forma parte del presente Acuerdo, con la suficiente antelación para realizarla en tal modalidad.
 - e) Para las audiencias de desahogo de pruebas se privilegiará el uso de videoconferencia previo acuerdo entre las partes. En el caso del desahogo de pruebas que por su naturaleza no sea posible realizarlo por medios electrónicos, se llevará a cabo de manera presencial acatando las medidas sanitarias y de seguridad previstas en el Plan que forma parte del presente Acuerdo, con la suficiente antelación para realizarla en tal modalidad.

- f) En el caso de que las partes requieran revisar físicamente el expediente, podrán acudir al Consejo a realizar la consulta correspondiente, previo acuerdo con la persona que tenga a su cargo el asunto, debiendo seguir las medidas sanitarias y de seguridad previstas en el Plan que forman parte del presente Acuerdo.
- g) Para la verificación de la implementación de medidas administrativas y de reparación que deban realizarse al interior del país, se privilegiarán mecanismos alternos, electrónicos y a distancia, que brinden certeza de su cumplimiento y que eviten en la mayor medida posible la movilidad del personal del CONAPRED.
- h) Se suspende la realización de los cursos presenciales que se brindan en las instalaciones del Consejo derivados de las medidas administrativas y de reparación, por el tiempo que dure la vigencia del presente Acuerdo.
- i) Para la implementación de los cursos de sensibilización, derivados de los expedientillos de mediación o de expedientes de queja, se privilegiará la formación virtual mensual, a través de la plataforma CONÉCTATE del CONAPRED.
- j) Para la tramitación del recurso de revisión, las partes deberán señalar un correo electrónico y dar su consentimiento expreso para que a través de ese medio se les notifiquen los acuerdos y resoluciones en torno al trámite del recurso, y para que sea la vía por la cual presentan promociones.

Décimo. Durante la **etapa 2** de continuación de actividades en el CONAPRED, la DGAQ realizará sus actividades conforme a los siguientes criterios:

1. Se mantendrá la suspensión de la orientación presencial y se seguirá atendiendo por las vías establecidas en el artículo noveno, numeral 1, del presente Acuerdo.
2. De ser necesario, se incrementará la presencia de su personal hasta en un máximo del 30 por ciento.
3. Continuará con el desarrollo de las actividades sustantivas comprendidas en el artículo noveno del presente Acuerdo, y se incrementarán las actividades administrativas presenciales de admisibilidad, registro, turno, archivo y la actualización del Sistema Integral de Quejas (SIQ), de acuerdo con un plan de asistencia del personal que para tal efecto se determine.
4. La Oficialía de Partes seguirá recibiendo los documentos de forma preferentemente electrónica y atenderá excepcionalmente de forma presencial en un horario de lunes a viernes de 10:00 a 14:00 horas.

Décimo primero. Durante la **etapa 3** de continuación de actividades en el CONAPRED, la DGAQ realizará sus actividades conforme a los siguientes criterios:

1. Se restablecerá la orientación presencial en un horario de lunes a viernes de 10:00 a 14:00 horas, bajo un sistema de turnos de atención, conforme a las reglas que establezca el Plan;
2. De ser necesario, mantendrá la presencia de su personal hasta en un 60 por ciento, y
3. Continuará con el desarrollo de las actividades sustantivas comprendidas en el artículo décimo del presente Acuerdo, y se incrementarán las actividades administrativas presenciales, de admisibilidad, registro, turno, archivo y la actualización del Sistema Integral de Quejas (SIQ), de acuerdo con un plan de asistencia del personal que para tal efecto se determine.

Décimo segundo. La atención presencial al público que se brinde en el CONAPRED derivado del presente Acuerdo deberá realizarse en el menor tiempo posible, observando de manera obligatoria las medidas previstas en el Plan que forman parte del presente Acuerdo.

Décimo tercero. Los servicios prestados por el Centro de Documentación del CONAPRED, así como las capacitaciones presenciales impartidas por la Dirección General Adjunta de Vinculación, Educación y Cultura, se reanudarán en la etapa 3.

La Unidad de Transparencia seguirá privilegiando la recepción electrónica de solicitudes de información, así como de los trámites, procedimientos y medios de impugnación previstos en las leyes correspondientes de conformidad a lo determinado por los acuerdos emitidos por el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales y, a partir de la etapa 2, atenderá de forma presencial los martes y jueves de las 10 a 14 horas. En la etapa 3, se reanudará la atención presencial de lunes a viernes en un horario de 10 a 14 horas.

Décimo cuarto. En todo lo no previsto en el presente Acuerdo y en el respectivo Plan, corresponderá a la persona titular de la presidencia de CONAPRED o a quien la supla legalmente, acordar lo correspondiente.

Décimo quinto. Con el propósito de garantizar la protección de la salud del público usuario y del personal del CONAPRED, así como disminuir y evitar los riesgos de contagio de COVID-19, se adoptará el siguiente:

Plan para la continuidad gradual y por etapas de las actividades en el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación

Capítulo I

Disposiciones generales

Artículo 1. El presente Plan tienen por objeto:

1. Garantizar la salud y seguridad sanitaria de las personas que colaboran en el CONAPRED así como de toda persona que ingrese a sus instalaciones;
2. Establecer las reglas para la reanudación de las actividades presenciales de conformidad con las etapas señaladas en el artículo cuarto del Acuerdo, y
3. Promover un ambiente laboral sano y respetuoso, que cuente con las medidas necesarias para evitar la transmisión del virus SARS-CoV2, minimizar el riesgo de contagio en los entornos comunes, y poner en marcha acciones de prevención y control.

Artículo 2. La observancia del presente Plan es obligatoria para todas las personas que colaboran en el CONAPRED, así como para el público en general que asiste a sus instalaciones, de manera permanente, y hasta que exista otra indicación de la autoridad sanitaria competente.

Artículo 3. El presente Plan se fundamenta en los principios previstos en el artículo segundo del Acuerdo.

Capítulo II

Medidas de promoción de la salud

Artículo 4. El CONAPRED, a través de la DPAF, proporcionará a todas las personas que colaboran en sus instalaciones y al público usuario que asista, la información necesaria para prevenir y controlar la propagación del virus SARS-CoV2 y la enfermedad COVID-19 que genera, incluyendo información general, los mecanismos de contagio, síntomas que ocasiona y las mejores maneras de prevenir la enfermedad, entre otros:

1. Lavarse las manos con agua y jabón frecuentemente, o bien, usar soluciones a base de alcohol gel al 70%;
2. Practicar la etiqueta respiratoria, cubriéndose la nariz y boca al toser o estornudar con un pañuelo desechable, o bien, con el ángulo interno del brazo. Después de utilizar el pañuelo desechable meterlo en una bolsa de plástico, anudarla y tirarla a la basura y, posteriormente, lavarse las manos;
3. No escupir, si es necesario hacerlo se recomienda utilizar un pañuelo desechable y, después de su uso, meterlo en una bolsa de plástico, anudarla y tirarla a la basura y, posteriormente, debe lavarse las manos;
4. Evitar tocarse la cara con las manos sucias, sobre todo nariz, boca y ojos;
5. Limpiar y desinfectar continuamente superficies y objetos de uso común en el domicilio, oficinas, transporte, centros de reunión, sitios cerrados, entre otros, y
6. Mantener una sana distancia entre las personas, de por lo menos 1.5 metros.

Artículo 5. Para efectos de lo previsto en el artículo anterior, se diseñará una campaña informativa dirigida a todas las personas que colaboran en las instalaciones del CONAPRED, así como al público usuario que acude para la prestación de un servicio, acerca de las medidas a implementar al interior del Consejo para prevenir y disminuir el riesgo de contagio de COVID-19.

En particular, se fomentará la corresponsabilidad para que todas las personas que presenten síntomas o signos de enfermedad respiratoria, de COVID-19, o que han tenido contacto en los últimos quince días con personas con sospecha o diagnóstico de la enfermedad, no acudan a las instalaciones del CONAPRED y permanezcan en aislamiento voluntario.

En lugares visibles de las instalaciones del Consejo se pegarán carteles que contengan información acerca de las medidas de prevención de contagio del COVID-19.

Capítulo III

Medidas de higiene, limpieza y desinfección

Artículo 6. El CONAPRED, a través de la DPAF, implementará las siguientes medidas de higiene, limpieza y desinfección en el edificio que ocupa su única sede, con la finalidad de disminuir o evitar el riesgo de contagio del virus SARS-CoV2, de conformidad con lo siguiente:

1. La puerta de acceso principal del edificio (escalera y plataforma para personas con discapacidad) será el único punto de acceso peatonal al inmueble. Por su parte, la salida se realizará preferentemente a través de la rampa del estacionamiento de planta baja, ubicado del lado izquierdo de la puerta de acceso principal. Lo anterior, con el propósito de dividir las rutas de entrada y salida de las instalaciones;
2. Se señalizarán con marcas en el piso, paredes y mobiliario:
 - a) Las rutas de ingreso y salida del edificio;
 - b) Las zonas de espera al exterior para ingresar al edificio y evitar la saturación de personas en la planta baja, y
 - c) Las áreas comunes y de atención al público como el filtro sanitario, recepción, oficialía de partes, unidad de transparencia, zona de elevadores y escaleras, baños y salas de juntas, manteniendo una distancia mínima entre personas de 1.5 metros.
3. Para ingresar al edificio toda persona será sometida a revisión en el filtro sanitario siguiendo las medidas detalladas en el presente Plan;
4. Se colocarán tapetes desinfectantes en la entrada del edificio con concentraciones de hipoclorito de sodio de al menos 0.5%, los cuales serán revisados continuamente por el personal de limpieza en el CONAPRED para mantener su funcionamiento;
5. En las áreas ocupadas por el personal, las destinadas a la atención al público y de uso común, así como las superficies y objetos de contacto, como elevadores, baños, barandales, perillas o agarraderas de puertas, y áreas de descanso del personal de vigilancia, se realizarán actividades de limpieza y desinfección al inicio y al término de la jornada laboral, así como por lo menos otras cuatro veces al día, o bien, cada que culminen las actividades de atención a las personas visitantes;
6. Se garantizará la disponibilidad permanente de agua potable, jabón, papel higiénico, gel con base de alcohol al 70% y toallas desechables para el secado de manos;
7. Se proveerá de dispensadores con soluciones de gel a base de alcohol al 70% en distintos puntos del edificio;
8. Se destinarán depósitos suficientes de productos desechables y de uso personal en el edificio, los cuales serán limpiados de forma continua;
9. Para asegurar la sana distancia en las instalaciones, se realizará un reacomodo de la ubicación física de las personas que acudirán a trabajar de manera presencial, y
10. Las ventanas y puertas de salida a las escaleras de emergencia del edificio permanecerán abiertas durante la jornada laboral para favorecer la ventilación natural en espacios comunes o de mayor concentración de personas.

Artículo 7. Para el control de las personas proveedores y contratistas que acudan al Consejo, su acceso únicamente se realizará a través de cita aprobada con la DPAF, por lo que deberán enviar su petición al correo electrónico tfloresc@conapred.org.mx debiendo especificar:

1. Motivo de la visita;
2. Nombre de la persona con quién acudirán;
3. Fecha y duración prevista de la reunión, y
4. Indicar el instrumento jurídico por el cual se proveerá algún bien o se prestará algún servicio en las instalaciones.

Confirmada la visita, se notificará a través del correo electrónico mediante el cual se realizó la solicitud.

Artículo 8. Los sanitarios sólo podrán utilizarse por una persona a la vez. Por lo tanto, si se encuentra ocupado, se deberá esperar afuera manteniendo la sana distancia de 1.5 metros.

La DPAF garantizará que todos los sanitarios cuenten con las condiciones de limpieza adecuadas para la salud de las personas: agua, jabón y toallas de papel desechable, y señalará el correcto lavado de manos a través de carteles en cada sanitario.

Artículo 9. Para evitar la saturación de personas en la zona de elevadores y en las escaleras internas del edificio, se seguirán las siguientes reglas para su uso:

1. Las personas que presten sus servicios en los primeros 6 pisos del edificio harán uso de las escaleras internas y no podrán utilizar los elevadores, salvo que alguna condición particular lo justifique;
2. El personal que realice sus labores a partir del piso 7 en adelante hará uso de los elevadores, accediendo a ellos a partir del piso 2 para evitar concentraciones de personas en la planta baja del edificio;
3. El público que acuda a las instalaciones del Consejo para recibir algún servicio hará uso del elevador designado desde la planta baja del edificio, siguiendo las instrucciones del personal de vigilancia;
4. El uso de los elevadores no podrá exceder de dos personas con el uso obligatorio de cubrebocas, evitando tocar las paredes del elevador, y
5. La zona de espera para abordar el elevador deberá estar señalizada, garantizando la sana distancia de 1.5 metros entre las personas, así como la higiene de manos inmediatamente después de tocar los botones del elevador.

Capítulo IV

Medidas sanitarias al interior del edificio

Sección A. Filtro sanitario

Artículo 10. Se implementará un filtro sanitario al ingreso del edificio para la identificación de personas con enfermedades respiratorias, con la finalidad de prevenir y disminuir los riesgos de contagio del COVID-19 al interior del inmueble. El filtro tendrá las siguientes características:

1. Se ubicará en la planta baja a la entrada del edificio;
2. Será operado por personal sanitario (médico o de enfermería);
3. Deberá operar en el horario comprendido entre las 8:30 a las 15:00 horas de lunes a viernes, y
4. Funcionará acatando las medidas previstas en el presente Plan.

Artículo 11. El personal del filtro sanitario deberá contar con equipo de protección personal y los materiales siguientes:

1. Cubrebocas;
2. Careta;
3. Bata médica de manga larga;
4. Guantes no estériles y desechables;
5. Gel antibacterial a base alcohol al 70%;
6. Solución desinfectante de hipoclorito de sodio al 0.5%, y
7. Termómetros.

Artículo 12. Toda persona, sin excepción alguna, deberá pasar por el filtro sanitario previo a su ingreso al edificio, el cual funcionará de la siguiente manera:

1. Las personas deberán esperar turno para su revisión en las zonas marcadas con una distancia mínima de 1.5 metros de separación;
2. Se dará prioridad de revisión a las personas con discapacidad, personas mayores, mujeres embarazadas o personas acompañadas por niñas o niños de hasta 12 años;
3. Se revisará la temperatura corporal como una vía de detección de la enfermedad de COVID-19, y

4. Se hará un breve interrogatorio verbal de antecedentes de exposición al COVID-19, así como signos y síntomas de conformidad con lo siguiente:

En los 15 días previos:

Sí No

- ¿Ha tenido contacto o cercanía física con alguna persona con diagnóstico o sospecha de COVID-19?

En la última semana ha presentado:

- Fiebre mayor a 37.5 grados
- Dolor de garganta
- Dolor de cabeza o dolor corporal
- Tos
- Dificultad para respirar/respiración agitada

Artículo 13. El personal que colabora en el CONAPRED y acceda a sus instalaciones en automóvil, deberá regresar al exterior del edificio para pasar por el filtro sanitario y poder ingresar al inmueble. Su recorrido hacia el exterior se hará por las rampas de acceso que se indiquen.

Artículo 14. Si en la revisión del filtro sanitario se detecta que la persona tiene fiebre corporal mayor a 37.5°C, síntomas o signos de enfermedad respiratoria, síntomas relacionados con el COVID-19, o resulta haber tenido contacto con un caso diagnosticado de COVID-19 o con sospecha de tenerlo, se aplicarán las disposiciones previstas en la Sección B del presente Capítulo.

Artículo 15. Si de la revisión derivada del filtro sanitario se desprende que la persona puede acceder al edificio, el personal sanitario le proporcionará lo siguiente:

1. Dosis individual de gel antibacterial a base alcohol al 70%, indicando la técnica adecuada de aplicación para la desinfección de manos;
2. En caso de requerirlo, cubrebocas y la información de la técnica adecuada para su uso, y
3. Un breve recordatorio de las medidas sanitarias recomendadas.

Tratándose del personal del Consejo, el CONAPRED proporcionará cubrebocas y caretas a aquellas personas que lo requieran mediante un sistema de control que garantice el uso racional de los recursos.

Artículo 16. En caso de que una persona no siga las medidas sanitarias necesarias para ingresar y permanecer en el Consejo, el personal de vigilancia que presta sus servicios en el CONAPRED podrá restringir su entrada, o bien, una vez en el interior, invitarlas a respetar las medidas o abandonar el inmueble en caso contrario.

Artículo 17. Una vez que se permita el acceso del público a las instalaciones, se le solicitará que con sana distancia muestre una identificación para que el personal de recepción registre su entrada a la institución y le otorgue un distintivo desechable.

Sección B. Detección y seguimiento de casos sospechosos y confirmados de COVID-19

Artículo 18. Si durante la revisión en el filtro sanitario o durante la estancia en las instalaciones se detecta que una persona presenta temperatura corporal mayor a los 37.5°C; tiene signos y síntomas de enfermedad respiratoria y/o aquellos relacionados con COVID-19, o ha estado en contacto con alguna persona sospechosa o diagnosticada con COVID-19 en los últimos quince días, se procederá de la siguiente manera:

1. Se le trasladará a un área de aislamiento que estará ubicada de forma contigua al filtro sanitario en la planta baja de las instalaciones y se le proporcionará un cubrebocas quirúrgico;

2. El personal médico que operará el filtro sanitario le aplicará un cuestionario más detallado para su valoración médica, le proporcionará información acerca de las medidas preventivas para el cuidado de su salud, y le indicará que puede llamar al Locatel al 55-5658-1111, al número nacional de emergencias 911, o en caso de vivir en la CDMX, enviar un mensaje SMS al 51515 con la palabra "COVID-19", para que reciba orientación médica o, atendiendo a su estado de salud, sea canalizada para recibir atención hospitalaria;
3. Tratándose de personal que colabora en el CONAPRED, se le solicitará que proporcione una lista con el nombre del personal de la institución con el que tuvo contacto en los últimos quince días naturales para su debido seguimiento, y
4. Se le pedirá que abandone las instalaciones del Consejo acatando las medidas de higiene y prevención que sean necesarias para el caso, y se traslade a su domicilio para resguardo voluntario o a un establecimiento de salud para su atención médica, procurando que dicho traslado sea lo menos riesgoso posible.

Asimismo, si se trata de una persona que colabora en el CONAPRED, el personal del filtro sanitario avisará de ese suceso a su superior jerárquico y al titular de la unidad administrativa a la que se encuentre adscrita.

Por su parte, si se trata de una persona usuaria de los servicios que presta el CONAPRED se le proporcionarán las alternativas para continuar con la atención de sus trámites vía remota.

Artículo 19. En el supuesto del artículo anterior, una vez que se desocupe el área de aislamiento, el personal del filtro sanitario solicitará que el personal de limpieza en el CONAPRED proceda a limpiar y desinfectar dicha área, así como todas aquellas superficies y entornos que ocupó y por los cuales transitó la persona sospechosa de tener COVID-19 para disminuir o eliminar el riesgo de contagio. Asimismo, el personal del filtro sanitario procederá a limpiar y desinfectar el equipo de protección personal que haya utilizado, así como todas las superficies y herramientas.

Artículo 20. Para dar seguimiento a los casos previstos en el artículo 18 del presente Plan se le solicitará a la persona en cuestión:

1. Tratándose del personal que colabora en el Consejo, informar al servicio médico del CONAPRED sobre su diagnóstico tan pronto como lo conozca, al teléfono 55-5262-1490, extensión 5911, o al correo electrónico consultorio1@conapred.org.mx, con la finalidad de adoptar las medidas sanitarias al interior del Consejo, especialmente con las personas con las cuales tuvo contacto, si resulta positivo a COVID-19.

Además de informar sobre su diagnóstico al servicio médico de la institución, se le pedirá que informe a su superior inmediato y a la persona titular de la unidad administrativa a la que se encuentre adscrita, y

2. Se le solicitará que no acuda a las instalaciones del CONAPRED, siga las recomendaciones de las autoridades sanitarias y permanezca en resguardo domiciliario voluntario por lo menos durante 15 días naturales posteriores a la desaparición de síntomas. El personal médico del Consejo dará seguimiento al caso mediante orientación telefónica en caso de ser requerido.

Artículo 21. Para evitar que los casos de sospecha se conviertan en un foco de contagio, el personal médico del CONAPRED deberá informar de manera inmediata a las personas con las que tuvo contacto aquella sospechosa de tener COVID-19, con la finalidad de que permanezcan en resguardo domiciliario durante quince días naturales o hasta que el Consejo reciba una confirmación de que la persona sospechosa no desarrolló la enfermedad.

El personal médico del CONAPRED informará de esta situación a las personas titulares de las unidades administrativas a las que se encuentran adscritas las personas que deban permanecer en resguardo domiciliario. Asimismo, atendiendo a la gravedad del caso, informará a la persona titular de la Presidencia del CONAPRED cuando a su juicio sea necesario suspender las actividades presenciales en algunas áreas de la institución, o bien, en todas sus instalaciones con la finalidad de evitar contagios al interior.

Artículo 22. En los casos en los que el personal que presta sus servicios de manera presencial en el CONAPRED sea diagnosticado con COVID-19 o sospeche tenerlo durante los días en que no le corresponda acudir a las instalaciones del Consejo, en función de las jornadas mixtas y alternadas de trabajo previstas en el Capítulo V del presente Plan, deberá informar ese hecho de manera inmediata:

1. Al personal médico de la institución a través del teléfono al 55-5262-1490, extensión 5911, o al correo electrónico consultorio1@conapred.org.mx;
2. A su superior jerárquico y a la persona titular de la unidad administrativa a la que se encuentra adscrita,
3. Y proporcionar lista de personas con las cuales tuvo contacto en el CONAPRED en los quince días previos a su diagnóstico o sospecha.

Lo anterior, con la finalidad de que se adopten las debidas medidas sanitarias al interior del Consejo para evitar o disminuir los riesgos de contagio de COVID-19.

Sección C. Equipo de protección personal

Artículo 23. A las personas que colaboran en el CONAPRED y lo requieran, se les proporcionará equipo de protección personal de conformidad con lo siguiente:

1. Personal de oficialía de partes y recepción: cubrebocas y careta.
2. Personal que tenga contacto con el público, al interior o exterior del Consejo: cubrebocas y careta.
3. Personal de servicios generales e informática: cubrebocas y careta.
4. Personal administrativo: cubrebocas y caretas.
5. Personal del servicio médico: cubrebocas, guantes no estériles y desechables, batas médicas de manga larga y caretas.

Cuando se deseche el equipo de protección personal en las instalaciones deberá ser depositado en botes de basura con tapa identificados específicamente para ese fin.

Sección D. Otras medidas

Artículo 24. Con el fin de evitar o disminuir el riesgo de contagio del COVID-19 el Consejo, a través de la DPAF, recomendará a las personas que colaboran en sus instalaciones:

1. Usar cubrebocas y protección ocular o facial durante sus traslados entre su domicilio y la institución, sobre todo, si ocupan el servicio de transporte público;
2. Evitar el uso de joyería, corbatas, barba y bigote debido a que son reservorios de virus y demás microorganismos;
3. Evitar compartir celulares, utensilios de cocina, equipos de protección personal, papelería, plumas, equipos de cómputo, ni ningún otro objeto personal, y
4. Tomar las precauciones debidas en el hogar y en su vida social, procurando el auto aislamiento prudente y temporal con la finalidad de que las medidas sanitarias implementadas al interior del CONAPRED para salvaguardar la vida, la salud y la integridad física y psicológica de su personal funcionen, y tengan los resultados esperados.

Artículo 25. El personal del área de recursos materiales que entregue vehículos utilitarios para el desempeño de las funciones del personal, deberá desinfectarlos antes y después de su uso.

Artículo 26. Ninguna persona del área de vigilancia, recepción u Oficialía de Partes estará obligada a proporcionar instrumentos de escritura por algún motivo a cualquier persona.

Capítulo V

Medidas para el regreso de las personas que colaboran en las instalaciones

Sección A. Disposiciones generales

Artículo 27. Siguiendo a las etapas establecidas en el Acuerdo, el regreso para la reincorporación de las personas que colaboran en las instalaciones del CONAPRED atenderá a los siguientes criterios:

1. El personal que se encuentre dentro de los grupos de mayor riesgo de complicaciones o muerte por COVID-19, por ejemplo, personas de 60 años o más, mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, personas con discapacidad, personas con obesidad, personas con diabetes mellitus e hipertensión arterial descontroladas, o con algún padecimiento o tratamiento farmacológico que les genere supresión del sistema inmunológico, se procurará que trabaje a distancia;

2. El personal que conviva en su domicilio con una persona que se encuentre en alguno de los supuestos previstos en la fracción anterior, se procurará que realice sus actividades con un esquema semipresencial a través del trabajo a distancia y un rol de guardias, y
3. El personal que tenga a su cargo hijas e hijos de hasta 12 años que se encuentren cursando la educación básica, se procurará que realicen sus actividades con un esquema semipresencial a través del trabajo a distancia y un rol de guardias, hasta en tanto la Secretaría de Educación Pública determine el reinicio de las actividades escolares.

Para allegarse de información útil para la aplicación de los criterios, se aplicará un censo entre las personas que colaboran en el Consejo.

Artículo 28. Las reuniones de trabajo se realizarán preferentemente por teléfono o videoconferencia y, presencialmente, hasta la etapa 3, pudiendo estar presentes un número máximo de personas que permita cuidar la sana distancia, observando las medidas sanitarias vigentes, y garantizando la limpieza y desinfección del lugar y el mobiliario antes y después de cada reunión.

Sección B. Asistencia y horario de labores

Artículo 29. Conforme a las etapas señaladas en el Acuerdo, la asistencia presencial y horario de labores del personal se regirá por los siguientes criterios:

1. Se establecerán esquemas mixtos de jornadas laborales para todo el personal, es decir, tanto presenciales como de trabajo a distancia;
2. La jornada presencial se caracterizará por tener:
 - a) Un esquema flexible de horarios con una duración máxima de 5 horas de trabajo en el edificio del Consejo, que se compensará con el trabajo que se realice a distancia;
 - b) Horarios de trabajo escalonados para evitar aglomeraciones en su trayecto domicilio-trabajo-domicilio, ya sea que se utilice transporte público o vehículo particular, y en el acceso al edificio en las horas de entrada y salida, y
 - c) Un sistema de trabajo alternado, toda vez que el personal acudirá dos o tres veces a la semana como máximo, dependiendo de las necesidades de las áreas.
3. Para garantizar el trabajo alternado del personal se realizarán dos grupos de trabajo con la finalidad de alternar los días de trabajo a la semana de conformidad con lo siguiente:

Grupo 1	Grupo 2
Lunes, martes y miércoles	Jueves y viernes

4. Los horarios de trabajo escalonados serán los siguientes:

Hora de entrada	Hora de salida
08:30	13:30
9:00	14:00
9:30	14:30
10:00	15:00

5. La jornada por grupos y horarios de trabajo podrá ser modificada por necesidades del servicio, de conformidad con las funciones de las unidades administrativas;
6. Durante la estancia del personal en el edificio deberá abstenerse de salir de las instalaciones, acudir a otro piso que no sea donde realiza sus actividades, salvo casos excepcionales o estrictamente necesarios;

7. Se exentará del registro de asistencia al personal a través del reloj checador con la finalidad de evitar el riesgo de contagio de COVID-19. Corresponde a las personas titulares de las unidades administrativas verificar la asistencia de su personal, para lo cual enviarán semanalmente a la DPAF un correo con la lista de personas que acudirá a laborar y las incidencias de asistencia que se presenten, y
8. En la medida de lo posible, se procurará que las instalaciones del CONAPRED se encuentren totalmente desocupadas a partir de las 15:00 horas.

Sección C. Oficialía de Partes

Artículo 30. La Oficialía de Partes operará de forma presencial conforme a las etapas definidas en el Acuerdo, dentro de un horario de las 10:00 a las 14:00 horas de lunes a viernes, siguiendo un rol de rotación del personal determinado por las personas titulares de la DGAQ, DPAF y la Dirección de Asuntos Jurídicos.

Artículo 31. Con la finalidad de salvaguardar la salud y seguridad tanto del público usuario como del personal de la Oficialía de Partes, se atenderán las siguientes medidas:

1. El personal deberá utilizar de manera obligatoria equipo de protección personal durante todo el tiempo que dure sus funciones;
2. Se colocará una marca en el piso frente a la ventanilla que asegure la sana distancia con el público usuario;
3. Se establecerán protecciones físicas que reduzcan la exposición a posibles expulsiones de partículas de saliva en el aire;
4. Toda documentación física que sea ingresada deberá ser:
 - a) Escaneada y capturada en el Sistema de Aplicaciones del CONAPRED (SIAC), para ser remitida a las personas titulares de cada unidad administrativa a la que va dirigida, así como a las personas designadas como enlaces, dando prioridad a los documentos que cuenten con un plazo o término legal perentorio, y
 - b) Resguardada como mínimo durante 7 días naturales antes de ser entregada a su destinatario.
5. Las personas titulares de las unidades administrativas serán administrativamente responsables del turno, atención y seguimiento de los documentos que reciban vía correo electrónico y se atiendan a través del SIAC.

Sección D. Orientación presencial

Artículo 32. La orientación presencial en la DGAQ se brindará conforme a las etapas definidas en el Acuerdo, dentro de un horario de las 10:00 a las 14:00 horas de lunes a viernes, conforme a un sistema de atención por turnos y un rol de rotación del personal determinado por el titular del área.

Artículo 33. Para la atención personal, se asignarán turnos de atención conforme al orden en que se presenten en el edificio, para ello, el área de recepción se comunicará telefónicamente con el área de orientación para que brinde información sobre el uso preferentemente de vías remotas, en caso de requerir la atención presencial, personal del área de orientación asignará un turno y se le solicitará a la persona peticionaria que espere en un área destinada para ello.

La orientación presencial se prestará en el horario establecido, con una duración máxima de una hora, si por alguna circunstancia al término de la jornada no se pudiera atender a la totalidad de personas con turno, se les pedirá que hagan uso de vías remotas o programen una cita.

Excepcionalmente, las personas peticionarias que lo requieran podrán solicitar por los medios señalados en el numeral 1 del artículo Noveno del Acuerdo la programación de una cita para que se les brinde orientación presencial en el Consejo, con al menos un día de anticipación y siguiendo las reglas establecidas en el presente Plan.

El personal del área de orientación prestará el servicio en un área física habilitada para ello, con el suficiente espacio y ventilación, con el equipo de seguridad establecido, así como con todas las medidas de sana distancia e higiene que sean necesarias. La disposición de espacios físicos aptos será determinada por la DPAF en función de la disponibilidad.

Al término de la atención, el personal de orientación dará vista al personal de limpieza para que realicen las labores de desinfección en el espacio utilizado, tanto en la sala de espera como en el área de atención, el cual no se podrá volver a ocupar sino hasta que concluyan las labores de higiene.

Sección E. Personal de limpieza

Artículo 34. El personal que presta servicios de limpieza en el CONAPRED se reducirá en su número conforme a las etapas y las necesidades de servicio que determine la DPAF.

Sección F. Personal de vigilancia y seguridad

Artículo 35. El personal que presta servicios de vigilancia y seguridad en las instalaciones del CONAPRED realizará turnos exclusivos de doce horas, comenzando su jornada a partir de las 7:00 horas.

Capítulo VI

Uso de tecnologías de la información y las comunicaciones

Artículo 36. El uso de tecnologías de la información y comunicación al interior del CONAPRED, ya sean equipos de cómputo, impresoras, scanners, teléfonos o cualquier otro aparato o herramienta relacionada, se regirá por las siguientes reglas establecidas por la DPAF:

1. Se dispondrán de los equipos que se encuentren físicamente en el edificio sede para todas las personas que reanuden labores según defina la persona titular de su área de adscripción;
2. Para estos efectos, se pondrá a disposición de cada unidad administrativa la cantidad suficiente de equipos para que sean utilizados por las personas que reanuden actividades;
3. La Subdirección de Informática será el área responsable de señalar la forma correcta de desinfección de los equipos;
4. El personal deberá lavarse las manos, previo y posterior al uso de los equipos; asimismo, realizará la misma acción al menos cada hora durante la jornada de trabajo;
5. Deberá existir un espacio físico suficiente entre los equipos que sean utilizados para garantizar la sana distancia;
6. La persona titular de cada unidad administrativa asignará diariamente los equipos a las personas que asistan durante esa jornada y deban utilizarlos;
7. Corresponde exclusivamente al personal de la Subdirección de Informática la disposición de los equipos, así como su reubicación en otras áreas del Consejo por causas debidamente justificadas;
8. Las personas que utilicen los equipos asignados deberán dejarlos en las mismas condiciones en que les sean prestados;
9. En caso de cualquier avería, daño o problemática relacionada con el uso de los equipos asignados, tanto la persona titular de la unidad administrativa como la persona usuaria, deberán informarlo de inmediato al correo electrónico: carzatel@conapred.org.mx para determinar lo correspondiente, y
10. Las personas que utilicen los equipos asignados serán responsables por cualquier daño o imperfecto físico o lógico generado por malos manejos o negligencia, realizados con dolo o de manera involuntaria, quedando bajo su resguardo provisional mientras permanezcan en el Consejo.

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Acuerdo entrará en vigor el día de su publicación en el Diario Oficial de la Federación, y estará vigente hasta que se declare terminada, por parte del Consejo de Salubridad General, la emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor derivada del virus SARS-CoV2 y/o salvo disposición oficial en contrario.

SEGUNDO. Durante la vigencia del presente Acuerdo queda sin efecto el Acuerdo mediante el cual se da a conocer el horario de atención al público en el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de junio de 2017.

Ciudad de México, a 22 de julio de 2020.- La Encargada del Despacho de la Presidencia del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, por suplencia legal, **Tania Ramírez Hernández**.- Rúbrica.

BANCO DE MEXICO

TIPO de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana.

Al margen un logotipo, que dice: Banco de México.- "2020, Año de Leona Vicario, Benemérita Madre de la Patria".

TIPO DE CAMBIO PARA SOLVENTAR OBLIGACIONES DENOMINADAS EN MONEDA EXTRANJERA PAGADERAS EN LA REPÚBLICA MEXICANA

El Banco de México, con fundamento en los artículos 8o. de la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos; 35 de la Ley del Banco de México, así como 8o. y 10 del Reglamento Interior del Banco de México, y según lo previsto en el Capítulo V del Título Tercero de su Circular 3/2012, informa que el tipo de cambio obtenido el día de hoy fue de \$22.2012 M.N. (veintidós pesos con dos mil doce diezmilésimos moneda nacional) por un dólar de los EE.UU.A.

La equivalencia del peso mexicano con otras monedas extranjeras se calculará atendiendo a la cotización que rija para estas últimas contra el dólar de los EE.UU.A., en los mercados internacionales el día en que se haga el pago. Estas cotizaciones serán dadas a conocer, a solicitud de los interesados, por las instituciones de crédito del país.

Atentamente,

Ciudad de México, a 31 de julio de 2020.- BANCO DE MÉXICO: El Gerente de Asuntos Jurídicos Internacionales y Especiales, **José Elías Romero Apis Hernández**.- Rúbrica.- El Director de Apoyo a las Operaciones, **Joaquín Rodrigo Cano Jauregui Segura Millan**.- Rúbrica.

TASAS de interés interbancarias de equilibrio.

Al margen un logotipo, que dice: Banco de México.- "2020, Año de Leona Vicario, Benemérita Madre de la Patria".

TASAS DE INTERÉS INTERBANCARIAS DE EQUILIBRIO

El Banco de México, con fundamento en los artículos 8o. y 10o. del Reglamento Interior del Banco de México y de conformidad con el procedimiento establecido en el Capítulo IV del Título Tercero de su Circular 3/2012, informa que las Tasas de Interés Interbancarias de Equilibrio en moneda nacional (TIIE) a plazos de 28 y 92 días obtenidas el día de hoy, fueron de 5.1925 y 5.1712 por ciento, respectivamente.

Las citadas Tasas de Interés se calcularon con base en las cotizaciones presentadas por las siguientes instituciones de banca múltiple: BBVA Bancomer S.A., Banco Santander S.A., Banco Nacional de México S.A., Banco Inbursa S.A., Banco Credit Suisse (México) S.A., Banco Azteca S.A. y Banco Mercantil del Norte S.A.

Ciudad de México, a 31 de julio de 2020.- BANCO DE MÉXICO: El Gerente de Asuntos Jurídicos Internacionales y Especiales, **José Elías Romero Apis Hernández**.- Rúbrica.- El Director de Apoyo a las Operaciones, **Joaquín Rodrigo Cano Jauregui Segura Millan**.- Rúbrica.

TASA de interés interbancaria de equilibrio de fondeo a un día hábil bancario.

Al margen un logotipo, que dice: Banco de México.- "2020, Año de Leona Vicario, Benemérita Madre de la Patria".

TASA DE INTERÉS INTERBANCARIA DE EQUILIBRIO DE FONDEO A UN DÍA HÁBIL BANCARIO

El Banco de México, con fundamento en los artículos 8o. y 10o. del Reglamento Interior del Banco de México y de conformidad con el procedimiento establecido en el Capítulo IV del Título Tercero de su Circular 3/2012, informa que la Tasa de Interés Interbancaria de Equilibrio (TIIE) de Fondeo a un día hábil bancario en moneda nacional determinada el día de hoy, fue de 5.02 por ciento.

Ciudad de México, a 30 de julio de 2020.- BANCO DE MÉXICO: El Gerente de Asuntos Jurídicos Internacionales y Especiales, **José Elías Romero Apis Hernández**.- Rúbrica.- El Director de Apoyo a las Operaciones, **Joaquín Rodrigo Cano Jauregui Segura Millan**.- Rúbrica.

INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL

ACUERDO General del Órgano Interno de Control del Instituto Nacional Electoral por el que se establecen las medidas para la reanudación de actividades presenciales de esta instancia de fiscalización; se levantan las suspensiones de los plazos legales y normativos en los procedimientos a su cargo, establecidas con motivo de la emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor de la epidemia de enfermedad generada por el coronavirus SARS-CoV2 (COVID-19); se declaran como inhábiles para el cómputo de los plazos, los días que se indican; y se autoriza el uso de medios y firma electrónicos en los actos y procedimientos del órgano fiscalizador en los términos que se precisan.

Al margen un logotipo, que dice: Instituto Nacional Electoral.- Órgano Interno de Control.

ACUERDO GENERAL OIC-INE/08/2020

ACUERDO GENERAL DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL DEL INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL POR EL QUE SE ESTABLECEN LAS MEDIDAS PARA LA REANUDACIÓN DE ACTIVIDADES PRESENCIALES DE ESTA INSTANCIA DE FISCALIZACIÓN; SE LEVANTAN LAS SUSENSIONES DE LOS PLAZOS LEGALES Y NORMATIVOS EN LOS PROCEDIMIENTOS A SU CARGO, ESTABLECIDAS CON MOTIVO DE LA EMERGENCIA SANITARIA POR CAUSA DE FUERZA MAYOR DE LA EPIDEMIA DE ENFERMEDAD GENERADA POR EL CORONAVIRUS SARS-CoV2 (COVID-19); SE DECLARAN COMO INHÁBILES PARA EL CÓMPUTO DE LOS PLAZOS, LOS DÍAS QUE SE INDICAN; Y SE AUTORIZA EL USO DE MEDIOS Y FIRMA ELECTRÓNICOS EN LOS ACTOS Y PROCEDIMIENTOS DEL ÓRGANO FISCALIZADOR EN LOS TÉRMINOS QUE SE PRECISAN.

CONSIDERANDO

XXXIII.- REANUDACIÓN DE ACTIVIDADES PRESENCIALES.

En tales consideraciones, si bien desde el 17 de marzo de 2020 el OIC ha ejercido gran parte de su función fiscalizadora desde el resguardo domiciliario de sus integrantes y de los servidores electorales fiscalizados, existen actos y actividades que este OIC se ha visto imposibilitado de realizar, ya que conforme a las leyes y normas que rigen su actuación, sólo pueden efectuarse presencialmente, en especial las relacionadas con audiencias, diligencias probatorias y notificaciones personales en los procedimientos de carácter contencioso, como lo son los procedimientos de substanciación de responsabilidades administrativas, los procedimientos de inconformidades en materia de contrataciones, los procedimientos de sanción a proveedores, entre otros; siendo que las partes en dichos procedimientos están interesados en obtener una determinación por parte del OIC, lo cual es un reclamo legítimo; razón por la cual se hace necesario equilibrar el derecho a la salud de los servidores públicos del OIC con el derecho de acceso a la justicia de las partes en los procedimientos a cargo del OIC, reanudando las actividades presenciales del OIC en forma paulatina y gradual, garantizando una prestación esencial del servicio, sin perder de vista que la contingencia sanitaria requiere preservar la salud del personal y de los usuarios que acuden a esta instancia de control, para lo cual deberán observarse las disposiciones que al efecto han dictado las autoridades sanitarias competentes.

En este tenor, es indudable que **las disposiciones que dicten las autoridades sanitarias durante la emergencia sanitaria** por causa de fuerza mayor, por la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-Cov2 (COVID-19), **son de aplicación y cumplimiento general, inclusive para los organismos constitucionales autónomos**, como lo es el Instituto Nacional Electoral y, desde luego, para su Órgano Interno de Control, por provenir sus facultades directamente de la Constitución Federal, en cuyo artículo 73, fracción XVI, establece que el Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país, así como que en caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, la Secretaría de Salud tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República; recalcando que la autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país. En tanto que la Ley General de Salud dispone en su artículo 4, fracciones II, III y IV, que son autoridades sanitarias el Consejo de Salubridad General, la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas.

En virtud de ser la Ciudad de México la entidad federativa en donde tiene su sede el Órgano Interno de Control del Instituto Nacional Electoral, específicamente en la Alcaldía Álvaro Obregón, el OIC se encuentra obligado a dar cumplimiento a las disposiciones que emitan la Secretaría de Salud y el Gobierno de la Ciudad de México, para reanudar las actividades económicas, laborales, sociales, educativas, culturales, de transporte y gubernamentales en la Ciudad de México con motivo de la pandemia; en específico, el INE y su OIC deben atender, en lo que sea aplicable, lo señalado en la normatividad siguiente:

1.- Acuerdo del Secretario de Salud por el que se establece una **estrategia para la reapertura de las actividades sociales, educativas y económicas**, así como un sistema de semáforo por regiones para evaluar semanalmente el riesgo epidemiológico relacionado con la reapertura de actividades en cada entidad federativa, así mismo se establecen acciones extraordinarias, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de mayo de 2020 y descrito en el considerando XXIII de este acuerdo.

2.- Acuerdo mediante el cual la Secretaría de Salud establece los **Lineamientos Técnicos Específicos para la Reapertura de las Actividades Económicas**, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de mayo de 2020 y descrito en el considerando XXVIII de este acuerdo.

3.- Acuerdo de la Jefa de Gobierno por el que se establecieron los **Lineamientos para la ejecución del Plan Gradual hacia la Nueva Normalidad en la Ciudad de México** y se crea el Comité de Monitoreo, publicado en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México el 29 de mayo de 2020 y descrito en el considerando XXIX de este acuerdo.

De tales normas se observa la aplicación de un semáforo epidemiológico conforme al cual se pondrá en marcha la Nueva Normalidad de manera paulatina y progresiva y los colores de dicho semáforo serán hechos del conocimiento del público los viernes de cada semana con efectos a partir del lunes próximo siguiente. En consecuencia, este Órgano Interno de Control debe atender en forma puntual el comportamiento del semáforo a fin de resguardar en todo momento la seguridad de las personas servidoras públicas que lo integran.

Apreciándose que en el semáforo diseñado por la autoridad sanitaria federal durante la etapa identificada con color NARANJA, se permite las actividades laborales consideradas esenciales y las actividades no esenciales con una operación reducida; en tanto que la autoridad sanitaria de la Ciudad de México permite durante el color NARANJA, por lo que hace al sector gobierno, las actividades de atención con previa cita en ventanilla de trámites vinculadas a actividades económicas en operación (esto es, actividades esenciales); de tal forma que de acuerdo a la autoridad sanitaria federal podría retornarse a actividades presenciales con operación reducida y, en cambio, para la autoridad sanitaria local sólo se permite para la atención en ventanilla de trámites vinculados a actividades esenciales, no encontrándose las funciones del OIC dentro de las actividades esenciales, según se explicó en el acuerdo general OIC-INE/04/2020 descrito en el considerando XX de este acuerdo.

En tal circunstancia, ante la disyuntiva presentada por las autoridades sanitarias para poder reanudar actividades presenciales durante la etapa de color NARANJA del semáforo epidemiológico, este OIC opta por la posibilidad que garantiza con mayor amplitud la salud de su personal y de sus usuarios, es decir evitar el retorno a las instalaciones del OIC cuando el semáforo establecido por el Gobierno de la Ciudad de México se encuentre en color NARANJA.

De tal forma, se considera pertinente y adecuado que el personal del OIC **retorne a sus actividades presenciales** en forma paulatina y gradual cuando el **semáforo epidemiológico del Gobierno de la Ciudad de México** se encuentre en color **AMARILLO o VERDE**, dado que en esos casos se permite el regreso de oficinas de gobierno y la nueva normalidad, respectivamente.

Para tal efecto, la reanudación de actividades deberá ser en total apego a las recomendaciones de la Secretaría de Salud y del Gobierno de la Ciudad de México, previstas en los Lineamientos Técnicos Específicos para la Reapertura de las Actividades Económicas y los Lineamientos para la ejecución del Plan Gradual hacia la Nueva Normalidad en la Ciudad de México, ambos publicados el 29 de mayo de 2020 en el Diario Oficial de la Federación y en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México, respectivamente; restringiendo al mínimo la aglomeración de personas, ratificando la política de sana distancia y de reducción de la movilidad, continuando con el resguardo domiciliario y la utilización de tecnologías de información y de comunicaciones con el personal que no sea necesaria su presencia en las oficinas; de tal modo que el regreso a las actividades presenciales deberá ser en forma gradual, paulatina y escalonada, atendiendo a las necesidades y atribuciones de cada unidad o dirección de área que integran esta autoridad fiscalizadora.

Por tal motivo, **el OIC adopta** la aplicación del **Protocolo para el regreso a “la nueva normalidad” en el Instituto Nacional Electoral**, aprobado por la Junta General Ejecutiva en su acuerdo INE/JGE69/2020 del 24 de junio de 2020, al cumplir los parámetros de los lineamientos referidos de las autoridades sanitarias federal y local.

Por lo que hace a la estrategia y la metodología para el levantamiento de la suspensión de plazos relacionados con actividades administrativas, así como para el regreso paulatino a las actividades presenciales por parte del personal, aprobadas por la Junta General Ejecutiva del Instituto mediante el mismo acuerdo INE/JGE69/2020; se observa que dichas estrategia y metodología, que contemplan la existencia y funcionamiento de un grupo estratégico INE-C19, se encuentran diseñadas para coordinar las acciones para

el regreso ordenado a las actividades presenciales del personal de las Direcciones Ejecutivas, Unidades Técnicas y Órganos Desconcentrados del Instituto, en todo el territorio nacional, cuyas condiciones son distintas a las del OIC cuyo personal e instalaciones se concentran en la Ciudad de México, causa por la que, en ejercicio de su autonomía técnica y de gestión, el OIC considera no ser necesaria ni procedente su aplicación en el ámbito de funciones y facultades de esta instancia de fiscalización; sin perjuicio que, en caso de ser necesario, el OIC, a través de su Unidad de Asuntos Jurídicos, establezca la coordinación y colaboración que corresponda con el citado grupo INE-C19.

LEVANTAMIENTO DE LA SUSPENSIÓN DE PLAZOS Y TÉRMINOS.

Por otro lado, dado que las etapas identificadas con los colores AMARILLO y VERDE del semáforo epidemiológico del Gobierno de la Ciudad de México, en su carácter de autoridad sanitaria, permiten el regreso de oficinas de gobierno y la nueva normalidad, se surte el supuesto señalado en el acuerdo general OIC-INE/04/2020 en el sentido de concluir la suspensión de los plazos y términos legales y normativos de los procedimientos a cargo del OIC cuando “la autoridad sanitaria determine la reanudación de actividades no esenciales del sector público”, siendo procedente fijar una fecha cierta del levantamiento o conclusión de las distintas suspensiones de plazos y términos de los procedimientos competencia de este OIC, ordenadas a través de los acuerdos OIC-INE/02/2020, OIC-INE/04/2020 y OIC-INE/06/2020.

Para ello, es pertinente observar el comportamiento del semáforo epidemiológico del Gobierno de la Ciudad de México desde su establecimiento, encontrando que en el periodo del 8 de junio al 24 de julio ha mostrado lo siguiente:

Fecha	Porcentaje de Ocupación Hospitalaria	Hospitalizados	Semáforo
08 de junio de 2020 ⁴	68%	4445	Rojo
15 de junio de 2020 ⁵	66%	4303	Rojo
22 de junio de 2020 ⁶	62%	4077	Rojo
29 de junio de 2020 ⁷	57%	3766	Naranja
6 de julio de 2020 ⁸	54%	3582	Naranja
13 de julio de 2020 ⁹	49%	3422	Naranja
17 de julio de 2020 ¹⁰	49%	3377	Naranja
24 de julio de 2020 ¹¹	49%	3438	Naranja

⁴ Gaceta oficial de la Ciudad de México del 05 de junio de 2020.-

https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/portal_old/uploads/gacetas/54b4d1d50a6c310fabcdccf80666a398.pdf

⁵ Gaceta oficial de la Ciudad de México del 12 de junio de 2020.-

https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/portal_old/uploads/gacetas/8d9dac95dd31b7fc9b2bd04dc8ce9eb5.pdf

⁶ Gaceta oficial de la Ciudad de México del 19 de junio de 2020.-

https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/portal_old/uploads/gacetas/d16825f95d253f92837dbb7adbe1fe1a.pdf

⁷ Gaceta oficial de la Ciudad de México del 26 de junio de 2020.-

https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/portal_old/uploads/gacetas/18c869325129e45aebab11d8a694049f.pdf

⁸ Gaceta oficial de la Ciudad de México del 03 de julio de 2020.-

https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/portal_old/uploads/gacetas/69c851e9b5f15c6e998b6ebcd2837ad0.pdf

⁹ Gaceta oficial de la Ciudad de México del 10 de julio de 2020.-

https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/portal_old/uploads/gacetas/4a1db07fba7cbe510ab36235cf399c0b.pdf

¹⁰ Gaceta oficial de la Ciudad de México del 17 de julio de 2020.-

https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/portal_old/uploads/gacetas/607993308d02d6f1f4f27ccc8e57426a.pdf

¹¹ Gaceta oficial de la Ciudad de México del 24 de julio de 2020.-

En la página electrónica de la Gaceta Oficial de la Ciudad de México todavía no se publica el aviso para por el que se da a conocer el color del Semáforo Epidemiológico en la Ciudad de México, así como las medidas de protección a la salud que deberán observarse, derivado de que el Comité de Monitoreo de la Ciudad de México estableció que durante el periodo del 27 de julio al 2 de agosto del año en curso, solamente se encuentra publicada la Gaceta en la parte relativa

Por lo que, considerando el hecho que, de conformidad con el semáforo epidemiológico del Gobierno de la Ciudad de México, desde el 29 de junio de 2020 se encuentra en **color naranja** y al día de emisión de este acuerdo dicho mecanismo de control se mantiene con tendencia moderada a la baja en ocupación hospitalaria y de hospitalizados por más de 4 semanas, siendo previsible que en próximas semanas se determine un eventual cambio a color AMARILLO, es evidente que establecer una fecha cercana para el levantamiento de la suspensión de plazos se encuentra totalmente justificado.

Sobre el particular, resulta relevante destacar que en el propio Acuerdo de la Jefa de Gobierno por el que se establecieron los Lineamientos para la ejecución del Plan Gradual hacia la Nueva Normalidad en la Ciudad de México y se crea el Comité de Monitoreo, publicado en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México el 29 de mayo de 2020, se ordena que el regreso de los trabajadores del Gobierno de la Ciudad de México a las oficinas públicas será el 10 de agosto de 2020; por lo que si la autoridad sanitaria local establece esa fecha para el retorno de sus trabajadores a las oficinas es probable que la autoridad sanitaria estime en esa fecha existirá mayor margen de movilidad en la Ciudad de México; razón por la que es pertinente adoptar dicha fecha para el efecto de levantar la citada suspensión de plazos y, en su caso, reanudar las actividades presenciales en forma gradual, paulatina y ordenada del personal del OIC.

En consecuencia, este Órgano Interno de Control determina el **levantamiento de la suspensión de plazos** que legal, reglamentaria y estatutariamente deben observarse en los procedimientos y actos realizados por y ante esta autoridad fiscalizadora, **con efectos a partir del 10 de agosto de 2020**, incluyendo el cumplimiento de requerimientos y aclaraciones que requieran actividad presencial de personal de las áreas fiscalizadas, presentación de promociones, realización de actuaciones, audiencias y trámites, dictado o notificación de resoluciones de cualquier tipo, en los procedimientos o recursos administrativos que sean competencia de este Órgano Interno de Control; suspensiones ordenadas en los acuerdos generales OIC-INE/02/2020 y OIC-INE/04/2020 y OIC-INE/06/2020.

DECLARACIÓN DE DÍAS INHÁBILES.

No obstante al existir una tendencia moderada a la baja en el número de hospitalizados y de la capacidad hospitalaria de la Ciudad de México, no puede pasar desapercibido que la pandemia tiene un carácter dinámico, lo que ha orillado a las autoridades sanitarias a prevenir a la población sobre rebrotes o agravamiento del riesgo epidemiológico; lo que se concreta en la posibilidad que el semáforo epidemiológico pueda retornar al color rojo o al color naranja una vez que ya se hubieren logrado los colores amarillo o verde, o incluso que eventualmente en la fecha a partir de la cual se levanta la suspensión de plazos se continúe en color naranja o rojo.

Por lo anterior, se requiere tomar previsiones que permitan un **esquema flexible** en el cómputo de los plazos y términos aplicables **a las actividades presenciales** que deriven de los actos o procedimientos competencia del OIC, a partir del levantamiento de la suspensión de plazos, según se comporte el semáforo epidemiológico.

En tal virtud, **se declaran como días inhábiles, exclusivamente** para el efecto de las **actividades presenciales** que requieran realizar el personal del OIC, las partes o las áreas fiscalizadas, derivadas de los actos o procedimientos a cargo del Órgano Interno de Control, aquellos días que conforme al semáforo epidemiológico dado a conocer por el Gobierno de la Ciudad de México a partir del 10 de agosto de 2020, se les catalogue de **color rojo o naranja**, días en los que no correrán ni se computarán plazos o términos, se repite, exclusivamente por lo que hace a las actividades presenciales, dentro de las que se mencionan de manera ejemplificativa: el cumplimiento de requerimientos o aclaraciones que signifiquen actividad presencial del personal de las áreas fiscalizadas en sus oficinas o del OIC; presentación física de promociones o documentos; realización de actuaciones, audiencias y trámites en los que sea necesaria la presencia de los interesados; notificación personal de resoluciones o acuerdos; o similares. En tratándose de las áreas fiscalizadas que se encuentren fuera de la Ciudad de México, se considerarán como inhábiles los días que conforme al semáforo epidemiológico dado a conocer por el Gobierno de la entidad federativa correspondiente a partir del 10 de agosto de 2020, se les catalogue de color rojo o naranja, o siendo distintos los colores o nomenclatura, signifiquen restricción parcial o total en las actividades presenciales del área fiscalizada.

En la inteligencia que respecto a las actividades no presenciales seguirán contando esos días como hábiles para todos los efectos legales, incluso en los procedimientos de carácter contencioso.

En los días declarados inhábiles conforme a este apartado, deberá restringirse al máximo posible las actividades presenciales de los servidores públicos del OIC.

USO DE FIRMA Y MEDIOS ELECTRÓNICOS.

En atención a las recomendaciones de las autoridades sanitarias, deberá continuarse privilegiando el uso de tecnologías de información y comunicación en las actividades y funciones del OIC; razón por la cual en cualquier acto o procedimiento relacionado con el ejercicio de las funciones, atribuciones o facultades de las autoridades del OIC, se podrá requerir información, solicitar aclaraciones, realizar actuaciones, practicar notificaciones o efectuar diligencias, por medios electrónicos, incluyendo el uso de la firma electrónica expedida por una autoridad certificadora, siempre y cuando se glose en el expediente la constancia de su realización en tales términos; los servidores públicos, autoridades, partes o particulares requeridos o notificados podrán dar cumplimiento al requerimiento o presentar escritos o promociones a través del mismo medio, cuando la información solicitada se encuentre almacenada en bases de datos o pueda generarse y/o transmitirse en medios electrónicos. En el caso de los procedimientos de auditorías podrán emitirse órdenes, así como levantarse actas de inicio y de confrontas, siempre y cuando se haga uso de firma electrónica de los participantes, y, en su caso, mediante reuniones virtuales con el uso de herramientas tecnológicas. En el caso de los procedimientos de carácter contencioso, sólo podrá hacerse uso de medios electrónicos o de la firma electrónica con los particulares o los presuntos responsables, cuando de la interpretación de la ley o norma lo permita o exista constancia previa en el expediente de que el particular o presunto responsable otorgó su consentimiento para ello o para que pueda considerarse como notificación personal para todos los efectos legales aquélla realizada por medios electrónicos.

Por lo expuesto, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 41, base V, apartado A, párrafos segundo y octavo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 478, numeral 1, 487, numeral 1, 490, numeral 1, inciso v), de la Ley General de Instituciones y Procedimientos Electorales; 82 numeral 1, incisos xx) y nnn), del Reglamento Interior del Instituto Nacional Electoral y el artículo 6, inciso f), del Estatuto Orgánico que Regula la Autonomía Técnica y de Gestión Constitucional del Órgano Interno de Control del Instituto Nacional Electoral, se emite el siguiente:

ACUERDO

PRIMERO.- Se ordena la reanudación de actividades presenciales del Órgano Interno de Control del Instituto Nacional Electoral, a partir del 10 de agosto de 2020; conforme a las medidas señaladas en el primer apartado del considerando XXXIII de este acuerdo.

SEGUNDO.- Se adopta la aplicación en el OIC del *Protocolo para el regreso a "la nueva normalidad" en el Instituto Nacional Electoral*, aprobado por la Junta General Ejecutiva del Instituto Nacional Electoral mediante acuerdo INE/JGE69/2020.

TERCERO.- En caso necesario, la Titular de la Unidad de Asuntos Jurídicos establecerá la coordinación y colaboración que corresponda con el Grupo Estratégico INE-C19, en términos de la primera parte del considerando XXXIII de este acuerdo.

CUARTO.- Se determina el levantamiento de la suspensión de la totalidad de los plazos legales y normativos en los procedimientos a cargo de esta instancia de fiscalización, que se encontraban suspendidos por los acuerdos generales OIC-INE/02/2020, OIC-INE/04/2020 y OIC-INE/06/2020, con efectos a partir del 10 de agosto de 2020, conforme al segundo apartado del considerando XXXIII de este acuerdo.

QUINTO.- Se declaran como días inhábiles, exclusivamente para el efecto de las *actividades presenciales* que requieran realizar el personal del OIC, las partes o las áreas fiscalizadas, derivadas de los actos o procedimientos a cargo del Órgano Interno de Control, aquellos días a partir del 10 de agosto de 2020 que conforme al semáforo epidemiológico dado a conocer por el Gobierno de la Ciudad de México, se les catalogue de color rojo o naranja; en tratándose de las áreas fiscalizadas que se encuentren fuera de la Ciudad de México, se considerarán como inhábiles los días a partir del 10 de agosto de 2020 que conforme al semáforo epidemiológico dado a conocer por el Gobierno de la entidad federativa correspondiente, se les catalogue de color rojo o naranja, o siendo distintos los colores o nomenclatura, signifiquen restricción parcial o total en las actividades presenciales del área fiscalizada; en términos del tercer apartado del considerando XXXIII de este acuerdo.

SEXTO.- Se instruye continuar privilegiando el uso de tecnologías de información y comunicación en las actividades y funciones del OIC; razón por la cual en cualquier acto o procedimiento relacionado con el ejercicio de las funciones, atribuciones o facultades de las autoridades del OIC, se podrá requerir información, solicitar aclaraciones, realizar actuaciones, practicar notificaciones o efectuar diligencias, por medios

electrónicos, incluyendo el uso de la firma electrónica expedida por una autoridad certificadora; de acuerdo al alcance y limitaciones descritas en el cuarto apartado del considerando XXXIII de este acuerdo.

SÉPTIMO.- Se ordena a la Coordinación Técnica y de Gestión gestione y tramite a la brevedad posible, las adecuaciones presupuestarias que correspondan a efecto de contar con oportunidad con los implementos necesarios previstos en el protocolo adoptado en el resolutivo segundo de este acuerdo y en los lineamientos expedidos por las autoridades sanitarias.

OCTAVO.- Con fundamento en los artículos 2 y 3, fracción VII, de la Ley del Diario Oficial de la Federación y Gacetas Gubernamentales, solicítase al Diario Oficial de la Federación, la publicación del considerando XXXIII y de los puntos resolutivos de este acuerdo, así como de las ligas electrónicas que correspondan relacionadas con la Gaceta Electoral del Instituto Nacional Electoral y del propio Diario Oficial de la Federación donde se presente este acuerdo íntegro.

NOVENO.- Con fundamento en el artículo 3, numeral 1, inciso g) del Reglamento de Sesiones del Consejo General del Instituto Nacional Electoral, publíquese este acuerdo en la Gaceta Electoral del Instituto Nacional Electoral; en la página de internet del Instituto Nacional Electoral; en la página de intranet, en la sección relativa a este órgano; y en los estrados del mismo Órgano Interno de Control.

DÉCIMO.- Conforme a lo dispuesto por el artículo 82, inciso xx), del Reglamento Interior del Instituto Nacional Electoral, infórmese la expedición del presente acuerdo al Consejo General, por conducto de su Consejero Presidente; y comuníquese al Secretario Ejecutivo, para los efectos legales y administrativos a que haya lugar.

DÉCIMO PRIMERO.- El presente acuerdo se considera de interés general y entrará en vigor el día de su emisión.

Ciudad de México, a 24 de julio del 2020.- El Titular del Órgano Interno de Control del Instituto Nacional Electoral, **Jesús George Zamora**.- Firmado electrónicamente.

En cumplimiento al resolutivo OCTAVO de dicho acuerdo se publican los puntos resolutivos del Acuerdo General OIC-INE/08/2020 en el Diario Oficial de la Federación y las ligas donde puede ser consultado en su integridad el acuerdo, en la Gaceta Electoral del Instituto Nacional Electoral localizable en la página electrónica <https://www.ine.mx/gaceta-electoral-no-35/> Órgano Interno de Control del Instituto Nacional Electoral OIC-INE/08/2020 o directamente en la dirección electrónica siguiente: <https://www.ine.mx/wp-content/uploads/2020/07/Acuerdo-8-2020-Reanudaci%C3%B3n-Actividades-OIC.pdf>, asimismo, se encuentra localizable en la siguiente liga electrónica www.dof.gob.mx/2020/INE/ACUERDO_OIC-INE082020.pdf

(R.- 496949)

INDICE
PODER EJECUTIVO

SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA

Acuerdo número 14/07/20 por el que se reforma el diverso número 12/06/20 por el que se establecen diversas disposiciones para evaluar el ciclo escolar 2019-2020 y cumplir con los planes y programas de Estudio de Educación Básica (preescolar, primaria y secundaria), Normal y demás para la formación de maestros de Educación Básica aplicables a toda la República, al igual que aquellos planes y programas de estudio del tipo Medio Superior que la Secretaría de Educación Pública haya emitido, en beneficio de los educandos.

SECRETARIA DE SALUD

Acuerdo por el que se establecen como actividades esenciales las que se indican.

PODER EJECUTIVO

SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA

ACUERDO número 14/07/20 por el que se reforma el diverso número 12/06/20 por el que se establecen diversas disposiciones para evaluar el ciclo escolar 2019-2020 y cumplir con los Planes y Programas de Estudio de Educación Básica (preescolar, primaria y secundaria), Normal y demás para la formación de maestros de Educación Básica aplicables a toda la República, al igual que aquellos Planes y Programas de Estudio del tipo Medio Superior que la Secretaría de Educación Pública haya emitido, en beneficio de los educandos.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Educación Pública.

ESTEBAN MOCTEZUMA BARRAGÁN, Secretario de Educación Pública, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 3o., cuarto y quinto párrafos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 38 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 2, 5, 7, 21, 78, 84, 87, 88, 89, 113, fracciones I, III, IX y XXII, 115, fracción I, y 146 de la Ley General de Educación; 1, 4, primer párrafo y 5, fracciones I, XIX y XXV del Reglamento Interior de la Secretaría de Educación Pública, y

CONSIDERANDO

Que los artículos 2 y 72 de la Ley General de Educación establecen que el Estado priorizará el interés superior de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en el ejercicio de su derecho a la educación, para lo cual, garantizará el desarrollo de programas y políticas públicas que hagan efectivo ese principio constitucional. Asimismo, que los educandos son los sujetos más valiosos de la educación con pleno derecho a desarrollar todas sus potencialidades de forma activa, transformadora y autónoma, y como parte del proceso educativo, tienen derecho a recibir una educación de excelencia, así como a tener un docente frente a grupo que contribuya al logro de su aprendizaje y desarrollo integral, entre otros aspectos;

Que el artículo 84 del referido ordenamiento legal establece que la educación que imparta el Estado, sus organismos descentralizados y los particulares con autorización o reconocimiento de validez oficial de estudios, utilizará el avance de las tecnologías de la información, comunicación, conocimiento y aprendizaje digital, con la finalidad de fortalecer los modelos pedagógicos de enseñanza aprendizaje, la innovación educativa, el desarrollo de habilidades y saberes digitales de los educandos, además del establecimiento de programas de educación a distancia y semi presencial para cerrar la brecha digital y las desigualdades en la población;

Que el 14 de mayo de 2020, se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el *Acuerdo por el que se establece una estrategia para la reapertura de las actividades sociales, educativas y económicas, así como un sistema de semáforo por regiones para evaluar semanalmente el riesgo epidemiológico relacionado con la reapertura de actividades en cada entidad federativa, así como se establecen acciones extraordinarias*, mismo que prevé en su Anexo denominado “Semáforo por Regiones”, que las escuelas podrán regresar a prestar sus servicios hasta en tanto la región en que se encuentren este en “semáforo verde”;

Que el 5 de junio de 2020 se publicó en el DOF el *Acuerdo número 12/06/20 por el que se establecen diversas disposiciones para evaluar el ciclo escolar 2019-2020 y cumplir con los planes y programas de estudio de Educación Básica (preescolar, primaria y secundaria), Normal y demás para la formación de maestros de Educación Básica aplicables a toda la República, al igual que aquellos planes y programas de estudio del tipo Medio Superior que la Secretaría de Educación Pública haya emitido, en beneficio de los educandos* (ACUERDO 12/06/20), el cual tiene por objeto regular acciones específicas y extraordinarias ante la emergencia sanitaria por causas de fuerza mayor relativas a la conclusión del ciclo escolar 2019-2020, así como para el inicio del ciclo escolar 2020-2021, y se encuentra sujeto en cuanto a su alcance y vigencia, a lo que indiquen las autoridades en materia de salud competentes, y

Que en virtud de que prevalece la emergencia sanitaria, las acciones extraordinarias en materia de salubridad general y la fuerza mayor declarada por la autoridad competente ante la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID 19) y que es mandato constitucional tanto el derecho a la protección de la salud, como a la educación, resulta necesario modificar el ACUERDO 12/06/20, por lo que he tenido a bien a emitir el siguiente:

ACUERDO NÚMERO 14/07/20 POR EL QUE SE REFORMA EL DIVERSO NÚMERO 12/06/20 POR EL QUE SE ESTABLECEN DIVERSAS DISPOSICIONES PARA EVALUAR EL CICLO ESCOLAR 2019-2020 Y CUMPLIR CON LOS PLANES Y PROGRAMAS DE ESTUDIO DE EDUCACIÓN BÁSICA (PREESCOLAR, PRIMARIA Y SECUNDARIA), NORMAL Y DEMÁS PARA LA FORMACIÓN DE MAESTROS DE EDUCACIÓN BÁSICA APLICABLES A TODA LA REPÚBLICA, AL IGUAL QUE AQUELLOS PLANES Y PROGRAMAS DE ESTUDIO DEL TIPO MEDIO SUPERIOR QUE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA HAYA EMITIDO, EN BENEFICIO DE LOS EDUCANDOS

ÚNICO.- Se **REFORMAN** los numerales Noveno, Décimo, Décimo Primero, Décimo Segundo, Décimo Cuarto y Vigésimo Octavo del Acuerdo número 12/06/20 por el que se establecen diversas disposiciones para evaluar el ciclo escolar 2019-2020 y cumplir con los planes y programas de estudio de Educación Básica (preescolar, primaria y secundaria), Normal y demás para la formación de maestros de Educación Básica aplicables a toda la República, al igual que aquellos planes y programas de estudio del tipo Medio Superior que la Secretaría de Educación Pública haya emitido, en beneficio de los educandos, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 5 de junio de 2020, para quedar en los siguientes términos:

“TÍTULO UNO

DISPOSICIONES GENERALES

...

TÍTULO DOS

PREESCOLAR, PRIMARIA Y SECUNDARIA

TERCERO a OCTAVO.- ...

NOVENO.- Previo al inicio del ciclo escolar se llevará a cabo la capacitación docente. Asimismo, el Consejo Técnico Escolar sesionará de manera extraordinaria del 17 al 21 de agosto de 2020, con el objeto de establecer las estrategias pedagógicas que permitan brindar el acompañamiento a los educandos para el cabal cumplimiento de los planes y programas de estudio de preescolar, primaria y secundaria determinados por la Secretaría de Educación Pública. Tanto la capacitación como las sesiones del referido Consejo se podrán realizar a distancia con el apoyo de plataformas tecnológicas o digitales, así como de otros recursos o medios disponibles, o de manera presencial en semáforo verde y guardando las medidas de sana distancia.

DÉCIMO.- La fase intensiva del Consejo Técnico Escolar, así como la jornada de limpieza escolar, se realizarán la semana previa al regreso a clases presenciales en las escuelas, en función del semáforo epidemiológico en verde y de las indicaciones de las autoridades sanitarias.

Para la jornada de limpieza escolar, se deberán instalar los Comités Participativos de Salud Escolar (CPSE) en el marco de los Consejos de Participación Escolar, conformado con las madres, padres de familia o tutores, personal docente y directivo, con la finalidad de organizar las jornadas de limpieza durante el ciclo escolar, así como promover y ejecutar las acciones dirigidas al cuidado de la salud y bienestar de la comunidad escolar.

DÉCIMO PRIMERO.- A efecto de garantizar el acceso a los servicios educativos, las inscripciones y reinscripciones para el ciclo escolar 2020-2021 se llevarán a cabo del 6 al 21 de agosto de 2020.

De manera extraordinaria y, con motivo de algún impedimento derivado de las Acciones Extraordinarias en Materia de Salubridad General, las madres y/o padres de familia o tutores podrán inscribir o reinscribir a sus hijas, hijos o pupilos del 24 agosto al 11 de septiembre de 2020, considerando que su ingreso estará sujeto a la disponibilidad y capacidad de la escuela de su interés, cuyo personal brindará la orientación que, en su caso, resulte necesaria.

Con la finalidad de agilizar los referidos procesos, se realizará el intercambio de información a través de las áreas de control escolar de las autoridades educativas.

I. La inscripción de los educandos se realizará de manera inmediata al nivel que corresponda, de manera presencial o en línea. La entrega de la totalidad de la documentación se llevará a cabo durante los tres primeros meses del ciclo escolar, con excepción de los datos personales del educando, de la madre y/o padre de familia o tutor a efecto de establecer la comunicación necesaria para el desarrollo del proceso educativo.

II. La reinscripción se realizará de manera automática al grado que corresponda; si el educando cursó el grado inmediato anterior en la misma escuela, bastará con la manifestación expresa de la voluntad, por cualquier medio, de la madre y/o padre de familia o tutor sobre su continuidad en dicho plantel educativo. Para ello la directora o el director de la escuela pública o particular con autorización, verificará en sus archivos los antecedentes académicos, sin requerirle mayor documentación a la madre, el padre de familia o tutor, con excepción de la actualización de los datos personales de contacto que permitan establecer la comunicación necesaria para el desarrollo del proceso educativo.

DÉCIMO SEGUNDO.- En el marco de la nueva normalidad, priorizando el interés superior de niñas, niños y adolescentes, el servicio educativo del ciclo escolar 2020-2021 se brindará utilizando fundamentalmente la televisión, con el apoyo también del avance de las tecnologías de la información, comunicación, conocimiento y aprendizaje digital a que refiere el artículo 84 de la Ley General de Educación, lo que permitirá dar cabal cumplimiento a los planes y programas de estudio de preescolar, primaria y secundaria determinados por la Secretaría de Educación Pública. El inicio de dicho ciclo escolar será el 24 de agosto de 2020, por lo que las autoridades educativas locales deberán de garantizar la entrega oportuna de los libros de texto gratuitos a los estudiantes.

Cuando en función del semáforo epidemiológico en verde y de las indicaciones de las autoridades sanitarias, se reanuden las clases presenciales en las escuelas, se llevará a cabo una etapa de valoración diagnóstica, y de trabajo docente para resarcir rezagos e insuficiencias en el aprendizaje.

En aquellos casos en los cuales las niñas, los niños y adolescentes demuestren contar con los conocimientos, habilidades y destrezas superiores a los reflejados en la evaluación del ciclo escolar 2019-2020, y ameriten una calificación mayor a la asentada en la boleta de calificaciones o certificado, la maestra o el maestro podrá realizar la rectificación de la calificación al final del periodo de diagnóstico y emitirla nuevamente. Las autoridades educativas involucradas, principalmente las áreas de control escolar, deberán realizar las gestiones necesarias con la finalidad de ejecutar el cambio de las calificaciones de manera inmediata y registrarlo en los sistemas de información escolar correspondientes.

DÉCIMO TERCERO.- ...

DÉCIMO CUARTO.- Se establece el siguiente calendario de actividades aplicables para el cierre del ciclo escolar 2019-2020 y el inicio del ciclo escolar 2020-2021, con fechas referenciales, sujetas al semáforo epidemiológico y de las indicaciones de las autoridades sanitarias:

Fecha	Descripción
...	...
...	...
...	...
Previo al inicio del ciclo escolar	Capacitación docente
17 al 21 de agosto	Sesión extraordinaria del Consejo Técnico Escolar
agosto	Periodo de regularización para estudiantes de educación secundaria
15, 16, 20 y 21 de agosto	Examen de ingreso al tipo medio superior en la Ciudad de México y zona metropolitana
Semana previa al regreso a clases presenciales a las escuelas	Fase intensiva del Consejo Técnico Escolar Instalación del Comité Participativo de Salud Escolar Jornada de limpieza escolar
6 al 21 de agosto	Trámites de inscripciones y reinscripciones para el ciclo escolar 2020-2021
24 de agosto al 11 de septiembre	Periodo extraordinario para trámites de inscripciones y reinscripciones para el ciclo escolar 2020-2021
24 de agosto	Inicio del ciclo escolar 2020-2021
Semáforo epidemiológico en verde	Clases presenciales en las escuelas
Tres primeras semanas del regreso a clases presenciales en las escuelas	Valoración diagnóstica

DÉCIMO QUINTO a DÉCIMO SÉPTIMO.- ...

TÍTULO TRES
EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR

DÉCIMO OCTAVO a VIGÉSIMO SÉPTIMO.- ...

VIGÉSIMO OCTAVO.- ...

Fecha	Descripción
...	...
...	...
...	...
...	...
15, 16, 20 y 21 de agosto	Examen de ingreso al tipo medio superior en la Ciudad de México y zona metropolitana
...	...
...	...
...	...

TÍTULO CUARTO
EDUCACIÓN NORMAL

...”

TRANSITORIO

ÚNICO.- El presente Acuerdo entrará en vigor el día de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Ciudad de México, a 30 de julio de 2020.- El Secretario de Educación Pública, **Esteban Moctezuma Barragán.-** Rúbrica.

SECRETARIA DE SALUD

ACUERDO por el que se establecen como actividades esenciales las que se indican.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- SALUD.- Secretaría de Salud.

JORGE CARLOS ALCOCER VARELA, Secretario de Salud, con fundamento en los artículos 4o, párrafo cuarto y 73, fracción XVI, Base 3a. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 3o., fracciones I, II, III y XV, 4o. fracción III, 7o., fracciones I y XV, 13, apartado A, fracciones V, IX y X, 133, fracción IV, 134, fracción II, 141, 147, 181 y 184 de la Ley General de Salud; 4 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, y

CONSIDERANDO

Que el 16 de marzo de 2020 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Acuerdo número 02/03/20 por el que se suspenden las clases en las escuelas de educación preescolar, primaria, secundaria, normal y demás para la formación de maestros de educación básica del Sistema Educativo Nacional, así como aquellas de los tipos medio superior y superior dependientes de la Secretaría de Educación Pública, durante el periodo comprendido del 23 de marzo al 17 de abril de 2020, plazo que fue ampliado al 30 de mayo de 2020 mediante el diverso Acuerdo 09/04/20 publicado en el mismo medio de difusión oficial el 30 de abril del año en curso;

Que mediante Decreto publicado el 27 de marzo de 2020 en el Diario Oficial de la Federación, el Titular del Ejecutivo Federal declaró diversas acciones extraordinarias en las regiones afectadas de todo el territorio nacional en materia de salubridad general, para combatir la enfermedad grave de atención prioritaria generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19) y que dentro de las acciones extraordinarias se contempló la necesidad de que, además de las señaladas expresamente, la Secretaría de Salud implemente las demás que estime necesarias;

Que el 14 de mayo de 2020, la Secretaría de Salud publicó en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo por el que se establece una estrategia para la reapertura de las actividades sociales, educativas y económicas, así como un sistema de semáforo por regiones para evaluar el riesgo epidemiológico relacionado con la reapertura de actividades en cada entidad federativa, así como se establece como acción extraordinaria que otras actividades adicionales a las ya determinadas fuesen consideradas como esenciales, mismo que fue modificado mediante diverso publicado el 15 de mayo de 2020, en el citado medio de difusión oficial;

Que el 29 de mayo de 2020, las secretarías de Salud, de Economía, y del Trabajo y Previsión Social; así como el Instituto Mexicano del Seguro Social, publicaron conjuntamente en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo por el que se establecen los Lineamientos Técnicos Específicos para la Reapertura de las Actividades Económicas, con el objetivo de que los centros de trabajo identificaran las medidas obligatorias para el retorno o la continuidad de sus labores seguro, escalonado y responsable, contemplando cuatro dimensiones que deberían considerar: el tipo de actividad (esencial o no esencial), el tamaño del centro de trabajo, el nivel de alerta sanitaria de la ubicación del centro de trabajo, así como sus características, y

Que a efecto de garantizar el correcto inicio del ciclo escolar 2020-2021, conforme a lo que, en su momento, determine la Secretaría de Educación Pública, y que la comunidad escolar cuente con los materiales e insumos suficientes e indispensables para el desarrollo adecuado del proceso de aprendizaje, aún en situaciones de emergencia, he tenido a bien expedir el siguiente

ACUERDO

PRIMERO. El presente Acuerdo tiene por objeto establecer como acción extraordinaria que las actividades realizadas por las empresas y negocios orientadas a satisfacer la demanda de bienes y servicios relacionados con la fabricación, venta y distribución de insumos y artículos de papelería y material didáctico; uniformes,

mochilas y demás artículos escolares; dispositivos electrónicos de cálculo y procesamiento de datos como son tabletas, computadoras y calculadoras; así como las actividades desarrolladas por editoriales y librerías, sean consideradas como actividades esenciales.

SEGUNDO. Las actividades industriales y comerciales citadas en el numeral anterior, se considerarán esenciales a partir de la entrada en vigor del presente Acuerdo, fecha en que podrán iniciar labores apegándose a lo señalado en los Lineamientos Técnicos Específicos para la Reapertura de las Actividades Económicas publicados en el Diario Oficial de la Federación del 29 de mayo del 2020, y hasta el 31 de diciembre del 2020.

TRANSITORIO

ÚNICO.- El presente Acuerdo entrará en vigor el día siguiente a su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Dado en la Ciudad de México, a los 3 días del mes de agosto del año 2020.- El Secretario de Salud, **Jorge Carlos Alcocer Varela**.- Rúbrica.