

**INDICE
PODER EJECUTIVO**

SECRETARIA DE MEDIO AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES

Reglas Generales que establecen los requisitos que deben cumplir los prestadores de servicios integrados para obtener y mantener la aprobación de la Comisión Nacional del Agua en términos de lo dispuesto en la Norma Mexicana NMX-AA-179-SCFI-2018, Medición de volúmenes de aguas nacionales usados, explotados o aprovechados.

Reglas Generales que establecen los requisitos que deben cumplir las unidades de verificación para obtener y mantener la aprobación de la Comisión Nacional del Agua para la evaluación de la conformidad en términos de lo dispuesto en la Norma Mexicana NMX-AA- 179-SCFI-2018, Medición de volúmenes de aguas nacionales usados, explotados o aprovechados.

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 Guerrero.

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 Michoacán.

COMISION REGULADORA DE ENERGIA

Acuerdo de la Comisión Reguladora de Energía por el que expiden las Reglas de Operación del Consejo Consultivo de la Comisión Reguladora de Energía.

ORGANISMOS DESCONCENTRADOS O DESCENTRALIZADOS

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Nota Aclaratoria al Protocolo de Atención Integral para Niñas, Niños y Adolescentes Víctimas de Delito y en Condiciones de Vulnerabilidad, mismo que fue publicado en un extracto el primero de julio de dos mil veinte.

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.

Costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de Estados Unidos de América, a cargo de las instituciones de banca múltiple del país (CCP- Dólares).

INSTITUTO NACIONAL DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACION Y PROTECCION DE DATOS PERSONALES

Acuerdo mediante el cual se aprueban diversas modificaciones a los Lineamientos que regulan las sesiones del Pleno del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, en materia de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales del Sector Público.

Acuerdo mediante el cual se presenta al Pleno, el Protocolo para la Prevención, Atención y Sanción del Hostigamiento Sexual y Acoso Sexual del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y

Protección de Datos Personales.

INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL

Extracto del Acuerdo dictado el veintisiete de julio de dos mil veinte por el Titular de la Unidad Técnica de lo Contencioso Electoral de la Secretaría Ejecutiva del Instituto Nacional Electoral, en cumplimiento a lo ordenado por la Sala Superior del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, en la sentencia recaída a los expedientes SUP-REP-82/2020 y acumulados.

AVISOS

Judiciales y generales.

CONVOCATORIAS PARA CONCURSOS DE PLAZAS VACANTES DEL SERVICIO PROFESIONAL DE CARRERA EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL

PODER EJECUTIVO

SECRETARIA DE MEDIO AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES

REGLAS Generales que establecen los requisitos que deben cumplir los prestadores de servicios integrados para obtener y mantener la aprobación de la Comisión Nacional del Agua en términos de lo dispuesto en la Norma Mexicana NMX-AA-179-SCFI-2018, Medición de volúmenes de aguas nacionales usados, explotados o aprovechados.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales.

BLANCA ELENA JIMÉNEZ CISNEROS, Directora General de la Comisión Nacional del Agua, Órgano Administrativo Desconcentrado de la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 4; 7, fracción III; 9, fracciones I, VI, XXXV y LIV; 12, fracciones VIII y XII de la Ley de Aguas Nacionales; 70 de la Ley Federal Sobre Metrología y Normalización; 1, primer párrafo; 6 primer párrafo; 13, fracciones I, II, XI y XXX del Reglamento Interior de la Comisión Nacional del Agua, y numeral 6.7, segundo párrafo de la Norma Mexicana “NMX-AA-179-SCFI-2018, Medición de volúmenes de aguas nacionales usados, explotados o aprovechados”, cuya Declaratoria de vigencia se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 21 de septiembre de 2018, y

CONSIDERANDO

Que el artículo 4 de la Ley de Aguas Nacionales, establece que corresponde al Ejecutivo Federal la autoridad y administración en materia de aguas nacionales y sus bienes públicos inherentes, quien las ejercerá directamente o a través de la Comisión Nacional del Agua;

Que el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de julio de 2019, establece como tema prioritario en el apartado II denominado “Política Social”, el construir un país con bienestar, comprometido a impulsar el desarrollo sostenible para la satisfacción de las necesidades de la generación presente sin afectar a las generaciones futuras, teniendo como propósito el cuidado del medio ambiente, en el que además, el Ejecutivo Federal se guiará por una idea de desarrollo que subsane las injusticias sociales e impulse el crecimiento;

Que el 21 de septiembre del 2018, la Secretaría de Economía, al ser la autoridad facultada en materia de metrología, publicó en el Diario Oficial de la Federación la Declaratoria de vigencia de la Norma Mexicana “NMX-AA-179-SCFI-2018, Medición de volúmenes de aguas nacionales usados, explotados o aprovechados”, que tiene por objeto establecer las características y especificaciones para la selección, instalación y operación de los medidores y sistemas de medición para el uso, explotación o aprovechamiento de aguas nacionales; la metodología para medir los citados volúmenes, y el procedimiento para la transmisión de los datos de medición a esta Comisión Nacional del Agua;

Que la Norma Mexicana “NMX-AA-179-SCFI-2018, Medición de volúmenes de aguas nacionales usados, explotados o aprovechados”, contempla la figura de los prestadores de servicios integrados con el propósito de facilitar a los usuarios su obligación de medir los volúmenes de aguas nacionales usados, explotados o aprovechados, que podrán ser contratados para la selección, instalación y operación del medidor o sistemas de medición, así como la transmisión remota de la información de medición a esta autoridad del agua;

Que el numeral 3.12 de la Norma Mexicana “NMX-AA-179-SCFI-2018, Medición de volúmenes de aguas nacionales usados, explotados o aprovechados”, establece que los prestadores de servicios integrados son las personas morales que cuentan con acreditación por la entidad de acreditación autorizada por la Secretaría de Economía y aprobación de la Comisión Nacional del Agua para prestar servicios de selección, instalación y operación de los medidores o sistemas de medición, así como la transmisión de la información de los volúmenes utilizados, a través de personas físicas competentes que cuenten con certificado vigente expedido

por la Secretaría de Educación Pública en el estándar de competencia en la actividad o actividades que la Comisión Nacional del Agua determine necesario;

Que el segundo párrafo del numeral 6.7 de la Norma Mexicana “NMX-AA-179-SCFI-2018 Medición de volúmenes de aguas nacionales usados, explotados o aprovechados”, establece que la Comisión Nacional del Agua expedirá mediante reglas generales los requisitos para obtener y mantener la aprobación para los prestadores de servicios integrados, por lo que, he tenido a bien expedir las siguientes:

**REGLAS GENERALES QUE ESTABLECEN LOS REQUISITOS QUE DEBEN CUMPLIR LOS
PRESTADORES DE SERVICIOS INTEGRADOS PARA OBTENER Y MANTENER LA APROBACIÓN DE LA
COMISIÓN NACIONAL DEL AGUA EN TÉRMINOS DE LO DISPUESTO EN LA NORMA MEXICANA
“NMX-AA-179-SCFI-2018, MEDICIÓN DE VOLÚMENES DE AGUAS NACIONALES USADOS,
EXPLOTADOS O APROVECHADOS”**

I. Objetivo.

El presente instrumento tiene por objeto establecer los requisitos que deben cumplir los prestadores de servicios integrados para obtener y mantener la aprobación de la Comisión Nacional del Agua en términos de lo dispuesto en la NMX-AA-179-SCFI-2018 Medición de volúmenes de aguas nacionales usados, explotados o aprovechados.

II. Campo de aplicación.

Las presentes reglas resultan aplicables a las personas morales que cuenten con acreditación autorizada por la Secretaría de Economía para prestar servicios de selección, instalación y operación de los medidores o sistemas de medición, así como la transmisión de la información de los volúmenes usados, explotados o aprovechados de las aguas nacionales.

III. Reglas Generales.

Primera. Los prestadores de servicios integrados debidamente acreditados por la entidad correspondiente, interesados en obtener la aprobación de la Comisión Nacional del Agua, deberán contar con personas físicas competentes que tengan certificado vigente expedido por la Secretaría de Educación Pública en el estándar de competencia en la actividad o actividades que a continuación se indican:

Fecha de publicación en el Diario Oficial de la Federación	Código (Estándar de competencia laboral)	Título	Objetivo
4-oct-2017	EC0913	Asesoría en medidores de carrete para tubería a presión	Describe lo que una persona debe demostrar al recabar y examinar datos, elaborar el proyecto, supervisar la instalación y validar el funcionamiento de la instalación en medidores de carrete para tubería a presión.
4-oct-2017	EC0914	Asesoría en sistemas fijos de medición de gasto para canales	Describe lo que una persona debe demostrar al recabar datos, examinar datos, elaborar el proyecto, supervisar la instalación y validar el funcionamiento de la instalación en sistemas fijos de medición de gasto para canales.

26-nov-2018	EC1110	Asesoría en sistemas de medición ultrasónicos de tiempo de travesía que no son de carrete para tubería a presión	Servir como referente para la evaluación y certificación de las personas que proporcionan el servicio para asesoría en medidores ultrasónicos de tiempo de travesía que no son de carrete para tubería a presión.
10-abr-2019	EC1156	Asesoría para la medición de volúmenes de aguas nacionales usados, explotados o aprovechados, con el método de presión diferencial Winter-Kennedy en turbinas con cámara espiral de acero	Servir como referente para la evaluación y certificación de las personas que proporcionan el servicio de asesoría en la medición de volúmenes de aguas nacionales usados, explotados o aprovechados con el método de presión diferencial Winter-Kennedy en turbinas con cámara espiral de acero, que puede ser referente para el desarrollo de programas de capacitación y de formación, basados en Estándares de Competencia (EC).

Segunda. Los prestadores de servicios integrados que realizarán la selección, instalación y operación de los medidores o sistemas de medición, así como la transmisión de la información de los volúmenes usados, explotados o aprovechados de las aguas nacionales, además de cumplir con las condiciones de imparcialidad, independencia, integridad, confidencialidad y solución de posibles conflictos derivados de sus actividades, deberán cumplir con los siguientes requisitos para obtener la aprobación de la Comisión Nacional del Agua a que se refiere la Norma Mexicana “NMX-AA-179-SCFI-2018, Medición de volúmenes de aguas nacionales usados, explotados o aprovechados”:

1. Contar con la acreditación emitida por la entidad de acreditación autorizada por la Secretaría de Economía, que avale que el prestador de servicios integrados cuenta con personal contratado o subcontratado, certificado en el estándar de competencia de la actividad o actividades que correspondan conforme al medidor o sistema de medición solicitado.
2. Llevar a cabo de forma veraz, mediante el uso de la firma electrónica, el registro de su solicitud para obtener la aprobación, a través de la plataforma que estará disponible en el sitio electrónico www.gob.mx/conagua de la Comisión Nacional del Agua, ya que por medio de dicha plataforma se emitirá la resolución de aprobación correspondiente en caso de cumplir con todos los requisitos plasmados en las presentes reglas.

En el supuesto de que la solicitud no cumpla con los requisitos previstos anteriormente, la Comisión Nacional del Agua deberá prevenir al prestador de servicios integrados por escrito para que en el término de cinco días hábiles contados a partir de que surta efectos la notificación, subsane la omisión correspondiente, dicha prevención se notificará en términos de la fracción I del artículo 35 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo. En caso de no desahogarse la prevención en el término establecido, la solicitud será desechada.

Cabe señalar, que el uso de las credenciales para el acceso y uso en la cuenta individualizada del prestador de servicios integrados en el sistema de registro de medidores o sistemas de medición de aguas nacionales será personal, intransferible y de uso confidencial, por lo que el prestador de servicios integrados será responsable del uso que dé a las mismas.

3. Registrar para su validez ante la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO) el contrato de prestación de servicios integrados para la selección, instalación y operación de los medidores o sistemas de medición, así como la transmisión de la información de los volúmenes usados, explotados o aprovechados de las aguas nacionales, mismo que debe estar escrito en idioma español y sus caracteres tienen que ser legibles a simple vista, sin menoscabo de que también pueda estar escrito en otro(s) idiomas(s), en cuyo caso deberá estar registrada también su traducción avalada por perito traductor, atendiendo a lo dispuesto en el artículo 85 de la Ley Federal de Protección al Consumidor, y subir en la plataforma indicada en el requisito número 2, el registro emitido por la PROFECO, o en su caso, el acuse de presentación de la solicitud del registro del contrato ante esa autoridad, dicho contrato podrá cumplir al menos con la siguiente información:
- a) Nombre, denominación o razón social; domicilio; teléfono; Registro Federal de Contribuyentes, y correo electrónico del prestador de servicios integrados. En caso que las partes sean personas morales, se tendrá que integrar el nombre del representante legal que firme el contrato;
 - b) Número de acreditación otorgado por la Entidad de Acreditación Autorizada por la Secretaría de Economía;
 - c) Nombre, domicilio para oír y recibir notificaciones y, en su caso, Registro Federal de Contribuyentes del usuario de las aguas nacionales, teléfono y correo electrónico;
 - d) Descripción del objeto del contrato por el servicio prestado;
 - e) Lugar, fecha y hora para la recepción, prestación y conclusión del servicio, así como, en su caso, de la entrega de los resultados al usuario de las aguas nacionales;
 - f) En su caso, los medios en los que se generan y entregan los resultados al usuario con motivo de la prestación del servicio;
 - g) Condiciones que se ofrezcan en la prestación del servicio, en su caso, las instancias, procedimientos y mecanismos mediante los cuales el usuario de las aguas nacionales puede presentar su reclamación, así como los lugares y horarios de atención;
 - h) En su caso, los mecanismos y plazos que tiene disponible el usuario de las aguas nacionales para cancelar la solicitud del servicio o de solicitar algún cambio, sin pena alguna para él;
 - i) Causas de rescisión, cancelación y terminación del contrato;
 - j) Relación de los derechos y obligaciones de las partes, señalando los términos y condiciones estipuladas para la prestación del servicio;
 - k) En su caso, señalar la existencia de una garantía para cubrir al usuario de las aguas nacionales de los posibles daños causados como consecuencia de un mal servicio por la selección, instalación y operación de los medidores o sistemas de medición, así como la transmisión de la información de los volúmenes usados, explotados o aprovechados de las aguas nacionales;
 - l) Mencionar todo aquello requerido por el prestador de servicios integrados que el usuario debe suministrar para la prestación del servicio;
 - m) Mencionar al usuario la información, documentación, equipos y materiales que sean necesarios para la prestación del servicio de selección, instalación y operación de los medidores o sistemas de medición, así como la transmisión de la información de los volúmenes usados, explotados o aprovechados de las aguas nacionales, y

- n) El usuario podrá exigir al prestador de servicios integrados que no utilice información con fines mercadotécnicos o publicitarios y que la información relativa a él mismo, no sea cedida o transmitida a terceros, ni que se le envíe publicidad sobre bienes o servicios; su manifestación deberá estar firmada o rubricada en la cláusula visible en el anverso del contrato de adhesión, en caso de que se utilice, o en un documento para tal efecto.
4. Adjuntar escrito libre en el sitio electrónico www.gob.mx/conagua, referido en el numeral 2 al presentar la solicitud de aprobación, en el que deberán manifestar su conformidad para permitir la publicación de los resultados de la aplicación de encuestas que realice la Comisión Nacional del Agua a los clientes de los prestadores de servicios integrados para la selección, instalación y operación de los medidores o sistemas de medición, así como la transmisión de la información de los volúmenes usados, explotados o aprovechados de las aguas nacionales.

Tercera. Los prestadores de servicios integrados obtendrán la aprobación por parte de la Comisión Nacional del Agua para realizar la selección, instalación y operación de los medidores o sistemas de medición, así como la transmisión de la información de los volúmenes usados, explotados o aprovechados de las aguas nacionales, conforme a lo establecido en la Norma Mexicana “NMX-AA-179-SCFI-2018, Medición de volúmenes de aguas nacionales usados, explotados o aprovechados”, cuando cumplan los requisitos establecidos en la regla anterior; la aprobación será por un periodo de 4 años, y se notificará al prestador de servicios integrados conforme a lo dispuesto en la fracción I del artículo 35 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo.

Cuarta. Para mantener la aprobación de la Comisión Nacional del Agua los prestadores de servicios integrados deberán:

1. Mantener vigente la acreditación como prestador de servicios integrados de la Norma Mexicana “NMX-AA-179-SCFI-2018, Medición de volúmenes de aguas nacionales usados, explotados o aprovechados”, emitida por la entidad de acreditación autorizada por la Secretaría de Economía. La suspensión o revocación de la citada acreditación será motivo para suspender o revocar de igual manera la aprobación.
2. Registrar en el sistema electrónico de la Comisión Nacional del Agua todos los medidores o sistemas de medición de aguas nacionales respecto de los cuales realizó servicios de selección, instalación, operación y transmisión de datos de medición, dicho registro deberá realizarse dentro de los 5 días hábiles posteriores a que concluyó la instalación del medidor o sistema de medición con sus componentes para la transmisión.
3. Mantener actualizado en el sistema electrónico de la Comisión Nacional del Agua, los registros de los medidores o sistemas de medición de aguas nacionales que instalen, para lo cual contará con 5 días hábiles posteriores a cualquier cambio en la información registrada.
4. Dar aviso a la Comisión Nacional del Agua de cualquier baja, alta o modificación respecto al personal certificado por la Secretaría de Educación Pública en el estándar de competencia que corresponda, a más tardar 10 días hábiles posteriores al movimiento.
5. Instalar y mantener en operación medidores que cuenten con aprobación del modelo o prototipo por parte de la Secretaría de Economía, que acredite que cumple con las características metrológicas especificadas en el Apéndice A de la Norma Mexicana “NMX-AA-179-SCFI-2018, Medición de volúmenes de aguas nacionales usados, explotados o aprovechados”.
6. Estar al corriente en el cumplimiento de sus obligaciones fiscales, toda vez que la Comisión Nacional del Agua debe atender el contenido del artículo 32-D del Código Fiscal de la Federación.

7. Expedir de forma oportuna los comprobantes fiscales por los servicios que presten a los usuarios de aguas nacionales, cumpliendo lo establecido en las disposiciones fiscales aplicables.
8. Proporcionar la información y documentación que le solicite la Comisión Nacional del Agua, con estricto apego a los plazos que le sean fijados conforme al marco jurídico vigente, para verificar el cumplimiento de la Norma Mexicana "NMX-AA-179-SCFI-2018, Medición de volúmenes de aguas nacionales usados, explotados o aprovechados".
9. Cumplir con las demás obligaciones previstas en la Norma Mexicana "NMX-AA-179-SCFI-2018, Medición de volúmenes de aguas nacionales usados, explotados o aprovechados".

Quinta. Procede la suspensión de la aprobación por parte de la Comisión Nacional del Agua para los prestadores de servicios integrados, cuando ocurra alguno de los siguientes supuestos:

- I. Exista suspensión de la acreditación emitida por la Entidad de Acreditación Autorizada por la Secretaría de Economía;
- II. No proporcionen a la Comisión Nacional del Agua, de manera oportuna y completa, los informes que le sean requeridos respecto a su funcionamiento y operación;
- III. Se impidan u obstaculicen las funciones de verificación o vigilancia;
- IV. Se disminuyan los recursos o la capacidad necesaria para realizar sus funciones, o dejen de observar las condiciones, de acuerdo con las cuales se les otorgó la aprobación.

Sexta. Procede la revocación de la aprobación por parte de la Comisión Nacional del Agua para los prestadores de servicios integrados, cuando ocurra alguno de los siguientes supuestos:

- I. Exista revocación o la falta de vigencia de la acreditación emitida por la Entidad de Acreditación autorizada por la Secretaría de Economía;
- II. Emitan informes o algún otro documento que contenga información falsa, relativos a las actividades para las cuales fueron aprobadas;
- III. Nieguen reiterada o injustificadamente el proporcionar el servicio que se les solicite;
- IV. Reincidan en los supuestos a que aluden las fracciones II y III de la regla Quinta, o en el caso de la fracción IV de la referida regla, la disminución de recursos o de capacidad para emitir certificados o dictámenes se prolongue por más de tres meses consecutivos;
- V. La falta de competencia del personal avalado por el estándar de competencia en la actividad o actividades indicadas en la primera regla, y
- VI. Renuncien expresamente a la aprobación otorgada.

Séptima. Para la suspensión o revocación de la aprobación como prestadores de servicios integrados, la Comisión Nacional del Agua deberá:

- I. Tener evidencia objetiva donde conste que el prestador de servicios incurrió en alguna o algunas de las causales de suspensión o revocación a que se refieren las reglas Quinta y Sexta, respectivamente;
- II. Conceder garantía de audiencia al prestador de servicios integrados objeto de la suspensión o revocación, para que manifieste lo que a su derecho convenga, de conformidad con lo señalado en la Ley Federal de Procedimiento, y
- III. Ejecutar el procedimiento de suspensión o revocación de manera imparcial y no discriminatoria.

Octava. El procedimiento relativo a la suspensión o revocación de la aprobación de los prestadores de servicios integrados aprobados por parte de la Comisión Nacional del Agua será de conformidad con lo siguiente:

- I. Integrará y, en su caso, validará la evidencia donde conste que el prestador de servicios integrados incurrió en alguna o algunas de las causales de suspensión o revocación previstas en las reglas Quinta o Sexta;
- II. Notificará al prestador de servicios integrados, en términos de lo dispuesto en el artículo 35, fracción I de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, el inicio del procedimiento de suspensión o revocación de su aprobación para que manifieste lo que a su derecho convenga, dentro de los quince días hábiles siguientes a la recepción de la notificación;
- III. Revisará las justificaciones que sobre su actuación manifieste el prestador de servicios integrados para desvirtuar la pretensión de suspender o revocar su aprobación, en su caso;
- IV. Notificará al prestador de servicios la resolución respecto de la procedencia o improcedencia de la suspensión o revocación de su aprobación, que en su caso determiné, dentro de los quince días hábiles siguientes a la recepción de las justificaciones, y
- V. Informará a la entidad de acreditación la resolución sobre la suspensión o revocación de la aprobación del prestador de servicios integrados, dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha de notificación a que alude la fracción anterior.

Novena. Una vez que la entidad de acreditación reciba la notificación sobre la resolución de suspensión o revocación de la aprobación al prestador de servicios integrados que corresponda, analizará los elementos que consideró la Comisión Nacional del Agua para suspender o revocar la aprobación, y tomará las acciones que considere procedentes, mismas que serán comunicadas al prestador de servicios.

TRANSITORIOS

Primero. Las presentes reglas entrarán en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Segundo. En tanto la plataforma que estará disponible en el sitio electrónico www.gob.mx/conagua de la Comisión Nacional del Agua se encuentre funcionando, para dar cumplimiento a lo establecido en las reglas Segunda y Cuarta, los prestadores de servicios deberán presentar escrito libre ante la oficialía de partes de la Coordinación General de Recaudación y Fiscalización de la citada Comisión, acompañando los anexos con la información correspondiente a través de dispositivo USB.

Tercero. A efecto de dar cumplimiento a lo previsto en los artículos 68, último párrafo y 78 de la Ley General de Mejora Regulatoria, la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales modificará, abrogará o derogará las obligaciones regulatorias o actos específicos en el Análisis de Impacto Regulatorio correspondiente, consistentes en las acciones de desregulación, simplificación y digitalización para tener por acreditada la obligación de llevar el registro de lecturas en el formato 10-A autorizado por el SAT, previsto en el último párrafo del artículo 225, de la Ley Federal de Derechos, con las lecturas de los aparatos de medición enviadas a la CONAGUA de manera digital, con lo cual existen ahorros derivados de eximir del llenado del formato 10-A "Reporte de lecturas de medidor" superiores a los costos derivados de la presente regulación, por lo que se estaría cumpliendo lo señalado en los artículos 68 y 78 referidos.

Ciudad de México, a los 28 días del mes de julio dos mil veinte.- La Directora General, **Blanca Elena Jiménez Cisneros**.- Rúbrica.

REGLAS Generales que establecen los requisitos que deben cumplir las unidades de verificación para obtener y mantener la aprobación de la Comisión Nacional del Agua para la evaluación de la conformidad en términos de lo dispuesto en la Norma Mexicana NMX-AA-179-SCFI-2018, Medición de volúmenes de aguas nacionales usados, explotados o aprovechados.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales.

BLANCA ELENA JIMÉNEZ CISNEROS, Directora General de la Comisión Nacional del Agua, Órgano Administrativo Desconcentrado de la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 4, 7, fracción III, 9 fracciones I, VI, XXXV y LIV y 12 fracciones VIII y XII, de la Ley de Aguas Nacionales, 70 de la Ley Federal Sobre Metrología y Normalización, 1, primer párrafo, 6 primer párrafo, 13, fracciones I, II, XI y XXX del Reglamento Interior de la Comisión Nacional del Agua y numeral 10 de la Norma Mexicana “NMX-AA-179-SCFI-2018, Medición de volúmenes de aguas nacionales usados, explotados o aprovechados”, cuya declaratoria de vigencia se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 21 de septiembre de 2018, y

CONSIDERANDO

Que el artículo 4 de la Ley de Aguas Nacionales, establece que corresponde al Ejecutivo Federal la autoridad y administración en materia de aguas nacionales y sus bienes públicos inherentes, quien las ejercerá directamente o a través de la Comisión Nacional del Agua;

Que el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de julio de 2019, establece como tema prioritario en el apartado II denominado “Política Social”, el construir un país con bienestar, comprometido a impulsar el desarrollo sostenible para la satisfacción de las necesidades de la generación presente sin afectar a las generaciones futuras, teniendo como propósito el cuidado del medio ambiente, en el que además, el Ejecutivo Federal se guiará por una idea de desarrollo que subsane las injusticias sociales e impulse el crecimiento;

Que el 21 de septiembre del 2018, la Secretaría de Economía, al ser la autoridad facultada en materia de metrología, publicó en el Diario Oficial de la Federación la Declaratoria de vigencia de la Norma Mexicana “NMX-AA-179-SCFI-2018 Medición de volúmenes de aguas nacionales usados, explotados o aprovechados”, que tiene por objeto establecer las características y especificaciones para la selección, instalación y operación de los medidores y sistemas de medición para el uso, explotación o aprovechamiento de aguas nacionales; la metodología para medir los citados volúmenes; y el procedimiento para la transmisión de los datos de medición a esta Comisión Nacional del Agua;

Que la Norma Mexicana “NMX-AA-179-SCFI-2018, Medición de volúmenes de aguas nacionales usados, explotados o aprovechados”, contempla a las unidades de verificación acreditadas para garantizar la correcta medición de las aguas nacionales a través del procedimiento de la evaluación de la conformidad;

Que de conformidad con la Norma Mexicana “NMX-AA-179-SCFI-2018, Medición de volúmenes de aguas nacionales usados, explotados o aprovechados”, la constatación ocular y comprobación de que los medidores, sistemas de medición, selección, instalación, operación y transmisión de los datos de medición satisfacen los requisitos señalados en dicha norma, será realizada por la Comisión Nacional del Agua o por las unidades de verificación acreditadas por la entidad de acreditación autorizada por la Secretaría de Economía y aprobadas por la Comisión Nacional del Agua, mediante el procedimiento de la evaluación de la conformidad, en ambos casos a través de verificadores autorizados que son personas físicas autorizadas por una entidad de acreditación autorizada por la Secretaría de Economía para realizar el procedimiento de verificación, he tenido a bien expedir las siguientes:

REGLAS GENERALES QUE ESTABLECEN LOS REQUISITOS QUE DEBEN CUMPLIR LAS UNIDADES DE VERIFICACIÓN PARA OBTENER Y MANTENER LA APROBACIÓN DE LA COMISIÓN NACIONAL DEL AGUA PARA LA EVALUACIÓN DE LA CONFORMIDAD EN TÉRMINOS DE LO DISPUESTO EN LA NORMA MEXICANA “NMX-AA-179-SCFI-2018, MEDICIÓN DE VOLÚMENES DE AGUAS NACIONALES USADOS, EXPLOTADOS O APROVECHADOS”

I.- Objetivo

El presente instrumento tiene por objeto establecer los requisitos que deben cumplir las unidades de verificación para obtener y mantener la aprobación de la Comisión Nacional del Agua para llevar a cabo la evaluación de la conformidad de la “NMX-AA-179-SCFI-2018, Medición de volúmenes de aguas nacionales usados explotados o aprovechados”.

II.- Campo de aplicación.

Las presentes reglas resultan aplicables a las unidades de verificación acreditadas por la entidad de acreditación autorizada por la Secretaría de Economía, a través de personas físicas denominadas verificadores autorizados para la constatación ocular y comprobación de que los medidores, sistemas de medición, selección, instalación, operación y transmisión de los datos de medición satisfacen los requisitos indicados en la Norma Mexicana “NMX-AA-179-SCFI-2018, Medición de volúmenes de aguas nacionales usados explotados o aprovechados”.

III.- Reglas Generales.

Primera. Las unidades de verificación competentes, debidamente acreditadas por la entidad correspondiente, interesadas en obtener la aprobación de la Comisión Nacional del Agua, deberán contar con personal que tenga certificado vigente expedido por la Secretaría de Educación Pública en el estándar de competencia que corresponda al tipo de medidor o sistema de medición, respecto del cual tendrá atribuciones para actuar como verificador:

Fecha de publicación en el Diario Oficial de la Federación	Código	Título	Objetivo
4-oct-2017	EC0913	Asesoría en medidores de carrete para tubería a presión	Describe lo que una persona debe demostrar al recabar y examinar datos, elaborar el proyecto, supervisar la instalación y validar el funcionamiento de la instalación en medidores de carrete para tubería a presión.
4-oct-2017	EC0914	Asesoría en sistemas fijos de medición de gasto para canales	Describe lo que una persona debe demostrar al recabar datos, examinar datos, elaborar el proyecto, supervisar la instalación y validar el funcionamiento de la instalación en sistemas fijos de medición de gasto para canales.
26-nov-2018	EC1110	Asesoría en sistemas de medición ultrasónicos de tiempo de travesía que no son de carrete para tubería a presión	Servir como referente para la evaluación y certificación de las personas que proporcionan el servicio para asesoría en medidores ultrasónicos de tiempo de travesía que no son de carrete para tubería a presión.

10-abr-2019	EC1156	Asesoría para la medición de volúmenes de aguas nacionales usados, explotados o aprovechados, con el método de presión diferencial Winter-Kennedy en turbinas con cámara espiral de acero	Servir como referente para la evaluación y certificación de las personas que proporcionan el servicio de asesoría en la medición de volúmenes de aguas nacionales usados, explotados o aprovechados con el método de presión diferencial Winter-Kennedy en turbinas con cámara espiral de acero, que puede ser referente para el desarrollo de programas de capacitación y de formación, basados en Estándares de Competencia (EC).
-------------	--------	---	---

Segunda. Las unidades de verificación acreditadas para realizar la constatación ocular y comprobación de que los medidores, sistemas de medición, selección, instalación, operación y transmisión de los datos de medición satisfacen los requisitos indicados en la Norma Mexicana “NMX-AA-179-SCFI-2018, Medición de volúmenes de aguas nacionales usados, explotados o aprovechados”, además de cumplir con las condiciones de imparcialidad, independencia, integridad y confidencialidad, deberán cumplir con los siguientes requisitos para obtener la aprobación de la Comisión Nacional del Agua:

1. Contar con la acreditación emitida por la entidad de acreditación autorizada por la Secretaría de Economía, que avale que las unidades de verificación cuentan con verificadores autorizados, certificados en el estándar de competencia de la actividad o actividades que correspondan, conforme al medidor o sistema de medición respecto del cual va a realizar la constatación ocular y comprobación conforme a los requisitos indicados en la Norma Mexicana “NMX-AA-179-SCFI-2018, Medición de volúmenes de aguas nacionales usados, explotados o aprovechados”, y
2. Llevar a cabo de forma veraz mediante el uso de la firma electrónica, el registro de su solicitud para obtener la aprobación, a través de la plataforma que estará disponible en el sitio electrónico www.gob.mx/conagua de la Comisión Nacional del Agua, ya que por medio de dicha plataforma se emitirá la resolución de aprobación correspondiente en caso de cumplir con todos los requisitos plasmados en las presentes reglas.

En el supuesto de que la solicitud no cumpla con los requisitos previstos anteriormente, la Comisión Nacional del Agua deberá prevenir a la unidad de verificación acreditada por escrito para que en el término de cinco días hábiles contados a partir de que surta efectos la notificación, subsane la omisión correspondiente, dicha prevención se notificará en términos de la fracción I del artículo 35 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo. En caso de no desahogarse la prevención en el término establecido la solicitud será desechada.

Cabe señalar, que el uso de las credenciales para el acceso y uso en la cuenta individualizada de la unidad de verificación en el sistema de registro de dictámenes de verificación será personal, intransferible y de uso confidencial, por lo que la unidad de verificación será responsable del uso que dé a las mismas.

Tercera. Las unidades de verificación acreditadas por la entidad mexicana de acreditación obtendrán la aprobación por parte de la Comisión Nacional del Agua cuando cumplan los requisitos establecidos en la Segunda regla, para realizar la constatación ocular y comprobación de que los medidores, sistemas de medición, selección instalación, operación y transmisión de los datos de medición satisfacen los requisitos indicados en la Norma Mexicana “NMX-AA-179-SCFI-2018, Medición de volúmenes de aguas nacionales usados, explotados o aprovechados”, por un periodo de 4 años, dicha aprobación será notificada conforme a lo dispuesto en la fracción I del artículo 35 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo.

Cuarta. Para mantener la aprobación de la Comisión Nacional del Agua las unidades de verificación acreditadas deberán:

1. Mantener vigente la acreditación como unidad de verificación de la Norma Mexicana “NMX-AA-179-SCFI-2018, Medición de volúmenes de aguas nacionales usados, explotados o aprovechados”, emitida por la entidad de acreditación autorizada por la Secretaría de Economía. La suspensión o revocación de la citada acreditación será motivo para suspender o revocar de igual manera, la aprobación.
2. Estar al corriente en el cumplimiento de sus obligaciones fiscales, toda vez que la Comisión Nacional del Agua debe atender el contenido del artículo 32-D del Código Fiscal de la Federación.
3. Informar a la Comisión Nacional del Agua al momento de capturar la información del dictamen de verificación en el sistema electrónico de dictámenes de verificación que pondrá disponible dicha Comisión en su página de internet, la clave de acceso a la unidad electrónica y a la unidad de transmisión de datos, que la unidad de verificación modificó para asegurar que sólo la Comisión Nacional del Agua o quien ella autorice pueda tener acceso a tales instrumentos.
4. Registrar en el sistema electrónico en la página www.gob.mx/conagua de la Comisión Nacional del Agua, mediante el uso de la firma electrónica de la unidad de verificación, el resultado de todas las verificaciones realizadas, dicho registro deberá efectuarse dentro de los 10 días hábiles posteriores a la realización del procedimiento de verificación.
5. Previo al inicio del procedimiento de verificación, exhibir al público la documentación que ampare su acreditación y aprobación vigente para operar como unidad de verificación acreditada y aprobada en los términos de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; los nombres y fotografías del o los verificadores acreditados en los términos de la acreditación y aprobación correspondiente, así como los nombres de los auxiliares o personal de apoyo que intervendrán en el proceso de verificación, además de la tarifa aplicable por los servicios.
6. Llevar un registro consecutivo de manera documental y electrónica, de los servicios de verificación (solicitudes, hojas de resultados y dictámenes de verificación) de los medidores y sistemas de medición atendidos, debiendo obrar dentro de los registros de los expedientes de la unidad de verificación: la solicitud, hoja de resultados y dictámenes de verificación de los instrumentos de medición atendidos, donde se indique el título de concesión, los datos del titular de la concesión, la marca, modelo, número de serie, ubicación en coordenadas UTM y demás relativos a los instrumentos de medición que la Comisión Nacional del Agua determine y los resultados de los mismos.

La Comisión Nacional del Agua podrá ampliar la solicitud de información documental antes referida, previa notificación a la unidad de verificación en términos de la fracción I del artículo 35 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo.

7. Presentar la información relacionada con sus labores de verificación de medidores volumétricos de aguas nacionales que requiera la Comisión Nacional del Agua.
8. Para la verificación de los medidores previstos en los incisos primarios 6.1 y 6.2 así como en los incisos secundarios 6.2.1 y 6.2.2 de la Norma Mexicana “NMX-AA-179-SCFI-2018, Medición de volúmenes de aguas nacionales usados, explotados o aprovechados”, deberán utilizar instrumentos de medición y patrones de medida calibrados, debiendo contar con la aprobación del modelo o prototipo expedido por la Secretaría de Economía.
9. Dar aviso a la Comisión Nacional del Agua de cualquier baja, alta o modificación respecto al personal verificador certificado por la Secretaría de Educación Pública en el estándar de competencia que corresponda, dicho aviso deberá ser informado por la unidad de verificación a más tardar diez días hábiles posteriores al movimiento.

10. Abstenerse de prestar servicios de suministro de medidores o sistemas de medición, instalación, reparación o mantenimiento de instrumentos de medición, así como transmisión de datos de medición.
11. En los procesos de verificación de los medidores previstos en los incisos primarios 6.1 y 6.2 de la Norma Mexicana “NMX-AA-179-SCFI-2018, Medición de volúmenes de aguas nacionales usados, explotados o aprovechados”, la unidad de verificación podrá solicitar al usuario la aprobación del modelo o prototipo expedido por la Secretaría de Economía que acredite que cumple con las características metrológicas especificadas en el Apéndice A de la referida Norma Mexicana.
12. En los procesos de verificación y emisión de dictámenes deberá cumplir lo dispuesto en la Norma Mexicana “NMX-AA-179-SCFI-2018, Medición de volúmenes de aguas nacionales usados, explotados o aprovechados”.

Quinta. Procede la suspensión de la aprobación por parte de la Comisión Nacional del Agua para las unidades de verificación acreditadas, cuando ocurra alguno de los siguientes supuestos:

- I. Exista suspensión de la acreditación emitida por la Entidad de Acreditación Autorizada por la Secretaría de Economía;
- II. No proporcionen a la Comisión Nacional del Agua, de manera oportuna y completa, los informes que le sean requeridos respecto a su funcionamiento y operación;
- III. Se impidan u obstaculicen las funciones de verificación o vigilancia;
- IV. Se disminuyan los recursos o la capacidad necesarios para realizar sus funciones, o dejen de observar las condiciones, de acuerdo con los cuales se les otorgó la aprobación.

Sexta. Procede la revocación de la aprobación por parte de la Comisión Nacional del Agua para las unidades de verificación acreditadas, cuando ocurra alguno de los siguientes supuestos:

- I. Exista revocación o la falta de vigencia de la acreditación emitida por la Entidad de Acreditación autorizada por la Secretaría de Economía;
- II. Emitan certificados, dictámenes, actas o algún otro documento que contenga información falsa, relativos a las actividades para las cuales fueron autorizadas o aprobadas;
- III. Nieguen reiterada o injustificadamente el proporcionar el servicio que se les solicite;
- IV. Reincidan en los supuestos a que aluden las fracciones II y III de la regla Quinta, o en el caso de la fracción IV de la misma, la disminución de recursos o de capacidad para emitir certificados o dictámenes se prolongue por más de tres meses consecutivos;
- V. La falta de competencia de los verificadores autorizados en el estándar de competencia en la actividad o actividades indicadas en la primera regla, y
- VI. Renuncien expresamente a la aprobación otorgada.

Séptima. Para la suspensión o revocación de la aprobación de las unidades de verificación, la Comisión Nacional del Agua deberá:

- I. Tener evidencia objetiva donde conste que la unidad de verificación incurrió en alguna o algunas de las causales de suspensión o revocación a que se refieren las reglas Quinta y Sexta, respectivamente;
- II. Conceder la garantía de audiencia a la unidad de verificación objeto de la suspensión o revocación para que manifieste lo que a su derecho convenga, de conformidad con lo señalado en la Ley Federal de Procedimiento, y
- III. Ejecutar el procedimiento de suspensión o revocación de manera imparcial y no discriminatoria.

Octava. El procedimiento relativo a la suspensión o revocación de la aprobación de las personas aprobadas por parte de la Comisión Nacional del Agua será de conformidad con lo siguiente:

- I. Integrará y, en su caso, validará la evidencia donde conste que la unidad de verificación incurrió en alguna o algunas de las causales de suspensión o revocación previstas en las reglas Quinta y Sexta, respectivamente, derivado de los hallazgos que resulten de la comprobación del cumplimiento de la Ley Federal de Metrología y Normalización, de su Reglamento y de las normas que hayan emitido;
- II. Notificará a la unidad de verificación el inicio del procedimiento de suspensión o revocación de su aprobación para que manifieste lo que a su derecho convenga, dentro de los quince días hábiles siguientes a la recepción de la notificación;
- III. Revisará las justificaciones que sobre su actuación, manifieste la unidad de verificación para desvirtuar la pretensión de suspender o revocar su aprobación, en su caso;
- IV. Notificará a las unidades de verificación la resolución respecto de la procedencia o improcedencia de la suspensión o revocación de su aprobación, que determinó la Comisión Nacional del Agua, dentro de los quince días hábiles siguientes a la recepción de las justificaciones, y
- V. Informará a la entidad de acreditación la resolución sobre la suspensión o revocación de la aprobación de la unidad de verificación, dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha de notificación a que alude la fracción anterior.

Novena. Una vez que la entidad de acreditación reciba la notificación sobre la resolución de suspensión o revocación de la aprobación de la unidad de verificación, analizará los elementos que consideró la Comisión Nacional del Agua para suspender o revocar la aprobación, tomará las acciones que considere procedentes y comunicará a la unidad de verificación lo conducente.

TRANSITORIOS

Primero. Las presentes reglas entrarán en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Segundo. En tanto la plataforma que estará disponible en el sitio electrónico que al efecto determine la Comisión Nacional del Agua se encuentre funcionando, para dar cumplimiento a lo establecido en las reglas Segunda y Cuarta, las unidades de verificación, deberán presentar escrito libre ante la oficialía de partes de la Coordinación General de Recaudación y Fiscalización de la citada Comisión, acompañando los anexos con la información correspondiente a través de dispositivo USB.

Tercero. A efecto de dar cumplimiento a lo previsto en los artículos 68, último párrafo y 78 de la Ley General de Mejora Regulatoria, la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales modificará, abrogará o derogará las obligaciones regulatorias o actos específicos en el Análisis de Impacto Regulatorio correspondiente, consistentes en las acciones de desregulación, simplificación y digitalización para tener por cumplida la obligación de presentar ante las oficinas de la CONAGUA para su verificación y sellado el original de la factura de compra del aparato de medición y su instalación, prevista en la fracción I, del artículo 224-A, de la Ley Federal de Derechos, con la presentación a través del sistema Declar@gua de los comprobantes fiscales digitales por internet que cumplan con los requisitos fiscales previstos en el artículo 29-A del Código Fiscal de la Federación junto con la declaración correspondiente, con lo cual se generarán ahorros superiores a los costos derivados de la presente regulación, por lo que se estaría cumpliendo lo señalado en los artículos 68 y 78 referidos.

Ciudad de México, a los 28 días del mes de julio dos mil veinte.- La Directora General, **Blanca Elena Jiménez Cisneros**.- 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 Guerrero.

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, AL QUE EN ADELANTE SE LE DENOMINARÁ EL “INSABI”, REPRESENTADO POR SU DIRECTOR GENERAL, MTRO. JUAN ANTONIO FERRER AGUILAR, Y POR OTRA PARTE, EL EJECUTIVO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE GUERRERO, AL QUE EN ADELANTE SE LE DENOMINARÁ “LA ENTIDAD”, REPRESENTADO POR EL GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO, LIC. HÉCTOR ANTONIO ASTUDILLO FLORES, ASISTIDO POR EL SECRETARIO GENERAL DE GOBIERNO, LIC. FLORENCIO SALAZAR ADAME; EL SECRETARIO DE FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN, LIC. TULIO SAMUEL PÉREZ CALVO, EL SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL OPERATIVO DEL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO DENOMINADO SERVICIOS ESTATALES DE SALUD, DR. CARLOS DE LA PEÑA PINTOS Y EL SECRETARIO DE CONTRALORÍA Y TRANSPARENCIA GUBERNAMENTAL MTRO. EDUARDO GERARDO LORIA CASANOVA, 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 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 Guerrero, es una Entidad Libre y Soberana que forma parte integrante de la Federación, de conformidad con lo establecido en los artículos 40, 41 primer párrafo, 42 fracción I, 43 y 116 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1 y 22 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Guerrero.

III.2. El Lic. Héctor Antonio Astudillo Flores, en su carácter de Gobernador Constitucional del Estado de Guerrero, cuenta con facultades para suscribir el presente acuerdo de coordinación, y acredita su personalidad jurídica conforme a la Constancia de Mayoría y Validez de la Elección de Gobernador, otorgada por el Consejo General del Instituto Electoral y de Participación Ciudadana del Estado de Guerrero, expedida el 14 de junio de 2015, y la publicación del Bando Solemne por el que se da a conocer la declaratoria de Gobernador Electo para el periodo comprendido del 27 de octubre de 2015 al 14 de octubre de 2021, en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado número 84 alcance III, de fecha 20 de octubre del 2015 y los artículos 71, 87, 88, 90 numeral 2 y 91 fracciones XXIX y XLVI de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Guerrero; 1, 2, 3, 4, 6, 7, 11 y 18 Apartado A fracciones I, III, IX y XX de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Guerrero Número 08. (Anexo F).

III.3. El Lic. Florencio Salazar Adame, en su carácter de Secretario General de Gobierno, acredita su personalidad con el nombramiento otorgado a su favor por el Lic. Héctor Antonio Astudillo Flores, Gobernador Constitucional del Estado de Guerrero y el Acta de Protesta, ambos de fecha 27 de octubre del 2015, y cuenta con facultades para suscribir el presente acuerdo de coordinación, de conformidad en lo dispuesto por los artículos 87, 88 y 90 numeral 2 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Guerrero; 3, 4, 6, 7, 11, 18 Apartado A fracción I y 20 fracción III de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Guerrero número 08; 3, 5; así como 10, fracciones X, XIII y XXXVI del Reglamento Interior de la Secretaría General de Gobierno. (Anexo G).

III.4. El Lic. Tulio Samuel Pérez Calvo, en su carácter de Secretario de Finanzas y Administración, acredita su personalidad con el nombramiento y acta de protesta otorgados a su favor por el Lic. Héctor Antonio Astudillo Flores, Gobernador Constitucional del Estado de Guerrero, ambos de fecha 2 de abril del 2018, y cuenta con capacidad jurídica para suscribir el presente acuerdo de coordinación, con sustento en lo dispuesto por los artículos 87, 88 y 90 numeral 2 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Guerrero; 3, 7, 11, 18 Apartado A fracción III y 22 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Guerrero número 08; 2, 4 y 9 fracciones LXIV y LXXIII del Reglamento Interior de la Secretaría de Finanzas y Administración. (Anexo h).

III.5. El Dr. Carlos de la Peña Pintos, en su carácter de Secretario de Salud del Estado de Guerrero y Director General Operativo de los Servicios Estatales de Salud, cuenta con facultades para suscribir el presente acuerdo de coordinación, y acredita su personalidad jurídica mediante nombramiento y acta de protesta expedidos a su favor por el Lic. Héctor Antonio Astudillo Flores, Gobernador Constitucional del Estado Libre y Soberano de Guerrero, de fecha 27 de octubre del 2015 con fundamento en lo dispuesto en los artículos 3, 7, 11, 18 Apartado A fracción IX y 28 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Guerrero número 08; 8, 11 Bis fracciones I y VI, 17 bis, 17 Ter, 17 sexies y 25 de la Ley número 1212 de Salud del Estado de Guerrero; así como 3, 9 fracciones XXIV y XXIX, 59 fracciones VI y XXII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y de los Servicios Estatales de Salud del Estado de Guerrero. (Anexo I).

III.6. El Lic. Eduardo Gerardo Loría Casanova, en su carácter Secretario de Contraloría y Transparencia Gubernamental, acredita su personalidad con el Nombramiento y Acta de Protesta otorgados a su favor por el Lic. Héctor Antonio Astudillo Flores, Gobernador Constitucional del Estado de Guerrero, ambos de fecha 30 de julio del 2018, y cuenta con capacidad jurídica para suscribir el presente acuerdo de coordinación con sustento en lo dispuesto por los artículos 87, 88 y 90 numeral 2 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Guerrero; 3, 7, 11, 18 Apartado A fracción XX y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Guerrero número 08; 2, 3, 10 y 11 fracciones VI y XLVI del Reglamento Interior de la Contraloría General del Estado. (Anexo J).

III.7. Para efectos del presente Acuerdo de Coordinación señala como su domicilio el ubicado en Avenida Ruffo Figueroa número 6, Colonia Burócratas, Código Postal 39090, de la ciudad de Chilpancingo, capital del Estado de Guerrero.

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 el Estado de Guerrero, en los términos previstos en el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud.

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 Guerrero, 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 Estatales de Salud del Estado de Guerrero, tendrá dicha responsabilidad respecto de la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social, que correspondan a servicios especializados que, en su caso, la misma brinde en unidades médicas que no correspondan al primer y segundo nivel de atención, 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 Estatales de Salud del Estado de Guerrero, 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" absorbiendo la responsabilidad de conservarlos, 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 Local denominado Servicios Estatales de Salud del Estado de Guerrero. 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 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 "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 inmuebles.

B. Recursos materiales.

"LAS PARTES" acuerdan que al momento de formalizarse "EL ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN", "LA ENTIDAD" pondrá a disposición de "EL 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 previos 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 a “EL 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 a "EL 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 Estatales de Salud del Estado de Guerrero, 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 Estatales de Salud del Estado de Guerrero, 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 y 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 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 Estatales de Salud del Estado de Guerrero, organismo público descentralizado de la Administración Pública Local, 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 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 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 y 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 haya recibido en administración o por cualquier otra causa.

La Secretaría de Finanzas y 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 "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 interno de control 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 Contraloría y Transparencia Gubernamental, 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 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 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 de "EL 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 Administración, se obliga a reintegrar a "EL FONDO", los rendimientos financieros que se hayan 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 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 al órgano interno de control 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 y 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 vigencia al día 14 de octubre del 2021.

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 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”, de la Secretaría de Salud y de los Servicios Estatales de Salud y de la Secretaría de Finanzas y Administración 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 “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 pudiere corresponderles en función de sus domicilios presentes o futuros.

Estando enteradas las partes del contenido y alcance legal del presente Acuerdo de Coordinación, lo firman en cuatro tantos originales, en la Ciudad de México, a los veinticinco 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 del Instituto de Salud para el Bienestar, **Juan Antonio Ferrer Aguilar**.- Rúbrica.- Por la Entidad: el Gobernador Constitucional del Estado de Guerrero, **Héctor Antonio Astudillo Flores**.- Rúbrica.- El Secretario General de Gobierno, **Florencio Salazar Adame**.- Rúbrica.- El Secretario de Finanzas y Administración, **Tulio Samuel Pérez Calvo**.- Rúbrica.- El Secretario de Salud y Director General Operativo del Organismo Público Descentralizado Servicios Estatales de Salud, **Carlos de la Peña Pintos**.- Rúbrica.- El Secretario de Contraloría y Transparencia Gubernamental, **Eduardo Gerardo Loria Casanova**.- 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 Libre y Soberano de Guerrero, de fecha veinticinco de febrero de dos milveinte.

Montode recursos a transferir y conceptosde 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 \$2,126,457,604.34 (Dos mil ciento veintiséis millones cuatrocientos cincuenta y siete mil seiscientos cuatro pesos 34/100 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 Guerrero, 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 Guerrero.

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 Guerrero, 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 del Estado de Guerrero, 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 Estatales de Salud del Estado de Guerrero, 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 Estatales de Salud del Estado de Guerrero.

8. Programación de los recursos.

“LA ENTIDAD” se obliga, por conducto del titular de los Servicios Estatales de Salud del Estado de Guerrero 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 Estatales de Salud del Estado de Guerrero 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 E de la Cláusula Segunda del Acuerdo de Coordinación del que forma parte este Anexo, el monto total de la aportación solidaria a realizarse por “LA ENTIDAD” durante el ejercicio fiscal 2020, para la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en su circunscripción territorial, conforme a lo dispuesto en los artículos 77 bis 11 y 77 bis 13 de la LGS, será la cantidad de \$1,300,831,507.95 (Mil trescientos millones ochocientos treinta y un mil quinientos siete pesos 95/100 M.N.), en virtud de lo cual el importe líquido que por este concepto deberá aportar “LA ENTIDAD” será la cantidad de \$910,582,055.56 (Novecientos diez millones quinientos ochenta y dos mil cincuenta y cinco pesos 56/100 M.N.).

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 determinada 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
	\$1,300,831,507.95	\$325,207,876.99	\$325,207,876.99	\$325,207,876.99	\$325,207,876.99
70%	\$910,582,055.56	\$227,645,513.89	\$227,645,513.89	\$227,645,513.89	\$227,645,513.89
30%	\$390,249,452.39	\$97,562,363.10	\$97,562,363.10	\$97,562,363.10	\$97,562,363.10
	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 veinticinco días del mes de febrero de dos mil veinte.- 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 del Instituto de Salud para el Bienestar, **Juan Antonio Ferrer Aguilar**.- Rúbrica.- Por la Entidad: el Gobernador Constitucional del Estado de Guerrero, **Héctor Antonio Astudillo Flores**.- Rúbrica.- El Secretario General de Gobierno, **Florencio Salazar Adame**.- Rúbrica.- El Secretario de Finanzas y Administración, **Tulio Samuel Pérez Calvo**.- Rúbrica.- El Secretario de Salud y Director General Operativo del Organismo Público Descentralizado Servicios Estatales de Salud, **Carlos de la Peña Pintos**.- Rúbrica.- El Secretario de Contraloría y Transparencia Gubernamental, **Eduardo Gerardo Loria Casanova**.- 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 Libre y Soberano de Guerrero, de fecha veinticinco de febrero de dos mil veinte.

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 desprenden 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 Cuarta Transformación (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 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 mexicanas y mexicanos 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 crónicos 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 *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 garantiza atención médica en el nivel que requiera la atención de la patología hasta su resolución.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La organización de la prestación de servicios a la población dentro del Modelo SABI coloca especial interés en el fortalecimiento de la APS, que en la situación actual de México implica: dar mayor énfasis a las labores de promoción de la salud y prevención de enfermedades para mantener la mayor cantidad posible de personas sanas disfrutando de un grado de bienestar que les resulte aceptable; garantizar accesibilidad real de toda la población a servicios de salud de calidad; desarrollar mayor integralidad de la atención y coordinación entre los prestadores, asegurando la continuidad a través de RISS, centradas en las personas - no en el enfermo- para alcanzar cobertura universal de salud efectiva. El acceso a los servicios de salud, los medicamentos y demás insumos asociados será gratuito. Las disposiciones reglamentarias que emita el Ejecutivo Federal establecerán los criterios necesarios para la organización, secuencia, alcance y progresividad de la prestación gratuita a todas las personas que se encuentren en el país que no cuenten con seguridad social.

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

6a. Elementos estructurales del Modelo SABI.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6b. Contenidos de la atención.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- La salud de las personas 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 personas 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 serán 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 realizarán a través de un marco con enfoque sistémico que mida en cada etapa los resultados alcanzados y brinde retroalimentación sobre los desafíos que se enfrentan y las oportunidades de mejorar los procesos técnicos y organizativos de la gestión de salud.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. El INSABI prestará 4 funciones básicas:

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

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

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

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

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

10. El Personal Médico para la APS en México.

En el contexto del Modelo SABI, el Sistema Nacional de Salud requerirá de manera creciente de médicas o médicos 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 las personas 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 médicas y médicos profesionales 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 personas 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 o médicos 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 o médicos 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 personas 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 médicas 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 “Médicas y 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 médicas 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 médicas 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 personas 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 de la adolescencia, la mujer y de las personas adultas 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 trabajadoras y trabajadores de la salud con las personas 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 traducen en una visión de mediano plazo de un Sistema Nacional de Salud integrado para una mejor atención y beneficio la población Mexicana.

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

14. Bibliografía. (en orden alfabético)

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

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

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

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

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

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

- Hernández Ávila M, Cervantes Trejo A, Santamaria Guasch C, Castro Onofre M, Vieitez Martínez I, Castañeda Alcántara ID, Santamaria Guasch A. Salud deteriorada. Opacidad y negligencia en el sistema público de Salud. Mexicanos contra la corrupción y la impunidad, primera ed. 2018.
- Laurell Asa C. Impacto del Seguro Popular en el Sistema de Salud Mexicano. Consejo latinoamericano de Ciencias Sociales. Colección CLACSO-CROP. Buenos Aires, Argentina 2013.
- Lineamientos del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). Documento de trabajo. México, 8 de julio de 2019.
- López-Arellano O, Jarillo-Soto E. La reforma neoliberal de un sistema de salud. Evidencia del caso mexicano. Cad. Saúde Pública vol. 33 supl.2 Rio de Janeiro 2017 (Consultado en http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_S0102-311X2017001405002).
- Mendes, Eugenio Vilaça. Las redes de Atención a la Salud. Ed. En español. OPAS/OMS Representación en Brasil. Brasilia-DF. 2013.
- OECD (2016). OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264230491-en>
- OMS. La Atención Primaria de Salud más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra, Suiza. 2008.
- OMS. Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona. Informe de la Secretaría. 69ª Asamblea Mundial de la Salud punto 16.1 de la Orden del día provisional. Ginebra, Suiza. Abril/2016.
- OMS. Declaración de Astaná. Global Conference on Primary Health Care. Astaná, Kazakhtan. 25-26 de octubre de 2018. WHO/HIS/SDS/2018.61
- Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Políticas y Hoja de Ruta para su implementación en Las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en Las Américas. Washington D.C. 2010.
- Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Oficina de Argentina. Transformando los Servicios de Salud hacia Redes Integradas integrada. Buenos Aires. 2017.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Hospitales en Redes Integradas de Servicios de Salud Recomendaciones Estratégicas. Washington D.C. 2018.
- Organización Panamericana de la Salud. Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Resumen ejecutivo de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en Las Américas. Washington D.C.: OPS 2018.
- Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos. Situación de Salud en Las Américas. Washington, D.C. Estados Unidos de América, 2018.
- Organización Panamericana de la Salud. Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Ed. Revisada. Washington D.C.: OPS 2019.
- Paim Jairnilson Silva. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil publicado em Política e Sistema de Saúde no Brasil, cap. 15, pag. 547-573. Rio de Janeiro, Brasil. 2013.
- Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Estados Unidos Mexicanos-MÉXICO. DOF: 12/07/2019.
- Saturno P, Gutiérrez JP, Almendariz DM, Armenta N, Candía E, Contreras D, Fernández M, Galván A, Hernández JL, Hernández Ávila JE, Palacio LS, Poblano O, Vértiz J, Vieyra W, Wirtz V. Calidad em el primer nivel de atención de los servicios estatales de salud. Diagnóstico estratégico de la situación actual. Cuernavaca, México: INSP, 2014.
- Saturno P, Gutiérrez JP, Almendariz DM, Candía E, Fernández M, Galván A, Hernández JL, Hernández Ávila JE, Palacio LS, Poblano O, Vértiz J, Vieyra W, Wirtz V. Calidad 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; e001435.doi:10.1136/bmjgh-2019-001435.
- Secretaría de Salud (SSA). Acuerdo para garantizar el derecho a la protección de la salud de toda la población y hacer efectivo el acceso a la atención médica y medicamentos gratuitos a las personas sin seguridad social (documento de trabajo). México, 2019.

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

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

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

Siglas y Acrónimos.

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

El presente Anexo se firma a los veinticinco 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 del Instituto de Salud para el Bienestar, **Juan Antonio Ferrer Aguilar**.- Rúbrica.- Por la Entidad: el Gobernador Constitucional del Estado de Guerrero, **Héctor Antonio Astudillo Flores**.- Rúbrica.- El Secretario General de Gobierno, **Florencio Salazar Adame**.- Rúbrica.- El Secretario de Finanzas y Administración, **Tulio Samuel Pérez Calvo**.- Rúbrica.- El Secretario de Salud y Director General Operativo del Organismo Público Descentralizado Servicios Estatales de Salud, **Carlos de la Peña Pintos**.- Rúbrica.- El Secretario de Contraloría y Transparencia Gubernamental, **Eduardo Gerardo Loria Casanova**.- Rúbrica.

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

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 PODER EJECUTIVO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MICHOACÁN, AL QUE EN ADELANTE SE LE DENOMINARÁ "LA ENTIDAD", REPRESENTADO POR EL GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO ING. SILVANO AUREOLES CONEJO, ASISTIDO POR EL SECRETARIO DE GOBIERNO ING. CARLOS HERRERA TELLO, EL SECRETARIO DE FINANZAS LIC. CARLOS MALDONADO MENDOZA, LA SECRETARÍA DE SALUD DRA. DIANA CELIA CARPIO RÍOS Y DIRECTOR GENERAL DEL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO DENOMINADO SERVICIOS DE SALUD DE MICHOACÁN Y EL SECRETARIO DE LA CONTRALORÍA ESTADO, L.A.E. FRANCISCO HUERGO MAURIN, A QUIENES CUANDO ACTÚEN DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ: "LAS PARTES", QUIENES ACEPTAN SUJETARSE 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, 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 facultados 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:

- 1.1. 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.
- 1.2. 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 Finanzas y Administración, 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 Michoacán de Ocampo 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, 11 y 14 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Michoacán de Ocampo.
- III.2. El Gobernador Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo Ing. Silvano Aureoles Conejo cuenta con las atribuciones necesarias para suscribir el presente Acuerdo de Coordinación en términos de lo dispuesto por los artículos 77 bis, 5, inciso B, fracción I de la LGS; 47, 60 fracción XXII, 62, 66 y demás correlativos de la Constitución Política del Estado de Michoacán de Ocampo y 3, 8 y 9 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Michoacán de Ocampo y demás disposiciones aplicables.
- III.3. Los secretarios de Gobierno Ing. Carlos Herrera Tello; de Finanzas y Administración Lic. Carlos Maldonado Mendoza; de Salud Dra. Diana Celia Carpio Ríos y de la Contraloría L.A.E. Francisco Huergo Maurin, quienes acreditan su cargo con las copias de sus respectivos nombramientos anexos participan en la suscripción del presente Acuerdo en asistencia del Gobernador Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 62 y 66 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Michoacán de Ocampo y 9o., 11, 12 fracción I, 14, y 17, fracciones I, II, III y XIV de Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Michoacán de Ocampo, 6, fracciones I, II, III y XIV, 11, 12, 18, 39, 77 y 184 del Reglamento Interior de la Administración Pública Centralizada del Estado de Michoacán de Ocampo.
- III.4. El Director General del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud del Estado de Michoacán organismo descentralizado de la Administración Pública de "LA ENTIDAD", cargo que acredita con copia de su nombramiento anexo participa en la celebración del presente Acuerdo de Coordinación, de conformidad con lo establecido en el artículo 40, fracción I de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Michoacán de Ocampo, 11 y 19 de la Ley de Entidades Paraestatales del Estado de Michoacán de Ocampo, así como en los artículos 11, fracción X del Decreto que crea el Organismo Público Descentralizado de Servicios de Salud de Michoacán
- III.5. Para efectos del presente Acuerdo señala como su domicilio el ubicado en Palacio de Gobierno, Calle Francisco I. Madero Poniente Número 63, Colonia Centro, Código Postal 58000, en la Ciudad de Morelia, Michoacán de Ocampo.

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 Michoacán de Ocampo.

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 Michoacán de Ocampo, 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 Michoacán de Ocampo, tendrá dicha responsabilidad respecto de la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social, que correspondan a servicios especializados que, en su caso, la misma brinde en unidades médicas que no correspondan al primero y segundo nivel de atención, 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 Michoacán de Ocampo, 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 descentralizado de la Administración Pública Local denominado Servicios de Salud del Estado de Michoacán de Ocampo. 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 encuentra 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 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 impuestos 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 presenten 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 transferencias 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 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”. Aportaciones solidarias 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 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 para el ejercicio fiscal 2020 la aportación en numerario será de cuando menos el 60%, la cual se incrementará a partir del ejercicio fiscal 2021 a razón de cuando menos el 70%. 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 que 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 Michoacán de Ocampo, 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 Michoacán de Ocampo, 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 (o su equivalente en la entidad federativa) y de sus Servicios Estatales de Salud (o su equivalente en la entidad federativa) 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 éstos 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 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 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 del Estado de Michoacán de Ocampo, organismo público descentralizado de la Administración Pública Local, 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 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 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 y 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 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 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 la Contraloría del Estado de Michoacán de Ocampo, 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 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 la Secretaría de Finanzas y Administración de "LA ENTIDAD", 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 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 su Secretaría de Finanzas y 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 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 se deriven de la aplicación de los recursos de “EL FONDO”, bajo ninguna circunstancia podrá 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. “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 Participación 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 aquella del Fondo General de Participación del Ramo 28, se ponga a disposición del “INSABI” el monto correspondiente, a efecto de que este 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 la otra, en paz y a salvo, frente a cualquier reclamación o demanda que su personal pretendiese fincar o entablar en su contra, deslindándose desde ahora de cualquier responsabilidad de carácter laboral, civil, penal, administrativa o de cualquier otra naturaleza jurídica que en ese sentido se les quiera fincar.

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 de 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 Administración y Finanzas de "LA ENTIDAD" y de los Servicios Estatales de Salud de "LA ENTIDAD". El "INSABI" y la "LA ENTIDAD" se obligan a aplicar 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 sustituirá 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 pudiere corresponderles en función de sus domicilios presentes o futuros.

Estando enteradas las partes del contenido y alcance legal del presente Acuerdo de Coordinación, lo firman 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 Constitucional del Estado Libre y Soberano de Michoacán de Ocampo, **Silvano Aureoles Conejo**.- Rúbrica.- El Secretario de Gobierno, **Carlos Herrera Tello**.- Rúbrica.- El Secretario de Finanzas y Administración, **Carlos Maldonado Mendoza**.- Rúbrica.- La Secretaria de Salud y Directora del Organismo Descentralizado de Servicios de Salud del Estado de Michoacán de Ocampo, **Diana Celia Carpio Ríos**.- Rúbrica.- El Secretario de Contraloría, **Francisco Huergo Maurín**.- 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 Michoacán de Ocampo

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 \$2,869,530,059.95 (Dos mil ochocientos sesenta y nueve millones quinientos treinta mil cincuenta y nueve pesos 95/100 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 NIO 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 Michoacán de Ocampo, 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 Michoacán de Ocampo.

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 Michoacán de Ocampo, 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 Segunda del Acuerdo de Coordinación del que forma parte el presente Anexo.

En el caso del pago de servicios subrogados necesarios para la prestación de “LOS SERVICIOS 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 Segunda del Acuerdo de Coordinación del que forma parte el presente Anexo.
- iii. Conservación y Mantenimiento de las Unidades Médicas. “LA ENTIDAD” podrá asignar recursos para la conservación y mantenimiento de las unidades médicas, con el objeto de que éstas obtengan o mantengan la acreditación de la calidad a que se refiere el artículo 77 bis 9 de la LGS. Para 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 del Estado de Michoacán de Ocampo 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 Michoacán de Ocampo, 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 Michoacán de Ocampo

8. Programación de los recursos.

"LA ENTIDAD" se obliga, por conducto del Titular de los Servicios de Salud del Estado de Michoacán de Ocampo 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 Michoacán de Ocampo 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 NO 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 de \$1,344,028,319.46 (Mil trescientos cuarenta y cuatro millones veintiocho mil trescientos diecinueve pesos 46/100 MN), en virtud de lo cual el importe líquido que por este concepto deberá aportar "LA ENTIDAD" será la cantidad de \$806,416,991.67 (Ochocientos seis millones cuatrocientos dieciséis mil novecientos noventa y un pesos 67/100 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 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
	\$1,344,028,319.46	\$336,007,079.87	\$336,007,079.87	\$336,007,079.87	\$336,007,079.87
60%	\$806,416,991.67	\$201,604,247.92	\$201,604,247.92	\$201,604,247.92	\$201,604,247.92
40%	\$537,611,327.78	\$134,402,831.95	\$134,402,831.95	\$134,402,831.95	\$134,402,831.95
	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 Constitucional del Estado Libre y Soberano de Michoacán de Ocampo, **Silvano Aureoles Conejo**.- Rúbrica.- El Secretario de Gobierno, **Carlos Herrera Tello**.- Rúbrica.- El Secretario de Finanzas y Administración, **Carlos Maldonado Mendoza**.- Rúbrica.- La Secretaria de Salud y Directora del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud de Michoacán de Ocampo, **Diana Celia Carpio Ríos**.- Rúbrica.- El Secretario de Contraloría, **Francisco Huero Maurín**.- 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 Michoacán de Ocampo

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.

Organización de la Prestación de Servicios a las Personas.

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

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

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

6a. Elementos estructurales del Modelo SABÍ.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6b. Contenidos de la atención.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Se fomentará, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, el uso de nuevas tecnologías diagnósticas, terapéuticas, organizacionales y de información que faciliten y mejoren el acceso, la cobertura sanitaria y la capacidad resolutive 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 cumplan el programa académico.

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

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

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

11. El Personal de Enfermería para la APS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

13. Consideraciones Finales.

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

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

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

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

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

14. Bibliografía. (en orden alfabético)

- Báscolo E, Houghton N, del Riego A. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. *Rev Panamericana Salud Publica*. 2018;42:e126. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.126>
- Bitton A et al. Primary Health Care as a Foundation for Strengthening Health System in low - and Middle – Income Countries. *J Gen Intern Med* 32(5): 566-71. 2016 (open Access at Springerlink.com)
- Bitton A et al. Primary healthcare system performance in low-income and middle-income countries: a scoping review of the evidence from 2010 to 2017. *BMJ Global Health* 2019;4:e001doi:10.1136/bmjgh-2019-001551
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social* 2018. Ciudad de México. 2018 (en: https://www.coneval.org.mx/Evaluación/IEPSM/Documents/IEPD_2018.pdf)
- Consejo de Salubridad General (CSG). Hacia la construcción del compendio nacional de medicamentos. Junio 2019.
- Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. En <https://www.e-quipu.pe> (visitado 17agosto/2019)
- Hernández Ávila M, Cervantes Trejo A, Santamaria Guasch C, Castro Onofre M, Vieitez Martínez I, Castañeda Alcántara ID, Santamaria Guasch A. Salud deteriorada. Opacidad y negligencia en el sistema público de Salud. Mexicanos contra la corrupción y la impunidad, primera ed. 2018.
- Laurell Asa C. Impacto del Seguro Popular en el Sistema de Salud Mexicano. Consejo latinoamericano de Ciencias Sociales. Colección CLACSO-CROP. Buenos Aires, Argentina 2013.
- Lineamientos del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). Documento de trabajo. México, 8 de julio de 2019.

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

Siglas y Acrónimos.

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

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 Libre y Soberano de Michoacán de Ocampo, **Silvano Aureoles Conejo**.- Rúbrica.- El Secretario de Gobierno, **Carlos Herrera Tello**.- Rúbrica.- El Secretario de Finanzas y Administración, **Carlos Maldonado Mendoza**.- Rúbrica.- La Secretaria de Salud y Directora del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud de Michoacán de Ocampo, **Diana Celia Carpio Ríos**.- Rúbrica.- El Secretario de la Contraloría, **Francisco Huergo Maurín**.- Rúbrica.

COMISION REGULADORA DE ENERGIA

ACUERDO de la Comisión Reguladora de Energía por el que expiden las Reglas de Operación del Consejo Consultivo de la Comisión Reguladora de Energía.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Comisión Reguladora de Energía.- Secretaría Ejecutiva.

ACUERDO Núm. A/017/2020

ACUERDO DE LA COMISIÓN REGULADORA DE ENERGÍA POR EL QUE EXPIDEN LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL CONSEJO CONSULTIVO DE LA COMISIÓN REGULADORA DE ENERGÍA

El Órgano de Gobierno de la Comisión Reguladora de Energía, con fundamento en los artículos 28, párrafo octavo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2 fracción III y 43 Ter de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 1, 2, fracción II, 3, 4, párrafo primero, 5, 22, fracciones I, II, III, IV, VIII, XXVI, inciso a) y XXVII, 28, 41 y 42 de la Ley de los Órganos Reguladores Coordinados en Materia Energética; 1, 2 y 4 de la Ley Federal de Procedimientos Administrativo, y 1, 4, 7, fracción I, 12, 16, 18, fracciones I, VI, XXXIII y XLV, 35, 36 y 37 del Reglamento Interno de la Comisión Reguladora de Energía, y

CONSIDERANDO

PRIMERO. Que de conformidad con lo dispuesto por los artículos 28, párrafo octavo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracción III y 43 Ter de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; y 2, fracción II y 3 de la Ley de los Órganos Reguladores Coordinados en Materia Energética (LORCME), la Comisión Reguladora de Energía (Comisión) es una dependencia de la Administración Pública Federal con carácter de Órgano Regulador Coordinado en Materia Energética, con personalidad jurídica, autonomía técnica, operativa y de gestión.

SEGUNDO. Que de acuerdo con lo previsto en el artículo 22, fracciones I y III de la LORCME, es facultad de la Comisión, entre otras atribuciones, emitir sus actos y resoluciones con autonomía técnica, operativa y de gestión, así como vigilar y supervisar su cumplimiento, emitir resoluciones, acuerdos y demás actos administrativos necesarios para el cumplimiento de sus funciones.

TERCERO. Que de conformidad con lo previsto en los artículos 28 de la LORCME y 35 del Reglamento Interno de la Comisión Reguladora de Energía (RICRE) la Comisión contará con un Consejo Consultivo, órgano propositivo y de opinión que tiene por objeto contribuir al procedimiento de consulta pública para analizar los criterios de regulación contenidos en las disposiciones administrativas de carácter general que expida, a través de propuestas y opiniones que privilegien el interés general.

CUARTO. Que el 27 de junio de 2017, se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el Acuerdo Núm. A/022/2017 por el que se expidieron las Reglas de Operación del Consejo Consultivo de la Comisión Reguladora de Energía con las cuales este órgano consultivo sesionó hasta la fecha.

QUINTO. Que de acuerdo con los artículos 18, fracción XXXIII y 37 del RICRE, corresponde al Órgano de Gobierno de la Comisión, la facultad de expedir y modificar las reglas generales para la organización y funcionamiento del Consejo Consultivo de la Comisión, mismas que deberán contener, al menos, los términos generales de su funcionamiento e integración.

SEXTO. Que las Reglas de Operación del Consejo Consultivo que son objeto de expedición de este Acuerdo, tienen como objetivo dar cumplimiento a lo dispuesto en el considerando anterior, ya que, entre otras cosas, contemplan su organización y funcionamiento.

Por lo anteriormente expuesto y fundado, el Órgano de Gobierno de la Comisión emite el siguiente:

ACUERDO

PRIMERO. Se expiden las Reglas de Operación del Consejo Consultivo de la Comisión Reguladora de Energía, mismas que se encuentran contenidas en el Anexo Único del presente Acuerdo.

SEGUNDO. Se abrogan las Reglas de Operación del Consejo Consultivo de la Comisión Reguladora de Energía publicadas en el DOF el 27 de junio de 2017, expedidas mediante el Acuerdo Núm. A/022/2017.

TERCERO. Publíquese el presente Acuerdo en el Diario Oficial de la Federación.

CUARTO. El presente Acuerdo y su Anexo Único entrará en vigor al día hábil siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

QUINTO. Hágase del conocimiento público que el presente acto administrativo sólo podrá impugnarse a través del juicio de amparo indirecto, conforme a lo dispuesto por el artículo 27 de la Ley de los Órganos Reguladores Coordinados en Materia Energética y que el expediente respectivo se encuentra y puede ser consultado en las oficinas de la Comisión Reguladora de Energía, ubicadas en boulevard Adolfo López Mateos 172, colonia Merced Gómez, código postal 03930, Alcaldía de Benito Juárez, en la Ciudad de México, México.

SEXTO. Inscribise el presente Acuerdo bajo el número **A/017/2020**, en el Registro a que se refieren los artículos 22, fracción XXVI, inciso a) y 25, fracción X de la Ley de los Órganos Reguladores Coordinados en Materia Energética, y 4 y 16 del Reglamento Interno de la Comisión Reguladora de Energía.

Ciudad de México, a 29 de abril de 2020.- El Presidente, **Leopoldo Vicente Melchi García**.- Rúbrica.- Los Comisionados: **Norma Leticia Campos Aragón, Hermilo Ceja Lucas, José Alberto Celestinos Isaacs, Guadalupe Escalante Benítez, Luis Linares Zapata, Luis Guillermo Pineda Bernal**.- Rúbricas.

ANEXO ÚNICO ACUERDO Núm. A/017/2020

REGLAS DE OPERACIÓN DEL CONSEJO CONSULTIVO DE LA COMISIÓN REGULADORA DE ENERGÍA

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERA. Las presentes Reglas de Operación tienen por objeto establecer la organización y el funcionamiento del Consejo Consultivo de la Comisión Reguladora de Energía previsto en el artículo 28 de la Ley de los Órganos Reguladores Coordinados en Materia Energética.

SEGUNDA. El Consejo Consultivo de la Comisión Reguladora de Energía es el órgano propositivo y de opinión que tiene por objeto contribuir al procedimiento de consulta pública para analizar los criterios de regulación contenidos en las disposiciones administrativas de carácter general que expida el Órgano de Gobierno, a través de propuestas y opiniones que privilegien el interés general.

Para la consecución de su función, en el Consejo Consultivo de la Comisión Reguladora de Energía se desarrollarán debates abiertos y transparentes. Las propuestas y opiniones del Consejo serán escuchadas y tomadas en cuenta por la Comisión, aunque no serán vinculantes para la misma.

TERCERA. Para los efectos de las presentes Reglas de Operación se entenderá por:

- I. Asistente técnico del Grupo de Trabajo:** el Jefe de la Unidad de Electricidad o Hidrocarburos, según corresponda, o en su caso, el representante designado por estos;
- II. Comisión:** La Comisión Reguladora de Energía;
- III. Consejo:** El Consejo Consultivo de la Comisión Reguladora de Energía;
- IV. Consejero:** Los Comisionados y los integrantes seleccionados por el Órgano de Gobierno de la Comisión por la convocatoria conforme a lo señalado en la Regla Sexta de las presentes Reglas;
- V. Grupo de Trabajo:** Cada uno de los grupos que coadyuvan al Consejo para la atención de los asuntos en materia de Electricidad o Hidrocarburos;
- VI. Órgano de Gobierno:** El Órgano de Gobierno de la Comisión;
- VII. Ley:** La Ley de los Órganos Reguladores Coordinados en Materia Energética;
- VIII. Reglamento:** El Reglamento Interno de la Comisión Reguladora de Energía;
- IX. Reglas:** Las presentes Reglas de Operación;
- X. Presidente:** El Presidente de la Comisión y del Consejo, y
- XI. Secretario Técnico:** El Secretario Ejecutivo de la Comisión y Secretario Técnico del Consejo.

CAPÍTULO II

DE LA INTEGRACIÓN Y PARTICIPACIÓN EN EL CONSEJO

CUARTA. El Consejo estará conformado y sesionará con la asistencia de miembros permanentes pertenecientes a la Comisión, y miembros no permanentes, de acuerdo con su área de especialidad.

QUINTA. Son miembros permanentes del Consejo:

- I.** El Presidente, quien presidirá el Consejo;
- II.** Los Comisionados integrantes del Órgano de Gobierno.

Los miembros permanentes del Consejo contarán con voz y voto.

El Consejo contará con un Secretario Técnico, que estará a cargo del Secretario Ejecutivo de la Comisión, quien concurrirá a las sesiones del mismo con voz, pero sin voto.

SEXTA. Son miembros no permanentes del Consejo, los representantes de las instituciones destacadas del sector energético y académico, así como de asociaciones que agrupen a permissionarios, usuarios y otras personas jurídicas que participen activamente en dicho sector incluyendo al sector social. Estos miembros serán seleccionados con base en la Convocatoria de Integración que al efecto emita el Órgano de Gobierno, la cual se publicará en el Diario Oficial de la Federación y durarán en su encargo tres años, prorrogables por una sola ocasión por el mismo periodo. Su participación en el Consejo será de carácter honorario y contarán con voz, y voto.

SÉPTIMA. En caso de estimarlo necesario, el Presidente, podrá invitar a participar en las sesiones, con el carácter de invitados, a servidores públicos de dependencias y entidades de cualquiera de los tres niveles de gobierno, así como a instituciones académicas y expertos en la materia, quienes podrán contar con voz, pero no voto. Para tal efecto, los Comisionados podrán proponer a consideración del Presidente extender la invitación que corresponda, a través del Secretario Técnico.

CAPÍTULO III

DE LOS GRUPOS DE TRABAJO

OCTAVA. Para la atención de los temas del Consejo, se conformarán dos Grupos de Trabajo, uno para la atención de asuntos en materia de Electricidad y otro para la atención de asuntos en materia de Hidrocarburos, los cuales, serán coordinados por el Asistente Técnico del Grupo de Trabajo que corresponda.

NOVENA. Los Grupos de Trabajo se integrarán por el Asistente Técnico y los Consejeros, o en su caso, los suplentes que designen.

DÉCIMA. Los Grupos de Trabajo se reunirán y trabajarán de manera independiente en las materias de su respectiva competencia, y en cada uno podrán participar los Comisionados, debiendo dar aviso al Comité de Ética, o en su caso, asistir al menos dos de ellos.

DÉCIMA PRIMERA. Las reuniones de los Grupos de Trabajo se celebrarán en la sede de la Comisión. Para la consecución de su objeto, en ellos se desarrollarán debates abiertos y transparentes, las propuestas y opiniones vertidas serán escuchadas y valoradas.

Para que pueda realizarse válidamente las reuniones de los Grupos de Trabajo se requerirá la presencia del Asistente Técnico y la mayoría simple de los integrantes del Grupo.

Una vez concluidos los trabajos en los Grupos de Trabajo las propuestas y opiniones se presentarán al Consejo Consultivo para los efectos correspondientes.

DÉCIMA SEGUNDA. El Asistente Técnico convocará a los integrantes del Grupo de Trabajo por escrito o correo electrónico, con al menos cinco días hábiles de anticipación a la reunión correspondiente.

DÉCIMA TERCERA. Las convocatorias para las reuniones deberán contener, al menos, la información siguiente:

- I. La fecha, lugar y hora;
- II. La agenda del día, y
- III. Los documentos o regulación que sea objeto de los temas a tratarse en la reunión respectiva.

DÉCIMA CUARTA. Una vez reunidos los integrantes del Grupo de Trabajo, el Asistente Técnico declarará instalada la reunión, previa verificación de la existencia del quórum.

DÉCIMA QUINTA. Son atribuciones del Asistente Técnico del Grupo de Trabajo:

- I. Someter a consideración de los integrantes del Grupo de Trabajo los asuntos a tratar en las reuniones del mismo;
- II. Presentar al Grupo de Trabajo las opiniones de los miembros permanentes del Consejo que le hagan llegar por escrito a través del Secretario Técnico;
- III. Integrar la agenda del día de las reuniones del Grupo de Trabajo con los documentos y anexos necesarios para el estudio y discusión de los asuntos;
- IV. Asistir a las reuniones del Grupo de Trabajo y participar en sus deliberaciones;
- V. Coordinar y moderar los debates e intercambio de opiniones respecto de los temas de la agenda del día de las reuniones de trabajo, debiendo en todo momento hacer respetar el Código de Conducta de la Comisión;
- VI. Elaborar y resguardar las minutas de las reuniones del Grupo de Trabajo en las que se deberán señalar las conclusiones o acuerdos adoptados, así como una sinopsis de las mismas, respetando el sentido y enfoque de las opiniones y propuestas realizadas;

- VII. Llevar el control y registro de asistencias en las reuniones del Grupo de Trabajo según corresponda, así como de las minutas de trabajo;
- VIII. Atender las solicitudes de información de los miembros permanentes del Consejo realizadas a través del Secretario Técnico;
- IX. Dar seguimiento e informar al Presidente, a través del Secretario Técnico de las labores llevadas a cabo en el Grupo de Trabajo, y
- X. Las demás que sean necesarias para instrumentar las funciones antes señaladas.

CAPÍTULO IV

DE LAS FUNCIONES DEL CONSEJO

DÉCIMA SEXTA. El Consejo tendrá las siguientes funciones:

- I. Fungir como órgano asesor de la Comisión en las definiciones y criterios de regulación que expida;
- II. Atender las consultas y formular las recomendaciones, propuestas y opiniones que le solicite el Presidente y el Órgano de Gobierno sobre las disposiciones administrativas de carácter general que expida la Comisión, y
- III. Las demás que le sean encomendadas por el Órgano de Gobierno de la Comisión, así como las necesarias para el cumplimiento de su objeto.

DÉCIMA SÉPTIMA. Son atribuciones y obligaciones de los miembros del Consejo:

- I. Asistir y participar en las sesiones del Consejo Consultivo, y en su caso, de los Grupos de Trabajo en materia de Electricidad o Hidrocarburos que se conformen para el cumplimiento de sus funciones;
- II. Promover y coordinar la implementación de las acciones que sean necesarias para el cumplimiento de las resoluciones adoptadas por el Consejo;
- III. Actuar con transparencia y expresar de manera fundada y motivada sus opiniones y argumentos en las sesiones del Consejo, de los Grupos de Trabajo que se conformen para el cumplimiento de sus funciones;
- IV. Respetar en todo momento a los miembros del Consejo, a los servidores públicos de la Comisión, así como a los invitados; conducirse con probidad, sin proferir expresiones con lenguaje, comportamiento y/o actitud inapropiada, arrebatarse el uso de la palabra o realizar distinción de algún tipo que atente contra la dignidad humana, apegándose en todo momento al Código de Conducta de la Comisión;
- V. Respetar las decisiones que tome el Consejo por mayoría y abstenerse de emitir opiniones públicas a nombre del Consejo o de la Comisión. Esta obligación no limita la libertad de los miembros del Consejo de realizar comentarios a título personal e independiente del Consejo y bajo su más estricta responsabilidad;
- VI. Abstenerse de usar la información o documentación a la que tengan acceso como miembro del Consejo para beneficio personal, de empresas a las que pertenezcan, fines académicos, grupos o sociedades ajenos al Consejo, y
- VII. Formular, en su caso, voto particular de las recomendaciones, propuestas u opiniones emitidas por el Consejo.

DÉCIMA OCTAVA. El Presidente tendrá las siguientes atribuciones:

- I. Presidir y participar en las sesiones del Consejo;
- II. Declarar el inicio y conclusión de las sesiones del Consejo;
- III. Convocar, por conducto del Secretario Técnico, a las sesiones del Consejo;
- IV. Decretar los recesos que estime necesarios durante el desarrollo de las sesiones;
- V. Requerir propuestas y opiniones de la regulación de carácter general que deba emitir la Comisión para el estudio de los Grupos de Trabajo en la materia que corresponda;
- VI. Conducir el desarrollo de las sesiones y adoptar las medidas necesarias para el adecuado funcionamiento del Consejo;

- VII. Convocar a los invitados del Consejo cuando éstos puedan coadyuvar al mejor desempeño de las sesiones del Consejo. Para tal efecto, los Comisionados podrán proponer al Presidente extender la invitación que corresponda;
- VIII. Conceder el uso de la palabra a los Comisionados e invitados;
- IX. Ejercer voto de calidad cuando haya empate en la votación, y
- X. Las demás que resulten necesarias para el cumplimiento de sus funciones.

DÉCIMA NOVENA. Son atribuciones del Secretario Técnico:

- I. Someter a consideración del Presidente los asuntos relativos a las sesiones del Consejo;
- II. Integrar el Orden del Día de las sesiones del Consejo y notificar la convocatoria a los Consejeros con los documentos y anexos necesarios para el estudio y discusión de los asuntos;
- III. Asistir a las reuniones del Consejo y participar, con voz pero sin voto, en sus deliberaciones;
- IV. Verificar, a solicitud del Presidente, la existencia del quórum;
- V. Auxiliar al Presidente en la conducción de las sesiones del Consejo y coordinar los debates e intercambio de opiniones respecto de los temas del Orden del Día de las mismas;
- VI. Elaborar y resguardar las Actas de las sesiones del Consejo en las que se deberán señalar los acuerdos adoptados, así como una sinopsis de las mismas, respetando el sentido y enfoque de las opiniones y propuestas realizadas y remitirlas al Registro Público;
- VII. Publicar en el portal de Internet de la Comisión los acuerdos de las sesiones y la versión Pública del Acta;
- VIII. Llevar el control y registro de asistencias de los Consejeros e invitados;
- IX. Tomar las votaciones de los miembros del Consejo, previa instrucción del Presidente, y dar a conocer el resultado de las mismas;
- X. Dar seguimiento e informar al Presidente del cumplimiento de los acuerdos del Consejo, y
- XI. Las demás que le señale el Presidente o que sean necesarias para instrumentar las funciones antes señaladas.

CAPÍTULO V

DE LAS SESIONES DEL CONSEJO

VIGÉSIMA. Las sesiones del Consejo se celebrarán en la sede de la Comisión.

El Presidente podrá determinar una sede alterna cuando las sesiones no puedan llevarse a cabo en el domicilio de la Comisión por caso fortuito o fuerza mayor, debiendo justificar dicha situación en la convocatoria que se emita para tal efecto.

En el supuesto de que, por fuerza mayor o caso fortuito, la sesión del Consejo tenga que celebrarse fuera de las instalaciones de la Comisión, el Secretario Técnico deberá prever que se garanticen las condiciones indispensables para su desarrollo.

VIGÉSIMA PRIMERA. El Consejo deberá sesionar por lo menos una vez al año y sesionará tantas veces como resulte necesario de conformidad con las propuestas de regulación en materia de Electricidad o Hidrocarburos que la Comisión requiera.

VIGÉSIMA SEGUNDA. Para la consecución de su objeto, en el Consejo se desarrollarán debates abiertos y transparentes, las propuestas y opiniones vertidas serán escuchadas y valoradas. Las sesiones serán grabadas y se contará con versión estenográfica, dicha grabación quedará al resguardo del Secretario Ejecutivo de la Comisión y será para uso exclusivo de la Comisión.

VIGÉSIMA TERCERA. El Secretario Técnico convocará a los miembros del Consejo por escrito o correo electrónico, con al menos cinco días hábiles de anticipación a la sesión correspondiente.

VIGÉSIMA CUARTA. Las convocatorias para las sesiones deberán contener, al menos, la información siguiente:

- I. La fecha, lugar y hora;
- II. El Orden del Día;
- III. Los documentos o regulación que sea objeto de los temas a tratarse en la sesión respectiva, y

VIGÉSIMA QUINTA. En el día, hora y lugar señalados en la convocatoria se deberán reunir el Consejo, a efecto de llevar a cabo la sesión correspondiente. El Presidente declarará instalada la sesión, previa verificación por parte del Secretario Técnico de la existencia del quórum.

Para que el Consejo sesione válidamente se requerirá que estén presentes el Presidente, el Secretario Técnico, cuando menos dos Comisionados adicionales y la mayoría simple de los Consejeros no permanentes.

En caso de que no reunirse el quórum establecido para la celebración de la sesión, se concederá una tolerancia de 15 minutos para el inicio de la misma. Una vez transcurrido el plazo antes señalado sin que se logre la integración del quórum, el Secretario Técnico deberá elaborar un acta circunstanciada de hechos en la que se hará constar tal situación adjuntado los soportes documentales que correspondan y convocará a una nueva sesión dentro de los cinco días hábiles siguientes.

VIGÉSIMA SEXTA. Las sesiones del Consejo serán presididas por el Presidente. En caso de ausencia temporal éste designará al Comisionado que presidirá la sesión correspondiente. En ausencia definitiva del Presidente, éste será suplido por el Comisionado de mayor antigüedad.

En caso de ausencia temporal del Secretario Técnico en la sesión, el Presidente designará al servidor público de la Comisión que realice las funciones correspondientes. En ausencia definitiva del Presidente el Comisionado de mayor antigüedad podrá designar al servidor público de la Comisión que realice las funciones correspondientes.

VIGÉSIMA SÉPTIMA. Los miembros del Consejo deberán justificar su inasistencia a las sesiones. En caso de tres faltas consecutivas no justificadas, el Presidente someterá a consideración del Consejo su separación como integrante del mismo.

En caso de separación definitiva de alguno de los integrantes no permanentes del Consejo, se realizará una nueva convocatoria para ocupar la vacante del Consejero relevado.

El nuevo Consejero ejercerá su encargo por el tiempo restante para el cual fue seleccionado el integrante del Consejo relevado.

VIGÉSIMA OCTAVA. Las decisiones y resoluciones se adoptarán por mayoría simple de los Consejeros presentes en la sesión, teniendo el Presidente voto de calidad y no podrán abstenerse de emitir su voto. El Secretario Técnico computará los votos y declarará el sentido de los mismos.

VIGÉSIMA NOVENA. Al término de cada una de las sesiones del Consejo, el Secretario Técnico leerá en voz alta el o los acuerdos que se hayan adoptado durante la sesión, mismos que formarán parte del Acta correspondiente.

TRIGÉSIMA. Una vez agotados todos los puntos del Orden del Día, el Presidente del Consejo o, en su defecto, el Secretario Técnico, declarará la conclusión de la sesión correspondiente.

TRIGÉSIMA PRIMERA. El Secretario Técnico levantará un Acta de cada una de las sesiones del Consejo, la cual será distribuida a los Consejeros dentro de los diez días hábiles posteriores a la fecha de celebración de la sesión para que, en su caso, los Consejeros realicen comentarios u observaciones, los cuales deberán ser enviados al Secretario Técnico vía electrónica en un plazo no mayor a cinco días hábiles posteriores a su recepción. Transcurrido este último plazo sin que el Secretario Técnico haya recibido comentarios, se entenderá que los Consejeros están de acuerdo con el proyecto de Acta sometida a su consideración y será suscrita por el Presidente y el Secretario Técnico, para su publicación en la página electrónica de la Comisión.

TRIGÉSIMA SEGUNDA. Las sesiones del Consejo privilegiarán en todo momento la transparencia de conformidad con la normatividad aplicable.

CAPÍTULO VI

DE LAS MODIFICACIONES A LAS REGLAS

TRIGÉSIMA TERCERA. El Presidente, el Secretario Técnico o cualquier miembro del Órgano de Gobierno podrán sugerir las modificaciones que consideren pertinentes a las presentes Reglas, para la debida consecución de su objeto y fines, a fin de sujetarlas a la aprobación del Órgano de Gobierno.

CAPÍTULO VII

DE LA INTERPRETACIÓN

TRIGÉSIMA CUARTA. La interpretación de las presentes Reglas de Operación, así como la resolución de los casos no previstos en las mismas estará a cargo del Órgano de Gobierno.

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

NOTA Aclaratoria al Protocolo de Atención Integral para Niñas, Niños y Adolescentes Víctimas de Delito y en Condiciones de Vulnerabilidad, mismo que fue publicado en un extracto el primero de julio de dos mil veinte.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- SALUD.- Secretaría de Salud.- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

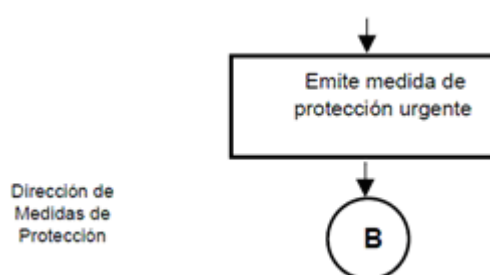
NOTA ACLARATORIA AL PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE DELITO Y EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD, MISMO QUE FUE PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EN UN EXTRACTO EL PRIMERO DE JULIO DE DOS MIL VEINTE

DICE	DEBE DECIR
(página 13, párrafo 7) Jefatura de Departamento Psicológico: Auxiliar con los mecanismos con los mecanismos de protección de manera temporal o definitiva mediante planes de restitución de derechos para contribuir a la restitución integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes.	(página 13, párrafo 7) SE ELIMINA
(página 18, A.9) A fin de salvaguardar de primera instancia la integridad física de NNA, el profesional médico... En caso negativo continúa con la actividad C.1.	(página 18, A.9) A fin de salvaguardar de primera instancia la integridad física de NNA, el profesional médico En caso negativo continúa con la actividad B.1.
(página 18, A.12) Implementadas las medidas de Protección, da seguimiento a la medida de protección emitida... ¿Se advierte incumplimiento a la medida de protección emitida? En caso negativo continúa con el seguimiento y se remite a la actividad B.11	(página 18, A., 12) Implementadas las medidas de Protección, da seguimiento a la medida de protección emitida... ¿Se advierte incumplimiento a la medida de protección emitida? En caso negativo continúa con el seguimiento y se remite a la actividad B.5
(página 19, A.15) En caso afirmativo, modifica las medidas de protección y se remite a la actividad B.11	(página 19, A.15) En caso afirmativo, modifica las medidas de protección y se remite a la actividad A.11
(página 21, IX. DIAGRAMA DE FLUJO), último conector: <pre> graph TD Start(()) --> Decision{¿se encuentra bajo la presencia de la posible comisión de delito?} Decision -- SI --> End1([Termina el procedimiento]) Decision -- NO --> Denuncia[Presenta denuncia correspondiente] Denuncia --> ConnectorA((A)) </pre>	(página 21, IX. DIAGRAMA DE FLUJO), último conector: <pre> graph TD Start(()) --> Decision{¿se encuentra bajo la presencia de la posible comisión de delito?} Decision -- NO --> End1([Termina el procedimiento]) Decision -- SI --> Denuncia[Presenta denuncia correspondiente] Denuncia --> ConnectorA((A)) </pre>

(página 23, IX. DIAGRAMA DE FLUJO), último conector, lateral izquierdo:



(página 23, IX. DIAGRAMA DE FLUJO), último conector, lateral izquierdo:



La presente nota aclaratoria es respecto de errores de redacción y mecanográficos, sin que ello altere el sentido del acuerdo 12/ORD.01/2020 de la Primera Sesión Ordinaria del año 2020 de la Junta de Gobierno del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, celebrada el diecisiete de abril del año dos mil veinte, mediante el cual se aprobó el Protocolo de Atención Integral para Niñas, Niños y Adolescentes Víctimas de Delito y en Condiciones de Vulnerabilidad, mismo que fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el primero de julio de dos mil veinte.

En la Ciudad de México, a los 23 días del mes de julio de dos mil veinte.- El Director General de Asuntos Jurídicos del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, **Enrique García Calleja**, con fundamento en los artículos 4 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, y 25, fracciones IV, V, XII y XXVII, del Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.- Rúbrica.

(R.- 497208)

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 \$22.3490 M.N. (veintidós pesos con tres mil cuatrocientos noventa 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 11 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 5.1668 y 5.1226 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 Nacional de México S.A., Banco Inbursa S.A., Banca Mifel S.A., Banco Invex S.A., Banco J.P. Morgan S.A. y Banco Azteca S.A.

Ciudad de México, a 11 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 4.99 por ciento.

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.

COSTO de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de Estados Unidos de América, a cargo de las instituciones de banca múltiple del país (CCP-Dólares).

Al margen un logotipo, que dice: Banco de México.- "2020, Año de Leona Vicario, Benemérita Madre de la Patria".

COSTO DE CAPTACIÓN A PLAZO DE PASIVOS DENOMINADOS EN DÓLARES DE ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA,
A CARGO DE LAS INSTITUCIONES DE BANCA MÚLTIPLE DEL PAÍS (CCP-Dólares)

El Banco de México, con fundamento en los artículos 8o. y 10 del Reglamento Interior del Banco de México, y según lo dispuesto por su resolución publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de mayo de 1996, informa que el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de Estados Unidos de América, a cargo de las instituciones de banca múltiple del país (CCP-Dólares), expresado en por ciento anual, fue de 4.02 (cuatro puntos y dos centésimas) en julio de 2020.

Ciudad de México, a 11 de agosto de 2020.- BANCO DE MÉXICO: La Subgerente de Información de Capitalización y Captación, **Sandra Ceballos Torres**.- Rúbrica.- La Directora de Disposiciones de Banca Central, **María Teresa Muñoz Arámburu**.- Rúbrica.- El Subgerente de Información de Mercado de Dinero y Liquidez, **José Fernando Guzmán Robles**.- Rúbrica.

INSTITUTO NACIONAL DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACION Y PROTECCION DE DATOS PERSONALES

ACUERDO mediante el cual se aprueban diversas modificaciones a los Lineamientos que regulan las sesiones del Pleno del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, en materia de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales del Sector Público.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales.

ACUERDO ACT-PUB/04/08/2020.05

ACUERDO MEDIANTE EL CUAL SE APRUEBAN DIVERSAS MODIFICACIONES A LOS LINEAMIENTOS QUE REGULAN LAS SESIONES DEL PLENO DEL INSTITUTO NACIONAL DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, EN MATERIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES DEL SECTOR PÚBLICO.

Con fundamento en lo establecido en los artículos 6º, apartado A, fracción VIII de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 37 y 41, fracciones I y XI, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 21, fracción XX, 29, fracción I, 31, fracción XII, 33, 35, fracción I y 36 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 6, 8 y 12, fracciones I, XXXIV, XXXV y XXXVI, 16 fracción VI y 18, fracciones XIV, XV, XVI y XXVI del Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales; y tomando en cuenta las siguientes:

CONSIDERACIONES

1. Que el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales tiene la encomienda constitucional de garantizar el derecho de acceso a la información pública y la protección de datos personales y, en consecuencia, de dar cabal cumplimiento a las atribuciones relacionadas con la vigilancia y cumplimiento de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
2. Que este Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, tiene ante sí el gran reto de contar con las capacidades normativas, técnicas y humanas para ejercer suficiente, responsable y adecuadamente las facultades que le han sido conferidas, ya que tiene competencia para conocer de los asuntos relacionados con el derecho de acceso a la información pública en poder de cualquier autoridad, entidad, órgano u organismo que forme parte de alguno de los Poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, órganos autónomos, fideicomisos y fondos públicos, partidos políticos, así como de cualquier persona física, moral o sindicato que reciba recursos públicos o realice actos de autoridad en el orden federal y también para actuar como instancia revisora frente a los organismos garantes estatales;
3. Que el ejercicio de las atribuciones conferidas a este Instituto se materializa en las resoluciones que aprueba el Pleno, mismas que deben cumplir con los principios de congruencia y exhaustividad, y ello implica que se emita un pronunciamiento respecto de todos y cada uno de los aspectos debatidos cuyo estudio sea necesario, y garantice a las personas la obtención de una resolución en la que, mediante la aplicación de la ley al caso concreto, se resuelva si le asiste o no la razón respecto la tutela de derechos que ha solicitado.
4. Que las resoluciones mencionadas son aprobadas por el Pleno de este instituto en las sesiones que para ello se lleven a cabo conforme a lo establecido en los *Lineamientos que regulan las sesiones del Pleno del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, en materia de acceso a la información y protección de datos personales del sector público*.
5. Que las circunstancias que se viven actualmente han dado cuenta de que es oportuno y necesario hacer uso de las tecnologías de la información para que las instituciones públicas cumplan con las obligaciones constitucionales y legales que les fueron conferidas, con la finalidad de garantizar los derechos humanos de las personas.

6. Que el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, conforme ha ido evolucionado la pandemia, ha realizado acciones de diversos tipos con la finalidad de continuar con su función de garantía del derecho de acceso a la información y la protección de datos personales, atendiendo a las medidas establecidas por la autoridad sanitaria y haciendo uso de las herramientas que proveen las Tecnologías de la Información y la Comunicación.
7. La contingencia sanitaria ha evidenciado la necesidad de adecuar el marco normativo institucional relacionado con el desarrollo de las sesiones de su órgano superior de dirección, a efecto de atender adecuadamente la función de velar por los derechos de acceso a la información y la protección de datos personales.

Por lo expuesto y fundado, el Pleno del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, emite el siguiente:

ACUERDO

PRIMERO. Se aprueban las modificaciones a los Lineamientos que regulan las sesiones del Pleno del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, en materia de acceso a la información y protección de datos personales del sector público, en los términos del documento que, como anexo único, forma parte de este Acuerdo.

SEGUNDO. Se instruye a la Dirección General de Asuntos Jurídicos, que realice las gestiones necesarias, a efecto de que este Acuerdo se publique en el Diario Oficial de la Federación.

TERCERO. Se instruye a la Secretaría Técnica del Pleno, para que, por conducto de la Dirección General de Atención al Pleno, realice las gestiones necesarias a efecto de que el presente Acuerdo se publique en el portal de internet del Instituto.

El presente acuerdo y su anexo pueden ser consultados en las direcciones electrónicas siguientes:

<http://inicio.ifai.org.mx/AcuerdosDelPleno/ACT-PUB-04-08-2020.05.pdf>

www.dof.gob.mx/2020/INAI/ACT-PUB-04-08-2020-05.pdf

CUARTO. Se instruye al Secretario Técnico del Pleno que, con fundamento en lo dispuesto en el artículo 45, fracción IV, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, expida certificación del presente Acuerdo, para agilizar su cumplimiento.

QUINTO. Este Acuerdo y su anexo entrarán en vigor el día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEXTO. Se deroga toda disposición que se oponga a este Acuerdo.

Así lo acordaron, por unanimidad de las Comisionadas y de los Comisionados del Pleno del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, Oscar Mauricio Guerra Ford, Blanca Lilia Ibarra Cadena, Rosendoevgueni Monterrey Chepov, Josefina Román Vergara y Francisco Javier Acuña Llamas, en sesión celebrada el cuatro de agosto de dos mil veinte, ante Hugo Alejandro Córdova Díaz, Secretario Técnico del Pleno. Las Comisionadas y los Comisionados firman al calce, para todos los efectos legales a que haya lugar.

El Comisionado Presidente, **Francisco Javier Acuña Llamas.**- Los Comisionados: **Oscar Mauricio Guerra Ford, Blanca Lilia Ibarra Cadena, Rosendoevgueni Monterrey Chepov, Josefina Román Vergara.**- El Secretario Técnico del Pleno, **Hugo Alejandro Córdova Díaz.**

HUGO ALEJANDRO CÓRDOVA DÍAZ, EN MI CARÁCTER DE SECRETARIO TÉCNICO DEL PLENO DEL INSTITUTO NACIONAL DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, CON FUNDAMENTO EN EL ARTÍCULO 45, FRACCIÓN IV, DE LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, ASÍ COMO EN LO ORDENADO EN EL PUNTO DE ACUERDO CUARTO, DEL ACUERDO **ACT-PUB/04/08/2020.05** CERTIFICO: QUE EL PRESENTE DOCUMENTO ES FIEL Y EXACTA REPRODUCCIÓN DEL CITADO ACUERDO **ACT-PUB/04/08/2020.05**, MISMO QUE SE EXPIDE EN UN TOTAL DE 04 FOJAS ÚTILES Y SU ANEXO QUE SE INCLUYE EN LA DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DESCRITA EN EL PUNTO DE ACUERDO TERCERO DEL MISMO, APROBADO EN LA SESIÓN ORDINARIA DEL PLENO DE ESTE INSTITUTO, CELEBRADA EL CUATRO DE AGOSTO DE DOS MIL VEINTE.- MÉXICO, CIUDAD DE MÉXICO, A CUATRO DE AGOSTO DE DOS MIL VEINTE.- Rúbrica.

(R.- 497221)

ACUERDO mediante el cual se presenta al Pleno, el Protocolo para la Prevención, Atención y Sanción del Hostigamiento Sexual y Acoso Sexual del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales.

ACUERDO ACT-PUB/04/08/2020.07

ACUERDO MEDIANTE EL CUAL SE PRESENTA AL PLENO, EL PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y SANCIÓN DEL HOSTIGAMIENTO SEXUAL Y ACOSO SEXUAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

Con fundamento en los artículos 6º, Apartado A, fracción VIII de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 3, fracción XIII, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 29, fracción I y 31, fracción XII, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 6, 8, 12, fracciones I y XXXV, 18 fracciones XIV, XV y XXVI, y 51, fracciones VII, VIII y IX del Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales; y con base en las siguientes:

CONSIDERACIONES

1. Que en el marco de los compromisos internacionales asumidos y ratificados por el Estado mexicano en materia de combate a la corrupción, se crean obligaciones para fomentar y garantizar la integridad en el servicio público, mediante la instauración de Códigos de Ética y de Conducta, para el correcto, honorable y adecuado cumplimiento de las funciones públicas.
2. Que en ese contexto, el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI o Instituto), mediante ACUERDO ACT-PUB/02/10/2019.06 tuvo por presentado el nuevo Código de Ética del Instituto, mismo que fue elaborado por el Titular del Órgano Interno de Control.
3. Que mediante acuerdo ACT-PUB/20/11/2019.05 de fecha veinte de noviembre de dos mil diecinueve, el Pleno del Instituto tuvo por presentadas las Bases para la Integración, Organización y Funcionamiento del Comité de Ética del INAI, mismas que establecen los elementos y mecanismos para su actuación, así como sus funciones y atribuciones.
4. Que el Pleno del INAI tuvo por presentado el Código de Conducta para el Instituto, mediante el Acuerdo ACT-PUB/22/07/2020.04 de fecha veintidós de julio de dos mil veinte, mismo que establece la forma en que las personas servidoras públicas deben aplicar los principios, valores y reglas de integridad previstas en el Código de Ética, que rigen el actuar cotidiano a través de directrices de conducta que corresponden a las atribuciones de la Institución.
5. Que el Comité de Ética debe incidir en el desempeño y comportamiento ético de las personas servidoras públicas del Instituto, en el cumplimiento de sus funciones con el compromiso en su quehacer cotidiano y en relación con la ciudadanía, teniendo dentro de sus atribuciones recibir los comentarios, sugerencias o denuncias por cualquier tema o incumplimiento vinculados al Código de Ética y/o del Código de Conducta.
6. Que, asimismo, el conocimiento de los principios, valores y reglas destinada a orientar la conducta basada en la legalidad, en la equidad de género, así como en la protección y defensa de los derechos humanos evitando conductas discriminatorias, de hostigamiento o acoso sexual y laboral, a través de una ética pública que reconozca la trascendencia de la acción gubernamental para obtener el beneficio, reconocimiento y confianza de la sociedad.
7. Que para la prevención, debida atención, seguimiento y sanción de hechos como el hostigamiento sexual y el acoso sexual, el Comité de Ética aprobó mediante el acuerdo ACT/CE/3ª.EXT-10/06/2020.03 de fecha diez de junio de dos mil veinte, el Protocolo para la Prevención, Atención y Sanción del Hostigamiento Sexual y Acoso Sexual del Instituto, así como su modificación aprobada mediante acuerdo ACT/CE/5a.EXT-30/07/2020.02.
8. Que el propósito del Protocolo es establecer las bases de actuación para la implementación uniforme, homogénea y efectiva de los procedimientos para prevenir, atender y sancionar el hostigamiento sexual y el acoso sexual en el Instituto.

Por lo antes expuesto, en las consideraciones de hecho y de Derecho, el Pleno del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, emite el siguiente:

ACUERDO

PRIMERO. Se presenta el Protocolo para la Prevención, Atención y Sanción del Hostigamiento Sexual y Acoso Sexual del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, conforme al documento anexo que forma parte integral del presente Acuerdo.

SEGUNDO. Se instruye a la Dirección General de Asuntos Jurídicos, realice las gestiones necesarias a efecto de que el presente Acuerdo se publique en el Diario Oficial de la Federación.

El presente acuerdo y su anexo pueden ser consultados en las direcciones electrónicas siguientes:

<http://inicio.inai.org.mx/AcuerdosDelPleno/ACT-PUB-04-08-2020.07.pdf>

www.dof.gob.mx/2020/INAI/ACT-PUB-04-08-2020-07.pdf

TERCERO. Se instruye a la Secretaría Técnica del Pleno, para que, por conducto de la Dirección General de Atención al Pleno, realice las gestiones necesarias a efecto de que el presente acuerdo y su anexo, se publiquen en el portal de Internet del Instituto.

CUARTO. Se instruye al Secretario Técnico del Pleno que, con fundamento en lo dispuesto en el artículo 45, fracción IV de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, expida certificación del presente Acuerdo, para agilizar su cumplimiento.

Así lo acordaron, por unanimidad de las Comisionadas y de los Comisionados del Pleno del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, Oscar Mauricio Guerra Ford, Blanca Lilia Ibarra Cadena, Rosendoevgueni Monterrey Chepov, Josefina Román Vergara y Francisco Javier Acuña Llamas, en sesión celebrada el cuatro de agosto de dos mil veinte, ante Hugo Alejandro Córdova Díaz, Secretario Técnico del Pleno. Las Comisionadas y los Comisionados firman al calce, para todos los efectos legales a que haya lugar.

El Comisionado Presidente, **Francisco Javier Acuña Llamas.**- Los Comisionados: **Oscar Mauricio Guerra Ford, Blanca Lilia Ibarra Cadena, Rosendoevgueni Monterrey Chepov, Josefina Román Vergara.**- El Secretario Técnico del Pleno, **Hugo Alejandro Córdova Díaz.**

HUGO ALEJANDRO CÓRDOVA DÍAZ, EN MI CARÁCTER DE SECRETARIO TÉCNICO DEL PLENO DEL INSTITUTO NACIONAL DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, CON FUNDAMENTO EN EL ARTÍCULO 45, FRACCIÓN IV, DE LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, ASÍ COMO EN LO ORDENADO EN EL PUNTO DE ACUERDO CUARTO, DEL ACUERDO ACT-PUB/04/08/2020.07 **CERTIFICO:** QUE EL PRESENTE DOCUMENTO ES FIEL Y EXACTA REPRODUCCIÓN DEL CITADO ACUERDO ACT-PUB/04/08/2020.07, MISMO QUE SE EXPIDE EN UN TOTAL DE 04 FOJAS ÚTILES Y SU ANEXO QUE SE INCLUYE EN LA DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DESCRITA EN EL PUNTO DE ACUERDO SEGUNDO DEL MISMO, APROBADO EN LA SESIÓN ORDINARIA DEL PLENO DE ESTE INSTITUTO, CELEBRADA EL CUATRO DE AGOSTO DE DOS MIL VEINTE.- MÉXICO, CIUDAD DE MÉXICO, A CUATRO DE AGOSTO DE DOS MIL VEINTE.- Rúbrica.

(R.- 497217)

INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL

EXTRACTO del Acuerdo dictado el veintisiete de julio de dos mil veinte por el Titular de la Unidad Técnica de lo Contencioso Electoral de la Secretaría Ejecutiva del Instituto Nacional Electoral, en cumplimiento a lo ordenado por la Sala Superior del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, en la sentencia recaída a los expedientes SUP-REP-82/2020 y acumulados.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Instituto Nacional Electoral.

Extracto del ACUERDO dictado el veintisiete de julio de dos mil veinte por el Titular de la Unidad Técnica de lo Contencioso Electoral de la Secretaría Ejecutiva del Instituto Nacional Electoral, en cumplimiento a lo ordenado por la Sala Superior del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, en la sentencia recaída a los expedientes SUP-REP-82/2020 y acumulados.

ANTECEDENTE

El treinta de junio de dos mil veinte, Comisión de Quejas y Denuncias del Instituto Nacional Electoral emitió el Acuerdo de clave ACQyD-INE-7/2020, en el que se formularon diversas consideraciones respecto de conductas atribuidas a servidores públicos, aparentemente relacionadas con promoción personalizada y violación a los principios de imparcialidad.

DETERMINACIÓN DE LA SALA SUPERIOR DEL TRIBUNAL ELECTORAL DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

Al resolver medios de impugnación presentados en contra del señalado acuerdo ACQyD-INE-7/2020, la citada autoridad jurisdiccional estableció, en la parte que interesa, lo siguiente:

SUP-REP-82/2020 y acumulados

[...]

1) La UTCE remita las constancias respectivas a los OPLE de los denunciados que a continuación se indican: [...]

2) Deje insubsistente el punto de acuerdo séptimo del acto impugnado.

3) Se ordene la publicación, y se vincule para ello a las autoridades respectivas del INE, de un extracto del acuerdo modificado en los mismos términos ordenados para el acuerdo que se revoca.

ACUERDO

... en cumplimiento a lo ordenado por la Sala Superior del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación en la sentencia recaída en el expediente SUP-REP-82/2020 y acumulados, **se deja sin efectos el punto de acuerdo SÉPTIMO del Acuerdo ACQYD-INE-7/2020** y se ordena la publicación de un extracto del acuerdo de referencia modificado en el Diario Oficial de la Federación y en las gacetas o periódicos oficiales de cada uno de los estados, en los mismos términos que el acuerdo revocado.

El contenido de dicho numeral que se deja sin efectos es el siguiente: SÉPTIMO. Se exhorta a todas las personas servidoras públicas, de los tres niveles de gobierno, a que se abstengan de realizar actos o conductas similares o idénticas a las aquí señaladas, que impliquen la entrega u ofrecimiento de bienes y productos durante la emergencia sanitaria, que incluya nombres, imágenes, voces o símbolos que identifiquen a las y los servidores públicos.

[...]

El Acuerdo completo se encuentra disponible para su consulta en la dirección electrónica:

Página INE:

<https://repositoriodocumental.ine.mx/xmlui/bitstream/handle/123456789/114277/UTC-Acuerdo-Cumplimiento-SS-27-07-20.pdf>

Página DOF: www.dof.gob.mx/2020/INE/Acuerdo-CQyD-07-2020.pdf

Ciudad de México, 28 de julio de 2020.- El Titular de la Unidad Técnica de lo Contencioso Electoral, **Carlos Alberto Ferrer Silva**.- Rúbrica.

(R.- 497185)