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

Declaratoria de Emergencia por la presencia de inundación pluvial el día 28 de julio de 2020 en el Municipio de Nazareno Etla del Estado de Oaxaca.

SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

Oficio 500-05-2020-13756 mediante el cual se comunica listado global definitivo en términos del artículo 69-B, párrafo cuarto del Código Fiscal de la Federación.

SECRETARIA DE BIENESTAR

Convenio de Coordinación en materia de reasignación de recursos que celebran la Secretaría de Bienestar y el Estado de Yucatán, en el marco del Programa Sembrando Vida para el ejercicio fiscal 2020.

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 la Secretaría de Salud, el Instituto de Salud para el Bienestar y el Estado de Coahuila de Zaragoza.

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 la Secretaría de Salud, el Instituto de Salud para el Bienestar y el Estado de Durango.

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Sexta Actualización de la Edición 2020 del libro de medicamentos del Compendio Nacional de Insumos para la Salud.

ORGANISMOS DESCONCENTRADOS O DESCENTRALIZADOS**COMISION NACIONAL PARA LA PROTECCION Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS**

Acuerdo por el que se hace del conocimiento del público en general la continuidad de los trámites y procedimientos ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, así como la atención de usuarios de forma presencial en las unidades de atención a usuarios y en las oficinas de atención al público y se mantiene suspensión de plazos y términos en los procedimientos que se indican ante la contingencia por el virus SARS- CoV2.

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.

CONVOCATORIAS PARA CONCURSOS DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS, OBRAS Y SERVICIOS DEL SECTOR PUBLICO**AVISOS**

Judiciales y generales.

PODER EJECUTIVO

SECRETARIA DE SEGURIDAD Y PROTECCION CIUDADANA

DECLARATORIA de Emergencia por la presencia de inundación pluvial el día 28 de julio de 2020 en el Municipio de Nazareno Etla 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 en los artículos 26 y 30 Bis, fracción XX de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 19 fracción XI, 21, 58, 59, 61 y 62 de la Ley General de Protección Civil; 102 del Reglamento de la Ley General de Protección Civil; 22 fracciones II, V, XX y XXI del Reglamento Interior de la Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana; 3, fracción I del “Acuerdo por el que se emiten las Reglas Generales del Fondo de Desastres Naturales” -REGLAS GENERALES- (DOF.-03-XII-2010); 5, fracción II, inciso i) y 10 del “Acuerdo que establece los Lineamientos del Fondo para la Atención de Emergencias FONDEN” -LINEAMIENTOS- (DOF.-03-VII-2012), y

CONSIDERANDO

Que mediante oficio número CEPCO/FONDEN/0508/2020, recibido en la Coordinación Nacional de Protección Civil (CNPC) el 30 de julio de 2020, suscrito por el secretario General de Gobierno del Estado de Oaxaca, Lic. Héctor Anuar Mafud Mafud, se solicitó a la CNPC la emisión de la Declaratoria de Emergencia para el municipio de Nazareno Etla de esa Entidad Federativa, por la presencia de lluvia severa e inundación pluvial el día 28 de julio de 2020; ello, con el propósito de acceder a los recursos del Fondo para la Atención de Emergencias FONDEN.

Que mediante oficio número SSPC/SPPPCCP/CNPC/0753/2020 de fecha 31 de julio de 2020, la CNPC solicitó a la Comisión Nacional del Agua (CONAGUA) el Dictamen Técnico correspondiente para, en su caso, emitir la Declaratoria de Emergencia para el municipio del Estado de Oaxaca señalado en el oficio número CEPCO/FONDEN/0508/2020 referido en el párrafo inmediato anterior.

Que mediante oficio número BOO.8.-287 de fecha 3 de agosto de 2020, la CONAGUA emitió el Dictamen Técnico correspondiente, corroborando el fenómeno de inundación pluvial el día 28 de julio de 2020 para el municipio de Nazareno Etla del Estado de Oaxaca.

Que el 3 de agosto de 2020 se emitió el Boletín de Prensa número BDE-069-2020, mediante el cual se dio a conocer que la CNPC emite una Declaratoria de Emergencia por la presencia de inundación pluvial el día 28 de julio de 2020 para el municipio de Nazareno Etla del Estado de Oaxaca; con lo que se activan los recursos del Fondo para la Atención de Emergencias FONDEN, y a partir de esa Declaratoria las autoridades contarán con recursos para atender las necesidades alimenticias, de abrigo y de salud de la población afectada.

Con base en lo anterior se consideró procedente en este acto emitir la siguiente:

DECLARATORIA DE EMERGENCIA POR LA PRESENCIA DE INUNDACIÓN PLUVIAL EL DÍA 28 DE JULIO DE 2020 EN EL MUNICIPIO DE NAZARENO ETLA DEL ESTADO DE OAXACA

Artículo 1o.- Se declara en emergencia por la presencia de inundación pluvial el día 28 de julio de 2020 para el municipio de Nazareno Etla del Estado de Oaxaca.

Artículo 2o.- La presente se expide para que el Estado de Oaxaca pueda acceder a los recursos del Fondo para la Atención de Emergencias FONDEN.

Artículo 3o.- La determinación de los apoyos a otorgar se hará en los términos de los LINEAMIENTOS y con base en las necesidades prioritarias e inmediatas de la población para salvaguardar su vida y su salud.

Artículo 4o.- La presente Declaratoria se publicará en el Diario Oficial de la Federación de conformidad con el artículo 61 de la Ley General de Protección Civil y en cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 10 fracción IV de los LINEAMIENTOS.

Ciudad de México, a tres de agosto de dos mil veinte.- En ausencia del Lic. David Eduardo León Romero, Coordinador Nacional de Protección Civil, con fundamento en los artículos 8, 9, fracción III, 10 fracciones I y II, 22, 24 y 73 del Reglamento Interior de la Secretaría de Seguridad Pública y Protección Ciudadana, suscribe el presente documento, la Directora General para la Gestión de Riesgos, **Brisna Michelle Beltrán Pulido.-** Rúbrica.

SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

OFICIO 500-05-2020-13756 mediante el cual se comunica listado global definitivo en términos del artículo 69-B, párrafo cuarto del Código Fiscal de la Federación.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- HACIENDA.- Secretaría de Hacienda y Crédito Público.- Servicio de Administración Tributaria.- Administración General de Auditoría Fiscal Federal.- Administración Central de Fiscalización Estratégica.

Oficio Número: 500-05-2020-13756

Asunto: Se comunica listado global definitivo en términos del artículo 69-B, párrafo cuarto del Código Fiscal de la Federación.

La Administración Central de Fiscalización Estratégica, adscrita a la Administración General de Auditoría Fiscal Federal del Servicio de Administración Tributaria, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 16, primer párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 7, fracciones VII, XII y XVIII y 8, fracción III de la Ley del Servicio de Administración Tributaria, publicada en el Diario Oficial de la Federación del 15 de diciembre de 1995, reformada por Decreto publicado en el propio Diario Oficial de la Federación del 12 de junio de 2003; 1, 2, párrafos primero, apartado B, fracción III, inciso e), y segundo, 5, párrafo primero, 13, fracción VI, 23, apartado E, fracción I, en relación con el artículo 22 párrafos primero, fracción VIII, y último, numeral 5, del Reglamento Interior del Servicio de Administración Tributaria publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de agosto de 2015, vigente a partir del 22 de noviembre de 2015, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo primero del Artículo Primero Transitorio de dicho Reglamento; Artículo Tercero, fracción I, inciso a), del Acuerdo mediante el cual se delegan diversas atribuciones a los Servidores Públicos del Servicio de Administración Tributaria, publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 23 de junio de 2016, vigente a partir del 23 de julio de 2016, de conformidad con lo dispuesto en el artículo Transitorio Primero de dicho Acuerdo; así como en los artículos 33, último párrafo, 63, y 69-B párrafos primero, cuarto y quinto del Código Fiscal de la Federación, notifica lo siguiente:

Derivado del ejercicio de las atribuciones y facultades señaladas en el artículo 69-B, párrafos primero y segundo del Código Fiscal de la Federación, las autoridades fiscales que se citan en el Anexo 1 que es parte integrante del presente oficio, detectaron que los contribuyentes señalados en el citado Anexo 1 emitieron comprobantes fiscales sin contar con los activos, personal, infraestructura o capacidad material para prestar los servicios o producir, comercializar o entregar los bienes que amparan tales comprobantes.

Detectada tal situación, la autoridad fiscal a fin de dar cumplimiento al artículo 69-B, párrafo segundo, del Código Fiscal de la Federación, así como al numeral 69 del Reglamento del citado Código, emitieron oficio de presunción individual a cada uno de los contribuyentes mencionados en el citado Anexo 1, y en dicho oficio se indicó los motivos y fundamentos por los cuales los contribuyentes se ubicaron en la hipótesis a que se refiere el primer párrafo del artículo 69-B del Código Fiscal de la Federación.

Ahora bien, los oficios individuales señalados en el párrafo que precede fueron notificados a cada contribuyente en los términos precisados en el Anexo 1, apartado A, del presente oficio, el cual es parte integrante del mismo.

Por otra parte, el listado global de presunción fue notificado en la página de internet del Servicio de Administración Tributaria; y mediante publicación en el Diario Oficial de la Federación (DOF) en los términos precisados en el anexo 1, apartado B y C, del presente oficio, el cual es parte integrante del mismo, lo anterior de conformidad con la relación establecida en el artículo 69, primer párrafo del Reglamento del Código Fiscal de la Federación vigente.

Atendiendo lo dispuesto por el segundo párrafo del artículo 69-B del Código Fiscal de la Federación, en los oficios de presunción individual las autoridades fiscales otorgaron a cada contribuyente un plazo de quince días hábiles contados a partir de la última de las notificaciones antes efectuadas, para que realizaran las

manifestaciones y aportaran las pruebas que consideraran pertinentes para desvirtuar los hechos dados a conocer mediante los citados oficios, apercibidos que si transcurrido el plazo concedido no aportaban la documentación e información y/o la que exhibieran, una vez valorada, no desvirtuaba los hechos señalados en los oficios de mérito, se procedería por parte de dichas autoridades en términos del cuarto párrafo del artículo 69-B del Código Fiscal de la Federación, primero a notificarles la resolución individual definitiva, así como a la publicación de sus nombres, denominaciones o razones sociales en el listado de contribuyentes que no desvirtuaron los hechos dados a conocer y por tanto, se encontrarían en forma definitiva en la situación a que se refiere el primer párrafo del citado artículo 69-B del Código Fiscal de la Federación.

Una vez transcurrido el plazo señalado en el párrafo anterior, y en virtud que esos contribuyentes durante el plazo establecido en el segundo párrafo del artículo 69-B del Código Fiscal de la Federación, en ejercicio del derecho previsto en el citado precepto legal, presentaron, a través de los medios indicados en las propias resoluciones individuales, diversa información, documentación y argumentos a fin de desvirtuar los hechos dados a conocer en los oficios individuales señalados anteriormente, y dichas autoridades procedieron a la admisión y valoración de los mismos.

Derivado de la valoración mencionada en el párrafo que antecede, y en virtud de que con los argumentos manifestados y pruebas proporcionadas por esos contribuyentes las referidas autoridades consideraron que esos contribuyentes no desvirtuaron los hechos que se les imputaron en los oficios individuales de presunción ya señalados, las mismas resolvieron lo conducente y procedieron a la emisión de las resoluciones definitivas en las cuales se señalaron las razones, motivos y fundamentos del por qué no desvirtuaron dichos hechos; resoluciones que fueron debidamente notificadas en los términos señalados en los párrafos que anteceden a cada uno de los contribuyentes señalados en el Anexo 1, apartado D, del presente oficio.

Por lo anteriormente expuesto y, tomando en cuenta que el cuarto párrafo del artículo 69-B del Código Fiscal de la Federación, señala que en ningún caso se publicará el listado antes de los treinta días hábiles posteriores a la notificación de la resolución y que, a la fecha ha transcurrido dicho plazo desde la notificación de la resolución y, además las citadas autoridades no han sido notificadas de alguna resolución o sentencia concedida a favor de esos contribuyentes que ordene la suspensión o declare la nulidad o revocación del procedimiento previsto en el artículo 69-B del Código Fiscal de la Federación, que se les tiene iniciado; por tanto, con la finalidad de dar cabal cumplimiento al Resolutivo Tercero contenido en las citadas resoluciones definitivas, esta Administración Central de Fiscalización Estratégica, adscrita a la Administración General de Auditoría Fiscal Federal del Servicio de Administración Tributaria, en apoyo a las autoridades fiscales señaladas en el Anexo 1 del presente, procede a agregar los nombres, denominaciones o razones sociales de los contribuyentes señalados en el Anexo 1 del presente oficio, en el listado de contribuyentes que no desvirtuaron los hechos que se les imputaron y por tanto, se encuentran en forma definitiva en la situación a que se refiere el primer párrafo del citado artículo 69-B del Código Fiscal de la Federación, por los motivos y fundamentos señalados en las resoluciones definitivas notificadas a cada uno de ellos, listado que se publicará en la página de internet del Servicio de Administración Tributaria (www.sat.gob.mx) así como en el Diario Oficial de la Federación, a efecto de considerar, con efectos generales, que los comprobantes fiscales expedidos por dichos contribuyentes no producen ni produjeron efecto fiscal alguno, tal y como lo declara el quinto párrafo del artículo 69-B del Código Fiscal de la Federación; lo anterior, toda vez que es de interés público que se detenga la facturación de operaciones inexistentes, así como que la sociedad conozca quiénes son aquéllos contribuyentes que llevan a cabo este tipo de operaciones.

Atentamente

Ciudad de México a, 15 de julio de 2020.- El Administrador Central de Fiscalización Estratégica, **Jose Alfredo Perez Astorga**.- Rúbrica.

Anexo 1 del oficio número **500-05-2020-13756** de fecha 15 de julio de 2020 correspondiente a contribuyentes que, **SÍ** aportaron argumentos y/o pruebas, pero **NO** desvirtuaron el motivo por el que se les notificó el oficio de presunción, motivo por el cual se actualizó DEFINITIVAMENTE la situación a que se refiere el primer párrafo del artículo 69-B del Código Fiscal de la Federación.

Apartado A.- Notificación del OFICIO DE PRESUNCIÓN conforme a los párrafos primero y segundo del artículo 69-B del Código Fiscal de la Federación, en relación con el artículo 69 de su Reglamento.

	R.F.C.	Nombre del Contribuyente	Número y fecha de oficio individual de presunción	Autoridad emisora del oficio individual de presunción	Medio de notificación al contribuyente					
					Estrados de la autoridad		Notificación personal		Notificación por Buzón Tributario	
					Fecha de fijación en los estrados de la Autoridad Fiscal	Fecha en que surtió efectos la notificación	Fecha de notificación	Fecha en que surtió efectos la notificación	Fecha de notificación	Fecha en que surtió efectos la notificación
1	CHE130613CS1	COMERCIALIZADORA DE HERRAMIENTAS Y EQUIPO HERRCOM, S.A. DE C.V.	500-74-06-02-02-2019-11319 de fecha 16 de octubre de 2019	Administración Desconcentrada de Auditoría Fiscal de Distrito Federal "4"					21 de octubre de 2019	22 de octubre de 2019
2	DIE170418GZ0	DISEÑO E INGENIERIA ESPONDA, S. DE R.L. DE C.V.	500-57-00-04-01-2019-005383 de fecha 20 de noviembre de 2019	Administración Desconcentrada de Auditoría Fiscal de Tabasco "1"					26 de noviembre de 2019	27 de noviembre de 2019
3	GSN141204973	GENERADORA DE SERVICIOS NACIONALES G.S.N., S.A. DE C.V.	500-74-02-01-02-2019-3964 de fecha 2 de julio de 2019	Administración Desconcentrada de Auditoría Fiscal de Distrito Federal "4"					5 de julio de 2019	8 de julio de 2019
4	LBS171020AN7	LUKA BUSINESS STRATEGIC, S.A. DE C.V.	500-35-00-06-01-2020-1721 de fecha 13 de enero de 2020	Administración Desconcentrada de Auditoría Fiscal de México "1"	17 de enero de 2020	12 de febrero de 2020				
5	RARO750823J20	RAMIREZ RUIZ JOSE OMAR	500-57-00-04-01-2020-000228 de fecha 16 de enero de 2020	Administración Desconcentrada de Auditoría Fiscal de Tabasco "1"					22 de enero de 2020	23 de enero de 2020
6	SSE160701197	SKINGRA SERVICES, S.A. DE C.V.	500-05-2020-7577 de fecha 28 de enero de 2020	Administración Central de Fiscalización Estratégica					29 de enero de 2020	30 de enero de 2020
7	THA161027878	THANNER, S.A. DE C.V.	500-05-2019-40269 de fecha 20 de diciembre de 2019	Administración Central de Fiscalización Estratégica					8 de enero de 2020	9 de enero de 2020

Apartado B.- Notificación en la página de Internet del Servicio de Administración Tributaria

	R.F.C.	Nombre del Contribuyente	Número y fecha de oficio global de presunción	Autoridad emisora del oficio global de presunción	Fecha de notificación en la página de internet del Servicio de Administración Tributaria	Fecha en que surtió efectos la notificación
1	CHE130613CS1	COMERCIALIZADORA DE HERRAMIENTAS Y EQUIPO HERRCOM, S.A. DE C.V.	500-05-2020-7605 de fecha 4 de febrero de 2020	Administración Central de Fiscalización Estratégica	4 de febrero de 2020	5 de febrero de 2020
2	DIE170418GZ0	DISEÑO E INGENIERIA ESPONDA, S. DE R.L. DE C.V.	500-05-2020-3239 de fecha 9 de enero de 2020	Administración Central de Fiscalización Estratégica	9 de enero de 2020	10 de enero de 2020
3	GSN141204973	GENERADORA DE SERVICIOS NACIONALES G.S.N., S.A. DE C.V.	500-05-2019-36144 de fecha 2 de diciembre de 2019	Administración Central de Fiscalización Estratégica	2 de diciembre de 2019	3 de diciembre de 2019
4	LBS171020AN7	LUKA BUSINESS STRATEGIC, S.A. DE C.V.	500-05-2020-7865 de fecha 10 de marzo de 2020	Administración Central de Fiscalización Estratégica	10 de marzo de 2020	11 de marzo de 2020
5	RARO750823J20	RAMIREZ RUIZ JOSE OMAR	500-05-2020-7865 de fecha 10 de marzo de 2020	Administración Central de Fiscalización Estratégica	10 de marzo de 2020	11 de marzo de 2020
6	SSE160701197	SKINGRA SERVICES, S.A. DE C.V.	500-05-2020-7605 de fecha 4 de febrero de 2020	Administración Central de Fiscalización Estratégica	4 de febrero de 2020	5 de febrero de 2020
7	THA161027878	THANNER, S.A. DE C.V.	500-05-2020-7605 de fecha 4 de febrero de 2020	Administración Central de Fiscalización Estratégica	4 de febrero de 2020	5 de febrero de 2020

Apartado C.- Notificación en el Diario Oficial de la Federación.

	R.F.C.	Nombre del Contribuyente	Número y fecha de oficio global de presunción	Autoridad emisora del oficio global de presunción	Fecha de notificación en el Diario Oficial de la Federación	Fecha en que surtió efectos la notificación
1	CHE130613CS1	COMERCIALIZADORA DE HERRAMIENTAS Y EQUIPO HERRCOM, S.A. DE C.V.	500-05-2020-7605 de fecha 4 de febrero de 2020	Administración Central de Fiscalización Estratégica	21 de febrero de 2020	24 de febrero de 2020
2	DIE170418GZ0	DISEÑO E INGENIERIA ESPONDA, S. DE R.L. DE C.V.	500-05-2020-3239 de fecha 9 de enero de 2020	Administración Central de Fiscalización Estratégica	27 de enero de 2020	28 de enero de 2020
3	GSN141204973	GENERADORA DE SERVICIOS NACIONALES G.S.N., S.A. DE C.V.	500-05-2019-36144 de fecha 2 de diciembre de 2019	Administración Central de Fiscalización Estratégica	26 de diciembre de 2019	8 de enero de 2020
4	LBS171020AN7	LUKA BUSINESS STRATEGIC, S.A. DE C.V.	500-05-2020-7865 de fecha 10 de marzo de 2020	Administración Central de Fiscalización Estratégica	27 de marzo de 2020	30 de marzo de 2020
5	RARO750823J20	RAMIREZ RUIZ JOSE OMAR	500-05-2020-7865 de fecha 10 de marzo de 2020	Administración Central de Fiscalización Estratégica	27 de marzo de 2020	30 de marzo de 2020
6	SSE160701197	SKINGRA SERVICES, S.A. DE C.V.	500-05-2020-7605 de fecha 4 de febrero de 2020	Administración Central de Fiscalización Estratégica	21 de febrero de 2020	24 de febrero de 2020
7	THA161027878	THANNER, S.A. DE C.V.	500-05-2020-7605 de fecha 4 de febrero de 2020	Administración Central de Fiscalización Estratégica	21 de febrero de 2020	24 de febrero de 2020

Apartado D.- Notificación del oficio de RESOLUCIÓN DEFINITIVA conforme al cuarto párrafo del artículo 69-B del Código Fiscal de la Federación.

	R.F.C.	Nombre del Contribuyente	Número y fecha de resolución definitiva	Autoridad emisora de la resolución definitiva	Medio de notificación al contribuyente					
					Estrados de la autoridad		Notificación personal		Notificación por Buzón Tributario	
					Fecha de fijación en los estrados de la Autoridad Fiscal	Fecha en que surtió efectos la notificación	Fecha de notificación	Fecha en que surtió efectos la notificación	Fecha de notificación	Fecha en que surtió efectos la notificación
1	CHE130613CS1	COMERCIALIZADORA DE HERRAMIENTAS Y EQUIPO HERRCOM, S.A. DE C.V.	500-74-06-02-02- 2020-9754 de fecha 27 de mayo de 2020	Administración Desconcentrada de Auditoría Fiscal de Distrito Federal "4"					2 de junio de 2020	3 de junio de 2020
2	DIE170418G0	DISEÑO E INGENIERIA ESPONDA, S. DE R.L. DE C.V.	500-57-00-04-01- 2020-001660 de fecha 22 de abril de 2020	Administración Desconcentrada de Auditoría Fiscal de Tabasco "1"					23 de abril de 2020	24 de abril de 2020
3	GSN141204973	GENERADORA DE SERVICIOS NACIONALES G.S.N., S.A. DE C.V.	500-74-02-01-02- 2020-7162 de fecha 18 de marzo de 2020	Administración Desconcentrada de Auditoría Fiscal de Distrito Federal "4"			24 de marzo de 2020	25 de marzo de 2020		
4	LBS171020AN7	LUKA BUSINESS STRATEGIC, S.A. DE C.V.	500-35-00-2020- 7952 de fecha 30 de abril de 2020	Administración Desconcentrada de Auditoría Fiscal de México "1"					8 de mayo de 2020	11 de mayo de 2020
5	RARO750823J20	RAMIREZ RUIZ JOSE OMAR	500-57-00-04-01- 2020-002226 de fecha 14 de mayo de 2020	Administración Desconcentrada de Auditoría Fiscal de Tabasco "1"					14 de mayo de 2020	15 de mayo de 2020
6	SSE160701197	SKINGRA SERVICES, S.A. DE C.V.	500-05-2020- 13609 de fecha 26 de mayo de 2020	Administración Central de Fiscalización Estratégica					26 de mayo de 2020	27 de mayo de 2020
7	THA161027878	THANNER, S.A. DE C.V.	500-05-2020- 13584 de fecha 26 de mayo de 2020	Administración Central de Fiscalización Estratégica					27 de mayo de 2020	28 de mayo de 2020

SECRETARÍA DE BIENESTAR

CONVENIO de Coordinación en materia de reasignación de recursos que celebran la Secretaría de Bienestar y el Estado de Yucatán, en el marco del Programa Sembrando Vida para el ejercicio fiscal 2020.

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

CONVENIO DE COORDINACION EN MATERIA DE REASIGNACION DE RECURSOS QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL EJECUTIVO FEDERAL, POR CONDUCTO DE LA SECRETARÍA DE BIENESTAR, A LA QUE EN ADELANTE SE LE DENOMINARA "LA SECRETARÍA", REPRESENTADA POR EL SUBSECRETARIO DE PLANEACIÓN, EVALUACIÓN Y DESARROLLO REGIONAL EL C. JAVIER MAY RODRÍGUEZ; Y POR LA OTRA PARTE EL EJECUTIVO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE YUCATAN, AL QUE EN LO SUCESIVO SE DENOMINARA "LA ENTIDAD FEDERATIVA", REPRESENTADA POR LA SECRETARIA DE ADMINISTRACION Y FINANZAS DEL ESTADO, LICDA. OLGA ROSAS MOYA, ASISTIDA DE LA SECRETARIA GENERAL DE GOBIERNO DEL ESTADO, LA ABOG. MARÍA DOLORES FRITZ SIERRA; EL SECRETARIO DE DESARROLLO RURAL DEL ESTADO, EL C. JORGE ANDRÉ DIAZ LOEZA; CONFORME A LOS ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLAUSULAS SIGUIENTES:

ANTECEDENTES

- I. La Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, dispone en el artículo 83, segundo párrafo, que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que requieran suscribir Convenios de Coordinación en Materia de Reasignación de Recursos, deberán apearse al modelo de convenio emitido por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en lo sucesivo la SHCP, y la Secretaría de la Función Pública, en lo sucesivo la SFP, así como para obtener la autorización presupuestaria de la SHCP.
- II. La Dirección General de Programación y Presupuesto "B", en lo sucesivo la DGPyP "B", de la SHCP, mediante oficio número 312.A.-00861, de fecha 27 de marzo de 2020, emitió su dictamen de suficiencia presupuestaria para que "LA SECRETARÍA" reasigne recursos a "LA ENTIDAD FEDERATIVA" con cargo a su presupuesto autorizado.

DECLARACIONES

I. De "LA SECRETARÍA":

- I.1 Que es una Dependencia del Ejecutivo Federal que cuenta con la competencia necesaria para celebrar este Convenio de Coordinación en Materia de Reasignación de Recursos, conforme a lo dispuesto en los artículos 90 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1°, 2°, fracción I, y 26 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
- I.2 Que de acuerdo con lo estipulado en el artículo 32 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, le corresponde, entre otras atribuciones, formular, conducir, evaluar la política general de desarrollo social para el combate efectivo a la pobreza; coordinar la acciones que incidan en el bienestar de la población y el desarrollo humano, fomentando un mejor nivel de vida; coordinar, concretar y ejecutar programas especiales para la atención de los sectores sociales más desprotegidos, en especial de los pobladores de las zonas áridas de las áreas rurales, así como de los colonos de las áreas urbanas, para elevar el nivel de vida de la población, con la intervención de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal correspondientes y de los gobierno estatales y municipales y, con la participación de los sectores social y privado.
- I.3 Que su representante el C. Javier May Rodríguez, Subsecretario de Planeación, Evaluación y Desarrollo Regional, lo cual lo acredita con el nombramiento del cargo, emitido el 01 de diciembre de 2018, signado por el Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, Lic. Andrés Manuel López Obrador, mismo que se encuentra vigente, tiene la facultad para suscribir el presente Convenio de Coordinación en Materia de Reasignación de Recursos, de conformidad con lo estipulado en los artículos 6 fracciones VI y XIX; 9 del Reglamento Interior de la Secretaría de Desarrollo Social, hoy Secretaría de Bienestar; y Octavo y Décimo Quinto Transitorios del Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2018; el Artículo Único del Acuerdo por el que se Delegan en la persona Titular de la Subsecretaría de Planeación, Evaluación y Desarrollo Regional, las facultades que se indican, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 04 de marzo de 2020.
- I.4 Para los efectos del presente Convenio de Coordinación en Materia de Reasignación de Recursos, señala como domicilio el ubicado en Avenida Paseo de la Reforma No. 116, Colonia Juárez, Demarcación Territorial Cuauhtémoc, Ciudad de México, con Código Postal 06600.

II. De “LA ENTIDAD FEDERATIVA”:

- II.1.** De conformidad con lo establecido en los artículos 40 y 43 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 12, 13, 16 y 44 de la Constitución Política del Estado de Yucatán, es un Estado Libre y Soberano que forma parte integrante de la Federación, cuyo Poder Ejecutivo lo ejerce el Gobernador del Estado.
- II.2.** La Licda. Olga Rosas Moya, Secretaria de Administración y Finanzas del Estado de Yucatán, está facultada para celebrar el presente Convenio Marco de Coordinación, en términos de lo dispuesto por los artículos 22, fracción II, 23, 24, 27, fracción IV, y 31 del Código de administración pública de Yucatán; y 11, apartado B, fracción III y 59 del Reglamento del Código de Administración Pública de Yucatán, así como lo establecido en el Acuerdo 20/2019 por el que se delegan facultades en la secretaria de Administración y Finanzas.
- II.3.** La ABOG. María Dolores Fritz Sierra, Secretaria General de gobierno del Estado de Yucatán, asiste a la Secretaria de Administración y Finanzas en la suscripción del presente convenio, quien cuenta con las facultades para celebrarlo en términos de lo establecido en los artículos 22 fracción I, 23, 24, 27, fracción IV y 30 del Código de Administración Pública de Yucatán y 11, apartado, B fracción III y 37 del Reglamento del Código de Administración Pública de Yucatán.
- II.4.** El C. Jorge André Díaz Loeza, Secretario de Desarrollo Rural, asiste a la Secretaria de Administración y Finanzas en la suscripción del presente Convenio, establecido en los artículos 23, 24, 27, fracción IV y 44 del Código de Administración Pública de Yucatán y 11, apartado, B fracción III y 499 del Reglamento del Código de Administración Pública de Yucatán.
- II.5.** Para todos los efectos legales relacionados con este Convenio Específico, señala como su domicilio el predio marcado con el número 444 de la calle 21 de la ciudad industrial de la ciudad de Mérida, Yucatán México.

En virtud de lo anterior y con fundamento en los artículos 90 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 22, 26 y 32 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 1, 2, 3 y 4 de la Ley General de Desarrollo Social; 82 y 83 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y 223, 224, 225 y 226 de su Reglamento; 12 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Yucatán, y 12 del código de Administración Pública del Estado de Yucatán, así como en el Segundo Transitorio de los “Lineamientos para el ejercicio eficaz, transparente, ágil y eficiente de los recursos que transfieren las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal a las entidades federativas mediante convenios de coordinación en materia de reasignación de recursos”, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 28 de marzo de 2007, y demás disposiciones jurídicas aplicables, “LAS PARTES” celebran el presente Convenio Específico al tenor de las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA.- OBJETO.-El presente Convenio de Coordinación en Materia de Reasignación de Recursos y los Anexos que forman parte integrante del mismo, tienen por objeto transferir recursos presupuestarios federales a “LA ENTIDAD FEDERATIVA” para coordinar su participación con el Ejecutivo Federal en materia de producción de plantas maderables, frutales y de Cultivo, con el objeto de llevar a cabo la operación del PROGRAMA FEDERAL SEMBRANDO VIDA para el ejercicio fiscal 2020, con el fin de atender a los sujetos AGRARIOS que se encuentren en mayor situación de pobreza en el estado de Yucatán; definir la aplicación que se dará a tales recursos; precisar los compromisos que sobre el particular asumen “LA ENTIDAD FEDERATIVA” y el Ejecutivo Federal a través de “LA SECRETARÍA”, y establecer los mecanismos para la evaluación y control de su ejercicio.

Los recursos que reasigna el Ejecutivo Federal, a que se refiere la Cláusula Segunda del presente Convenio de Coordinación en Materia de Reasignación de Recursos se aplicarán al Proyecto de Producción de 4,563,750 (Cuatro Millones Quinientos Sesenta y tres mil setecientos cincuenta) árboles de especies frutícolas para el año 2020, para la operación del Programa “SEMBRANDO VIDA”, hasta por el importe que a continuación se menciona:

PROYECTO	MONTO
Adquisición de insumos y producción de 4,563,750 plantas maderables, frutales y de cultivo para el año 2020	\$70,811,250.00
TOTAL	\$70,811,250.00

- El Proyecto a que se refiere el párrafo anterior se prevén en forma detallada en el Anexo 1 (Expediente Técnico) que deriva del presente instrumento.

Con el objeto de asegurar la aplicación y efectividad del presente Convenio de Coordinación en Materia de Reasignación de Recursos, "LAS PARTES" se sujetarán a lo establecido en el mismo y sus correspondientes Anexos, a los "Lineamientos para el ejercicio eficaz, transparente, ágil y eficiente de los recursos que transfieren las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal a las entidades federativas mediante convenios de coordinación en materia de reasignación de recursos", así como a las demás disposiciones jurídicas aplicables.

SEGUNDA.- REASIGNACIÓN.- Para la realización de las acciones objeto del presente Convenio de Coordinación en Materia de Reasignación de Recursos, el Ejecutivo Federal reasignará a "LA ENTIDAD FEDERATIVA" recursos presupuestarios federales hasta por la cantidad de \$70,811,250.00 (SETENTA MILLONES OCHOCIENTOS ONCE MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS 00/100 M.N.), con cargo al presupuesto de "LA SECRETARÍA", los cuáles serán transferidos a través de medios de comunicación electrónica dentro de los quince días siguientes a partir de su formalización, a la cuenta específica que se señale para tal efecto, en una sola exhibición.

Los recursos a que se refiere el párrafo anterior, conforme a los artículos 82, fracción IX, y 83, primer párrafo de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, se radicarán, a través de la Secretaría de Administración y Finanzas de "LA ENTIDAD FEDERATIVA", en la cuenta bancaria productiva específica que ésta establezca para tal efecto, en forma previa a la entrega de los recursos, en la institución de crédito bancaria que la misma determine, informando de ello a "LA SECRETARÍA", con la finalidad de que los recursos reasignados y sus rendimientos financieros estén debidamente identificados.

Los recursos presupuestarios federales que se reasignen a "LA ENTIDAD FEDERATIVA", en los términos de este Convenio de Coordinación en Materia de Reasignación de Recursos no pierden su carácter Federal.

A efecto de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 82, fracción II, de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, "LA ENTIDAD FEDERATIVA" deberá observar los siguientes criterios para asegurar la transparencia en la distribución, aplicación y comprobación de los recursos presupuestarios federales reasignados:

PARÁMETROS:

- I. "LAS PARTES" se comprometen a aplicar en lo conducente, el principio de transparencia ante la sociedad civil, así como las normas de acceso a la información pública, sin que en ningún caso se ponga en riesgo la información clasificada como reservada o confidencial, de acuerdo a las leyes en la materia.
- II. "LA ENTIDAD FEDERATIVA" se compromete a cumplir con las "Reglas de Operación del Programa Sembrando Vida, para el ejercicio fiscal 2020", publicadas el 30 de marzo de 2020 en el Diario Oficial de la Federación.
- III. La información original referente a la transferencia de los recursos presupuestarios reasignados por "LA SECRETARÍA" a "LA ENTIDAD FEDERATIVA", quedará en posesión de esta última, así como la documentación financiera correspondiente a cada uno de los pagos que sean realizados por el ejecutor del gasto, para que sea proporcionada, cuando así se solicite formalmente, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables.
- IV. "LA ENTIDAD FEDERATIVA", se compromete a entregar a "LA SECRETARÍA" un informe bimestral respecto de los avances y/o problemática que presente la ejecución de las actividades de producción de plantas maderables y frutales.

TERCERA.- OBJETIVOS E INDICADORES DE DESEMPEÑO Y SUS METAS.- Los recursos presupuestarios federales que reasigna el Ejecutivo Federal por conducto de "LA SECRETARÍA", a que se refiere la Cláusula Segunda del presente Convenio de Coordinación en Materia de Reasignación de Recursos, se aplicarán al Proyecto señalados en la Cláusula Primera del mismo, los cuales tendrán los objetivos e indicadores de desempeño y sus metas que a continuación se mencionan:

Datos del Programa Presupuestario						
Programa presupuestario:		S287- Sembrando Vida				
Ramo:		20 - Bienestar				
Unidad Responsable:		600 -Subsecretaria de Planeación, Evaluación y Desarrollo Regional				
Enfoques transversales:		U - Otros Subsidios				
Clasificación Funcional						
Finalidad:		2 - Desarrollo Social				
Función:		6 - Protección Social				
Subfunción:		8 - Otros Grupos Vulnerables				
Actividad Institucional:		7 - Apoyo a pequeñas comunidades rurales				
Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2019 - 2024						
2. Política Social						
Objetivos, Indicadores y Metas de la MIR						
Nivel Fin						
Objetivo	Nombre del Indicador	Método de calculo	Unidad de medida	Tipo-Dimensión-Frecuencia	Meta anual programada	Meta 2020
Contribuir al bienestar social e igualdad Bienestar social e igualdad mediante ingresos suficientes de los sujetos agrarios en localidades rurales para hacer productiva la tierra.	Porcentaje de población en localidades rurales con ingresos inferiores a la línea de bienestar.	(Personas en localidades que obtuvieron ingresos inferiores a la línea de bienestar rural/Total de personas en localidades rurales) X 100	Porcentaje	Estratégico-Eficacia-Bienal	58%	
Nivel Propósito						
Los sujetos agrarios con ingresos inferiores a la línea de bienestar en localidades rurales cuentan con ingresos suficientes para hacer productiva la tierra.	Porcentaje de sujetos agrarios con ingresos inferiores a la línea de bienestar.	(Sujetos agrarios en localidades rurales que obtuvieron ingresos inferiores a la línea de bienestar rural/Total de sujetos agrarios en localidades rurales) *100	Porcentaje	Estratégico-Eficacia-Bienal	60%	
Nivel Componente						
C1. Apoyos económicos para fomentar el bienestar de los sujetos de derecho otorgados.	Porcentaje de sujetos de derecho que reciben apoyos económico respecto a la población objetivo.	(Total de sujetos de derecho que han recibido apoyos económicos/Total de la población objetivo) * 100	Porcentaje	Gestión-Eficacia-Semestral	18%	
	Porcentaje de sujetos de derecho que reciben apoyos económicos respecto de aquellos sujetos planeados.	(Total de sujetos de derecho que han recibido apoyos económicos/Total de sujetos de derecho programados para recibir apoyos económicos) *100	Porcentaje	Gestión-Eficacia-Semestral		90%
C2. Apoyos en especie para la producción agroforestal otorgados.	Porcentaje de sujetos de derecho que reciben apoyos en especie respecto del total de sujetos de derecho que reciben apoyos económicos.	(Total de sujetos de derecho que han recibido apoyos en especie/Total de sujetos de derecho programados para recibir apoyos en especie) * 100	Porcentaje	Gestión-Eficacia-Semestral		90%
C3. Acompañamiento técnico para la implementación de sistemas agroforestales otorgado.	Porcentaje de personal técnico que cumple con al menos 85% del Programa de Trabajo con los sujetos de derecho.	(Personal técnico que cumple con al menos 85% del Programa de Trabajo con los beneficiarios/Total de personal técnico del Programa)*100	Porcentaje	Gestión-Eficacia-Semestral		90%
Nivel Actividad						
A1.C1.C2.C3.Administrar el padrón de sujetos de derecho.	Porcentaje de permanencia de sujetos agrarios en el padrón.	((Sujetos de derecho inscritos en el padrón durante el periodo (T) - Sujetos de derecho dados de baja del padrón durante el periodo(T)) / Total de sujetos de derecho inscritos en el padrón (T)) *100	Porcentaje	Gestión-Eficacia-Semestral		90%
A2.C1.C2.C3. Supervisar el cumplimiento al Programa de Trabajo de los Campesinos	Porcentaje de sujetos de derecho que cumplen con al menos el 85% del Programa de Trabajo definido por el personal técnico.	(Sujetos de derecho que cumplen con al menos 85% del Programa de Trabajo definido por el personal técnico/Total de sujetos de derecho del Programa) * 100	Porcentaje	Gestión-Eficacia-Semestral		90%
A2.C1. Supervisar la entrega del apoyo monetario.	Porcentaje de entrega de apoyos monetarios con supervisión por parte del personal técnico.	(Cantidad de apoyos monetarios entregados con supervisión del personal técnico/Cantidad programada de apoyos monetarios a ser entregados con supervisión del personal técnico) * 100	Porcentaje	Gestión-Eficacia-Semestral		90%
A1.C2. Supervisar la entrega del apoyo en especie.	Porcentaje de entrega de apoyos en especie con supervisión por parte del personal técnico.	(Cantidad de apoyos en especie entregados con supervisión del personal técnico/Cantidad programada de apoyos en especie a ser entregados con supervisión del personal técnico) * 100	Porcentaje	Gestión-Eficacia-Semestral		90%
A1.C3. Gestionar al personal técnico productivo y social.	Porcentaje de personal técnico productivo registrado en el programa respecto al planeado.	(Personal técnico productivo registrado en el Programa/Total de personal técnico productivo programado para ser registrado en el Programa) *100	Porcentaje	Gestión-Eficacia-Semestral		90%
	Porcentaje de personal técnico social registrado en el programa respecto al planeado.	(Personal técnico social registrado en el Programa/Total de personal técnico social programado para ser registrado en el Programa) *100	Porcentaje	Gestión-Eficacia-Semestral		90%

CUARTA.- APLICACIÓN.- Los recursos presupuestarios federales que reasigna el Ejecutivo Federal a que alude la Cláusula Segunda de este instrumento, se destinarán en forma exclusiva al Proyecto descrito en la Cláusula Primera.

Dichos recursos no podrán traspasarse a otros conceptos de gasto y se registrarán conforme a su naturaleza como gasto corriente.

Los recursos presupuestarios federales que se reasignen, una vez devengados y conforme avance el ejercicio, deberán ser registrados por “LA ENTIDAD FEDERATIVA” en su contabilidad, de acuerdo con las disposiciones jurídicas aplicables, y se rendirán en su Cuenta Pública, sin que por ello pierdan su carácter federal.

Los rendimientos financieros que generen los recursos a que se refiere la cláusula segunda de este Convenio de Coordinación en Materia de Reasignación de Recursos, deberán destinarse al proyecto previsto en la cláusula primera del mismo.

QUINTA.- GASTOS ADMINISTRATIVOS.- “LAS PARTES” señalan que todos los gastos que deriven de la ejecución del proyecto previsto en la cláusula primera del presente instrumento, están considerados en el calendario de ejecución, que obra dentro del Expediente Técnico, que es parte integrante del presente instrumento.

SEXTA.- OBLIGACIONES DE “LA ENTIDAD FEDERATIVA”.- “LA ENTIDAD FEDERATIVA” se obliga a:

- I. Aplicar los recursos a que se refiere la Cláusula Segunda de este instrumento en el Proyecto para la operación del Programa “SEMBRANDO VIDA” establecidos en la Cláusula Primera del mismo, sujetándose a los objetivos e indicadores de desempeño y sus metas previstos en la Cláusula Tercera de este instrumento.
- II. Suscribir los expedientes técnicos con “LA SECRETARÍA”, de conformidad con lo establecido en las disposiciones aplicables.
- III. Responsabilizarse, a través de la Secretaría de Administración y Finanzas del Estado de: administrar los recursos presupuestarios federales radicados únicamente en la cuenta bancaria productiva específica señalada en la cláusula segunda de este Convenio de Coordinación en Materia de Reasignación de Recursos, por lo que no podrán traspasarse tales recursos a otras cuentas; efectuar las ministraciones oportunamente para la ejecución de las funciones, programas o proyectos previstos en este instrumento; recabar la documentación comprobatoria de las erogaciones; realizar los registros correspondientes en la contabilidad y en la Cuenta Pública local conforme sean devengados y ejercidos los recursos, respectivamente, así como dar cumplimiento a las demás disposiciones federales aplicables en la administración de dichos recursos, en corresponsabilidad con la instancia ejecutora local.
- IV. Entregar mensualmente por conducto de la Secretaría de Administración y Finanzas del Estado a “LA SECRETARÍA”, la relación detallada sobre las erogaciones del gasto elaborado por las instancias ejecutoras, debidamente validada por la Secretaría de Administración y Finanzas del Estado.

Asimismo, se compromete a mantener bajo su custodia, a través de la Secretaría de Administración y Finanzas del Estado la documentación comprobatoria original de los recursos presupuestarios federales erogados, hasta en tanto la misma le sea requerida por “LA SECRETARÍA” y, en su caso por la SHCP y la SFP, así como la información adicional que estas últimas le requieran, de conformidad con lo establecido en los artículos 83, primer párrafo, de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, y 224, fracción VI, de su Reglamento.

La documentación comprobatoria del gasto de los recursos presupuestarios federales objeto de este Convenio de Coordinación en Materia de Reasignación de Recursos, deberá cumplir con los requisitos fiscales establecidos en las disposiciones federales aplicables.

- V. Registrar en su contabilidad los recursos presupuestarios federales que reciba, de acuerdo con los principios de contabilidad gubernamental, y aquella información relativa a la rendición de informes sobre las finanzas públicas y la Cuenta Pública local ante su Congreso.

- VI. Iniciar las acciones para dar cumplimiento al Proyecto a que hace referencia la cláusula primera de este Convenio de Coordinación en Materia de Reasignación de Recursos, en un plazo no mayor a 20 días naturales, contados a partir de la formalización de este instrumento.
- VII. Observar las disposiciones legales federales aplicables a las obras públicas y a los servicios relacionados con las mismas, así como las adquisiciones, arrendamientos de bienes muebles y prestación de servicios de cualquier naturaleza que se efectúen con los recursos señalados en la cláusula segunda del presente Convenio de Coordinación en Materia de Reasignación de Recursos.
- VIII. Evitar comprometer recursos que excedan de su capacidad financiera, para la realización del Proyecto previsto en este instrumento.
- IX. Requerir con la oportunidad debida a las instancias federales, estatales o municipales que correspondan, la asesoría técnica, autorizaciones o permisos que resulten necesarios para la realización del proyecto previsto en este instrumento.
- X. Reportar y dar seguimiento trimestralmente, en coordinación con “LA SECRETARÍA” sobre el avance en el cumplimiento de objetivos e indicadores de desempeño y sus metas, previstos en la cláusula tercera de este Convenio de Coordinación en Materia de Reasignación de Recursos, así como el avance y, en su caso, resultados de las acciones que lleve a cabo de conformidad con este instrumento, en los términos establecidos en los numerales Tercero y Cuarto del “Acuerdo por el que se da a conocer a los gobiernos de las entidades federativas y municipios, y de las demarcaciones territoriales del Distrito Federal, el formato para proporcionar información relacionada con recursos presupuestarios federales”, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de enero de 2007. De ser el caso, y conforme a las disposiciones aplicables, evaluar los resultados obtenidos con la aplicación de los recursos presupuestarios federales que se proporcionarán en el marco del presente Convenio de Coordinación en Materia de Reasignación de Recursos.
- XI. Proporcionar la información y documentación que en relación con los recursos a que se refiere la cláusula segunda de este instrumento requieran los órganos de control y fiscalización federales y estatales facultados, y permitir a éstos las visitas de inspección que en ejercicio de sus respectivas atribuciones lleven a cabo.
- XII. Presentar a “LA SECRETARÍA”, y por conducto de ésta a la SHCP, a través de la DGPpP “B” y directamente a la SFP, por conducto de la Dirección General de Operación Regional y Contraloría Social, a más tardar el último día hábil de febrero de 2021, el cierre de ejercicio de las operaciones realizadas, las conciliaciones bancarias, el monto de los recursos ejercidos, en su caso, con el desglose a que se refiere la cláusula segunda de este instrumento, así como el nivel de cumplimiento de los objetivos del Proyecto y las metas de los indicadores de desempeño, alcanzados en el ejercicio de 2020.

SÉPTIMA.- OBLIGACIONES DEL EJECUTIVO FEDERAL.- El Ejecutivo Federal, a través de “LA SECRETARÍA”, se obliga a:

- I. Reasignar a favor de “LA ENTIDAD FEDERATIVA”, los recursos presupuestarios a que se refiere la Cláusula Segunda del presente Convenio de Coordinación en Materia de Reasignación de Recursos, de acuerdo con los plazos y calendarios establecidos en el expediente técnico, parte integrante de este instrumento.
- II. Realizar los registros correspondientes en la Cuenta Pública Federal y en los demás informes sobre el ejercicio del gasto público, a efecto de informar sobre la aplicación de los recursos reasignados en el marco del presente Convenio de Coordinación en Materia de Reasignación de Recursos.
- III. Dar seguimiento trimestralmente, en coordinación con “LA ENTIDAD FEDERATIVA”, sobre el avance en el cumplimiento de objetivos e indicadores de desempeño y sus metas, previstos en la cláusula tercera del presente Convenio de Coordinación en Materia de Reasignación de Recursos.

Asimismo, evaluar los resultados obtenidos con la aplicación de los recursos presupuestarios federales que se proporcionarán en el marco de este instrumento. Los resultados de dicha evaluación deberán ser remitidos a la SFP.

OCTAVA.- RECURSOS HUMANOS.- Los recursos humanos que requiera cada una de las partes para la ejecución del objeto del presente Convenio de Coordinación en Materia de Reasignación de Recursos, quedarán bajo su absoluta responsabilidad jurídica y administrativa, y no existirá relación laboral alguna entre estos y la otra parte, por lo que en ningún caso se entenderán como patrones sustitutos o solidarios.

NOVENA.- CONTROL, VIGILANCIA, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.- El control, vigilancia, seguimiento y evaluación de los recursos presupuestarios federales a que se refiere la Cláusula Segunda del presente Convenio de Coordinación en Materia de Reasignación de Recursos corresponderá a “LA SECRETARÍA”, a la SHCP, a la SFP y a la Auditoría Superior de la Federación, sin perjuicio de las acciones de vigilancia, control, seguimiento y evaluación que, en coordinación con la SFP, realice el órgano de control de “LA ENTIDAD FEDERATIVA”.

Las responsabilidades administrativas, civiles y penales derivadas de afectaciones a la Hacienda Pública Federal en que, en su caso, incurran los servidores públicos, federales o locales, así como los particulares, serán sancionadas en los términos de la legislación aplicable.

DÉCIMA.- VERIFICACIÓN.- Con el objeto de asegurar la efectividad del presente Convenio de Coordinación en Materia de Reasignación de Recursos, “LA SECRETARÍA” y “LA ENTIDAD FEDERATIVA” revisarán periódicamente su contenido y aplicación, así como también adoptarán las medidas necesarias para establecer el enlace y la comunicación requeridas para dar el debido seguimiento a los compromisos asumidos.

Las partes convienen que “LA ENTIDAD FEDERATIVA” destine una cantidad equivalente al uno al millar del monto total de los recursos reasignados y aportados en efectivo, a favor de la Contraloría del Ejecutivo estatal (o su equivalente) para que realice la vigilancia, inspección, control y evaluación de las obras y acciones ejecutadas por administración directa con esos recursos; dicha cantidad será ejercida conforme a los lineamientos que emita la SFP. La ministración correspondiente se hará conforme a los plazos y calendario programados para el ejercicio de los recursos reasignados, para lo que del total de estos recursos se restará hasta el uno al millar y la diferencia se aplicará a las acciones que se detallan en los anexos de este instrumento. Para el caso de las obras públicas ejecutadas por contrato, aplicará lo dispuesto en el artículo 191 de la Ley Federal de Derechos.

La SFP verificará en cualquier momento el cumplimiento de los compromisos a cargo de “LA ENTIDAD FEDERATIVA”, en los términos del presente instrumento.

En lo términos establecidos en el artículo 82, fracciones XI y XII de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, “LA ENTIDAD FEDERATIVA” destinará un monto equivalente al uno al millar del monto total de los recursos reasignados para la fiscalización de los mismos, a favor del órgano técnico de fiscalización de la legislatura de “LA ENTIDAD FEDERATIVA”.

DÉCIMA PRIMERA.- SUSPENSIÓN O CANCELACIÓN DE LA REASIGNACIÓN DE RECURSOS.- El Ejecutivo Federal, por conducto de “LA SECRETARÍA” podrá suspender o cancelar la ministración subsecuente de recursos presupuestarios federales a “LA ENTIDAD FEDERATIVA”, cuando se determine que se haya utilizado con fines distintos a los previstos en este Convenio de Coordinación en Materia de Reasignación de Recursos o por el incumplimiento de las obligaciones contraídas en el mismo, supuestos en los cuales los recursos indebidamente utilizados tendrán que ser restituidos a la Tesorería de la Federación, dentro de los 15 días siguientes en que los requiera “LA SECRETARÍA”.

Previo a que “LA SECRETARÍA” determine lo que corresponda en términos del párrafo anterior, concederá el derecho de audiencia a “LA ENTIDAD FEDERATIVA” para que, en su caso, aclare o desvirtúe los hechos que se le imputen.

DÉCIMA SEGUNDA.- RECURSOS FEDERALES NO DEVENGADOS.- “LAS PARTES” acuerdan que los remanentes o saldos disponibles de los recursos presupuestarios federales en la cuenta bancaria productiva específica a la que se refiere la Cláusula Segunda de este Convenio de Coordinación en Materia de Reasignación de Recursos, incluyendo los rendimientos financieros generados, que no se encuentren devengados o estén vinculados formalmente con compromisos y obligaciones de pago al 31 de diciembre de 2020, se reintegrarán a la Tesorería de la Federación, en un plazo de 15 días naturales contados a partir del cierre del ejercicio fiscal, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables.

DÉCIMA TERCERA.- MODIFICACIONES AL CONVENIO DE COORDINACIÓN EN MATERIA DE REASIGNACIÓN DE RECURSOS.- “LAS PARTES” acuerdan que el presente Convenio de Coordinación en Materia de Reasignación de Recursos podrá modificarse de común acuerdo y por escrito, sin alterar su estructura y en estricto apego a las disposiciones jurídicas aplicables. Las modificaciones al Convenio de Coordinación en Materia de Reasignación de Recursos deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación y en el Órgano de Difusión Oficial de “LA ENTIDAD FEDERATIVA” dentro de los 15 días hábiles posteriores a su formalización.

En caso de contingencias para la realización del Proyecto previsto en este instrumento, ambas partes acuerdan tomar las medidas o mecanismos que permitan afrontar dichas contingencias. En todo caso, las medidas y mecanismos acordados serán formalizados mediante la suscripción del convenio modificatorio correspondiente.

DÉCIMA CUARTA.- INTERPRETACIÓN, JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA.- “LAS PARTES” manifiestan su conformidad para interpretar, en el ámbito de sus respectivas competencias, y resolver de común acuerdo, todo lo relativo a la ejecución y cumplimiento del presente Convenio de Coordinación en Materia de Reasignación de Recursos, así como a sujetar todo lo no previsto en el mismo a lo dispuesto en la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y su Reglamento; así como a las demás disposiciones jurídicas aplicables.

De las controversias que surjan con motivo de la ejecución y cumplimiento del presente Convenio de Coordinación en Materia de Reasignación de Recursos conocerán los tribunales federales competentes en la Ciudad de México.

DÉCIMA QUINTA.- VIGENCIA.- El presente Convenio de Coordinación en Materia de Reasignación de Recursos comenzará a surtir sus efectos a partir de la fecha de su suscripción, y hasta el 31 de diciembre de 2020, con excepción de lo previsto en la fracción XII de la cláusula SEXTA de este instrumento, debiéndose publicar en el Diario Oficial de la Federación y en el Órgano de Difusión Oficial de “LA ENTIDAD FEDERATIVA”, dentro de los 15 días hábiles posteriores a su formalización, de conformidad con el artículo 224, último párrafo, del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.

DÉCIMA SEXTA.- TERMINACIÓN ANTICIPADA. - El presente Convenio de Coordinación en Materia de Reasignación de Recursos podrá darse por terminado cuando se presente alguna de las siguientes causas:

- I. Por estar satisfecho el objeto para el que fue celebrado;
- II. Por acuerdo de las partes;
- III. Por rescisión, cuando se determine que los recursos presupuestarios federales se utilizaron con fines distintos a los previstos en este Convenio de Coordinación en Materia de Reasignación de Recursos o por el incumplimiento de las obligaciones contraídas en el mismo, y
- IV. Por caso fortuito o fuerza mayor.

DÉCIMA SÉPTIMA.- DIFUSIÓN Y TRANSPARENCIA. - El Ejecutivo Federal a través de “LA SECRETARÍA”, difundirá en su página de Internet el Proyecto financiado con los recursos a que se refiere la Cláusula Segunda del presente Convenio de Coordinación en Materia de Reasignación de Recursos, incluyendo los avances y resultados físicos y financieros. “LA ENTIDAD FEDERATIVA” se compromete, por su parte, a difundir dicha información mediante su página de Internet y otros medios públicos, en los términos de las disposiciones aplicables.

Estando enteradas las partes del contenido y alcance legal del presente Convenio de Coordinación en Materia de Reasignación de Recursos, lo firman de conformidad en ocho ejemplares; en la Ciudad de México a los 20 días del mes de mayo de 2020.- Por el Ejecutivo Federal: el Subsecretario de Planeación, Evaluación y Desarrollo Regional, **Javier May Rodríguez**.- Rúbrica.- Por la Entidad Federativa: la Secretaria de Administración y Finanzas del Estado, **Olga Rosas Moya**.- Rúbrica.- La Secretaria General de Gobierno del Estado, **María Dolores Fritz Sierra**.- Rúbrica.- El Secretario de Desarrollo Rural, **Jorge André Díaz Loeza**.- Rúbrica.

ANEXO 1

EXPEDIENTE TECNICO

EXPEDIENTE TÉCNICO PARA LA REALIZACIÓN DE ACCIONES ENCAMINADAS PARA LA PRODUCCIÓN DE PLANTAS FRUTALES Y DE CULTIVO, EN 3 (TRES) VIVEROS, ESTABLECIENDO LAS METAS DE PRODUCCION Y LA CORRESPONDIENTE TRANSFERENCIA DE RECURSOS NECESARIOS PARA EL LOGRO DE LAS MISMAS; QUE SUSCRIBEN POR UNA PARTE LA SECRETARÍA DE BIENESTAR, REPRESENTADA POR SUBSECRETARIO DE PLANEACIÓN, EVALUACIÓN Y DESARROLLO REGIONAL, EL C. JAVIER MAY RODRIGUEZ, A QUIÉN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ “LA SECRETARÍA” Y POR LA OTRA PARTE; EL C. JORGE ANDRES DIAZ LOEZA, SECRETARIO DE DESARROLLO RURAL DEL ESTADO DE YUCATAN, A QUIENES EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ “LA ENTIDAD FEDERATIVA”, A QUIENES CUANDO ACTUÉN DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ “LAS PARTES”, AL TENOR DE LOS ANTECEDENTES Y DECLARACIONES SIGUIENTES:

I. ANTECEDENTES.

- A. Con fecha 20 de mayo de 2020, “LA ENTIDAD FEDERATIVA Y LA SECRETARÍA” celebraron un Convenio de Coordinación en Materia de Reasignación de Recursos, en adelante “Convenio de Coordinación”, el cual establece en su cláusula primera el objeto de dicho instrumento jurídico.
- B. En la cláusula Sexta fracción II del “Convenio de Coordinación” se establece que se suscribirán los expedientes técnicos necesarios para realizar cualquier acción a que se refiere su cláusula Primera.
- C. Así mismo la Cláusula Sexta, fracción II del “Convenio de Coordinación”, establece que se suscribirán los Expedientes Técnicos que sean necesarios, en ellos se establecerán entre otros aspectos, las características cuantitativas y cualitativas requeridas para la producción de plantas, así como el monto calendarizado de los recursos a ejercer que hayan sido determinados previamente entre “LAS PARTES” conforme al presupuesto presentado por “LA ENTIDAD FEDERATIVA” a solicitud de la “LA SECRETARÍA”.

II. DECLARACIONES.

- A. “LAS PARTES” ratifican en todo su contenido el “Convenio de Coordinación en Materia de Reasignación de Recursos”, con la finalidad de impulsar la adecuada ejecución de las acciones de producción y mantenimiento de plantas, así como de apoyo y asesoría para el manejo, en su etapa de vivero, con el fin de llevar a cabo la operación del Programa Federal Sembrando Vida para el ejercicio fiscal 2020.
- B. Los representantes de cada una de “LAS PARTES” manifiestan bajo protesta de decir verdad, que cuentan con las facultades legales para la firma del presente instrumento, en términos de la normatividad que las rige, por lo que se reconocen mutuamente su personalidad jurídica y capacidad legal con que ostentan en el presente acto, manifestando su libre y espontánea voluntad para obligarse en los términos y condiciones insertos en el presente Expediente Técnico.
- C. “LA ENTIDAD FEDERATIVA”, manifiesta en este acto que, para efectos del cumplimiento del objeto del presente Expediente Técnico, cuenta con una red de viveros, para la producción y mantenimiento de plantas, así como de asesoría para su manejo, de los cuales es propietario o administrador y cuenta con la posesión física y material.
- D. Que, en este acto C. Javier May Rodríguez, Subsecretario de Planeación, Evaluación y Desarrollo Regional, designa como responsable del seguimiento, cumplimiento del objeto y acciones que deriven del presente expediente técnico al C. Adrián Flores Eredia Coordinador Territorial del Programa Sembrando Vida en el Estado de Yucatán, así mismo el C. Jorge André Díaz Loeza, Secretario de Desarrollo Rural, designa como responsable del seguimiento, cumplimiento del objeto y acciones que deriven del presente expediente técnico al Ing. José Manuel Bolio García, Director de Agricultura.
- E. “LA ENTIDAD FEDERATIVA Y LA SECRETARIA” en este acto ratifican como sus domicilios legales para los efectos del presente anexo técnico los señalados en el “Convenio de Coordinación”
- F. Expuesto lo anterior “LAS PARTES” acuerdan suscribir el presente Expediente Técnico 2020, en los términos siguientes.

III. OBJETIVO.

Establecer los recursos económicos que deberá transferir “LA SECRETARÍA” a “LA ENTIDAD FEDERATIVA” y el destino de estos, así como la mecánica operativa para la producción de 4,563,750 (Cuatro Millones Quinientos Sesenta y tres mil setecientos cincuenta) árboles frutales y de cultivo, con el fin de llevar a cabo la operación del Programa Federal Sembrando Vida para el ejercicio fiscal 2020.

IV. RECURSOS.

- A.** “LA SECRETARÍA” se compromete a transferir a “LA ENTIDAD FEDERATIVA” los recursos presupuestales acordados en el presente Expediente Técnico, necesarios para realizar las actividades definidas conforme a la tabla descrita en párrafo E, del numeral VI del presente instrumento jurídico, por un monto total de \$70, 811, 250.00 (SETENTA MILLONES OCHOCIENTOS ONCE MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS 00/100 M.N.), debiendo destinarse estos recursos presupuestales para la producción de un total de 4,563,750 plantas frutícolas y de cultivo, durante el año 2020. Dichos recursos serán ejercidos para los trabajos de producción en los viveros que administrará “LA ENTIDAD FEDERATIVA”. Cantidad que se pagará en una sola exhibición
- B.** “LA SECRETARÍA” realizará las gestiones necesarias ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, para la transferencia oportuna de los recursos presupuestales a “LA ENTIDAD FEDERATIVA”.
- C.** En virtud de que los recursos que “LA SECRETARÍA” otorgará a “LA ENTIDAD FEDERATIVA” mantendrán su naturaleza jurídica de recursos públicos federales al ser transferidos, éstos deberán depositarse en cuentas bancarias específicas que permitan su identificación para efectos de comprobación de su ejercicio y fiscalización. Para lo cual, “LA ENTIDAD FEDERATIVA” abrirá una cuenta bancaria productiva y proporcionará a “LA SECRETARÍA” la información relativa a la misma, en la cual incluirá el nombre del banco, sucursal, número de cuenta y titular de la cuenta.
- D.** “LA ENTIDAD FEDERATIVA” se compromete a que en esa cuenta únicamente se depositarán los recursos económicos federales que le sean transferidos por “LA SECRETARÍA” y serán utilizados exclusivamente para las actividades de producción de plantas frutales y de cultivo.
- E.** “LA ENTIDAD FEDERATIVA” expedirá los recibos fiscales por la aportación total de los recursos federales, mismos que deberá cumplir con los requisitos establecidos por la normatividad aplicable a la materia.
- F.** “LA ENTIDAD FEDERATIVA”, realizará el ejercicio de los recursos económicos transferidos por “LA SECRETARÍA”, y considerando que mantendrán su naturaleza jurídica de recursos públicos federales, observando estrictamente las disposiciones y directivas previstas en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y su Reglamento; la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y su Reglamento; Leyes Fiscales vigentes y demás Leyes relacionadas.
- G.** El personal que contrate o designe “LA ENTIDAD FEDERATIVA” para la realización de cualquier actividad relacionada con este instrumento, permanecerá en forma absoluta bajo su dirección y dependencia, por lo que no se creará una subordinación de ninguna especie con “LA SECRETARÍA”, ni operará la figura jurídica de patrón sustituto o solidario.

V. MECÁNICA OPERATIVA.

- A.** En cada proyecto de producción de plantas, “LA ENTIDAD FEDERATIVA” deberá elaborar un programa calendarizado de producción anual determinando con claridad las actividades a realizar, los recursos financieros a utilizar y el calendario de ejecución de acciones, mismo que forma parte del Presente Expediente Técnico.
- B.** Para la ejecución de las actividades, “LA ENTIDAD FEDERATIVA” y “LA SECRETARÍA” mantendrán estrecho enlace y coordinación a través de reuniones de trabajo y supervisiones conjuntas a los viveros, en donde se tomarán acuerdos que aclaren, reafirmen y reorienten las actividades comprometidas para el cumplimiento de los objetivos y metas establecidas en el programa.
- C.** “LA SECRETARÍA”, a través de sus Coordinaciones Territoriales conjuntamente con la Titular de la Dirección Forestal de la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales de “LA ENTIDAD FEDERATIVA”, determinarán las especies a producir, que se establecen en el presente Expediente Técnico, precisando que el sistema de producción es el denominado: En bolsa del tamaño que establece cada una de las fichas técnicas insertas en el presente documento para el caso de los frutales y de cultivo; los datos de periodo de siembra, el seguimiento a la producción y a la cosecha, los procedimientos de extracción de planta en cada uno de los viveros, debiendo determinar las acciones necesarias para dar cumplimiento a estos compromisos institucionales, las cuales se deberán precisar en el Programa anual de producción de planta, descrito en el Anexo II de este documento, se acuerda que en caso que alguna de las especies establecidas en el presente instrumento no germinaran por algún detalle técnico o de cualquier otra índole por razones no

imputables a "LA ENTIDAD FEDERATIVA", "LAS PARTES" podrán tomar nuevos acuerdos, siempre y cuando estos no impliquen modificar a la alza los costos de producción por planta y se cumplan con los objetivos del presente instrumento, por lo cual no será necesario la modificación del presente Expediente Técnico, bastara asentar el acuerdo en una minuta de trabajo que formará parte integrante del presente instrumento jurídico.

- D. Con la finalidad de garantizar la producción de plantas, "LA SECRETARÍA" establecerá Lineamientos Técnicos de Producción en coordinación con "LA ENTIDAD FEDERATIVA", donde se definirán las características y condiciones del germoplasma a utilizar y el cumplimiento a la normatividad aplicable vigente, así como los indicadores morfológicos de calidad de las plantas que serán entregadas de manera centralizada a "LA SECRETARÍA" la cual deberá implementar mecanismos de extracción adecuados para entregar la planta a las personas que designe como beneficiarias y que participarán en su Programa "Sembrando Vida", de conformidad con las Reglas de Operación de dicho Programa, emitidos por "LA SECRETARÍA" y publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de Marzo de 2020. Una vez que los Lineamientos Técnicos de Producción de Plantas sean debidamente validados y firmados por "LAS PARTES", formará parte integrante de presente Expediente Técnico.
- E. En el periodo de cosecha "LA SECRETARÍA" solicitará por escrito la entrega de plantas, estableciéndose la cantidad y la especie a extraer, dichas plantas se entregarán a puerta del vivero, cabe precisar que "LA ENTIDAD FEDERATIVA" no tendrá ninguna injerencia en el transporte de las plantas del vivero hacia su destino final.
- F. La Coordinación Territorial de "LA SECRETARÍA" en el estado de Yucatán, deberán observar que los acuerdos tomados en las visitas de supervisión que celebren con la Titular de la Dirección Forestal de la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales de "LA ENTIDAD FEDERATIVA", se cumplan en su totalidad, solucionando cualquier tipo de problemática ya sea de carácter técnico u operativo informando los resultados a sus superiores inmediatos.
- G. Asimismo, la Coordinación Territorial será la responsable de participar en el seguimiento al cumplimiento de las metas estipuladas para el vivero, debiendo realizar evaluaciones de manera periódica, dando seguimiento puntual al desarrollo de las plantas, generando en caso de ser necesario recomendaciones técnicas que aseguren el sano desarrollo de las plantas, en el entendido de que "LA SECRETARÍA", previa solicitud a "LA ENTIDAD FEDERATIVA", podrá realizar visitas técnicas a cualquiera de los viveros destinados para la producción de planta.
- H. "LAS PARTES", acuerdan eximir de responsabilidad de cualquier tipo a "LA ENTIDAD FEDERATIVA" cuando por causas imputables a "LA SECRETARÍA", no pueda cumplir con el compromiso que se adquiere en el presente instrumento, tales como: Tardanza o falta de ministración de los recursos, o que no tenga una definición clara en asuntos que solo a ella le corresponda decidir.
- I. Además, ambas partes acuerdan que las mermas por razones como plagas, enfermedades, pudrición, exceso de agua y otras, deberán ser subsanadas en cada vivero, por lo que se recomienda la producción de un 10% adicional con la finalidad de entregar las metas acordadas.
- J. En caso de riesgo de pérdida parcial o total de la producción por causas catastróficas naturales, no imputables a "LA ENTIDAD FEDERATIVA", la Coordinación Territorial correspondiente, con la Titular de la Dirección Forestal de la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales de "LA ENTIDAD FEDERATIVA", elaborarán un acta de siniestro correspondiente al caso, sin responsabilidad alguna para "LAS PARTES".
- K. La extracción de plantas de los viveros, se realizará conforme a los mecanismos establecidos por "LAS PARTES" la planta deberá de contar con los estándares de calidad definidos en las fichas técnicas establecidas por "LA SECRETARÍA", se determinarán periodos de extracción, en razón al régimen natural de lluvias de conformidad con la zona geográfica que se trate.
- L. Asimismo, "LAS PARTES" prevendrán riesgos sanitarios como potenciales focos de infestación con la participación de la autoridad responsable de la Sanidad Vegetal en los ámbitos Federal, Estatal y Local.
- M. "LA ENTIDAD FEDERATIVA" se compromete a entregar a "LA SECRETARÍA" un informe trimestral respecto de los avances y/o problemática que presente la ejecución de las actividades de producción de plantas frutales y de cultivo, el cual deberá ser dirigido al C. Erandi Gómez Martínez, Director de Área Adscrito a la Subsecretaria de Planeación, Evaluación y Desarrollo Regional.

VI. META DE PRODUCCION, MONTOS, ESPECIES, ESPECIFICACIONES TECNICAS, SEGUIMIENTO DE PRODUCCION Y CALENDARIO DE EJECUCIÓN.

A. META DE PRODUCCIÓN Y MONTOS DE INVERSIÓN

PROYECTO	ACTIVIDAD	COSTO
Adquisición de insumos y producción de planta 2020.	Producción de (4,563,750) plantas frutales y de cultivo para el 2020.	\$70,811,250.00
TOTAL		\$70,811,250.00

B. DETERMINACIÓN DE ESPECIES, METAS DE PRODUCCIÓN, COSTOS E INVERSIÓN

NOMBRE COMUN	NOMBRE CIENTIFICO	CANTIDAD	PRECIO	INVERSION
Pitahaya	<i>Hylocereus monacanthus</i>	500,000	\$ 15.00	7,500,000.00
Achiote	<i>Bixa Orellana</i>	3,375,750	\$ 15.00	50,636,250.00
Guanabana	<i>Annona muricata</i>	10,000	\$ 30.00	300,000.00
Aguacate	<i>Persea americana</i>	100,000	\$ 30.00	3,000,000.00
Mango	<i>Mangifera indica</i>	100,000	\$ 25.00	2,500,000.00
Chicozapote	<i>Manilkara zapota</i>	10,000	\$ 30.00	300,000.00
Guayaba	<i>Psidium guajava</i>	380,000	\$ 14.00	5,320,000.00
Anona	<i>Annona squamosa</i>	25,000	\$ 15.00	375,000.00
Caimito	<i>Chrysophyllum cainito</i>	25,000	\$ 20.00	500,000.00
Grosella	<i>Ribes rubrum</i>	25,000	\$ 10.00	250,000.00
Maracuya	<i>Passiflora edulis</i>	13,000	\$ 10.00	130,000.00
		4,563,750		\$70,811,250.00

C. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

Para poder llevar a cabo con eficiencia y eficacia el cultivo y posterior cosecha de los sistemas Agroforestales, las especies vegetales que se adquieran, referidas en el apartado anterior, deberán ser proporcionadas con la calidad requerida para cada Especie y Variedad según se especifique en las tablas correspondientes que se enlistan a continuación:

Pitahaya (<i>Hylocereus undatus</i>)	
Parámetros de calidad de la planta	
Edad de planta madre:	2 años o más.
Tamaño esqueje:	60 cm – 80 cm
Raíz:	N/A
Estado nutricional:	Sin deficiencia visual de nutrientes
Estado fitosanitario:	Libre de plagas y enfermedades.
Condiciones de entrega	
Tipo de contenedor:	Esqueje

Achiote (<i>Bixa arellana</i>)	
Parámetros de calidad	
Edad total de la planta:	5 meses - 6 meses
Altura de la planta:	60 - 70 cm
Diámetro del tallo:	0.5 - 0.6 cm
Lignificación del tallo:	2/3 partes del tallo
Raíz:	Eje pivotante bien desarrollado y ramificado en raíces adventicias y libre de torceduras.
Estado nutricional:	Vigorosas, sin deficiencia visual de nutrientes.
Estado fitosanitario:	Libre de plagas y enfermedades.
Condiciones de entrega	
Tipo de contenedor	Bolsa de polietileno negro
Tamaño	15 x 20 cm.
Calibre	400

Guanábana (<i>Annona muricata</i>) Variedad:	
Parámetros de calidad	
Edad total de la planta:	8 meses de edad máxima
Diámetro del tallo	0.5 cm a 1.5 cm previo al trasplante y libre de ramas laterales
Raíz:	20 a 25 cm eje pivotante bien desarrollado, ramificado en raíces adventicias y libre de torceduras (cola de cochino)
Estado nutricional:	Sin deficiencia visual de nutrientes y sin clorosis en las hojas
Estado fitosanitario:	Libre de plagas y enfermedades.
Características del clon	
Forma y tamaño del fruto:	Uniforme
Condiciones de entrega	
Tipo de contenedor	Bolsa negra de polietileno
Tamaño	15 x 25 cm
Calibre	400

Aguacate (<i>Persea americana</i>)	
Parámetros de calidad de la planta	
Edad total de la planta injertada:	8 - 9 meses.
Altura total de la planta injertada:	Mayor o igual a 80 cm
Altura del patrón previo al injerto:	Mayor o igual a 40 cm
Altura del injerto:	Mayor o igual a 30 cm
Diámetro del tallo:	1.5 cm - 1.8 cm
Raíz:	Eje pivotante bien desarrollado y ramificado en raíces adventicias y libre de torceduras (sin cola de cochino).
Estado nutricional:	Sin deficiencia visual de nutrientes y sin clorosis en las hojas.
Estado fitosanitario:	Libre de plagas y enfermedades.
Características del clon (planta de donde se obtuvo la vareta para el injerto)	
Forma y tamaño del fruto:	Uniforme
Condiciones de entrega	
Tipo de contenedor:	Bolsa negra de polietileno
Tamaño:	20 cm x 50 cm
Calibre:	400

Mangífera indic, Nombre común: Mango	
Parámetros de calidad	
Edad total de la planta:	10 meses - 12 meses
Diámetro del patrón previo al injerto:	1.0 cm – 1.5 cm
Altura del patrón previo al injerto	≥ a 40 cm
Altura del injerto	50 cm
Altura de la planta injertada	100 cm - 120 cm
Raíz:	Bien conformado, con el cepellón íntegro, con un eje central y raíces laterales bien distribuidas, con abundantes raíces fibrosas y finas. No debe desmoronarse al sacarlo del contenedor o bolsa. No deberá tener raíces deformadas en forma de “J”, en espiral o ascendentes.
Estado nutricional:	Sin deficiencia visual de nutrientes y sin clorosis en las hojas
Estado fitosanitario:	Libre de plagas y enfermedades.
Características del clon	
Forma y tamaño del fruto:	Uniforme
Condiciones de entrega	
Tipo de contenedor	Bolsa negra de polietileno
Tamaño	20 cm x 35 cm
Calibre	≥ 400

Chicozapote (<i>Manilkara zapota</i>)	
Variedad:	
Parámetros de calidad de la planta	
Edad total de la planta:	8 meses - 10 meses.
Altura del patrón previo al injerto:	Mayor o igual a 35 cm.
Altura del injerto:	Mayor o igual a 40 cm.
Altura de la planta injertada:	80 cm - 100 cm.
Diámetro del tallo:	1.2 cm.
Raíz:	Eje pivotante bien desarrollado, ramificado en raíces adventicias y libre de torceduras (cola de cochino).
Estado nutricional:	Sin deficiencia visual de nutrientes y sin clorosis en las hojas.
Estado fitosanitario:	Libre de plagas y enfermedades.
Características del Clon	
Forma y tamaño del fruto:	Uniforme.
Condiciones de entrega	
Tipo de contendor:	Bolsa negra de polietileno
Tamaño:	15 cm x 35 cm Calibre: 400

Guayaba (Psidium guajava)	
Parámetros de calidad de la planta	
Edad:	6 - 8 meses.
Altura:	30 cm – 40 cm
Diámetro del tallo:	5 – 10 mm.
Hojas:	4 o más pares de hojas (pares completos).
Raíz:	Eje pivotante bien conformado, desarrollado y ramificado en raíces adventicias y libre de torceduras (cola de cochino).
Estado nutricional:	Aspecto vigoroso, sin deficiencia visual de nutrientes y sin clorosis en las hojas (deficiencia de hierro).
Estado fitosanitario:	Libre de plagas y enfermedades.
Condiciones de entrega	
Tipo de contenedor:	Bolsa
Tamaño:	15 cm x 25 cm calibre 400

Anona (<i>Annona squamosa</i>) Variedad:	
Parámetros de calidad	
Edad total de la planta:	8 meses de edad máxima
Diámetro del tallo	0.5 cm a 1.5 cm previo al trasplante y libre de ramas laterales
Raíz:	20 a 25 cm eje pivotante bien desarrollado, ramificado en raíces adventicias y libre de torceduras (cola de cochino)
Estado nutrimental:	Sin deficiencia visual de nutrientes y sin clorosis en las hojas
Estado fitosanitario:	Libre de plagas y enfermedades.
Características del clon	
Forma y tamaño del fruto:	Uniforme
Condiciones de entrega	
Tipo de contenedor	Bolsa negra de polietileno
Tamaño	15 x 25 cm Calibre: 400

Chrysophyllum cainito	
Parámetros de calidad	
Edad total de la planta:	6 meses - 8 meses
Altura:	60 cm - 80 cm
Diámetro del tallo	1cm.
Raíz:	Eje pivotante bien desarrollado y ramificado en raíces laterales bien distribuidas, con abundantes raíces fibrosas y finas No deberá tener raíces deformadas en forma de "J", en espiral o ascendentes
Estado nutrimental:	Sin deficiencia visual de nutrientes y sin clorosis en las hojas
Estado fitosanitario:	Libre de plagas y enfermedades.
Características del clon	
Forma y tamaño del fruto:	Uniforme
Condiciones de entrega	
Tipo de contenedor	Bolsa negra de polietileno
Tamaño	15 x 25 cm
Calibre	400

Phyllanthus acidus Grosella o cerezo agrio	
Parámetros de calidad	
Edad total de la planta:	4 meses - 6 meses
Altura:	20 cm - 40cm.
Diámetro del tallo	≥ 5 mm.
Raíz:	Eje pivotante bien desarrollado y ramificado en raíces laterales bien distribuidas, con abundantes raíces fibrosas y finas No deberá tener raíces deformadas en forma de “J”, en espiral o ascendentes
Estado nutrimental:	Sin deficiencia visual de nutrientes y sin clorosis en las hojas
Estado fitosanitario:	Libre de plagas y enfermedades.
Características del clon	
Forma y tamaño del fruto:	Uniforme
Condiciones de entrega	
Tipo de contenedor	Bolsa negra de polietileno
Tamaño	15 x 25 cm
Calibre	400

Passiflora edulis, var. Flavicarpa Maracuyá	
Parámetros de calidad	
Edad total de la planta:	3 meses - 4 meses.
Altura:	20 cm - 35 cm.
Diámetro del tallo	> a 5 mm
Raíz:	Eje pivotante bien desarrollado y ramificado en raíces laterales bien distribuidas, con abundantes raíces fibrosas y finas No deberá tener raíces deformadas en forma de “J”, en espiral o ascendentes
Estado nutrimental:	Sin deficiencia visual de nutrientes y sin clorosis en las hojas
Estado fitosanitario:	Libre de plagas y enfermedades.
Características del clon	
Forma y tamaño del fruto:	Uniforme
Condiciones de entrega	
Tipo de contenedor	Bolsa negra de polietileno
Tamaño	15 x 25 cm., Calibre 400

CALENDARIO PRESUPUESTAL POR CAPÍTULOS.										
CAPITULO	CONCEPTO	MESES								TOTAL.
		MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
2000	MATERIALES Y SUMINISTROS	12,990,176.23	22,006,750.63	9,889,681.73	1,963,088.88	1,963,088.88	1,963,088.88	1,963,088.88	1,963,088.88	54,702,053.00
PARTIDA										
2311	PRODUCTOS ALIMENTICIOS, AGROPECUARIOS Y FORESTALES ADQUIRIDOS COMO MAT.PRIMA	233,333.33	233,333.33	233,333.33						700,000.00
2561	FIBRAS SINTÉTICAS, HULES, PLÁSTICOS Y DERIVADOS	2,420,946.50	2,420,946.50							4,841,893.00
2521	FERTILIZANTES, PESTICIDAS Y OTROS AGROQUÍMICOS	9,616,574.40	19,233,148.80	9,616,574.40	1,923,314.88	1,923,314.88	1,923,314.88	1,923,314.88	1,923,314.88	48,082,872.00
2612	COMBUSTIBLES	119,322.00	119,322.00	39,774.00	39,774.00	39,774.00	39,774.00	39,774.00	39,774.00	477,288.00
2911	REFACCIONES, ACCESORIOS Y HERRAMIENTAS	600,000.00								600,000.00
3000	SERVICIOS GENERALES	1,300,535.76	3,168,839.40	3,168,839.40	3,168,839.40	1,300,535.76	1,300,535.76	1,300,535.76	1,300,535.76	16,009,197.00
PARTIDA										
3752	VIATICOS PARA LABORES DE CAMPO Y SUPERVISION	55,000.00	55,000.00	55,000.00	55,000.00	55,000.00	55,000.00	55,000.00	55,000.00	440,000.00
3311	SERVICIOS LEGALES, DE CONTABILIDAD, AUDITORIA Y RELACIONADOS	1,245,535.76	3,113,839.40	3,113,839.40	3,113,839.40	1,245,535.76	1,245,535.76	1,245,535.76	1,245,535.76	15,569,197.00
5000	BIENES MUEBLES, INMUEBLES E INTANGIBLES	100,000.00								100,000.00
PARTIDA										
5611	MAQUINARIA Y EQUIPO AGROPECUARIO	100,000.00								100,000.00
Subtotal		14,390,711.99	25,175,590.03	13,058,521.13	5,131,928.28	3,263,624.64	3,263,624.64	3,263,624.64	3,263,624.64	
TOTAL GENERAL:										70,811,250.00

Concepto	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Total
Porcentaje estimado de Avance físico	15	35	20	10	5	5	5	5	100%
Porcentaje estimado de Avance financiero	20.32	35.55	18.44	7.25	4.61	4.61	4.61	4.61	100%

- F.** Las claves presupuestales se darán de alta en el Sistema para el Proceso Integral de Programación y Presupuesto (PIPP), una vez que entre en operación dicho sistema para el ejercicio fiscal 2020.
- G.** Bajo situación de contingencia o casos especiales, se podrán modificar las actividades motivo de este instrumento, previo acuerdo de “LAS PARTES”.
- H.** “LAS PARTES” acuerdan, que el presente instrumento podrá ser modificado en cualquiera de sus numerales, por convenio en forma escrita signado por ambas, cuando durante la ejecución de las actividades materia de este expediente técnico, sobrevengan causas que ameriten el incremento o la disminución de los recursos presupuestales que debe transferir “LA SECRETARÍA” a “LA ENTIDAD FEDERATIVA”

VII. INDICADORES DE EVALUACIÓN.

- A.** Los indicadores que justifican el objeto de traspaso de recursos federales a “LA ENTIDAD FEDERATIVA” es el cumplimiento de la producción de plantas y proyectos que se citan en las tablas contenidas en los cuadros A y B del numeral VI de este instrumento.
- B.** Para la ejecución de los trabajos motivo del presente Expediente Técnico, se establece que su inicio será a partir de la fecha de la firma de este instrumento y la terminación de los mismos no podrá exceder al 31 de diciembre del año 2020.
- C.** Para el desarrollo de las acciones contenidas en el presente Anexo Técnico de lo no previsto en el mismo, se estará a lo establecido en el Convenio General de Coordinación a que se refiere el numeral 1 de los Antecedentes, así como a la normatividad aplicable en la materia.
- D.** “LA PARTES” convienen que el presente instrumento es producto de la buena fe, por lo que toda controversia e interpretación que se derive del mismo será resuelto de común acuerdo entre ellas, por lo que, lo firman externando su libre voluntad y sin que exista error, dolo, violencia, mala fe, o cualquiera de los llamados vicios del consentimiento.
- E.** Enteradas “LAS PARTES”, firman en cinco ejemplares el presente Expediente Técnico 2020, en sus respectivos domicilios legales, el día 20 del mes de mayo del año dos mil veinte.

Por la Secretaría: el Subsecretario de Planeación, Evaluación y Desarrollo Regional, **Javier May Rodríguez**.- Rúbrica.- Por el Gobierno: el Secretario de Desarrollo Rural del Estado de Yucatán, **Jorge André Díaz Loeza**.- Rúbrica.

SECRETARÍA 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 la Secretaría de Salud, el Instituto de Salud para el Bienestar y el Estado de Coahuila de Zaragoza.

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 EJECUTIVO FEDERAL, A TRAVÉS DE LA SECRETARÍA DE SALUD, A LA QUE EN ADELANTE SE LE DENOMINARÁ "LA SECRETARÍA", POR CONDUCTO DE SU TITULAR, DR. JORGE CARLOS ALCOCER VARELA, ASISTIDO POR LA DRA. ASA EBBA CHRISTINA LAURELL, SUBSECRETARIA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD; EL DR. HUGO LÓPEZ-GATELL RAMÍREZ, SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EL DR. PEDRO FLORES JIMÉNEZ, TITULAR DE LA UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS; POR OTRA PARTE, EL INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR EN ADELANTE EL "INSABI", REPRESENTADO POR SU DIRECTOR GENERAL, MTRO. JUAN ANTONIO FERRER AGUILAR, Y POR OTRA PARTE, EL EJECUTIVO DEL ESTADO DE COAHUILA DE ZARAGOZA, AL QUE EN ADELANTE SE LE DENOMINARÁ "LA ENTIDAD", REPRESENTADO POR EL GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO, ING. MIGUEL ÁNGEL RIQUELME SOLÍS, ASISTIDO POR EL SECRETARIO DE GOBIERNO ING. JOSÉ MARÍA FRAUSTRO SILLER; EL SECRETARIO DE FINANZAS LIC. BLAS JOSÉ FLORES DÁVILA, EL SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL DEL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO DENOMINADO SERVICIOS DE SALUD DE COAHUILA DE ZARAGOZA, DR. ROBERTO BERNAL GÓMEZ Y LA SECRETARÍA DE FISCALIZACIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS, LIC. TERESA GUAJARDO BERLANGA, 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. No obstante lo señalado en los numerales que anteceden, en términos de lo establecido en los artículos 13, fracciones II del apartado A y I Bis del apartado B y 77 bis 16 A de la LGS, los gobiernos de las entidades federativas están facultadas para acordar con "LA SECRETARÍA" y con el "INSABI", que éste último se haga cargo de organizar, operar, supervisar y evaluar en sus respectivas jurisdicciones territoriales, la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social, a través de la suscripción del Acuerdo de Coordinación correspondiente.

DECLARACIONES**I. "LA SECRETARÍA" declara que:**

- I.1. De conformidad con los artículos 2o, fracción I y 26 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, es una dependencia del Ejecutivo Federal, a la que corresponde, en términos de los artículos 39, fracción I del ordenamiento citado y 7o, fracción I de la LGS, elaborar y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos, servicios médicos gratuitos universales y salubridad general, así como coordinar el Sistema Nacional de Salud.
- I.2. Su Titular, 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 6 y 7, fracción XXII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
- I.3. Los subsecretarios de Integración y Desarrollo del Sector Salud y de Prevención y Promoción de la Salud, así como el Titular de la Unidad de Administración y Finanzas, quienes acreditan su cargo con las copias de sus nombramientos (Anexos B, C y D), participan en la suscripción del presente Acuerdo de Coordinación, de conformidad con las atribuciones que respectivamente les confieren respectivamente los artículos 9, 10 y 11 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, en relación con el artículo 8, fracción XVI del referido ordenamiento reglamentario.
- I.4. Para efectos del presente Acuerdo de Coordinación señala como su domicilio el ubicado en la Calle de Lieja número 7, 1er. piso, Colonia Juárez, Demarcación Territorial Cuauhtémoc, C.P. 06600, en la Ciudad de México.

II. El "INSABI" declara que:

- II.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", 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" en su calidad de órgano rector, acciones orientadas a lograr una adecuada integración y articulación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.
- II.2. Su Director General, quien acredita su cargo con la copia de su nombramiento (Anexo E), 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.
- II.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.

III. "LA ENTIDAD" declara que:

- III.1. El Estado de Coahuila de Zaragoza es una Entidad Libre y Soberana parte integrante del Estado Mexicano, con territorio y población, libre y soberano en cuanto a su régimen interior, constituido como gobierno republicano, representativo y popular 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 de Coahuila de Zaragoza.
- III.2. El Gobernador Constitucional del Estado de Coahuila de Zaragoza, cuenta con las atribuciones necesarias para suscribir el presente Acuerdo de Coordinación en términos de lo dispuesto por los artículos 82 fracción V de la Constitución Política del Estado de Coahuila de Zaragoza, quien acredita su personalidad con el Decreto 1035, emitido en Sesión Solemne celebrada por el Congreso del Estado Independiente, Libre y Soberano de Coahuila de Zaragoza, el 1 de Diciembre de 2017, mediante el cual rindió la protesta de ley para asumir el cargo de Gobernador del Estado de Coahuila de Zaragoza, que desempeñará en el período comprendido del 1 de Diciembre de 2017 al 30 de Noviembre de 2023 publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Coahuila de Zaragoza, número 97, Primera Sección del 5 de diciembre de 2017. (Anexo F).

- III.3.** Los secretarios de Gobierno; de Finanzas; de Salud, así como Secretaria de Fiscalización y Rendición de Cuentas, quienes acreditan su cargo con las copias de sus respectivos nombramientos (Anexos G, H, I y J), participan en la suscripción del presente Acuerdo de Coordinación en asistencia del Gobernador Constitucional del Estado de Coahuila de Zaragoza, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 19 fracción XX de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Coahuila de Zaragoza.
- III.4.** El Director General de Servicios de Salud del Estado de Coahuila de Zaragoza, organismo descentralizado de la Administración Pública de "LA ENTIDAD", cargo que acredita con copia de su nombramiento (Anexo K), participa en la celebración del presente Acuerdo de Coordinación, de conformidad con lo establecido en los artículos 4 fracción II y 19 fracciones II y IX del Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal denominado Servicios de Salud de Coahuila de Zaragoza.
- III.5.** Para efectos del presente Acuerdo de Coordinación señala como su domicilio el ubicado en Calle Juárez y Zaragoza s/n, Zona Centro, C.P. 25000, Saltillo, Coahuila.
- IV. "LAS PARTES" declaran que:**
- IV.1.** Se reconocen mutuamente el carácter y las facultades jurídicas que ostentan para la celebración del presente Acuerdo de Coordinación.
- IV.2.** Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 13, fracciones II del apartado A y I Bis del apartado B y 77 bis 16 A de la LGS, es su voluntad celebrar el presente instrumento jurídico, a efecto de que a petición de "LA ENTIDAD", el "INSABI" asuma la responsabilidad de organizar, operar y supervisar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social, en virtud de lo cual, están conformes en 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" 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 LGS en el Estado de Coahuila de Zaragoza.

Para efectos de lo anterior, "LAS PARTES" convienen en que (i) el "INSABI", a partir de la fecha en que se formalicen los anexos 1, 2 y 3 del presente instrumento jurídico, 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 Coahuila de Zaragoza, correspondientes al primer y segundo nivel de atención, a los que en lo sucesivo se denominarán "LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS", mientras que, (ii) "LA ENTIDAD", a través de la Secretaría de Salud y de los Servicios de Salud del Estado de Coahuila de Zaragoza, tendrá dicha responsabilidad respecto de la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social, correspondientes al tercer nivel, a los que en lo sucesivo se denominarán "LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS".

SEGUNDA. TRANSFERENCIA DE RECURSOS PARA LA PRESTACIÓN DE "LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS". Con la finalidad de que el "INSABI" esté en posibilidad de organizar, operar y supervisar la prestación de "LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS", "LA ENTIDAD" se obliga a transferirle o, en su caso, a poner a su disposición, previa suscripción del convenio específico que al efecto se celebre entre "LA ENTIDAD" y el "INSABI", instrumento jurídico que una vez formalizado, constituirá el Anexo 1 del presente Acuerdo de Coordinación, los recursos humanos, materiales y financieros con los que cuenta para dicho fin, de conformidad con lo siguiente.

A. Infraestructura en salud. Régimen inmobiliario.

“LAS PARTES” convienen en que “LA ENTIDAD”, por conducto de la Secretaría de Salud y de los Servicios de Salud del Estado de Coahuila de Zaragoza, según corresponda, entregará al “INSABI”, la posesión de los establecimientos para la atención médica que correspondan al primer y segundo nivel de atención, a los que en lo sucesivo se denominará “LOS INMUEBLES”, con la finalidad de que los mismos se destinen de manera exclusiva a la prestación de “LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS”. Dicha entrega se realizará con la gradualidad que se determine en el Anexo 1 y se formalizará mediante la suscripción del acta de entrega recepción correspondiente, en lo sucesivo “EL ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN”, misma que contendrá el detalle de las unidades médicas a transferirse y que una vez formalizada, constituirá el Anexo 2 del presente Acuerdo de Coordinación. Las subsecuentes entregas recepción de establecimientos para la atención médica que se efectúen en los términos pactados en el Anexo 1, se agregarán como Adendas del Anexo 2.

En tal virtud, “LAS PARTES” están conformes en que el “INSABI” asuma la dirección, uso y goce de manera gratuita de “LOS INMUEBLES”, a partir de la fecha de formalización de “EL ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN” y, en su caso, de sus Adendas. Para efectos de lo anterior, “LOS INMUEBLES” deberán cumplir con los criterios siguientes:

- a. Ser propiedad de “LA ENTIDAD” o, en su caso, del Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal denominado Servicios de Salud de Coahuila de Zaragoza. Para efecto de acreditar lo anterior, “LA ENTIDAD” se obliga a proporcionar al “INSABI”, previo a la suscripción “EL ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN”, copia certificada del instrumento que acredite el dominio de “LOS INMUEBLES”, así como los datos de su inscripción ante el Registro Público de la Propiedad de “LA ENTIDAD”.

Conforme a lo anterior, “LAS PARTES” acuerdan que para el caso de que, con posterioridad a la formalización de “EL ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN”, algún tercero ejercite alguna acción que tenga por objeto reclamar la posesión o dominio del predio en el que se encuentre ubicado alguno de “LOS INMUEBLES”, “LA ENTIDAD” se obliga a sacar en paz y a salvo a la “LA SECRETARÍA” y al “INSABI”, respecto de las prestaciones que se les reclamen. Lo anterior, sin perjuicio de que el “INSABI” determine, sin ninguna responsabilidad de su parte, restituir a “LA ENTIDAD”, la posesión de los inmuebles que se encuentren en este supuesto.

- b. Contar con Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) asignada por “LA SECRETARÍA”, así como con las licencias y avisos sanitarios que les permitan llevar a cabo la prestación de “LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS”.
- c. Encontrarse libre de todo gravamen.
- d. No tener adeudos pendientes por concepto de impuesto predial, derechos por consumo y suministro de agua, o por cualquier otra contribución de carácter local que les corresponda cubrir.
- e. Encontrarse al corriente en el pago de los servicios que se tengan contratados.

En virtud de lo antes señalado, “LAS PARTES” están conformes en que a partir de la fecha de suscripción de “EL ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN” y, en su caso, de sus adendas, el “INSABI”, con cargo a los recursos financieros que “LA ENTIDAD” acuerde poner a su disposición en virtud del presente instrumento jurídico, se hará responsable de:

- a. Los gastos necesarios para el mantenimiento y conservación de “LOS INMUEBLES”.
- b. El pago de los derechos que por consumo de agua correspondan a “LOS INMUEBLES”.
- c. El pago de los servicios contratados para la correcta operación de los servicios que se presten a la población sin seguridad social.

Asimismo, “LAS PARTES” acuerdan que el pago del impuesto predial que causen “LOS INMUEBLES”, correrán a cargo de “LA ENTIDAD”. De igual modo, cualquier adeudo que, en su caso, se encuentre vencido y pendiente de cumplir a la fecha de celebración de este instrumento jurídico, relacionados con “LOS INMUEBLES”, correrán a cargo de “LA ENTIDAD”.

Sin perjuicio de lo antes señalado, “LAS PARTES” están de acuerdo en que “LA ENTIDAD”, previo cumplimiento de los requisitos que se prevén en las disposiciones jurídicas aplicables, podrá en todo momento optar por donar a “EL INSABI” algunos o la totalidad de los “LOS INMUEBLES”.

B. Recursos materiales.

“LAS PARTES” acuerdan que al momento de formalizarse “EL ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN”, “LA ENTIDAD” donará al “INSABI”, libre de todo gravamen, los bienes de consumo, mobiliario, equipo de oficina, infraestructura informática, vehículos y demás bienes inventariables que sean de su propiedad, que resulten necesarios para la prestación de “LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS”. El inventario detallado de los referidos recursos, debidamente suscrito por quienes intervengan en su elaboración y validación, formará parte integral de “EL ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN”.

En tal virtud, “LA ENTIDAD” se obliga a hacerse responsable de los adeudos relacionados con los referidos recursos, que a la fecha de formalización de “EL ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN”, se encuentren vencidos y pendientes de cumplir.

Conforme a lo anterior, para el caso de que algún tercero ejercite alguna acción relacionada con los recursos materiales a que se refiere el presente apartado B, “LA ENTIDAD” se obliga (i) a sacar a salvo y en paz a “LA SECRETARÍA” y al “INSABI” de las prestaciones que se les reclamen, y (ii) a realizar, con cargo a sus recursos propios, los pagos que, en su caso, determinen las autoridades competentes.

C. Recursos humanos. Régimen laboral.

“LAS PARTES” convienen en que a partir de la fecha de formalización de “EL ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN”, el “INSABI” se hará cargo de la administración del personal que por escrito determinen de común acuerdo, cuyo detalle constituirá el Anexo 3 del presente instrumento jurídico. Dicha administración de personal se sujetará a los criterios siguientes:

- a. La responsabilidad patronal continuará a cargo de la dependencia o entidad de la Administración Pública de “LA ENTIDAD” a la que se haya encontrado adscrito dicho personal. En tal virtud, la celebración del presente instrumento jurídico no implica en modo alguno que el “INSABI” asuma el carácter de patrón solidario o sustituto respecto del referido personal.
- b. Las acciones que se realicen para dar cumplimiento al presente Acuerdo de Coordinación, respetarán en todo momento los derechos laborales del personal que se describa en el Anexo 3 del presente instrumento jurídico. En virtud de ello, su relación laboral continuará sujetándose a las Condiciones Generales de Trabajo de “LA SECRETARÍA” y los reglamentos que de la misma derivan.

Sin perjuicio de lo anterior, dicho personal será capacitado por el “INSABI” para brindar “LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS”, en los términos que determine el propio “INSABI”, acorde con el Modelo de Atención que se detalla en el presente Acuerdo de Coordinación.

- c. La revisión de las Condiciones Generales de Trabajo y sus reglamentos, seguirá efectuándose entre la “SECRETARÍA” y el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud, conforme a los mecanismos que derivan de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del Artículo 123 Constitucional.
- d. El “INSABI” realizará, por nombre y cuenta de “LA ENTIDAD”, los pagos que por sueldos y salarios y las respectivas prestaciones corresponda al personal referido, como contraprestación por el desempeño de sus labores conforme a los tabuladores autorizados, con cargo a los recursos financieros que esta última acuerde poner a su disposición en virtud del presente instrumento jurídico.
- e. “LA ENTIDAD” se obliga a cubrir con recursos propios los pasivos laborales originados previo al inicio de la vigencia del presente Acuerdo de Coordinación, aun en los supuestos de que el emplazamiento respectivo o la resolución definitiva que, en su caso, se emita, se efectúen con posterioridad a la fecha de su celebración.

El detalle de las plantillas de personal que en lo subsecuente sean puestas a disposición del “INSABI”, para que éste se haga cargo de su administración, conforme a la gradualidad pactada en el Anexo 1, se agregarán como Adenda del Anexo 2.

D. Recursos financieros.

De conformidad con lo previsto en el artículo 77 bis 16 A de la LGS, para financiar la prestación de “LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS”, “LAS PARTES” acuerdan que, una vez que se formalice “EL ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN”, se sujetarán a lo siguiente:

- a. Ramo 12. “EL INSABI” ejercerá de manera directa la parte proporcional que corresponda a “LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS”, de los recursos presupuestarios federales que conforme a lo dispuesto en el artículo 77 bis 15 de la LGS, deban asignarse a “LA ENTIDAD” para la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social. Para tal fin, en el Anexo 4 del presente Acuerdo de Coordinación, mismo que deberá actualizarse de manera anual, se 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 gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en su circunscripción territorial.

En este sentido, “LAS PARTES” están de acuerdo en que, por única vez y 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 monto de los recursos presupuestarios federales que “EL INSABI” ejercerá para la prestación de “LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS”. En el caso del ejercicio fiscal 2020, dicho monto se agregará como Adenda del Anexo 4, una vez que se formalicen los Anexos 1, 2 y 3 del presente instrumento jurídico.
- iii. El monto de los recursos presupuestarios federales que “EL INSABI” habrá de transferir a “LA ENTIDAD” para la prestación de “LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS” y el calendario de transferencia respectivo y sus modalidades, incluyendo aquéllos que se entregarán en especie. En el caso del ejercicio fiscal 2020, “LAS PARTES” están conformes en que dicho monto se agregará como Adenda del Anexo 4, una vez que se formalicen los Anexos 1, 2 y 3 del presente instrumento jurídico, en el entendido de que en tanto se suscriben los referidos Anexos 1, 2 y 3, “LA ENTIDAD” recibirá de el “INSABI” la totalidad de los recursos presupuestarios federales para la prestación de los servicios en su circunscripción territorial.

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

Al cierre del ejercicio fiscal, el “INSABI” deberá reintegrar a la Tesorería de la Federación, los recursos remanentes y, en su caso, los rendimientos financieros no ejercidos, en los plazos que al efecto se establecen en las disposiciones jurídicas aplicables.

- b. Ramo 33. Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud. “LA ENTIDAD” se obliga a aportar al “INSABI”, la parte proporcional de los recursos que conforme a lo dispuesto en los artículos 25, fracción II, 29, 30 y 31 de la Ley de Coordinación Fiscal, le corresponden para apoyar el ejercicio de las atribuciones que le competen, en los términos de los artículos 3o, 13 y 18 de la LGS. Para efectos de lo anterior, “LAS PARTES” acuerdan sujetarse a lo siguiente:

- i. En el Anexo 4 del presente Acuerdo de Coordinación se deberá señalar el porcentaje de los recursos que “LA ENTIDAD” aportará al “INSABI” para que éste se haga cargo de la prestación de “LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS”. En el caso del ejercicio fiscal 2020, dicho monto se agregará como Adenda del Anexo 4, una vez que se formalicen los Anexos 1, 2 y 3 del presente instrumento jurídico, en el entendido de que en tanto dichos documentos se suscriben, “LA ENTIDAD” será responsable de la aplicación de la totalidad de los recursos a que se refiere este literal b.
- ii. “LA ENTIDAD” se obliga a aportar al “INSABI”, los recursos referidos en el numeral que antecede junto con los rendimientos financieros que se hubiesen generado, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha de su recepción. Dicha aportación deberá realizarse a través del fideicomiso público que para tal efecto tenga constituido el “INSABI”, en el que dicho organismo descentralizado de la Administración Pública Federal tendrá el carácter de fideicomitente único. La administración de dichos recursos se realizará a través de una subcuenta específica del mencionado fideicomiso.
- iii. El “INSABI” aplicará los recursos a que se refiere el presente literal b, conforme a los elementos que se contienen en el artículo 30 de la Ley de Coordinación Fiscal.

Al cierre del ejercicio fiscal, el “INSABI” deberá reintegrar a la Tesorería de la Federación, los recursos remanentes y, en su caso, los rendimientos financieros no ejercidos, en los plazos que al efecto se establecen en las disposiciones jurídicas aplicables.

- 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 4 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 4 de este instrumento jurídico. En este sentido, en el referido Anexo deberá desglosarse la parte proporcional que corresponda entregarse en numerario al “INSABI” para la prestación de los “LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS” y la que corresponda a “LA ENTIDAD” para la prestación de “LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS”. En el caso del ejercicio fiscal 2020, dicho desglose de montos se agregará como Adenda del Anexo 4, una vez que se formalicen los Anexos 1, 2 y 3, en el entendido de que en tanto dichos documentos se suscriben, “LA ENTIDAD” será responsable de la aplicación de la totalidad de los recursos a que se refiere este apartado E.

En este tenor, “LA ENTIDAD” se obliga a entregar al “INSABI” la parte proporcional de su aportación solidaria que corresponderá a la prestación de “LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS”, a través de la cuenta bancaria productiva específica que el “INSABI” abra para tal fin, en los términos y conforme al calendario que al efecto se prevea en el referido Anexo 4.

En virtud de lo anterior, “LA ENTIDAD” manifiesta su conformidad para que, en caso de incumplimiento respecto de la entrega de la parte proporcional de la aportación solidaria que le corresponde entregar conforme a lo señalado en la presente Cláusula, 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 a las aportaciones antes señaladas, ponga a disposición del “INSABI” el monto correspondiente.

- F.** Aportaciones adicionales de “LA ENTIDAD”. “LAS PARTES” acuerdan que las aportaciones adicionales que “LA ENTIDAD” determine realizar para apoyar la prestación de “LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS”, se harán constar como un Apéndice del Anexo 4 del presente instrumento jurídico, mismo que una vez suscrito por “LAS PARTES”, formará parte integral del mismo. Dichas aportaciones se canalizarán a través de la cuenta bancaria productiva específica a que se hace referencia en el literal que antecede.

TERCERA. PRESTACIÓN DE “LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS”. “LAS PARTES” acuerdan que la prestación de “LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS”, cuya organización, operación y supervisión queda a cargo de “LA ENTIDAD”, a través de la Secretaría de Salud y de los Servicios de Salud del Estado de Coahuila de Zaragoza, se sujetará a lo estipulado en la presente Cláusula, en el entendido de que los servicios que correspondan al primer y segundo nivel de atención continuarán a su cargo, en tanto no se suscriban los Anexos 1, 2 y 3 de este instrumento jurídico.

- A.** Modalidades orgánicas y funcionales de la prestación gratuita de “LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS”.

“LA ENTIDAD” se obliga, a través de la Secretaría de Salud y de los Servicios de Salud del Estado de Coahuila de Zaragoza, a que la prestación de “LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS” se sujetará orgánica y funcionalmente a los criterios siguientes:

- a.** Modalidades orgánicas. “LA ENTIDAD” se obliga a que la prestación de “LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS”, 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 5.

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 “LA SECRETARÍA” y el “INSABI” efectúen al Modelo de Atención conforme a sus respectivos ámbitos de atribuciones, formarán parte integral del referido Anexo 5 y serán obligatorias para “LA ENTIDAD” a partir del día siguiente a aquél en que el “INSABI” le notifique por escrito las referidas modificaciones. Sin perjuicio de lo anterior, “LA SECRETARÍA” y el “INSABI” difundirán el Modelo de Atención y sus modificaciones a través de sus páginas 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 NO TRANSFERIDOS”.
- c.** “LA ENTIDAD” se obliga a llevar a cabo la prestación de los “LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS”, 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 referidos servicios.

El incumplimiento de esta obligación, dará lugar a imponer a los responsables de las unidades médicas en las que se realicen cobros indebidos a los usuarios de “LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS”, las sanciones administrativas y penales correspondientes, por lo que “LAS PARTES” se obligan a realizar las denuncias correspondientes 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 NO TRANSFERIDOS", obtengan y mantengan de "LA SECRETARÍA", 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", relativos a la sensibilización, difusión, promoción y metodología de capacitación, que se utilizarán en la prestación de "LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS". Dichos materiales le serán proporcionados a "LA ENTIDAD", por conducto del "INSABI".
- g. "LA ENTIDAD" se obliga a proporcionar al "INSABI" y a "LA SECRETARÍA", en los plazos y bajo los criterios que estos determinen, la información relativa y actualizada de la prestación de "LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS", a través de los sistemas de información que al efecto establezcan el "INSABI" y "LA SECRETARÍA", en sus respectivos ámbitos de competencia.
- 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 presente Título, 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 NO TRANSFERIDOS" 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.

El "INSABI" se obliga a transferir con oportunidad a "LA ENTIDAD" los recursos presupuestarios federales que le correspondan para la prestación de "LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS", cuyo monto y calendario de transferencia se determinarán anualmente en el Anexo 4 del presente instrumento jurídico, conforme a lo estipulado en el numeral ii del literal a del Apartado D de la Cláusula Segunda del presente 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, única y 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 Coahuila de Zaragoza, Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal, que tendrá el carácter de Unidad Ejecutora para efectos de la prestación de "LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS" 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 al órgano de control interno estatal, 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, única y 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 NO TRANSFERIDOS", así como los rendimientos financieros que éstos generen, no podrán ser destinados a fines distintos a los expresamente previstos en el Anexo 4 del presente Acuerdo de Coordinación.

Para efectos de lo señalado en el párrafo anterior, "LAS PARTES" están conformes en que en el referido Anexo 4 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 la Ley Federal de Austeridad Republicana y demás 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 NO TRANSFERIDOS", 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 6.

Para tal efecto, el referido Anexo 6 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 NO TRANSFERIDOS", 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 ENTIDAD", 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 ENTIDAD".

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 NO TRANSFERIDOS" que 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 competentes del Ejecutivo Federal. 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 al órgano de control interno estatal, 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 "LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS", ésta se obliga a participar, a través de su Secretaría de Fiscalización y Rendición de Cuentas, 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, en los términos que dispongan las Reglas de Operación de "EL FONDO".

- iii. "LAS PARTES" acuerdan que los recursos que "LA ENTIDAD" reciba de "EL FONDO", 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, única y 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 respectivo que se haya celebrado conforme a lo previsto en las Reglas de Operación del "FONDO". Dicha ministración deberá realizarse en la cuenta bancaria productiva, única y 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 literal, "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 al órgano de control interno estatal, 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 a 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 gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en su circunscripción territorial.

E. Aportación solidaria estatal.

"LA ENTIDAD" se obliga, a través de su Secretaría de Finanzas, a transferir a la Unidad Ejecutora, en los términos que se precisan en el Anexo 4 del presente Acuerdo de Coordinación, la parte proporcional que en numerario corresponda para la prestación de "LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS", en la cuenta productiva específica que para tal efecto se determine.

Asimismo, "LA ENTIDAD" manifiesta su conformidad para que, en caso de incumplimiento respecto de la transferencia de los recursos a que se refiere 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 señalada ante la unidad administrativa competente de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, para que con cargo a las referidas participaciones a aquélla del Fondo General de Participaciones del Ramo 28, se ponga a disposición del "INSABI" el monto correspondiente, a efecto de que éste efectúe la transferencia correspondiente a la Unidad Ejecutora.

- F. El "INSABI", con sujeción a su suficiencia presupuestaria, podrá determinar transferir a "LA ENTIDAD" recursos adicionales no regularizables, a destinarse a la prestación de "LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS", cuyos fines específicos deberán estipularse en el convenio específico que al efecto se celebre.
- G. Indicadores de seguimiento a la operación y los términos de la evaluación integral de "LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS".

"LAS PARTES" acuerdan que el seguimiento a la operación y la evaluación integral de la prestación de "LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS" 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 7 del presente Acuerdo de Coordinación.

CUARTA. 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 TRANSFERIDOS", 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.

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

SEXTA. 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.

SÉPTIMA. RELACIÓN LABORAL. Sin perjuicio de lo señalado en la Cláusula Segunda del presente Acuerdo de Coordinación, 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 las otras partes, 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.

OCTAVA. 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.

NOVENA. 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 las otras partes, 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”.

DÉCIMA. 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 Convenio Específico de Transferencia de Recursos.

Anexo 2 Acta de Entrega Recepción.

Anexo 3 Recursos Humanos Transferidos.

Anexo 4 Monto de Recursos a Transferir y Conceptos de Gasto.

Anexo 5 Modelo de Atención.

Anexo 6 Criterios Generales en Materia de Supervisión.

Anexo 7 Indicadores de Seguimiento a la Operación y los Términos de la Evaluación Integral.

Los Anexos 1, 2, 3, 6 y 7 antes referidos se integrarán al presente Acuerdo de Coordinación, en los términos estipulados en las cláusulas Segunda, párrafo primero y sus apartados A y C y Tercera, apartados C y G de este instrumento jurídico, respectivamente.

El Anexo 4 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 de los Servicios de Salud de “LA ENTIDAD”. El “INSABI” y la “LA ENTIDAD” se obligan a publicar dicho Anexo 4, en el Diario Oficial de la Federación y en el Periódico Oficial de “LA ENTIDAD”, respectivamente.

DÉCIMA PRIMERA. 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 SEGUNDA. 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 en cuatro tantos originales, en la Ciudad de México, a los 5 días del mes de febrero de dos mil veinte.- Por la Secretaría: el Secretario de Salud, **Jorge Carlos Alcocer Varela**.- Rúbrica.- La Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud, **Asa Ebba Christina Laurell**.- Rúbrica.- El Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, **Hugo López-Gatell Ramírez**.- Rúbrica.- El Titular de la Unidad de Administración y Finanzas, **Pedro Flores Jiménez**.- Rúbrica.- Por el INSABI: el Director General, **Juan Antonio Ferrer Aguilar**.- Rúbrica.- Por la Entidad: el Gobernador Constitucional del Estado, **Miguel Ángel Riquelme Solís**.- Rúbrica.- El Secretario de Gobierno, **José María Fraustro Siller**.- Rúbrica.- El Secretario de Finanzas, **Blas José Flores Dávila**.- Rúbrica.- El Secretario de Salud y Director General del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud de Coahuila de Zaragoza, **Roberto Bernal Gómez**.- Rúbrica.- La Secretaria de Fiscalización y Rendición de Cuentas, **Teresa Guajardo Berlanga**.- Rúbrica.

Anexo 4 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 Coahuila de Zaragoza.

Monto de recursos a transferir

y conceptos de gasto

- 1. Monto total de los recursos presupuestarios federales a destinarse a “LA ENTIDAD” para la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en su circunscripción territorial.**

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 gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en su circunscripción territorial, durante el presente ejercicio fiscal 2020, con estricta sujeción a la disponibilidad presupuestaria correspondiente, es por la cantidad de hasta \$ 555,269,873.36 (Quinientos cincuenta y cinco millones doscientos sesenta y nueve mil ochocientos setenta y tres pesos 36/100 M.N.).

- 2. Monto de los recursos presupuestarios federales que “EL INSABI” ejercerá para la prestación de “LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS”.**

Este monto será determinado en la Adenda correspondiente, en los términos estipulados en el numeral ii del literal a del apartado D de la Cláusula Segunda del Acuerdo de Coordinación del que forma parte el presente Anexo.

Dichos recursos se ejercerán, atendiendo a la distribución y conceptos de gasto previstos en los numerales 5 y 6 del presente Anexo.

- 3. Monto de los recursos presupuestarios federales a transferir a “LA ENTIDAD” para la prestación de “LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS”.**

Este monto será determinado en la Adenda correspondiente, en los términos estipulados en el numeral ii del literal a del apartado D de la Cláusula Segunda del Acuerdo de Coordinación del que forma parte el presente Anexo.

- 4. Calendario de ministración de los recursos presupuestarios federales a transferir para la prestación de “LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS”.**

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 Tercera del Acuerdo de Coordinación del que forma parte el presente Anexo.

- 5. Distribución de los recursos de presupuestarios federales transferidos para la prestación de “LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS”.**

El ejercicio de los recursos presupuestarios federales que el “INSABI” transfiera a “LA ENTIDAD”, para la prestación de “LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS” 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 NO TRANSFERIDOS”, 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 NO TRANSFERIDOS”.
- c. Hasta 18 por ciento, para gasto de operación de las unidades médicas de “LA ENTIDAD” que realicen la prestación de “LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS”.

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.

6. Conceptos de gasto de los recursos presupuestarios federales transferidos para la prestación de “LOS SERVICIOS NO 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 Tercera 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 NO TRANSFERIDOS”, 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 NO TRANSFERIDOS”.

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 Coahuila de Zaragoza, 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 Coahuila de Zaragoza.

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

Para efectos del ejercicio de los recursos que se destinan a esta finalidad, "LAS PARTES" manifiestan su conformidad para que el "INSABI" retenga los recursos presupuestarios federales correspondientes y los entregue en especie a "LA ENTIDAD". El detalle de medicamentos, material de curación y otros insumos asociados a la prestación de "LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS", 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 NO TRANSFERIDOS", conforme a lo siguiente:

"LAS PARTES" acuerdan que el "INSABI" podrá liberar recursos líquidos a "LA ENTIDAD" para que ésta adquiera directamente medicamentos, material de curación y otros insumos asociados a la prestación de "LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS", mismos que serán computados como parte del porcentaje a que se refiere el presente literal.

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 NO TRANSFERIDOS", hasta 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 NO TRANSFERIDOS".

Este concepto de gasto incluye lo siguiente:

- i. Cubrir el gasto de operación de los Servicios de Salud del Estado de Coahuila de Zaragoza, relacionado exclusivamente con la prestación de "LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS". 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 Tercera 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 NO TRANSFERIDOS", "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, específicamente, 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 Tercera 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 tal fin, “LAS PARTES” están conformes en que las acciones que deriven de este concepto de gasto, serán realizadas por el “INSABI” y, en consecuencia, el importe de recursos correspondiente será ejercido directamente por el “INSABI” y los avances y la entrega de los trabajos correspondientes serán considerados como transferencia de recursos en especie, en los términos establecidos en la fracción III del artículo 77 bis 15 de la LGS.

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 de Salud del Estado de Coahuila de Zaragoza, 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 NO TRANSFERIDOS”, 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 Tercera 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 NO TRANSFERIDOS”.

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 Coahuila de Zaragoza, 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.

7. 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 Coahuila de Zaragoza.

8. Programación de los recursos.

“LA ENTIDAD” se obliga, por conducto del Titular de los Servicios de Salud del Estado de Coahuila de Zaragoza 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 máximos 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.

9. Información del ejercicio de los recursos presupuestarios federales transferidos para la prestación de “LOS SERVICIOS NO 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 Coahuila de Zaragoza 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.

10. Porcentaje de los recursos del Ramo 33. Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud que se destinarán al “INSABI” para la prestación de “LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS”.

Este monto será determinado en la Adenda correspondiente, en los términos estipulados en el numeral i del literal b del apartado D de la Cláusula Segunda del Acuerdo de Coordinación del que forma parte el presente Anexo.

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

Conforme a lo pactado en la Cláusula Segunda inciso E) 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 \$ 360,141,664.23 (Trescientos sesenta millones ciento cuarenta y un mil seiscientos sesenta y cuatro pesos 23/100 M.N.), en virtud de lo cual el importe líquido que por este concepto deberá aportar “LA ENTIDAD” será la cantidad de \$ 252,099,164.96 (Doscientos cincuenta y dos millones noventa y nueve mil ciento sesenta y cuatro pesos 96/100 M.N.).

La parte proporcional de la aportación solidaria que corresponde realizar “LA ENTIDAD” que deberá ser entregada al “INSABI” para la prestación de “LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS”, será determinado en la Adenda correspondiente, en los términos estipulados en el apartado E de la Cláusula Segunda del Acuerdo de Coordinación del que forma parte el presente Anexo.

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
	\$ 360,141,664.23	\$ 90,035,416.06	\$ 90,035,416.06	\$ 90,035,416.06	\$ 90,035,416.06
70%	\$ 252,099,164.96	\$ 63,024,791.24	\$ 63,024,791.24	\$ 63,024,791.24	\$ 63,024,791.24
30%	\$ 108,042,499.27	\$ 27,010,624.82	\$ 27,010,624.82	\$ 27,010,624.82	\$ 27,010,624.82
	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 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. La cual 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 correspondientes 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.

12. “LAS PARTES” acuerdan que las circunstancias no previstas en el presente Anexo, serán resueltas por el “INSABI”.

El presente Anexo se firma a los 5 días del mes de febrero de 2020.- Por la Secretaría: el Secretario de Salud, **Jorge Carlos Alcocer Varela**.- Rúbrica.- La Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud, **Asa Ebba Christina Laurell**.- Rúbrica.- El Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, **Hugo López-Gatell Ramírez**.- Rúbrica.- El Titular de la Unidad de Administración y Finanzas, **Pedro Flores Jiménez**.- Rúbrica.- Por el INSABI: el Director General, **Juan Antonio Ferrer Aguilar**.- Rúbrica.- Por la Entidad: el Gobernador Constitucional del Estado, **Miguel Ángel Riquelme Solís**.- Rúbrica.- El Secretario de Gobierno, **José María Fraustro Siller**.- Rúbrica.- El Secretario de Finanzas, **Blas José Flores Dávila**.- Rúbrica.- El Secretario de Salud y Director General del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud de Coahuila de Zaragoza, **Roberto Bernal Gómez**.- Rúbrica.- La Secretaria de Fiscalización y Rendición de Cuentas, **Teresa Guajardo Berlanga**.- Rúbrica.

Anexo 5 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 Coahuila de Zaragoza.

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 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 garantice 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.

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 prescritos 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 funcionan 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8.- Seguimiento y Evaluación del Modelo SABI.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. El INSABI prestará 4 funciones básicas:

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

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

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

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

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

10. El Personal Médico para la APS en México.

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

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

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

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

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

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

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

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

- Consensuar los currículos disciplinares 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 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 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.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)

Por la Secretaría: el Secretario de Salud, **Jorge Carlos Alcocer Varela**.- Rúbrica.- La Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud, **Asa Ebba Christina Laurell**.- Rúbrica.- El Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, **Hugo López-Gatell Ramírez**.- Rúbrica.- El Titular de la Unidad de Administración y Finanzas, **Pedro Flores Jiménez**.- Rúbrica.- Por el INSABI: el Director General, **Juan Antonio Ferrer Aguilar**.- Rúbrica.- Por la Entidad: el Gobernador Constitucional del Estado, **Miguel Ángel Riquelme Solís**.- Rúbrica.- El Secretario de Gobierno, **José María Fraustro Siller**.- Rúbrica.- El Secretario de Finanzas, **Blas José Flores Dávila**.- Rúbrica.- El Secretario de Salud y Director General del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud de Coahuila de Zaragoza, **Roberto Bernal Gómez**.- Rúbrica.- La Secretaria de Fiscalización y Rendición de Cuentas, **Teresa Guajardo Berlanga**.- Rúbrica.

Conserjería Jurídica

Saltillo, Coahuila de Zaragoza, a 06 de febrero de 2020.

ACUERDOS ENTRE EL DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR (INSABI) Y EL SECRETARIO DEL ESTADO DE COAHUILA DE ZARAGOZA, ADICIONALES A LA FIRMA DEL ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA GARANTIZAR LA PRESTACIÓN GRATUITA DE LOS SERVICIOS DE SALUD, MEDICAMENTOS Y DEMÁS INSUMOS ASOCIADOS PARA LAS PERSONAS SIN SEGURIDAD SOCIAL,

Derivado a la Reunión celebrada el día 05 de febrero de 2020, el Gobierno del Estado Coahuila de Zaragoza acordó con el INSABI suscribir Acuerdo de Adhesión, considerando posteriormente formalizar lo siguiente:

- El INSABI asumirá la nómina eventual de la Secretaría de Salud (1642 trabajadores).
- El INSABI se hará cargo de la conclusión y operación de los Hospitales Oncológico y Materno Infantil.
- El Estado participará de los recursos extraordinarios para hacer frente al monto que se dejará de percibir por concepto de cuotas de recuperación (70 millones).
- El Estado participará de la bolsa de los 40,000 millones de pesos extraídos del Fondo de Salud para el Bienestar.
- El INSABI apoyará al Estado con recursos extraordinarios para hacer frente el Déficit en nómina que asciende a la cantidad de 470.75 millones.

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 la Secretaría de Salud, el Instituto de Salud para el Bienestar y el Estado de Durango.

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 EJECUTIVO FEDERAL, A TRAVÉS DE LA SECRETARÍA DE SALUD, A LA QUE EN ADELANTE SE LE DENOMINARÁ "LA SECRETARÍA", POR CONDUCTO DE SU TITULAR, DR. JORGE CARLOS ALCOCER VARELA, ASISTIDO POR LA DRA. ASA EBBA CHRISTINA LAURELL, SUBSECRETARIA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD; EL DR. HUGO LÓPEZ-GATELL RAMÍREZ, SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EL DR. PEDRO FLORES JIMÉNEZ, TITULAR DE LA UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS; POR OTRA PARTE, EL INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR, EN LO SUCESIVO EL "INSABI", REPRESENTADO POR SU DIRECTOR GENERAL, MTRO. JUAN ANTONIO FERRER AGUILAR, Y POR OTRA PARTE, EL EJECUTIVO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE DURANGO, AL QUE EN ADELANTE SE LE DENOMINARÁ "LA ENTIDAD", REPRESENTADO POR EL GOBERNADOR DEL ESTADO, DR. JOSÉ ROSAS AISPURO TORRES, ASISTIDO POR EL SECRETARIO GENERAL DE GOBIERNO, ARQ. ADRIÁN ALANÍS QUIÑONES; EL SECRETARIO DE FINANZAS Y DE ADMINISTRACIÓN, C.P. JESÚS ARTURO DÍAZ MEDINA, EL SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD DE DURANGO, DR. SERGIO GONZÁLEZ ROMERO Y LA SECRETARIA DE CONTRALORÍA, LIC. RAQUEL LEILA ARREOLA FALLAD, 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. No obstante lo señalado en los numerales que anteceden, en términos de lo establecido en los artículos 13, fracciones II del apartado A y I Bis del apartado B y 77 bis 16 A de la LGS, los gobiernos de las entidades federativas están facultadas para acordar con "LA SECRETARÍA" y con el "INSABI", que éste último se haga cargo de organizar, operar, supervisar y evaluar en sus respectivas jurisdicciones territoriales, la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social, a través de la suscripción del Acuerdo de Coordinación correspondiente.

DECLARACIONES

- I. **"LA SECRETARÍA" declara que:**
 - I.1. De conformidad con los artículos 2o, fracción I y 26 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, es una dependencia del Ejecutivo Federal, a la que corresponde, en términos de los artículos 39, fracción I del ordenamiento citado y 7o, fracción I de la LGS, elaborar y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos, servicios médicos gratuitos universales y salubridad general, así como coordinar el Sistema Nacional de Salud.
 - I.2. Su Titular, 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 6 y 7, fracción XXII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

- I.3. Los subsecretarios de Integración y Desarrollo del Sector Salud y de Prevención y Promoción de la Salud, así como el Titular de la Unidad de Administración y Finanzas, quienes acreditan su cargo con las copias de sus nombramientos (Anexos B, C y D), participan en la suscripción del presente Acuerdo de Coordinación, de conformidad con las atribuciones que respectivamente les confieren respectivamente los artículos 9, 10 y 11 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, en relación con el artículo 8, fracción XVI del referido ordenamiento reglamentario.
- I.4. Para efectos del presente Acuerdo de Coordinación señala como su domicilio el ubicado en la Calle de Lieja número 7, 1er. piso, Colonia Juárez, Demarcación Territorial Cuauhtémoc, C.P. 06600, en la Ciudad de México.
- II. El "INSABI" declara que:**
- II.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", 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" en su calidad de órgano rector, acciones orientadas a lograr una adecuada integración y articulación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.
- II.2. Su Director General, quien acredita su cargo con la copia de su nombramiento (Anexo E), 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.
- II.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.
- III. "LA ENTIDAD" declara que:**
- III.1. El Estado de Durango 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 60 y 62 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Durango.
- III.2. El Gobernador del Estado de Durango, acredita la personalidad con la que comparece mediante el Bando Solemne que da a conocer en todo el Estado la declaratoria de Gobernador Electo, publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Durango, número 74 de fecha 15 de septiembre de 2016 y cuenta con las atribuciones necesarias para suscribir el presente Acuerdo de Coordinación en términos de lo dispuesto por los artículos 98 fracciones X, XII y XXXVIII de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Durango, y en sus numerales 1, 6 fracción VI y 9 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Durango (Anexo F).
- III.3. Los secretarios General de Gobierno; de Finanzas y de Administración; de Salud y Director General de Servicios de Salud de Durango, así como de Contraloría, quienes acreditan su cargo con las copias de sus respectivos nombramientos (Anexos G, H, I, J y K), participan en la suscripción del presente Acuerdo de Coordinación en asistencia del Gobernador del Estado de Durango, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 99 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Durango, 28 fracciones I, II, VI y VIII, 29 fracción VI, 30 fracción LX, 34 fracción III y 36 fracción XXXVIII de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Durango, 15 y 30 fracción XII de la Ley de Salud del Estado de Durango.
- III.4. Para efectos del presente Acuerdo de Coordinación, señala como su domicilio al ubicado en Av. Cuauhtémoc número 225, Zona Centro, C.P. 34000 en la ciudad de Durango, Durango.
- IV. "LAS PARTES" declaran que:**
- IV.1. Se reconocen mutuamente el carácter y las facultades jurídicas que ostentan para la celebración del presente Acuerdo de Coordinación.
- IV.2. Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 13, fracciones II del apartado A y I Bis del apartado B y 77 bis 16 A de la LGS, es su voluntad celebrar el presente instrumento jurídico, a efecto de que a petición de "LA ENTIDAD", el "INSABI" asuma la responsabilidad de organizar, operar y supervisar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social, en virtud de lo cual, están conformes en 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" 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 LGS en el Estado de Durango.

Para efectos de lo anterior, "LAS PARTES" convienen en que (i) el "INSABI", a partir de la fecha en que se formalicen los anexos 1, 2 y 3 del presente instrumento jurídico, 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 Durango, correspondientes al primer y segundo nivel de atención, a los que en lo sucesivo se denominarán "LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS", mientras que, (ii) "LA ENTIDAD", a través de la Secretaría de Salud y de los Servicios de Salud del Estado de Durango, tendrá dicha responsabilidad respecto de la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social, correspondientes al tercer nivel, a los que en lo sucesivo se denominarán "LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS".

SEGUNDA. TRANSFERENCIA DE RECURSOS PARA LA PRESTACIÓN DE "LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS". Con la finalidad de que el "INSABI" esté en posibilidad de organizar, operar y supervisar la prestación de "LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS", "LA ENTIDAD" se obliga a poner a su disposición, previa suscripción del convenio específico que al efecto se celebre entre "LA ENTIDAD" y el "INSABI", instrumento jurídico que una vez formalizado, constituirá el Anexo 1 del presente Acuerdo de Coordinación, los recursos humanos, materiales y financieros con los que cuenta para dicho fin, de conformidad con lo siguiente.

A. Infraestructura en salud. Régimen inmobiliario.

"LAS PARTES" convienen en que "LA ENTIDAD", por conducto de la Secretaría de Salud y de los Servicios de Salud del Estado de Durango, según corresponda, pondrá a disposición del "INSABI", en los términos estipulados en el Anexo 1 de este instrumento jurídico, los establecimientos para la atención médica que correspondan al primer y segundo nivel de atención, a los que en lo sucesivo se denominará "LOS INMUEBLES", con la finalidad de que los mismos se destinen de manera exclusiva a la prestación de "LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS". Dicha disposición se realizará con la gradualidad que se determine en el Anexo 1 y se formalizará mediante la suscripción del acta de entrega recepción correspondiente, en lo sucesivo "EL ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN", misma que contendrá el detalle de las unidades médicas que se pondrán a disposición y que una vez formalizada, constituirá el Anexo 2 del presente Acuerdo de Coordinación. Las subsecuentes entregas recepción de establecimientos para la atención médica que se efectúen en los términos pactados en el Anexo 1, se agregarán como Adendas del Anexo 2.

En tal virtud, "LAS PARTES" están conformes en que "LA ENTIDAD" pone a disposición del "INSABI", "LOS INMUEBLES", a partir de la fecha de formalización de "EL ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN" y, en su caso, de sus Adendas. Para efectos de lo anterior, "LOS INMUEBLES" deberán cumplir con los criterios siguientes:

- a. Ser propiedad de "LA ENTIDAD" o, en su caso, del organismo descentralizado de la Administración Pública Local denominado Servicios de Salud de Durango. Para efecto de acreditar lo anterior, "LA ENTIDAD" se obliga a proporcionar al "INSABI", previo a la suscripción de "EL ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN", copia certificada del instrumento que acredite el dominio de "LOS INMUEBLES", así como los datos de su inscripción ante el Registro Público de la Propiedad de "LA ENTIDAD".

Conforme a lo anterior, "LAS PARTES" acuerdan que para el caso de que, con posterioridad a la formalización de "EL ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN", algún tercero ejercite alguna acción que tenga por objeto reclamar la posesión o dominio del predio en el que se encuentre ubicado alguno de "LOS INMUEBLES", "LA ENTIDAD" se obliga a sacar en paz y a salvo a la "LA SECRETARÍA" y al "INSABI", respecto de las prestaciones que se les reclamen. Lo anterior, sin perjuicio de que el "INSABI" determine, sin ninguna responsabilidad de su parte, restituir a "LA ENTIDAD", los inmuebles que se encuentren en este supuesto.

- b. Contar con Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) asignada por "LA SECRETARÍA", así como con las licencias y avisos sanitarios que les permitan llevar a cabo la prestación de "LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS".
- c. Encontrarse libre de todo gravamen.

- d. No tener adeudos pendientes por concepto de impuesto predial, derechos por consumo y suministro de agua, o por cualquier otra contribución de carácter local que les corresponda cubrir.
- e. Encontrarse al corriente en el pago de los servicios que se tengan contratados.

En virtud de lo antes señalado, "LAS PARTES" están conformes en que a partir de la fecha de suscripción de "EL ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN" y, en su caso, de sus adendas, el "INSABI", con cargo a los recursos financieros que "LA ENTIDAD" acuerde poner a su disposición en virtud del presente instrumento jurídico, se hará responsable de:

- a. Los gastos necesarios para el mantenimiento y conservación de "LOS INMUEBLES".
- b. El pago de los derechos que por consumo de agua correspondan a "LOS INMUEBLES".
- c. El pago de los servicios contratados para la correcta operación de los servicios que se presten a la población sin seguridad social.

Asimismo, "LAS PARTES" acuerdan que el pago del impuesto predial que causen "LOS INMUEBLES", correrán a cargo de "LA ENTIDAD". De igual modo, cualquier adeudo que, en su caso, se encuentre vencido y pendiente de cumplir a la fecha de celebración de este instrumento jurídico, relacionados con "LOS INMUEBLES", correrán a cargo de "LA ENTIDAD".

B. Recursos materiales.

"LAS PARTES" acuerdan que al momento de formalizarse "EL ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN", "LA ENTIDAD" pondrá a disposición del "INSABI", los bienes de consumo, mobiliario, equipo de oficina, infraestructura informática, vehículos y demás bienes inventariables que sean de su propiedad, que resulten necesarios para la prestación de "LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS" y con los que hasta ese momento cuente. El inventario detallado de los referidos recursos, debidamente suscrito por quienes intervengan en su elaboración y validación, formará parte integral de "EL ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN".

En tal virtud, "LA ENTIDAD" se obliga a hacerse responsable de los adeudos relacionados con los referidos recursos, que a la fecha de formalización de "EL ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN", se encuentren vencidos y pendientes de cumplir.

Conforme a lo anterior, para el caso de que algún tercero ejercite alguna acción relacionada con los recursos materiales a que se refiere el presente apartado B, "LA ENTIDAD" se obliga (i) a sacar a salvo y en paz a "LA SECRETARÍA" y al "INSABI" de las prestaciones que se les reclamen, y (ii) a realizar, con cargo a sus recursos propios, los pagos que, en su caso, determinen las autoridades competentes.

C. Recursos humanos. Régimen laboral.

"LAS PARTES" convienen en que a partir de la fecha de formalización de "EL ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN", el "INSABI" se hará cargo de la administración del personal que por escrito determinen de común acuerdo, cuyo detalle constituirá el Anexo 3 del presente instrumento jurídico. Dicha administración de personal se sujetará a los criterios siguientes:

- a. La responsabilidad patronal continuará a cargo de la dependencia o entidad de la Administración Pública de "LA ENTIDAD" a la que se haya encontrado adscrito dicho personal. En tal virtud, la celebración del presente instrumento jurídico no implica en modo alguno que el "INSABI" asuma el carácter de patrón solidario o sustituto respecto del referido personal.
- b. Las acciones que se realicen para dar cumplimiento al presente Acuerdo de Coordinación, respetarán en todo momento los derechos laborales del personal que se describa en el Anexo 3 del presente instrumento jurídico. En virtud de ello, su relación laboral continuará sujetándose a las Condiciones Generales de Trabajo de "LA SECRETARÍA" y los reglamentos que de la misma derivan.

Sin perjuicio de lo anterior, dicho personal será capacitado por el "INSABI" para brindar "LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS", en los términos que determine el propio "INSABI", acorde con el Modelo de Atención que se detalla en el presente Acuerdo de Coordinación.

- c. La revisión de las Condiciones Generales de Trabajo y sus reglamentos, seguirá efectuándose entre la "SECRETARÍA" y el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud, conforme a los mecanismos que derivan de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del Artículo 123 Constitucional.

- d. El “INSABI” realizará, por nombre y cuenta de “LA ENTIDAD”, los pagos que por sueldos y salarios y las respectivas prestaciones corresponda al personal referido, como contraprestación por el desempeño de sus labores conforme a los tabuladores autorizados, con cargo a los recursos financieros que esta última acuerde poner a su disposición en virtud del presente instrumento jurídico.
- e. “LA ENTIDAD” se obliga a cubrir con recursos propios los pasivos laborales originados previo al inicio de la vigencia del presente Acuerdo de Coordinación, aun en los supuestos de que el emplazamiento respectivo o la resolución definitiva que, en su caso, se emita, se efectúen con posterioridad a la fecha de su celebración.

El detalle de las plantillas de personal que en lo subsecuente sean puestas a disposición del “INSABI”, para que éste se haga cargo de su administración, conforme a la gradualidad pactada en el Anexo 1, se agregarán como Adenda del Anexo 2.

D. Recursos financieros.

De conformidad con lo previsto en el artículo 77 bis 16 A de la LGS, para financiar la prestación de “LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS”, “LAS PARTES” acuerdan que, una vez que se formalice “EL ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN”, se sujetarán a lo siguiente:

- a. Ramo 12. “EL INSABI” ejercerá de manera directa la parte proporcional que corresponda a “LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS”, de los recursos presupuestarios federales que conforme a lo dispuesto en el artículo 77 bis 15 de la LGS, deban asignarse a “LA ENTIDAD” para la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social. Para tal fin, en el Anexo 4 del presente Acuerdo de Coordinación, mismo que deberá actualizarse de manera anual, se 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 gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en su circunscripción territorial.

En este sentido, “LAS PARTES” están de acuerdo en que, por única vez y 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 monto de los recursos presupuestarios federales que “EL INSABI” ejercerá para la prestación de “LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS”. En el caso del ejercicio fiscal 2020, dicho monto se agregará como Adenda del Anexo 4, una vez que se formalicen los Anexos 1, 2 y 3 del presente instrumento jurídico.
 - iii. El monto de los recursos presupuestarios federales que “EL INSABI” habrá de transferir a “LA ENTIDAD” para la prestación de “LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS” y el calendario de transferencia respectivo y sus modalidades, incluyendo aquéllos que se entregarán en especie. En el caso del ejercicio fiscal 2020, “LAS PARTES” están conformes en que dicho monto se agregará como Adenda del Anexo 4, una vez que se formalicen los Anexos 1, 2 y 3 del presente instrumento jurídico, en el entendido de que en tanto se suscriben los referidos Anexos 1, 2 y 3, “LA ENTIDAD” recibirá de el “INSABI” la totalidad de los recursos presupuestarios federales para la prestación de los servicios en su circunscripción territorial.
 - iv. Los demás elementos que se señalan en este Acuerdo de Coordinación.

Al cierre del ejercicio fiscal, el “INSABI” deberá reintegrar a la Tesorería de la Federación, los recursos remanentes y, en su caso, los rendimientos financieros no ejercidos, en los plazos que al efecto se establecen en las disposiciones jurídicas aplicables.

- b. Ramo 33. Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud. “LA ENTIDAD” se obliga a aportar al “INSABI”, la parte proporcional de los recursos que conforme a lo dispuesto en los artículos 25, fracción II, 29, 30 y 31 de la Ley de Coordinación Fiscal, le corresponden para apoyar el ejercicio de las atribuciones que le competen, en los términos de los artículos 30, 13 y 18 de la LGS. Para efectos de lo anterior, “LAS PARTES” acuerdan sujetarse a lo siguiente:

- i. En el Anexo 4 del presente Acuerdo de Coordinación se deberá señalar el porcentaje de los recursos que “LA ENTIDAD” aportará al “INSABI” para que éste se haga cargo de la prestación de “LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS”. En el caso del ejercicio fiscal 2020, dicho monto se agregará como Adenda del Anexo 4, una vez que se formalicen los Anexos 1, 2 y 3 del presente instrumento jurídico, en el entendido de que en tanto dichos documentos se suscriben, “LA ENTIDAD” será responsable de la aplicación de la totalidad de los recursos a que se refiere este literal b.
- ii. “LA ENTIDAD” se obliga a aportar al “INSABI”, los recursos referidos en el numeral que antecede junto con los rendimientos financieros que se hubiesen generado, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha de su recepción. Dicha aportación deberá realizarse a través del fideicomiso público que para tal efecto tenga constituido el “INSABI”, en el que dicho organismo descentralizado de la Administración Pública Federal tendrá el carácter de fideicomitente único. La administración de dichos recursos se realizará a través de una subcuenta específica del mencionado fideicomiso.
- iii. El “INSABI” aplicará los recursos a que se refiere el presente literal b, conforme a los elementos que se contienen en el artículo 30 de la Ley de Coordinación Fiscal.

Al cierre del ejercicio fiscal, el “INSABI” deberá reintegrar a la Tesorería de la Federación, los recursos remanentes y, en su caso, los rendimientos financieros no ejercidos, en los plazos que al efecto se establecen en las disposiciones jurídicas aplicables.

- 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 4 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 4 de este instrumento jurídico. En este sentido, en el referido Anexo deberá desglosarse la parte proporcional que corresponda entregarse en numerario al “INSABI” para la prestación de los “LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS” y la que corresponda a “LA ENTIDAD” para la prestación de “LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS”. En el caso del ejercicio fiscal 2020, dicho desglose de montos se agregará como Adenda del Anexo 4, una vez que se formalicen los Anexos 1, 2 y 3, en el entendido de que en tanto dichos documentos se suscriben, “LA ENTIDAD” será responsable de la aplicación de la totalidad de los recursos a que se refiere este apartado E.

En este tenor, “LA ENTIDAD” se obliga a entregar al “INSABI” la parte proporcional de su aportación solidaria que corresponderá a la prestación de “LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS”, a través de la cuenta bancaria productiva específica que el “INSABI” abra para tal fin, en los términos y conforme al calendario que al efecto se prevea en el referido Anexo 4.

En virtud de lo anterior, “LA ENTIDAD” manifiesta su conformidad para que, en caso de incumplimiento respecto de la entrega de la parte proporcional de la aportación solidaria que le corresponde entregar conforme a lo señalado en la presente Cláusula, 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 aportaciones antes señaladas, ponga a disposición del “INSABI” el monto correspondiente.

- F. Aportaciones adicionales de “LA ENTIDAD”. “LAS PARTES” acuerdan que las aportaciones adicionales que “LA ENTIDAD” determine realizar para apoyar la prestación de “LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS”, se harán constar como un Apéndice del Anexo 4 del presente instrumento jurídico, mismo que una vez suscrito por “LAS PARTES”, formará parte integral del mismo. Dichas aportaciones se canalizarán a través de la cuenta bancaria productiva específica a que se hace referencia en el literal que antecede.

TERCERA. PRESTACIÓN DE “LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS”. “LAS PARTES” acuerdan que la prestación de “LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS”, cuya organización, operación y supervisión queda a cargo de “LA ENTIDAD”, a través de la Secretaría de Salud y de los Servicios de Salud de Durango, se sujetará a lo estipulado en la presente Cláusula, en el entendido de que los servicios que correspondan al primer y segundo nivel de atención continuarán a su cargo, en tanto no se suscriban los Anexos 1, 2 y 3 de este instrumento jurídico.

A. Modalidades orgánicas y funcionales de la prestación gratuita de “LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS”.

“LA ENTIDAD” se obliga, a través de la Secretaría de Salud y de los Servicios de Salud de Durango, a que la prestación de “LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS” se sujetará orgánica y funcionalmente a los criterios siguientes:

- a. Modalidades orgánicas. “LA ENTIDAD” se obliga a que la prestación de “LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS”, 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 5.

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 “LA SECRETARÍA” y el “INSABI” efectúen al Modelo de Atención conforme a sus respectivos ámbitos de atribuciones, formarán parte integral del referido Anexo 5 y serán obligatorias para “LA ENTIDAD” a partir del día siguiente a aquél en que el “INSABI” le notifique por escrito las referidas modificaciones. Sin perjuicio de lo anterior, “LA SECRETARÍA” y el “INSABI” difundirán el Modelo de Atención y sus modificaciones a través de sus páginas de Internet.

- b. “LA ENTIDAD” se obliga a través de su Secretaría de Salud y de sus Servicios 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 NO TRANSFERIDOS”.
- c. “LA ENTIDAD” se obliga a llevar a cabo la prestación de los “LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS”, 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 referidos servicios.

El incumplimiento de esta obligación, dará lugar a imponer a los responsables de las unidades médicas en las que se realicen cobros indebidos a los usuarios de “LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS”, las sanciones administrativas y penales correspondientes, por lo que “LAS PARTES” se obligan a realizar las denuncias correspondientes 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 NO TRANSFERIDOS”, obtengan y mantengan de “LA SECRETARÍA”, 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”, relativos a la sensibilización, difusión, promoción y metodología de capacitación, que se utilizarán en la prestación de “LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS”. Dichos materiales le serán proporcionados a “LA ENTIDAD”, por conducto del “INSABI”.

- g. "LA ENTIDAD" se obliga a proporcionar al "INSABI" y a "LA SECRETARÍA", en los plazos y bajo los criterios que estos determinen, la información relativa y actualizada de la prestación de "LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS", a través de los sistemas de información que al efecto establezcan el "INSABI" y "LA SECRETARÍA", en sus respectivos ámbitos de competencia.
- 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 presente Título, 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 NO TRANSFERIDOS" 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.

El "INSABI" se obliga a transferir con oportunidad a "LA ENTIDAD" los recursos presupuestarios federales que le correspondan para la prestación de "LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS", cuyo monto y calendario de transferencia se determinarán anualmente en el Anexo 4 del presente instrumento jurídico, conforme a lo estipulado en el numeral ii del literal a del Apartado D de la Cláusula Segunda del presente Acuerdo de Coordinación.

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

Una vez radicados los recursos presupuestarios federales en la Secretaría de Finanzas y de Administración de "LA ENTIDAD", ésta se obliga a ministrarlos íntegramente junto con los rendimientos financieros que se hubiesen generado, dentro de los cinco días hábiles siguientes a su recepción, a los Servicios de Salud de Durango, organismo público descentralizado de la Administración Pública del Estado, que tendrá el carácter de Unidad Ejecutora para efectos de la prestación de "LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS" y de los recursos presupuestarios federales asignados para tal fin.

La Unidad Ejecutora, deberá informar al "INSABI", dentro de los tres días hábiles siguientes a aquél en que concluya el plazo anterior, la recepción de los recursos transferidos, señalando el monto y fecha de la misma, así como el importe de los rendimientos financieros generados que le hayan sido ministrados. Para efecto de que la Unidad Ejecutora pueda verificar el cumplimiento de esta obligación, el "INSABI" le dará aviso de la transferencia de recursos que realice a la Secretaría de Finanzas y de Administración 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 Secretaría de Contraloría de "LA ENTIDAD", para los efectos legales y administrativos que procedan.

Para efectos de lo señalado en el párrafo anterior, la Unidad Ejecutora deberá, previamente a la ministración de los recursos por parte de la Secretaría de Finanzas y de Administración, abrir una cuenta bancaria productiva, única y 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 de Administración 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 NO TRANSFERIDOS”, así como los rendimientos financieros que éstos generen, no podrán ser destinados a fines distintos a los expresamente previstos en el Anexo 4 del presente Acuerdo de Coordinación.

Para efectos de lo señalado en el párrafo anterior, “LAS PARTES” están conformes en que en el referido Anexo 4 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 la Ley Federal de Austeridad Republicana y demás 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 NO TRANSFERIDOS”, apegándose a los criterios generales que en materia de supervisión emita “el “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 6.

Para tal efecto, el referido Anexo 6 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 NO TRANSFERIDOS”, 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 ENTIDAD”, 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 ENTIDAD”.

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 NO TRANSFERIDOS” que 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 competentes del Ejecutivo Federal. 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 Secretaría de Contraloría de “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 "LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS", ésta se obliga a participar, a través de la Secretaría de 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, en los términos que dispongan las Reglas de Operación de "EL FONDO".

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

Una vez radicados los recursos referidos en el párrafo anterior en la Secretaría de Finanzas y de Administración 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 respectivo que se haya celebrado conforme a lo previsto en las Reglas de Operación del "FONDO". Dicha ministración deberá realizarse en la cuenta bancaria productiva, única y 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 literal, "LA ENTIDAD", por conducto de la Secretaría de Finanzas y de Administración, se obliga a reintegrar a "EL FONDO", los rendimientos financieros que se hubiesen generado, dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha en que haya efectuado la ministración de recursos correspondiente al Ejecutor del Gasto o Unidad Ejecutora.

Para efecto de que el Ejecutor del Gasto o Unidad Ejecutora pueda verificar el cumplimiento de esta obligación, el "INSABI" le dará aviso de la transferencia de recursos que realice a la Secretaría de Finanzas y de Administración 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 Secretaría de Contraloría, 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 a 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 gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en su circunscripción territorial.

E. Aportación solidaria estatal.

“LA ENTIDAD” se obliga, a través de su Secretaría de Finanzas y de Administración, a transferir a la Unidad Ejecutora, en los términos que se precisan en el Anexo 4 del presente Acuerdo de Coordinación, la parte proporcional que en numerario corresponda para la prestación de “LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS”, en la cuenta productiva específica que para tal efecto se determine.

Asimismo, “LA ENTIDAD” manifiesta su conformidad para que, en caso de incumplimiento respecto de la transferencia de los recursos a que se refiere 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 señalada ante la unidad administrativa competente de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, para que con cargo a las referidas participaciones a aquélla del Fondo General de Participaciones del Ramo 28, se ponga a disposición del “INSABI” el monto correspondiente, a efecto de que éste efectúe la transferencia correspondiente a la Unidad Ejecutora.

- F. El “INSABI”, con sujeción a su suficiencia presupuestaria, podrá determinar transferir a “LA ENTIDAD” recursos adicionales no regularizables, a destinarse a la prestación de “LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS”, cuyos fines específicos deberán estipularse en el convenio específico que al efecto se celebre.

- G. Indicadores de seguimiento a la operación y los términos de la evaluación integral de “LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS”.

“LAS PARTES” acuerdan que el seguimiento a la operación y la evaluación integral de la prestación de “LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS” 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 7 del presente Acuerdo de Coordinación.

CUARTA. 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 TRANSFERIDOS”, 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.

QUINTA. VIGENCIA. El presente Acuerdo de Coordinación surtirá sus efectos a partir de la fecha de su firma y tendrá una vigencia hasta el 14 de septiembre de 2022.

SEXTA. PUBLICACIÓN. “LAS PARTES” se obligan a publicar el presente Acuerdo de Coordinación en el Diario Oficial de la Federación y en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Durango.

SÉPTIMA. RELACIÓN LABORAL. Sin perjuicio de lo señalado en la Cláusula Segunda del presente Acuerdo de Coordinación, 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 las otras partes, 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.

OCTAVA. 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.

NOVENA. 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 las otras partes, 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".

DÉCIMA. 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 Convenio Específico de Transferencia de Recursos.

Anexo 2 Acta de Entrega Recepción.

Anexo 3 Recursos Humanos Transferidos.

Anexo 4 Monto de Recursos a Transferir y Conceptos de Gasto.

Anexo 5 Modelo de Atención.

Anexo 6 Criterios Generales en Materia de Supervisión.

Anexo 7 Indicadores de Seguimiento a la Operación y los Términos de la Evaluación Integral.

Los Anexos 1, 2, 3, 6 y 7 antes referidos se integrarán al presente Acuerdo de Coordinación, en los términos estipulados en las cláusulas Segunda, párrafo primero y sus apartados A y C y Tercera, apartados C y G de este instrumento jurídico, respectivamente.

El Anexo 4 será actualizado de manera anual, por conducto de los titulares del "INSABI" y de las secretarías de Salud y de Finanzas y de Administración de "LA ENTIDAD" y de los Servicios de Salud de "LA ENTIDAD". El "INSABI" y la "LA ENTIDAD" se obligan a publicar dicho Anexo 4, en el Diario Oficial de la Federación y en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de "LA ENTIDAD", respectivamente.

DÉCIMA PRIMERA. 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 del Gobierno del Estado de Durango.

DÉCIMA SEGUNDA. 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 en cuatro tantos originales, en la Ciudad de México, a los once días del mes de febrero de dos mil veinte.- Por la Secretaría: el Secretario de Salud, **Jorge Carlos Alcocer Varela**.- Rúbrica.- La Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud, **Asa Ebba Christina Laurell**.- Rúbrica.- El Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, **Hugo López-Gatell Ramírez**.- Rúbrica.- El Titular de la Unidad de Administración y Finanzas, **Pedro Flores Jiménez**.- Rúbrica.- Por el INSABI: el Director General, **Juan Antonio Ferrer Aguilar**.- Rúbrica.- Por la Entidad: el Gobernador del Estado Durango, **José Rosas Aispuro Torres**.- Rúbrica.- El Secretario General de Gobierno, **Adrián Alanís Quiñones**.- Rúbrica.- El Secretario de Finanzas y de Administración, **Jesús Arturo Díaz Medina**.- Rúbrica.- El Secretario de Salud y Director General de Servicios de Salud de Durango, **Sergio Gonzáles Romero**.- Rúbrica.- La Secretaria de Contraloría, **Raquel Leila Arreola Fallad**.- Rúbrica.

Anexo 4 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 Durango.

Monto de recursos a transferir

y conceptos de gasto

- 1. Monto total de los recursos presupuestarios federales a destinarse a “LA ENTIDAD” para la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en su circunscripción territorial.**

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 gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en su circunscripción territorial, durante el presente ejercicio fiscal 2020, con estricta sujeción a la disponibilidad presupuestaria correspondiente, es por la cantidad de hasta \$ 562,970,379.00 (Quinientos sesenta y dos millones novecientos setenta mil trescientos setenta y nueve pesos 00/100 MN).

- 2. Monto de los recursos presupuestarios federales que “EL INSABI” ejercerá para la prestación de “LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS”.**

Este monto será determinado en la Adenda correspondiente, en los términos estipulados en el numeral ii del literal a del apartado D de la Cláusula Segunda del Acuerdo de Coordinación del que forma parte el presente Anexo.

Dichos recursos se ejercerán, atendiendo a la distribución y conceptos de gasto previstos en los numerales 5 y 6 del presente Anexo.

- 3. Monto de los recursos presupuestarios federales a transferir a “LA ENTIDAD” para la prestación de “LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS”.**

Este monto será determinado en la Adenda correspondiente, en los términos estipulados en el numeral ii del literal a del apartado D de la Cláusula Segunda del Acuerdo de Coordinación del que forma parte el presente Anexo.

- 4. Calendario de ministración de los recursos presupuestarios federales a transferir para la prestación de “LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS”.**

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 Tercera del Acuerdo de Coordinación del que forma parte el presente Anexo.

- 5. Distribución de los recursos de presupuestarios federales transferidos para la prestación de “LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS”.**

El ejercicio de los recursos presupuestarios federales que el “INSABI” transfiera a “LA ENTIDAD”, para la prestación de “LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS” 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 NO TRANSFERIDOS”, 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 NO TRANSFERIDOS”.
- c.** Hasta 18 por ciento, para gasto de operación de las unidades médicas de “LA ENTIDAD” que realicen la prestación de “LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS”.

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.

6. Conceptos de gasto de los recursos presupuestarios federales transferidos para la prestación de "LOS SERVICIOS NO 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 Tercera 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 NO TRANSFERIDOS", 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 NO TRANSFERIDOS".

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 Durango, 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 Durango.

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

Para efectos del ejercicio de los recursos que se destinan a esta finalidad, "LAS PARTES" manifiestan su conformidad para que el "INSABI" retenga los recursos presupuestarios federales correspondientes y los entregue en especie a "LA ENTIDAD". El detalle de medicamentos, material de curación y otros insumos asociados a la prestación de "LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS", 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 NO TRANSFERIDOS", conforme a lo siguiente:

"LAS PARTES" acuerdan que el "INSABI" podrá liberar recursos líquidos a "LA ENTIDAD" para que ésta adquiera directamente medicamentos, material de curación y otros insumos asociados a la prestación de "LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS", mismos que serán computados como parte del porcentaje a que se refiere el presente literal.

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 NO TRANSFERIDOS”, hasta 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 NO TRANSFERIDOS”.

Este concepto de gasto incluye lo siguiente:

- i. Cubrir el gasto de operación de los Servicios de Salud del Estado de Durango, relacionado exclusivamente con la prestación de “LOS SERVICIOS NO TRANSFERIDOS”. 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 Tercera 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 NO TRANSFERIDOS”, “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, específicamente, 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 Tercera 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 tal fin, “LAS PARTES” están conformes en que las acciones que deriven de este concepto de gasto, serán realizadas por el “INSABI” y, en consecuencia, el importe de recursos correspondiente será ejercido directamente por el “INSABI” y los avances y la entrega de los trabajos correspondientes serán considerados como transferencia de recursos en especie, en los términos establecidos en la fracción III del artículo 77 bis 15 de la LGS.

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 de Durango, 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 NO TRANSFERIDOS”, 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 Tercera 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 NO TRANSFERIDOS”.

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 de Durango, 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.

7. 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 de Durango.

8. Programación de los recursos.

"LA ENTIDAD" se obliga, por conducto del Titular de los Servicios de Salud de Durango 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 máximos 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."

9. Información del ejercicio de los recursos presupuestarios federales transferidos para la prestación de "LOS SERVICIOS NO 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 Durango 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.

10. Porcentaje de los recursos del Ramo 33. Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud que se destinarán al "INSABI" para la prestación de "LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS".

Este monto será determinado en la Adenda correspondiente, en los términos estipulados en el numeral i del literal b del apartado D de la Cláusula Segunda del Acuerdo de Coordinación del que forma parte el presente Anexo.

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

Conforme a lo pactado en el apartado B de la Cláusula Tercera 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 \$ 412,419,743.36 (Cuatrocientos doce millones cuatrocientos diecinueve mil setecientos cuarenta y tres pesos 36/100 MN), en virtud de lo cual el importe líquido que por este concepto deberá aportar "LA ENTIDAD" será la cantidad de \$ 288,693,820.35 (Doscientos ochenta y ocho millones seiscientos noventa y tres mil ochocientos veinte pesos 35/100 MN).

La parte proporcional de la aportación solidaria que corresponde realizar a “LA ENTIDAD” que deberá ser entregada al “INSABI” para la prestación de los “LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS”, será determinado en la Adenda correspondiente, en los términos estipulados en el apartado E de la Cláusula Segunda del Acuerdo de Coordinación del que forma parte el presente Anexo.

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
	\$ 412,419,743.36	\$ 103,104,935.84	\$ 103,104,935.84	\$ 103,104,935.84	\$ 103,104,935.84
70%	\$ 288,693,820.35	\$ 72,173,455.09	\$ 72,173,455.09	\$ 72,173,455.09	\$ 72,173,455.09
30%	\$ 123,725,923.01	\$ 30,931,480.75	\$ 30,931,480.75	\$ 30,931,480.75	\$ 30,931,480.75
	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. La cual 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 correspondientes 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.

12. “LAS PARTES” acuerdan que las circunstancias no previstas en el presente Anexo, serán resueltas por el “INSABI”.

El presente Anexo se firma a los once días del mes de febrero de 2020.- Por la Secretaría: el Secretario de Salud, **Jorge Carlos Alcocer Varela**.- Rúbrica.- La Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, **Asa Ebba Christina Laurell**.- Rúbrica.- El Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, **Hugo López-Gatell Ramírez**.- Rúbrica.- El Titular de la Unidad de Administración y Finanzas, **Pedro Flores Jiménez**.- Rúbrica.- Por el INSABI: el Director General, **Juan Antonio Ferrer Aguilar**.- Rúbrica.- Por la Entidad: el Gobernador del Estado Durango, **José Rosas Aispuro Torres**.- Rúbrica.- El Secretario General de Gobierno, **Adrián Alanís Quiñones**.- Rúbrica.- El Secretario de Finanzas y de Administración, **Jesús Arturo Díaz Medina**.- Rúbrica.- El Secretario de Salud y Director General de Servicios de Salud de Durango, **Sergio Gonzáles Romero**.- Rúbrica.- La Secretaría de Contraloría, **Raquel Leila Arreola Fallad**.- Rúbrica.

Anexo 5 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 Durango

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

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

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

6a. Elementos estructurales del Modelo SABI.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Las RISS se determinarán en cada estado tomando en cuenta los flujos 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 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 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 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 mejora 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 mejora de la salud será el resultado de la unión de esfuerzos que abarcan desde el compromiso individual, familiar y comunitario con el autocuidado, sumado a la responsabilidad de los gobiernos, el Estado y la sociedad organizada de atenderla con mirada aguda y acento operativo para prevenir y superar las determinaciones sociales y ambientales que la afectan e impiden el enorme aporte que puede hacer al bienestar de las personas.

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

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

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

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

14. Bibliografía. (en orden alfabético)

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

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

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

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

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

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

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

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

Siglas y Acrónimos.

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

Por la Secretaría: el Secretario de Salud, **Jorge Carlos Alcocer Varela**.- Rúbrica.- La Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud, **Asa Ebba Christina Laurell**.- Rúbrica.- El Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, **Hugo López-Gatell Ramírez**.- Rúbrica.- El Titular de la Unidad de Administración y Finanzas, **Pedro Flores Jiménez**.- Rúbrica.- Por el INSABI: el Director General, **Juan Antonio Ferrer Aguilar**.- Rúbrica.- Por la Entidad: el Gobernador del Estado Durango, **José Rosas Aispuro Torres**.- Rúbrica.- El Secretario General de Gobierno, **Adrián Alanís Quiñones**.- Rúbrica.- El Secretario de Finanzas y de Administración, **Jesús Arturo Díaz Medina**.- Rúbrica.- El Secretario de Salud y Director General de Servicios de Salud de Durango, **Sergio Gonzáles Romero**.- Rúbrica.- La Secretaria de Contraloría, **Raquel Leila Arreola Fallad**.- Rúbrica.

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

SEXTA Actualización de la Edición 2020 del libro de medicamentos del Compendio Nacional de Insumos para la Salud.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- CSG.- Consejo de Salubridad General.

JOSÉ IGNACIO SANTOS PRECIADO, Secretario del Consejo de Salubridad General, con fundamento en los artículos, 4, párrafo cuarto, 73, fracción XVI, bases 1a y 3a de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, 15, 16, 17, fracción V; 28 de la Ley General de Salud y 11, fracción IX y XVIII, del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General y

CONSIDERANDO

Que el artículo 4, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud;

Que conforme al 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, se estableció en los artículos 17, fracción V y 28 de la Ley General de Salud, que habrá un Compendio Nacional de Insumos para la Salud, elaborado por el Consejo de Salubridad General, al cual se ajustarán las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, y en el que se agruparán, caracterizarán y codificarán los insumos para la salud;

Que para los efectos señalados en el párrafo precedente participarán en la elaboración del Compendio Nacional de Insumos para la Salud, la Secretaría de Salud, las Instituciones públicas de seguridad social y las demás que señale el Ejecutivo Federal;

Que con fecha 30 de abril de 2020, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General emite el Compendio Nacional de Insumos para la Salud al que se refieren los artículos 17, fracción V, y 28 de la Ley General de Salud, con la finalidad de tener al día la lista de medicamentos para que las instituciones de salud pública atiendan problemas de salud de la población mexicana;

Que en términos de la última parte del artículo 28, de la Ley General de Salud, se llevaron a cabo trabajos entre el Secretariado del Consejo de Salubridad General, la Secretaría de la Defensa Nacional, la Secretaría de Marina, la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y los servicios de salud de Petróleos Mexicanos, para analizar las actualizaciones convenientes al Compendio Nacional de Insumos para la Salud, a efecto de considerar la inclusión de diversos insumos del libro de Material de Curación;

Que, derivado de lo anterior, se determinó la procedencia de la actualización del Compendio Nacional de Insumos para la Salud, en los términos siguientes:

SEXTA ACTUALIZACIÓN DE LA EDICIÓN 2020 DEL LIBRO DE MEDICAMENTOS DEL COMPENDIO NACIONAL DE INSUMOS PARA LA SALUD

INCLUSIONES

Grupo No. 15 Oftalmología

CISTEAMINA

Clave	Descripción	Indicaciones	Vía de administración y Dosis
010.000.6338.00	Colirio Clorhidrato de Cisteamina Equivalente a 3.8 mg Cisteamina Cloruro de benzalconio (0.2mg/mL) Caja con un frasco ampola con 5 mL de solución (3.8 mg/mL) e instructivo anexo.	Tratamiento de los depósitos de cristales en la córnea en adultos y niños mayores de 2 años de edad con cistinosis.	Oftálmica La dosis recomendada es una gota en cada ojo, 4 veces al día durante las horas de vigilia (el intervalo recomendado entre cada instilación es de 4 horas. La dosis puede reducirse progresivamente (hasta una dosis diaria total mínima de 1 gota en cada ojo) dependiendo de los resultados del examen oftálmico (cómo depósitos de cristales de cistina en córnea o fotofobia).

Generalidades

Grupo farmacoterapéutico: Oftálmicos, otros oftálmicos, código ATC: S01XA21

La cisteamina reduce la acumulación de cristales de cistina en la córnea actuando como un agente eliminador de cistina que transforma la cistina en cisteína y una mezcla de disulfuros de cisteína y cisteamina.

Riesgo en el Embarazo

Contraindicado

Efectos Adversos

Dolor ocular, hiperemia ocular, prurito ocular, aumento del lagrimeo, visión borrosa o irritación ocular. La mayoría de esas reacciones adversas son transitorias según el sistema de clasificación por órganos y frecuencia (por paciente).

Contraindicaciones y Precauciones

Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco o a los componentes de la fórmula, embarazo, lactancia, menores de 2 años de edad. En ausencia de estudios de compatibilidad, este medicamento no debe mezclarse con otros. Contiene cloruro de benzalconio, que puede producir irritación ocular.

Se ha notificado que el cloruro de benzalconio, que se utiliza comúnmente como conservante en productos oftálmicos produce queratopatía punteada o queratopatía ulcerativa tóxica. Se requiere seguimiento.

Se sabe que el cloruro de benzalconio decolora los lentes de contacto blandos. Debe evitarse el contacto con lentes de contacto blandos. Se debe informar a los pacientes de que se quiten los lentes de contacto antes de aplicar el colirio y esperen al menos 15 minutos antes de volver a ponérselos.

Interacciones

No se han realizado estudios de interacción.

Debido a que la dosis diaria total recomendada de cisteamina basal no es mayor que aproximadamente el 0.4% de la dosis oral máxima recomendada de cisteamina basal para todos los grupos de edad, no se prevé ninguna interacción con medicamentos administrados de forma oral.

GLIMEPIRIDA

Clave	Descripción	Indicaciones	Vía de administración y Dosis
010.000.6337.00 010.000.6337.01	TABLETAS	Diabetes mellitus tipo 2	Oral
	Cada tableta contiene		Adultos
	Glimepirida 2 mg		La dosificación se establece según los resultados de las determinaciones de glucosa en sangre y orina.
	Envase con 15 tabletas		La dosis inicial es de 1 mg una vez al día, en caso necesario, la dosis diaria puede incrementarse, se recomienda que el incremento se base en el seguimiento de las cifras de glucemia y que la dosis se incremente gradualmente, por ejemplo, a intervalos de una a dos semanas y de acuerdo con las siguientes pautas: 1 mg-2 mg-3 mg-4 mg-6 mg-8 mg de glimepirida una vez al día.
	Envase con 30 tabletas		Intervalo de dosis en los pacientes con diabetes bien controlada: La dosis diaria habitual en pacientes con diabetes bien controlada es de 1 a 4 mg de glimepirida. Dosis de más de 6 mg diarios sólo son efectivas en un número mínimo de pacientes.

Generalidades

La glimepirida disminuye la concentración de glucosa en sangre, al estimular la liberación de insulina desde las células beta pancreáticas, tanto en sujetos sanos como en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Este efecto se debe principalmente a que aumenta la respuesta de las células beta pancreáticas ante el estímulo fisiológico de la glucosa. Aún cuando se logra una reducción equivalente de la glucemia, la administración de dosis bajas de glimepirida causa la liberación de cantidades más pequeñas de insulina, en comparación con la glibenclamida. Este efecto señala la existencia de efectos extrapancreáticos (sensibilización a la insulina y algunos efectos semejantes a los de la insulina).

Riesgo en el Embarazo

No debe ser administrada durante el embarazo, existe riesgo de daño fetal.

Efectos Adversos

Hipoglucemia, alteraciones visuales, alteraciones gastrointestinales (náuseas, vómito, sensación de opresión o plenitud en el epigastrio, dolor abdominal y diarrea), alteraciones hematológicas, alteraciones generales (prurito, urticaria o eritema, disnea; disminución de la tensión arterial)

Contraindicaciones y Precauciones

Pacientes con hipersensibilidad a la glimepirida, a otras sulfonilureas, a otras sulfonamidas o a cualquiera de los componentes de la fórmula.

Durante el embarazo.

Durante la lactancia.

Diabetes mellitus tipo 1 como tratamiento único.

Interacciones

La glimepirida es metabolizada por el citocromo P450 2C9 (sistema enzimático CYP2C9), lo cual debe tomarse en cuenta cuando se administre en combinación con inductores (p. ej., rifampicina) o inhibidores (p. ej., fluconazol) del CYP2C9.

Potenciación del efecto hipoglucemiante: En algunos casos puede ocurrir hipoglucemia cuando se administra concomitantemente alguno de los siguientes medicamentos: insulina y otros antidiabéticos orales; inhibidores de la ECA; esteroides anabólicos y hormonas sexuales masculinas; cloranfenicol; derivados cumarínicos; ciclofosfamida; disopiramida; fenfluramina; feniramidol; fibratos; fluoxetina; guanetidina; ifosfamida; inhibidores de la MAO; miconazol; fluconazol; ácido paraaminosalicílico; pentoxifilina (altas dosis parenterales); fenilbutazona; azapropazona; oxifenbutazona; probenecid; quinolonas; salicilatos; sulfipirazona; claritromicina; sulfamidas; tetraciclinas; tritocualina; trofosfamida.

Puede atenuarse el efecto hipoglucemiante y, por consiguiente, incrementarse los niveles de glucemia cuando se administra uno de los siguientes medicamentos: acetazolamida; barbitúricos; corticosteroides; diazóxido; diuréticos; epinefrina (adrenalina) y otros medicamentos simpaticomiméticos; glucagón; laxantes (después de uso prolongado); ácido nicotínico (en dosis altas); estrógenos y progestágenos; fenotiazidas; fenitoína, rifampicina; hormonas tiroideas.

Los antagonistas de los receptores H₂, los beta-bloqueadores, la clonidina y la reserpina pueden ocasionar tanto potenciación como atenuación del efecto hipoglucemiante.

Bajo la influencia de medicamentos simpaticolíticos como los beta-bloqueadores, la clonidina, la guanetidina y la reserpina, los signos de contrarregulación adrenérgica a la hipoglucemia pueden estar disminuidos o ausentes.

La ingestión de alcohol tanto aguda como crónica, puede potenciar o atenuar de modo impredecible la acción hipoglucemiante de glimepirida.

El efecto de los derivados cumarínicos puede potenciarse o debilitarse.

MODIFICACIONES***(Se identifican por estar en letras cursivas y subrayadas)*****Grupo 2. Anestesia****PROPOFOL**

Clave	Descripción	Indicaciones	Vía de administración y Dosis
010.000.0246.00	EMULSIÓN INYECTABLE Cada ampolleta o frasco ampula contiene: Propofol 200 mg. En emulsión con <u>o sin</u> edetato disódico (dihidratado). Envase con 5 ampolletas o frascos ampula de 20 mL.	Inducción y mantenimiento de la anestesia general.	Intravenosa o infusión continua. Adultos: Inducción: 2 a 2.5 mg/ kg (40 mg cada 10 minutos). Mantenimiento: 4 a 12 mg/ kg/ hora. Niños mayores de 8 años: Inducción: 2.5 mg/kg. Mantenimiento: 10 mg/kg/hora.
010.000.0244.00	EMULSION INYECTABLE Cada ampolleta o frasco ampula contiene: Propofol 200 mg. En solución con aceite de soya, fosfátido de huevo o lecitina de huevo y glicerol. Envase con 5 ampolletas o frascos ampula de 20 mL.		Administrar diluido en soluciones intravenosas envasadas en frascos de vidrio.
010.000.0245.00	EMULSION INYECTABLE Cada frasco ampula o jeringa contiene: Propofol 500 mg. En solución con aceite de soya, fosfátido de huevo o lecitina de huevo y glicerol. Envase con un frasco ampula o jeringa de 50 mL.		

Generalidades

Depresor del sistema nervioso central, semejante a benzodiazepinas y barbitúricos.

Riesgo en el Embarazo

B

Efectos Adversos

Cefalea, vértigo, movimientos clónicos o mioclónicos, bradicardia, apnea y alteraciones de la presión arterial.

Contraindicaciones y Precauciones

Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco o a cualquier otro componente de la fórmula.

Precauciones: En alteraciones cardiovasculares, renales y pancreatitis.

Interacciones

Con opioides y sedantes producen hipotensión arterial. Con anestésicos inhalados se incrementa la actividad anestésica y cardiovascular.

Grupo 3. Cardiología**PERINDOPRIL / AMLODIPINO/ INDAPAMIDA**

Clave	Descripción	Indicaciones	Vía de administración y Dosis
010.000.6237.00	COMPRIMIDOS Cada comprimido contiene: Perindopril arginina 5 mg. Besilato de amlodipino 5 mg. Indapamida 1.25 mg. Caja con 30 comprimidos.	Hipertensión arterial sistémica.	Oral. Un comprimido, en toma única por la mañana antes del desayuno. La asociación a dosis fijas no es adecuada para el tratamiento inicial.
010.000.6238.00	Cada comprimido contiene: Perindopril arginina 10 mg. Besilato de amlodipino 5 mg. Indapamida <u>2.5</u> mg. Caja con 30 comprimidos.		
010.000.6239.00	Cada comprimido contiene: Perindopril arginina 5 mg. Besilato de amlodipino 10 mg. Indapamida <u>1.25</u> mg. Caja con 30 comprimidos.		
010.000.6240.00	Cada comprimido contiene: Perindopril arginina 10 mg. Besilato de amlodipino 10 mg. Indapamida 2.5 mg. Caja con 30 comprimidos.		

Generalidades

Perindopril. Inhibe a la enzima convertidora de la angiotensina, impide la formación de angiotensina II a partir de angiotensina I, a través de su metabolito activo perindoprilato. Indapamida. Diurético tiazídico que inhibe la reabsorción de sodio en el segmento cortical.

Amlodipino: Bloqueador de los canales de calcio que inhibe la entrada de calcio en la célula cardíaca y del músculo liso vascular.

Riesgo en el Embarazo

X (Contraindicado en el embarazo)

Efectos Adversos

Perindopril. Tos, cefalea, trastornos del humor, somnolencia, astenia, trastornos digestivos, vértigo, calambres, erupciones cutáneas localizadas y crisis aguda de gota. Indapamida. Síncope, vómitos, alteración de las pruebas de funcionamiento hepático, reacciones de hipersensibilidad cutánea, erupciones maculopapulares, hipopotasemia. Amlodipino. Cefalea, fatiga, náusea, astenia, somnolencia, edema, palpitaciones y mareo.

Contraindicaciones y Precauciones

Perindopril. Contraindicaciones: perindopril se encuentra contraindicado en niños. Precauciones: debe de administrarse con precaución en pacientes con estenosis mitral y obstrucción del flujo de salida del ventrículo izquierdo; administrar con precaución en pacientes que serán sometidos a cirugía mayor o anestesia con fármacos que inducen hipotensión. Indapamida. Uso con precaución en pacientes con afecciones hepáticas, reacciones de fotosensibilidad, intolerancia a la lactosa, con alteraciones hidroelectrolíticas. Amlodipino. Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco, ancianos, daño hepático y deficiencia de la perfusión del miocardio.

Interacciones

Perindopril. No debe de asociarse con sales de potasio y/o diuréticos ahorradores de potasio, por el riesgo de presentar hipercalcemia. Se debe de ponderar la asociación con diuréticos, neurolépticos y antidepresores derivados de la Imipramina. Indapamida. Litio, la asociación con antiarrítmicos clase Ia y III y antipsicóticos puede inducir torsade de pointes; la asociación con AINES puede disminuir el efecto antihipertensor; la asociación con IECAS puede inducir hipotensión y/o insuficiencia renal aguda. Amlodipino. Con antihipertensivos aumenta su efecto hipotensor.

Grupo 5. Endocrinología

METFORMINA

Clave	Descripción	Indicaciones	Vía de administración y Dosis
010.000.5165.00	TABLETA Cada tableta contiene: Clorhidrato de metformina 850 mg. Envase con 30 tabletas.	Diabetes mellitus tipo 2.	Oral. Adultos: 850 mg cada 12 horas con los alimentos. Dosis máxima 2550 mg al día. Liberación prolongada 500 o 750 mg cada 24 horas. No debe de excederse la dosis 2000 mg al día.
010.000.6275.00	Cada tableta contiene: Clorhidrato de Metformina de liberación prolongada 500 mg Envase con 30 tabletas.		
<u>010.000.6339.00</u>	<u>Cada tableta contiene:</u> <u>Clorhidrato de</u> <u>Metformina de liberación</u> <u>prolongada 750 mg</u> <u>Envase con 30 tabletas.</u>		

Generalidades

Biguanida que aumenta el efecto periférico de la insulina y disminuye la gluconeogénesis.

Riesgo en el Embarazo

D

Efectos Adversos

Intolerancia gastrointestinal, cefalea, alergias cutáneas transitorias, sabor metálico y acidosis láctica.

Contraindicaciones y Precauciones

Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco, diabetes mellitus tipo 1, cetoacidosis diabética, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, falla cardíaca o pulmonar, desnutrición grave, alcoholismo crónico e intoxicación alcohólica aguda. Embarazo y lactancia.

Interacciones

Disminuye la absorción de vitamina B12 y ácido fólico. Las sulfonilureas favorecen el efecto hipoglucemiante. La cimetidina aumenta la concentración plasmática de metformina.

METFORMINA/ GLIMEPIRIDA

Clave	Descripción	Indicaciones	Vía de administración y Dosis
010.000.6274.00	TABLETA Cada tableta contiene: Clorhidrato de metformina 500 mg. Glimepirida 1 mg Envase con 32 tabletas.	Diabetes mellitus tipo 2.	Oral. Adultos. 1 tableta al día. Realizar ajustes graduales para determinar la dosis efectiva en cada paciente.
<u>010.000.6340.00</u>	<i>Cada tableta de liberación prolongada contiene:</i> <i>Clorhidrato de metformina 850 mg.</i> <i>Glimepirida 2 mg</i> <i>Envase con 32 tabletas.</i>		

Generalidades

Metformina. Biguanida que aumenta el efecto periférico de la insulina y disminuye la gluconeogénesis. Glimepirida. Regula la secreción de insulina al interactuar con el canal de potasio sensible a ATP en las células beta pancreáticas.

Riesgo en el Embarazo

D

Efectos Adversos

Hipoglucemia, urticaria, fatiga, debilidad, cefalea, náusea, diarrea, hepatitis reactiva, anemia hemolítica e hipoplasia medular, Intolerancia gastrointestinal, cefalea, alergias cutáneas transitorias, sabor metálico y acidosis láctica.

Contraindicaciones y Precauciones

Hipersensibilidad al fármaco, diabetes mellitus tipo 1, cetoacidosis diabética, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, falla cardíaca o pulmonar, desnutrición grave, alcoholismo crónico e intoxicación alcohólica aguda. Embarazo y lactancia

Interacciones

Metformina. Disminuye la absorción de vitamina B12 y ácido fólico. Las sulfonilureas favorecen el efecto hipoglucemiante. La cimetidina aumenta la concentración plasmática de metformina

Grupo 16. Oncología

CABOZANTINIB

Clave	Descripción	Indicaciones	Vía de administración y Dosis
010.000.6304.00	TABLETAS Cada tableta contiene: Cabozantinib 20 mg. Envase con 30 tabletas.	Carcinoma de células renales avanzado. Carcinoma hepatocelular en adultos tratados previamente con sorafenib.	Oral. 60 mg una vez al día. Se deben realizar ajustes a la dosis de acuerdo con la respuesta del paciente.
<u>010.000.6341.00</u>	<u>Cada tableta contiene:</u> <u>Cabozantinib 40 mg.</u> <u>Envase con 30 tabletas</u>		
010.000.6305.00	Cada tableta contiene: Cabozantinib 60 mg. Envase con 30 tabletas.		

Generalidades

Inhibe múltiples receptores tirosin quinasa (RTK) implicados en el crecimiento tumoral y la angiogénesis, la remodelación ósea patológica, la farmacoresistencia y la progresión metastásica del cáncer. Se ha evaluado la actividad inhibitoria de cabozantinib con una serie de quinasas y se ha identificado como inhibidor de receptores de MET (proteína receptora del factor de crecimiento de hepatocitos) y VEGF (factor de crecimiento endotelial vascular). Asimismo, cabozantinib inhibe otras tirosin quinasas, como el receptor GAS6 (AXL), RET, ROS1, TYRO3, MER, el receptor del factor de células madre (KIT), TRKB, la tirosin quinasa 3 tipo Fms (FLT3), y TIE-2.

Riesgo en el Embarazo

X (no se recomienda la administración durante el embarazo)

Efectos Adversos

Absceso, anemia, linfopenia, neutropenia, trombocitopenia, hipotiroidismo, disminución del apetito, hipofosfatemia, hipoalbuminemia, hipomagnesemia, hiponatremia, hipopotasemia, hiperpotasemia, hipocalcemia, hiperbilirrubinemia, deshidratación, neuropatía periférica sensitiva, disgeusia, cefalea, mareos; tinnitus, hemorragia, trombosis venosa, trombosis arterial, embolia pulmonar, disfonía, disnea, tos, diarrea, náuseas, vómitos, estomatitis, estreñimiento, dolor abdominal, dispepsia, dolor bucal, boca seca, pancreatitis, dolor en la zona superior del abdomen, perforación gastrointestinal, enfermedad por reflujo gastroesofágico, hemorroides, fístula, síndrome de eritrodiseptesia palmoplantar, dermatitis acneiforme, erupción, erupción maculopapular, piel seca, prurito, alopecia, cambios de color del pelo, dolor en una extremidad, espasmos musculares, artralgia, proteinuria, fatiga, inflamación de las mucosas, astenia, edema periférico, disminución de peso, aumento de ALT, AST y ALP séricas, bilirrubina en sangre elevada, creatinina elevada, aumento de triglicéridos, disminución de leucocitos, hiperglucemia, hipoglucemia, linfopenia, neutropenia, trombocitopenia, GGT aumentada, amilasa elevada, colesterol elevado en sangre, lipasa elevada.

Contraindicaciones y Precauciones

Insuficiencia hepática, insuficiencia renal, riesgo de diarrea, vómitos, apetito disminuido y anomalías electrolíticas, pacientes con perforaciones y fistulas: en enfermedad inflamatoria intestinal, infiltración tumoral en el tracto gastrointestinal, o complicaciones de intervenciones gastrointestinales anteriores, pacientes en riesgo de trombocitopenia y disminución de plaquetas, pacientes con proteinuria.

Interacciones

Concentraciones plasmáticas aumentadas con: inhibidor potente de CYP3A4 (ketoconazol, ritonavir, itraconazol, eritromicina, claritromicina, jugo de toronja); inhibidores de MRP2 (como ciclosporina, efavirenz o emtricitabina). Concentraciones plasmáticas disminuidas con: inductores potentes de CYP3A4 (rifampicina, fenitoína, carbamazepina, rifampicina, fenobarbital o remedios naturales con hierba de San Juan).

MESILATO DE ERIBULINA

Clave	Descripción	Indicaciones	Vía de administración y Dosis
010.000.6082.00	SOLUCIÓN INYECTABLE Cada frasco ampula contiene: Mesilato de Eribulina 1.130 mg <u>Envase con frasco ampula con 1 mg/ 2 mL de solución.</u>	<u>Para el tratamiento de pacientes adultos con cáncer de mama localmente avanzado o metastásico con progresión de la enfermedad después de al menos un régimen de quimioterapia para la enfermedad avanzada. La terapia previa debe haber incluido una antraciclina y un taxano en el ámbito adyuvante o metastásico a menos que estos tratamientos no fueran adecuados para los pacientes.</u>	Intravenosa Adultos 1.4 mg/m² de superficie corporal, durante 2 a 5 minutos, los días 1 y 8 de cada ciclo de 21 días.

Generalidades

Mesilato de Eribulina es un inhibidor de la dinámica de los microtúbulos basado en halicondrina B de primera clase. Es un análogo sintético estructuralmente simplificado de la halicondrina B, un producto natural aislado de la esponja marina *Halichondria okadai*.

Eribulina inhibe la fase de crecimiento de los microtúbulos sin afectar la fase de acortamiento y secuestra la tubulina en agregados no productivos. Eribulina ejerce sus efectos a través de un mecanismo antimitótico basado en tubulina que da lugar al bloqueo del ciclo celular G₂/M, la interrupción de los husos mitóticos finalmente, la muerte apoptótica después del bloqueo mitótico prolongado e irreversible.

Mesilato de Eribulina también afecta el microambiente tumoral y el fenotipo tumoral mediante mecanismos que no están vinculados a sus efectos antimitóticos. Estos efectos adicionales de Eribulina incluyen: (i) remodelación de la vasculatura tumoral mediante la cual los núcleos tumorales internos se perfunden mejor y son menos hipóxicos y (ii) los cambios fenotípicos de fenotipos mesenquimales más agresivos a fenotipos epiteliales menos agresivos de la inversión de la transición epitelio-mesenquimal.

Riesgo en el Embarazo

Se debe informar a las mujeres en edad fértil que eviten quedar embarazadas mientras ellas o sus parejas, estén recibiendo mesilato de Eribulina y que deben utilizar métodos anticonceptivos efectivos durante y hasta por 3 meses, después de finalizar el tratamiento.

No existe información sobre el uso de mesilato de eribulina en mujeres embarazadas. El mesilato de eribulina es embriotóxico, fenotóxico y teratogénico en ratas. Mesilato de eribulina no debe utilizarse durante el embarazo, a menos que sea claramente necesario y después de considerar cuidadosamente las necesidades de la madre y el riesgo para el feto.

No existe información sobre la excreción de mesilato de eribulina o sus metabolitos en la leche materna humana o de animales. Sin embargo, no se puede excluir el riesgo para los recién nacidos o infantes por lo que no debe utilizarse mesilato de eribulina durante la lactancia.

Efectos Adversos

Neutropenia, leucopenia, anemia, neutropenia febril, linfopenia, trombocitopenia, neuropatía periférica, dolor de cabeza, disgeusia, mareo, ansiedad, depresión, insomnio, aumento de lagrimeo, astenia/ fatiga, inflamación de la mucosa, pirexia, edema periférico, dolor, constipación, diarrea, náusea, vómito, estomatitis, boca seca, dispepsia, dolor abdominal, incremento de aspartato aminotransferasa, incremento de la alanina aminotransferasa, incremento de gama glutamil transferasa, hiperbilirrubinemia, artralgia/mialgia dolor de espalda, dolor de huesos, dolor de extremidades, espasmo muscular, debilidad muscular, disminución de peso, disminución del apetito, hipopotasemia, hipomagnesemia, hipocalcemia, deshidratación, tos, disnea, alopecia, salpullido, erupción, prurito, sepsis, neumonía, infección de tracto respiratorio superior, infección de tracto urinario, hipersensibilidad al medicamento, hepatitis, pancreatitis, enfermedad pulmonar intersticial, síndrome de Stevens-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica.

Contraindicaciones y Precauciones

Contraindicaciones: hipersensibilidad al fármaco o a los componentes de la fórmula. Embarazo y lactancia.

Precauciones generales:

Hematología

La mielosupresión depende de las dosis y se manifiesta principalmente como neutropenia. Se presentó neutropenia febril en pacientes tratados con mesilato de eribulina.

Se debe realizar monitoreo de química sanguínea completa antes de cada dosis en todos los pacientes que reciban mesilato de eribulina.

Los pacientes con neutropenia febril, neutropenia severa o trombocitopenia deben ser tratados de acuerdo con las recomendaciones.

Los pacientes con alanina aminotransferasa (ALT) o aspartato aminotransferasa (AST) $> 3 \times \text{ULN}$ (límite superior al normal) tuvieron una mayor incidencia de neutropenia grado 4 y neutropenia febril. Aunque los datos son limitados, los pacientes con bilirrubina $>15 \times \text{ULN}$ también tiene una mayor incidencia de neutropenia grado 4 y neutropenia febril.

Neuropatía periférica

Monitorear de cerca a los pacientes para detectar signos de neuropatía periférica y sensorial. La neuropatía periférica debe tratarse retrasando y ajustando la dosis de acuerdo con las recomendaciones.

Prolongación del intervalo QT

En un estudio ECG abierto no controlado en 26 pacientes, se observó prolongación QT en el día 8, independientemente de la concentración de eribulina, con prolongación QT no observada en el día 1. Se recomienda monitoreo de ECG si se inicia tratamiento en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva, bradiarritmias, tratamientos con medicamentos conocidos para prolongar el intervalo QT, incluyendo antiarrítmicos clase Ia y III, y alteraciones electrolíticas. Corregir hipocalcemia o hipomagnesia antes de iniciar el tratamiento con mesilato de eribulina, y monitorear estos electrolitos periódicamente durante la terapia. Debe evitarse el tratamiento con mesilato de eribulina en pacientes con síndrome de QT largo congénito.

Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.

Eribulina puede causar efectos secundarios, como cansancio y mareos que pueden tener una influencia leve o moderada sobre la capacidad para conducir o utilizar máquinas. Se debe aconsejar a los pacientes que no conduzcan, ni utilicen máquinas si se sienten cansados o mareados.

Interacciones

Interacciones medicamentosas y de otro género

No se espera que haya interacciones medicamentosas con los inhibidores de CYP3A4, inductores de CYP3A4 o inhibidores de P-glicoproteína (P-gp). No hay efecto en la exposición a Eribulina (área bajo la curva AUC) y la concentración máxima (C_{máx}) cuando Eribulina fue administrada con o sin ketoconazol, un potente inhibidor de CYP3A4 o cuando es administrado con rifampicina un potente inductor de CYP3A4.

La eribulina no inhibe a las enzimas CYP1A2, CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6, CYP2E1 o CYP3A4 ni induce a las enzimas CYP1A2, CYP2C9, CYP2C19 O CYP3A4 a concentraciones clínicamente relevantes.

MESNA

Clave	Descripción	Indicaciones	Vía de administración y Dosis
010.000.4433.00	SOLUCIÓN INYECTABLE Cada ampolleta <u>o frasco ámpula o vial</u> contiene: Mesna 400 mg Envase con 5 ampolletas <u>o frascos ámpula o viales</u> con 4 mL (100 mg/mL).	Profilaxis de cistitis hemorrágica en pacientes que reciben ifosfamida o ciclofosfamida.	Intravenosa. Adultos: 240 mg/m² de superficie corporal, administrados junto con el antineoplásico. Las dosis se repiten 4 a 8 horas después de la administración del antineoplásico.

Generalidades

Previene la cistitis hemorrágica inducida por ifosfamida al reaccionar con los metabolitos tóxicos de este compuesto.

Riesgo en el Embarazo

B

Efectos Adversos

Disgeusia, diarrea, náusea, vómito, fatiga, hipotensión.

Contraindicaciones y Precauciones

Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco y compuestos con grupos sulfhidrilos.

Precauciones: En trombocitopenia.

Interacciones

Previene efectos adversos de ifosfamida.

Ciudad de México, a 7 de agosto de 2020.- El Secretario del Consejo de Salubridad General, **José Ignacio Santos Preciado**.- Rúbrica.

COMISION NACIONAL PARA LA PROTECCION Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS

ACUERDO por el que se hace del conocimiento del público en general la continuidad de los trámites y procedimientos ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, así como la atención de usuarios de forma presencial en las unidades de atención a usuarios y en las oficinas de atención al público y se mantiene suspensión de plazos y términos en los procedimientos que se indican ante la contingencia por el virus SARS-CoV2.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- HACIENDA.- Secretaría de Hacienda y Crédito Público.- Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

OSCAR ROSADO JIMÉNEZ, Presidente de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), con fundamento en lo dispuesto por los artículos 59, fracciones I y V de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales; 28 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 5, 16 y 26, fracciones I y XX de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 12 del Estatuto Orgánico de la CONDUSEF, y

CONSIDERANDO

Que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos consagra el principio de seguridad jurídica que deben tener los particulares frente a las actuaciones de la autoridad, y que es fundamental brindar certeza en los procedimientos que en ejercicio de sus atribuciones realiza la CONDUSEF.

Que la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, la Ley General de Organizaciones y Actividades Auxiliares del Crédito, la Ley de Instituciones de Crédito, la Ley para la Transparencia y Ordenamiento de los Servicios Financieros, la Ley para Regular las Sociedades de Información Crediticia y la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, establecen los términos y plazos en los que la CONDUSEF debe substanciar los procedimientos administrativos de su competencia, en los que los usuarios de servicios financieros y las instituciones financieras pueden presentar promociones, solicitudes o recibir notificaciones y tratándose de las instituciones financieras cumplir con las obligaciones previstas en la citada normatividad, cuya supervisión está cargo de esta Comisión Nacional.

Que el artículo 28, primer y segundo párrafo de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, establece que las actuaciones y diligencias administrativas se practicarán en días y horas hábiles; que no se considerarán días hábiles aquéllos que se harán del conocimiento público a través de publicación en el Diario Oficial de la Federación, mediante acuerdo que dicte el titular.

Que de conformidad con lo previsto en el tercer párrafo del artículo 28 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los términos podrán suspenderse por causa de fuerza mayor o caso fortuito, debidamente fundado y motivado.

Que el Consejo de Salubridad General de la Secretaría de Salud emitió 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)" y la Secretaría de Salud, el "Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19)", el "Acuerdo por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV2", así como 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".

Que la CONDUSEF ha adoptado medidas durante la contingencia sanitaria, acorde a la política de sana distancia y de reducción de la movilidad, con énfasis en el trabajo a distancia, privilegiando en la atención a los usuarios de servicios financieros e instituciones financieras la utilización de medios remotos.

Que mediante publicación en el Diario Oficial de la Federación del 31 de julio de 2020 la Secretaría de la Función Pública emitió el "Acuerdo por el que se establecen los criterios aplicables para la administración de los recursos humanos en las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal para mitigar la propagación del coronavirus COVID-19", para reducir la transmisión del COVID-19, en el que se estableció que durante el periodo comprendido entre el 3 de agosto y el 30 de septiembre de 2020, se podrá autorizar o facilitar a las personas servidoras públicas el trabajo en casa; días de trabajo alternados; horarios

escalonados, así como el uso de las tecnologías de información y comunicación, entre el personal que integra las distintas unidades administrativas de las dependencias y entidades, procurando asegurar en todo tiempo las medidas sanitarias recomendadas por la Secretaría de Salud.

Que en términos de la fracción I, del Artículo Primero del Acuerdo citado en el párrafo anterior, es procedente la aplicación de medidas para reducir la transmisión del COVID-19 en las Unidades de Atención a Usuarios BA9, con sede en el Estado de Sonora y BB6, con sede en el Estado de Colima, manteniendo la suspensión en la atención presencial de usuarios de servicios financieros y de representantes de las instituciones financieras, así como de términos y plazos legales.

Que por la continuada prolongación del periodo de contingencia sanitaria, es necesario implementar un nuevo esquema de operación en la prestación de los servicios públicos de la CONDUSEF, manteniendo como eje rector la adopción de las medidas para preservar la salud e integridad de usuarios, representantes de instituciones financieras, de los servidores públicos y del público en general, por lo que en la determinación para el cómputo de términos, plazos y la atención presencial en las Unidades de Atención a Usuarios y en la oficinas de atención al público de la Comisión Nacional, se determinará con base en el semáforo epidemiológico que den a conocer las autoridades sanitarias.

Que resulta necesario adaptar la forma en la entrega y recepción de documentos por los cuales los usuarios de servicios financieros presentan reclamaciones, escritos y documentos en general, así como por los que las instituciones financieras sujetas a supervisión de la CONDUSEF presentan la información para la sustanciación de trámites, solicitudes y cumplimiento de obligaciones en términos de las disposiciones contenidas en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, en la Ley General de Organizaciones y Actividades Auxiliares del Crédito, en la Ley de Instituciones de Crédito, en la Ley para la Transparencia y Ordenamiento de los Servicios Financieros, en la Ley para Regular las Sociedades de Información Crediticia y en la Ley Federal de Procedimiento Administrativo.

Que a efecto de que la CONDUSEF sea consistente con las medidas establecidas por las autoridades sanitarias, se debe adoptar un nuevo esquema en la atención prioritaria de los Usuarios de servicios financieros, disminuyendo la concentración de personas en las oficinas de la Comisión Nacional, a fin de mitigar la dispersión y transmisión del virus SARS-COV2, siendo fundamental la implementación de un programa de generación de citas para la atención presencial; así como el uso de herramientas tecnológicas que permitan la atención por medios remotos como eje rector en la protección y defensa de los derechos e intereses de los usuarios de los servicios financieros; por lo que he tenido a bien expedir el siguiente:

ACUERDO POR EL QUE SE HACE DEL CONOCIMIENTO DEL PÚBLICO EN GENERAL LA CONTINUIDAD DE LOS TRÁMITES Y PROCEDIMIENTOS ANTE LA COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS, ASÍ COMO LA ATENCIÓN DE USUARIOS DE FORMA PRESENCIAL EN LAS UNIDADES DE ATENCIÓN A USUARIOS Y EN LAS OFICINAS DE ATENCIÓN AL PÚBLICO Y SE MANTIENE SUSPENSIÓN DE PLAZOS Y TÉRMINOS EN LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE INDICAN ANTE LA CONTINGENCIA POR EL VIRUS SARS-COV2

ARTÍCULO PRIMERO.- A partir del 03 de agosto de 2020 se reanudará el cómputo de los términos y plazos legales correspondientes a los actos y procedimientos administrativos que en ejercicio de sus atribuciones realizan y se desahogan ante las distintas unidades administrativas de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en términos de las disposiciones contenidas en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, en la Ley General de Organizaciones y Actividades Auxiliares del Crédito, en la Ley de Instituciones de Crédito, en la Ley para la Transparencia y Ordenamiento de los Servicios Financieros, en la Ley para Regular las Sociedades de Información Crediticia y en la Ley Federal de Procedimiento Administrativo.

ARTÍCULO SEGUNDO.- La Comisión privilegia el uso de medios remotos para los trámites, procesos y procedimientos de su competencia de conformidad con lo siguiente:

- I. La Atención Técnico Jurídica, se brindará por vía telefónica en el número 55 53 400 999, a través de chat disponible en el portal de internet <https://www.condusef.gob.mx> y por correo electrónico a la cuenta asesoria@condusef.gob.mx;
- II. La recepción de quejas será vía remota mediante el uso de la plataforma de **Queja Electrónica**, a través de la página de internet <https://phpapps.condusef.gob.mx/margo.0.1/index.php>;

- III. La recepción de reclamaciones, se realizará de forma presencial únicamente con cita, la cual podrá ser agendada a través del portal de internet <https://phpapps.condusef.gob.mx/citasInternet/index.php> o llamando al 55 53 400 999. Asimismo, los usuarios podrán remitir su escrito de reclamación, por medio de correo a través del Servicio Postal Mexicano (SEPOMEX) o mensajería a la Unidad de Atención a Usuarios más cercana al domicilio de los usuarios de servicios financieros;
- IV. Las Audiencias de Conciliación podrán llevarse a cabo vía telefónica, a través del Sistema de Conciliación Telefónica (COT). El registro en el Sistema COT se realizará a través de la página de internet <https://webapps.condusef.gob.mx/conciliacion/jsp/solicitudcot.jsp>, en términos de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros;
- V. La solicitud de Dictamen se realizará por los medios remotos establecidos en la página de internet <https://www.condusef.gob.mx/?p=contenido&idc=1341&idcat=1>;
- VI. La notificación de Dictamen se realizará en las Unidades de Atención a Usuarios de forma personal, mediante cita agendada a través de la página <https://phpapps.condusef.gob.mx/citasInternet/index.php>, una vez que el usuario reciba el aviso de que se emitió la opinión jurídica;
- VII. La solicitud de procedencia de defensoría legal gratuita, se recibirá por los medios remotos establecidos en la página de internet <https://www.condusef.gob.mx/?p=contenido&idc=1331&idcat=1>;
- VIII. La atención presencial para los trámites relacionados con la defensoría legal gratuita, será exclusivamente con cita, previamente agendada a través de la página <https://www.condusef.gob.mx>;
- IX. Las consultas de seguimiento relacionadas con los procesos de defensoría legal gratuita, se realizarán de manera remota a través de videoconferencia, previa cita agendada a través de la página de internet <https://www.condusef.gob.mx>;
- X. Las diligencias y comparecencias relacionadas con los procesos de defensoría legal gratuita, se atenderán presencialmente, con cita previamente agendada a través de la página de internet <https://www.condusef.gob.mx>;
- XI. El envío de documentación relativa al cumplimiento de obligaciones de las Instituciones Financieras para el Registro de Prestadores de Servicios Financieros (SIPRES) y para el Sistema de Gestión Electrónica (SIGE), se podrá realizar por medios electrónicos y a través dispositivos denominados USB o CD.

En los casos en se requiera atención presencial a usuarios de servicios financieros y representantes de las Instituciones Financieras en las Unidades de Atención a Usuarios y en las oficinas de atención al público de la CONDUSEF, ésta se brindará únicamente a través de cita previamente agendada en la página <https://www.condusef.gob.mx>, en el apartado correspondiente al trámite.

ARTÍCULO TERCERO.- Quedan exceptuados de lo dispuesto en el Artículo Primero de este Acuerdo, por lo que se considerarán como inhábiles para todos los efectos legales los días comprendidos del 03 al 14 de agosto de 2020, y no se computarán dichos días en los términos y plazos legales correspondientes, exclusivamente para efectos de los actos y procedimientos administrativos que en ejercicio de sus atribuciones realizan y se desahogan ante las distintas unidades administrativas de la CONDUSEF, relativas a los siguientes procedimientos:

- I. Supervisión, inspección y verificación a las Instituciones Financieras;
- II. Emplazamiento, imposición y notificación de sanciones a las Instituciones Financieras;
- III. Presentación de solicitudes de condonación de multas impuestas, y
- IV. Recursos de Revisión.

Las promociones ingresadas del 03 al 14 de agosto de 2020, ante las unidades administrativas de la CONDUSEF, en su caso, surtirán efectos a partir del día hábil siguiente.

ARTÍCULO CUARTO.- Quedan exceptuados de lo dispuesto en el Artículo Primero de este Acuerdo, por lo que se considerarán como inhábiles para todos los efectos legales los días comprendidos del 03 al 14 de agosto de 2020, y no se computarán dichos días en los términos y plazos legales correspondientes, exclusivamente para efectos de la atención a usuarios, actos y procedimientos administrativos que en ejercicio de sus atribuciones realizan, que se desahogan, deban tramitarse o se encuentren en proceso en la Unidad de Atención a Usuarios BA9, con sede en el Estado de Sonora, con excepción de los procedimientos de Queja electrónica y Conciliación Telefónica que se desahoguen a través de medios remotos.

ARTÍCULO QUINTO.- Quedan exceptuados de lo dispuesto en el Artículo Primero de este Acuerdo, por lo que se considerarán como inhábiles para todos los efectos legales los días comprendidos del 03 al 21 de agosto de 2020, y no se computarán dichos días en los términos y plazos legales correspondientes, exclusivamente para efectos de la atención a usuarios, actos y procedimientos administrativos que en ejercicio de sus atribuciones realizan, que se desahogan, deban tramitarse o se encuentren en proceso en la Unidad de Atención a Usuarios BB6, con sede en el Estado de Colima, con excepción de los procedimientos de Queja electrónica y Conciliación Telefónica que se desahoguen a través de medios remotos.

ARTÍCULO SEXTO.- Para la atención de solicitudes de acceso a la información, de ejercicio de derechos ARCO, así como para dar cumplimiento a los requerimientos y resoluciones que emita el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI) se precisa que se atenderán en tiempo y forma, siempre y cuando las gestiones y acciones de búsqueda, localización, recolección, concentración o cualquier otro procedimiento para la obtención de lo solicitado, no impliquen situaciones de riesgo para el personal de las unidades administrativas adscritas a esta Comisión Nacional, en términos de lo establecido por la Secretaría de Salud y considerando el personal que se reincorpora a las actividades esenciales de conformidad con lo establecido en el “Acuerdo por el que se establecen los criterios aplicables para la administración de los recursos humanos en las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal para mitigar la propagación del Coronavirus COVID-19”, publicado por la Secretaría de la Función Pública en el Diario Oficial de la Federación el 31 de julio de 2020.

ARTÍCULO SÉPTIMO.- Los usuarios de servicios financieros, podrán dar seguimiento a los trámites y procedimientos que se llevan a cabo ante la CONDUSEF en la página de internet https://phpapps.condusef.gob.mx/condusefenlinea/TATJ_ext.php.

ARTÍCULO OCTAVO.- A partir del 17 de agosto de 2020, las Instituciones Financieras tendrán a su disposición el Sistema de Notificaciones Electrónicas (SINE), para la presentación de promociones, escritos, documentos y atención de requerimientos e informes, respecto de cualquier trámite o proceso que se lleve a cabo en la CONDUSEF.

Para efectos de lo anterior, las Instituciones Financieras deberán registrarse en el Sistema de Notificaciones Electrónicas (SINE), a través de la página de internet <https://www.condusef.gob.mx>, haciendo uso de la Clave Institucional a que se refiere la disposición segunda, fracción III de las Disposiciones de Carácter General para el Registro de Prestadores de Servicios Financieros, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 7 de octubre de 2014, reformadas por publicación en el mismo órgano de difusión el 11 de diciembre de 2018.

ARTÍCULO NOVENO.- A partir del 1 de septiembre de 2020, los usuarios podrán inscribirse en el Registro Único de Trámites (RUT), a través de la página de internet <https://www.condusef.gob.mx>, que será el sistema de comunicación electrónica, a través del cual:

- I. Los usuarios de servicios financieros podrán presentar consultas, promociones, reclamaciones, solicitudes o dar cumplimiento a requerimientos, a través de documentos digitales o digitalizados.
- II. La CONDUSEF realizará la notificación de cualquier acto o resolución administrativa que corresponda, a través de documentos digitales.

TRANSITORIOS

PRIMERO.- El presente Acuerdo entrará en vigor el 31 de julio de 2020.

SEGUNDO.- Publíquese en el Diario Oficial de la Federación.

TERCERO.- La interpretación para efectos administrativos del presente Acuerdo corresponderá a la Dirección General de Servicios Legales de la CONDUSEF.

Atentamente,

Ciudad de México, 31 de julio de 2020.- El Presidente de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, **Oscar Rosado Jiménez**.- 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 \$22.4850 M.N. (veintidós pesos con cuatro mil ochocientos cincuenta 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 10 de agosto de 2020.- BANCO DE MÉXICO: La Directora de Disposiciones de Banca Central, **María Teresa Muñoz Arámburu**.- 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 91 días obtenidas el día de hoy, fueron de 5.1687 y 5.1452 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., HSBC México S.A., Banco Nacional de México S.A., Banca Mifel S.A., Banco Invex S.A. y Banco Azteca S.A.

Ciudad de México, a 10 de agosto de 2020.- BANCO DE MÉXICO: La Directora de Disposiciones de Banca Central, **María Teresa Muñoz Arámburu**.- 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 4.97 por ciento.

Ciudad de México, a 7 de agosto de 2020.- BANCO DE MÉXICO: La Directora de Disposiciones de Banca Central, **María Teresa Muñoz Arámburu**.- Rúbrica.- El Director de Apoyo a las Operaciones, **Joaquín Rodrigo Cano Jauregui Segura Millan**.- Rúbrica.

INDICE
PODER EJECUTIVO

SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

.

Decreto por el que se adiciona un párrafo quinto al artículo 1 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

.

SECRETARIA DE ECONOMIA

.

Acuerdo por el que se establecen la Unidad de Transparencia y el Comité de Transparencia de la Secretaría de Economía.

PODER EJECUTIVO

SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

DECRETO por el que se adiciona un párrafo quinto al artículo 1 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Presidencia de la República.

ANDRÉS MANUEL LÓPEZ OBRADOR, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, a sus habitantes sabed:

Que el Honorable Congreso de la Unión, se ha servido dirigirme el siguiente

DECRETO

"EL CONGRESO GENERAL DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, DECRETA:

SE ADICIONA UN PÁRRAFO QUINTO AL ARTÍCULO 1 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

Artículo Único. Se adiciona un párrafo quinto, recorriéndose en su orden los subsecuentes párrafos, al artículo 1 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, para quedar como sigue:

Artículo 1. ...

I. a VI. ...

...

...

...

Queda exceptuada de la aplicación de la presente Ley, la adquisición de bienes o prestación de servicios para la salud que contraten las dependencias y/o entidades con organismos intergubernamentales internacionales, a través de mecanismos de colaboración previamente establecidos, siempre que se acredite la aplicación de los principios previstos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

...

...

...

Transitorio

Único.- El presente Decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Ciudad de México, a 29 de julio de 2020.- DIP. **LAURA ANGÉLICA ROJAS HERNÁNDEZ**, Presidenta.- SEN. **MÓNICA FERNÁNDEZ BALBOA**, Presidenta.- DIP. **JULIETA MACÍAS RÁBAGO**, Secretaria.- SEN. **PRIMO DOTHÉ MATA**, Secretario.- Rúbricas."

En cumplimiento de lo dispuesto por la fracción I del Artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y para su debida publicación y observancia, expido el presente Decreto en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, a 11 de agosto de 2020.- **Andrés Manuel López Obrador**.- Rúbrica.- La Secretaria de Gobernación, Dra. **Olga María del Carmen Sánchez Cordero Dávila**.- Rúbrica.

SECRETARÍA DE ECONOMÍA

ACUERDO por el que se establecen la Unidad de Transparencia y el Comité de Transparencia de la Secretaría de Economía.

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

Con fundamento en los artículos 34, fracción XXXIII, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 23, 24 fracciones I y II, 43 y 45 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 3, fracciones V y XXXIV, 83, 84, 85 y 87 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados; 11, fracciones I y II, 61, 64 y 65, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 5, fracción XVII y 14, fracción XXIX del Reglamento Interior de la Secretaría de Economía, y

CONSIDERANDO

Que la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, publicada el 4 de mayo de 2015 en el Diario Oficial de la Federación, tiene por objeto establecer los principios, bases generales y procedimientos para garantizar el derecho de acceso a la información en posesión de cualquier autoridad, entidad, órgano y organismo de los poderes Legislativo, Ejecutivo y Judicial.

Que la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, publicada el 26 de enero de 2017 en el Diario Oficial de la Federación, tiene por objeto establecer las bases, principios y procedimientos para garantizar el derecho que tiene toda persona a la protección de sus datos personales, en posesión de sujetos obligados.

Que la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública (Ley), publicada el 9 de mayo de 2016 en el Diario Oficial de la Federación, es de orden público y tiene por objeto proveer lo necesario en el ámbito federal, para garantizar el derecho de acceso a la Información Pública en posesión de cualquier autoridad de los poderes Legislativo, Ejecutivo y Judicial, en los términos previstos por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Que la propia Ley establece que todo sujeto obligado por la misma, deberá contar con su respectivo Comité de Transparencia y Unidad de Transparencia y vigilar su correcto funcionamiento de acuerdo con la normatividad interna.

Que además, dicha Ley dispone que el Titular de la Unidad de Transparencia debe depender directamente del titular del sujeto obligado y contar con experiencia en la materia, por lo que el Reglamento Interior de la Secretaría de Economía señala, entre otras, las facultades del Titular de la Unidad de Apoyo Jurídico el fungir como responsable de la propia Secretaría en términos de las disposiciones jurídicas en materia de transparencia y acceso a la información pública.

Que de conformidad con lo señalado en el considerando anterior, al Titular de la Unidad de Apoyo Jurídico le corresponderá ejercer las funciones previstas en el artículo 61 de la Ley, las que se desprendan de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y demás normatividad aplicable para garantizar el acceso a la información entre la Secretaría de Economía como sujeto obligado y los solicitantes de información.

Que la propia Ley establece que, para el caso de la Administración Pública Federal, el Comité de Transparencia de las dependencias deberá integrarse por el responsable del área coordinadora de archivos o equivalente, por el titular de la Unidad de Transparencia y por el titular del Órgano Interno de Control de cada dependencia y ejercerán sus facultades y atribuciones en términos de la propia Ley.

Que de igual forma, la reforma constitucional en materia de derechos humanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 10 de junio de 2011, representa un nuevo paradigma que ubica en el centro de la actuación de todas las autoridades a la persona, debiendo asegurar el pleno goce y ejercicio de los derechos humanos, entre ellos, el de acceso a la información.

Que derivado de la reforma a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, publicada en el Diario Oficial de la Federación el pasado 30 de noviembre de 2018, se modificó la denominación de la Oficialía Mayor, área a cargo de las unidades administrativas que llevan a cabo las tareas de apoyo administrativo en materia de recursos humanos, materiales, financieros, informáticos y cualquier otro que sea necesario para el desarrollo de las funciones de las dependencias de la Administración Pública Federal, para quedar como Unidad de Administración y Finanzas.

Que del mismo modo, por medio de la publicación del Reglamento Interior de la Secretaría de Economía en el Diario Oficial de la Federación el pasado 17 de octubre de 2019, se modificó la denominación de la Oficina del Abogado General, área a cargo de la Unidad de Transparencia, para quedar como Unidad de Apoyo Jurídico.

Que derivado de lo anterior, y con el propósito de dar cumplimiento a las obligaciones en la materia y con ello brindar certeza jurídica a los solicitantes de información y la clasificación de la misma en los términos que fijen las disposiciones jurídicas aplicables, se expide el siguiente:

ACUERDO

Primero.- Se establece la Unidad de Transparencia de la Secretaría de Economía, cuya titularidad estará a cargo de la persona Titular de la Unidad de Apoyo Jurídico de la propia Dependencia, en términos de lo dispuesto por el artículo 14, fracción XXIX, del Reglamento Interior de la Secretaría de Economía.

La persona titular de la Unidad de Transparencia ejercerá las funciones previstas en los artículos 45 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 61 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, y 85 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, a fin de facilitar el acceso a la información a cargo de la Secretaría de Economía.

Segundo.- La persona titular de la Unidad de Transparencia dependerá directamente de la persona titular de la Secretaría de Economía y deberá contar con experiencia en la materia, en términos de lo dispuesto en los artículos 24, fracción II, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y 11, fracción II, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Tercero.- Se establece el Comité de Transparencia de la Secretaría de Economía, el cual ejercerá las facultades y atribuciones a que se refieren los artículos 44 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, 65 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, y 84 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

El Comité de Transparencia estará integrado por los siguientes miembros propietarios:

- I. El Titular de la Unidad de Apoyo Jurídico, quien lo presidirá;
- II. El Titular de la Unidad de Administración y Finanzas, y
- III. El Titular del Órgano Interno de Control en la Secretaría de Economía.

Cuarto.- Los miembros propietarios del Comité de Transparencia serán suplidos en sus ausencias por los servidores públicos que éstos designen, en términos de lo dispuesto en el Reglamento Interior de la Secretaría de Economía en materia de suplencia, atendiendo lo señalado por los artículos 43 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, y 64 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

TRANSITORIOS

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

SEGUNDO.- Los recursos humanos, materiales y financieros que resulten necesarios para la óptima operación y funcionamiento de la Unidad de Transparencia, así como del Comité de Transparencia, serán otorgados en términos de la normatividad aplicable y la disponibilidad presupuestaria.

TERCERO.- Se abroga el Acuerdo por el que se establecen la Unidad de Transparencia y el Comité de Transparencia de la Secretaría de Economía, publicado el 12 de diciembre de 2016 en el Diario Oficial de la Federación, así como todas aquellas disposiciones que se opongan al presente Acuerdo.

CUARTO.- Los enlaces de las unidades administrativas de la Secretaría de Economía en materia de transparencia y acceso a la información, deberán ejercer los actos y gestiones necesarias para coadyuvar en los trabajos que realicen la Unidad de Transparencia y el Comité de Transparencia para dar debido cumplimiento a las disposiciones jurídicas aplicables en materia de transparencia.

Ciudad de México, a 6 de agosto de 2020.- La Secretaria de Economía, **Graciela Márquez Colín.-**
Rúbrica.