

INDICE
PODER LEGISLATIVO

CAMARA DE DIPUTADOS

Acuerdo por el que se integra la Sección Instructora de la LXV Legislatura de la Cámara de Diputados.

PODER EJECUTIVO

SECRETARIA DE GOBERNACION

Extracto de la solicitud de registro de la entidad interna denominada El Rostro de Dios para constituirse en asociación religiosa; derivada de Iglesia Maranatha en El Salto, Jalisco, A.R.

Extracto de la solicitud de registro de la agrupación denominada Concilio de Iglesias de Dios en Cristo, para constituirse en asociación religiosa.

Extracto de la solicitud de registro de la agrupación denominada Confraternidad Internacional Oasis, para constituirse en asociación religiosa.

Extracto de la solicitud de registro de la entidad interna denominada Parroquia de Santa María de Guadalupe, Madre de la Misericordia en San Francisco del Rincón, Gto., para constituirse en asociación religiosa; derivada de la Arquidiócesis de León, A.R.

SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

Circular 01/2022 CPIFP dirigida a las dependencias, oficina de la Presidencia de la República, entidades de la Administración Pública Federal, mediante la cual se les da a conocer la Guía de Actuación Aplicable en Situaciones de Emergencia en Inmuebles Federales.

SECRETARIA DE ECONOMIA

Aviso de consulta pública del Proyecto de Norma Mexicana PROY- NMX-W-036-SCFI-2021.

Aviso de consulta pública del Proyecto de Norma Mexicana PROY- NMX-S-10C-UL-2021.

Aviso de consulta pública del Proyecto de Norma Mexicana PROY- NMX-GT-56002-IMNC-2020.

SECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA, COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-043-SCT-SEMAR- ARTF-2022, Documento de transporte de mercancías peligrosas.

SECRETARIA DE SALUD

Acuerdo por el que se emite el Programa Estratégico de Salud para el Bienestar.

Segundo Convenio Modificatorio al Convenio Específico en materia de ministración de subsidios para el fortalecimiento de acciones de salud pública en las entidades federativas, que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Puebla.

Segundo Convenio Modificatorio al Convenio Específico en materia de ministración de subsidios para el fortalecimiento de acciones de salud pública en las entidades federativas, que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Querétaro.

ORGANISMOS DESCONCENTRADOS O DESCENTRALIZADOS

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Extracto del Acuerdo por el que se expiden los lineamientos para la certificación de casos de niñas, niños y adolescentes en situación de exposición o abandono y para decretar su susceptibilidad de adopción del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

PODER JUDICIAL

SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACION

Sentencia dictada por el Tribunal Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación en la Acción de Inconstitucionalidad 168/2021, así como los Votos Aclaratorio de la señora Ministra Ana Margarita Ríos

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.

Equivalencia de las monedas de diversos países con el dólar de los Estados Unidos de América, correspondiente al mes de agosto de 2022.

AVISOS

Judiciales y generales.

CONVOCATORIAS PARA CONCURSOS DE PLAZAS VACANTES DEL SERVICIO PROFESIONAL DE CARRERA EN LA ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL

PODER LEGISLATIVO

CAMARA DE DIPUTADOS

ACUERDO por el que se integra la Sección Instructora de la LXV Legislatura de la Cámara de Diputados.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Cámara de Diputados.

ACUERDO POR EL QUE SE INTEGRA LA SECCIÓN INSTRUCTORA DE LA LXV LEGISLATURA DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS

Primero.- La Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión, con fundamento en los artículos 11 y 13 de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, integra la Sección Instructora encargada de sustanciar los procedimientos inherentes al Título Cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y su Ley Reglamentaria, en materia de responsabilidades de los servidores públicos.

Segundo.- Con fundamento en el artículo 40, numeral 5 de la Ley Orgánica del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, al requerirse la Sección Instructora de la LXV Legislatura de la Cámara de Diputados se conforma por los siguientes legisladores:

INTEGRANTE	CARGO
Dip. Jaime Humberto Pérez Bernabe	Presidente
Dip. Leonel Godoy Rangel	Secretario
Dip. José Elías Lixa Abimerhi	Secretario
Dip. Rubén Ignacio Moreira Valdez	Secretario

Tercero.- La Sección Instructora se instalará en el lugar que sea asignado y se le proveerá de los recursos materiales y humanos necesarios para el desarrollo de sus funciones.

Cuarto.- Comuníquese y publíquese en la Gaceta Parlamentaria y en el Diario Oficial de la Federación, e insértese en el Diario de los Debates.

Transitorio

Único.- El presente Acuerdo entrará en vigor al momento de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SALÓN DE SESIONES DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS DEL HONORABLE CONGRESO DE LA UNIÓN.- Ciudad de México, a 2 de septiembre de 2022.- Dip. **Santiago Creel Miranda**, Presidente.- Rúbrica.- Dip. **Brenda Espinoza Lopez**, Secretaria.- Rúbrica.

PODER EJECUTIVO

SECRETARIA DE GOBERNACION

EXTRACTO de la solicitud de registro de la entidad interna denominada El Rostro de Dios para constituirse en asociación religiosa; derivada de Iglesia Maranatha en El Salto, Jalisco, A.R.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- GOBERNACIÓN.- Secretaría de Gobernación.- Subsecretaría de Desarrollo Democrático Participación Social y Asuntos Religiosos.- Unidad de Asuntos Religiosos, Prevención y la Reconstrucción del Tejido Social.- Dirección General de Asuntos Religiosos.

EXTRACTO DE LA SOLICITUD DE REGISTRO CONSTITUTIVO COMO ASOCIACIÓN RELIGIOSA DE UNA ENTIDAD INTERNA DE IGLESIA MARANATHA EN EL SALTO, JALISCO, A.R., DENOMINADA EL ROSTRO DE DIOS

En cumplimiento a lo dispuesto por el último párrafo del artículo 7° de la Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público; en relación con los diversos 8° y 10 de su Reglamento, se publica el correspondiente extracto de la solicitud de registro de la entidad interna denominada EL ROSTRO DE DIOS para constituirse en asociación religiosa; derivada de IGLESIA MARANATHA EN EL SALTO, JALISCO, A.R., solicitud presentada en la Dirección General de Asuntos Religiosos, para su trámite respectivo; cuyos datos principales son los que a continuación se señalan:

I.- Domicilio: Calle San Gabriel Arcangel Número 132, Condominio San Francisco, Municipio de Zapopan, Estado de Jalisco, Código Postal 45130.

II.- Bienes inmuebles: Se relacionaron para cumplir con su objeto un inmueble denominado Iglesia Cristiana el Rostro de Dios, ubicado en Calle Santa Rosa 139 A, entre calle Santa Ana y Avenida Santa Cecilia, Colonia Santa Margarita, Municipio de Zapopan, Estado de Jalisco, Código Postal 45140, manifestado unilateralmente bajo contrato de arrendamiento.

III.- Estatutos: Presentó estatutos, los que contienen las bases fundamentales de su doctrina, la determinación de los asociados, ministros de culto y representantes, mismos que señalan como objeto, el siguiente: "Predicar a toda persona la Palabra de Dios expresada en la Biblia y hacer de Jesucristo y su doctrina un tema oneludible para todo el mundo".

IV.- Representante: José de Jesús Gómez Mejía.

V.- Exhiben la Relación de asociados, para dar cumplimiento a lo dispuesto por la fracción VI del artículo 8° del Reglamento de la Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público.

VI.- Exhiben el convenio propuesto a la Secretaría de Relaciones Exteriores, para dar cumplimiento a lo dispuesto en la fracción I del artículo 27 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

VII.- Órgano de Dirección o Administración: De conformidad con los estatutos exhibidos, se denomina "Comité Ejecutivo Nacional", integrado por las personas y cargos siguientes: José de Jesús Gómez Mejía, Presidente; Lina Patricia Larios Victoria, Tesorera; y Euclides Salvador Santiago Gómez, Secretario.

VIII.- Ministros de Culto: José de Jesús Gómez Mejía y Lina Patricia Larios Victoria.

IX.- Credo Religioso: Cristiano Evangélico.

En cumplimiento a lo dispuesto por el primer párrafo del artículo 11 del Reglamento de la Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público, se notifica lo anterior, a efecto de que las personas físicas, asociaciones religiosas, agrupaciones religiosas o iglesias que pudieran considerarse afectadas en su esfera jurídica, comparezcan dentro del término de veinte días hábiles, contados a partir del día siguiente de esta publicación a presentar su oposición ante esta Dirección General. Asimismo, se comunica que el expediente de la solicitud de referencia, estará a la vista de los interesados para su consulta solamente durante el término señalado.

Expedido en la Ciudad de México, a los diecisiete días del mes de agosto de dos mil veintidós.- El Director General Adjunto de la Dirección General de Asuntos Religiosos de la Secretaría de Gobernación, Lic. **Jorge Lee Galindo**.- Rúbrica.

EXTRACTO de la solicitud de registro de la agrupación denominada Concilio de Iglesias de Dios en Cristo, para constituirse en asociación religiosa.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- GOBERNACIÓN.- Secretaría de Gobernación.- Subsecretaría de Desarrollo Democrático Participación Social y Asuntos Religiosos.- Unidad de Asuntos Religiosos, Prevención y la Reconstrucción del Tejido Social.- Dirección General de Asuntos Religiosos.

EXTRACTO DE LA SOLICITUD DE REGISTRO CONSTITUTIVO COMO ASOCIACIÓN RELIGIOSA QUE PRESENTÓ EL C. TOMÁS REYES ÁLVAREZ Y FIRMANTES DE LA AGRUPACIÓN DENOMINADA CONCILIO DE IGLESIAS DE DIOS EN CRISTO.

En cumplimiento a lo dispuesto por el último párrafo del artículo 7° de la Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público; en relación con los diversos 8° y 10 de su Reglamento, se publica el correspondiente extracto de la solicitud de registro de la agrupación denominada CONCILIO DE IGLESIAS DE DIOS EN CRISTO, para constituirse en asociación religiosa; solicitud presentada en la Dirección General de Asuntos Religiosos, para su trámite respectivo; cuyos datos principales son los que a continuación se señalan:

I.- Domicilio: Calle 5 de Febrero Número 808, Lote 01, Manzana 11, Colonia Cuauhtémoc, Municipio de Río Bravo, Estado de Tamaulipas, Código Postal 88950.

II.- Bien inmueble: Se relacionó para cumplir con su objeto un inmueble ubicado en Calle 5 de Febrero Número 808, Lote 01, Manzana 11, Colonia Cuauhtémoc, Municipio de Río Bravo, Estado de Tamaulipas, Código Postal 88950, manifestado unilateralmente bajo contrato de comodato.

III.- Estatutos: Presentó estatutos, los que contienen las bases fundamentales de su doctrina, la determinación de los asociados, ministros de culto y representantes, mismos que señalan como objeto, el siguiente: "Predicar el evangelio de Jesucristo y discipular a personas conforme a las Sagradas Escrituras a fin de que puedan entablar una relación personal con Jesucristo como su Señor y Salvador".

IV.- Se exhiben las pruebas suficientes que acreditan que la agrupación religiosa cuenta con notorio arraigo entre la población.

V.- Representante: Tomás Reyes Álvarez.

VI.- Exhiben la Relación de asociados, para dar cumplimiento a lo dispuesto por la fracción VI del artículo 8° del Reglamento de la Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público.

VII.- Exhiben el convenio propuesto a la Secretaría de Relaciones Exteriores, para dar cumplimiento a lo dispuesto en la fracción I del artículo 27 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

VIII.- Órgano de Dirección o Administración: De conformidad con los estatutos exhibidos, se denomina "Mesa Directiva", integrada por las personas y cargos siguientes: Tomás Reyes Álvarez, Presidente; Tomás Reyes Vázquez, Secretario; y Eleazar Leonel Salinas Rodríguez, Tesorero.

IX.- Ministros de Culto: Tomás Reyes Álvarez, Tomás Reyes Vázquez y Eleazar Leonel Salinas Rodríguez

X.- Credo Religioso: Cristiano Evangélico.

En cumplimiento a lo dispuesto por el primer párrafo del artículo 11 del Reglamento de la Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público, se notifica lo anterior, a efecto de que las personas físicas, asociaciones religiosas, agrupaciones religiosas o iglesias que pudieran considerarse afectadas en su esfera jurídica, comparezcan dentro del término de veinte días hábiles, contados a partir del día siguiente de esta publicación a presentar su oposición ante esta Dirección General. Asimismo, se comunica que el expediente de la solicitud de referencia, estará a la vista de los interesados para su consulta solamente durante el término señalado.

Expedido en la Ciudad de México, a los diecisiete días del mes de agosto de dos mil veintidós.- El Director General Adjunto de la Dirección General de Asuntos Religiosos de la Secretaría de Gobernación, Lic. **Jorge Lee Galindo**.- Rúbrica.

EXTRACTO de la solicitud de registro de la agrupación denominada Confraternidad Internacional Oasis, para constituirse en asociación religiosa.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- GOBERNACIÓN.- Secretaría de Gobernación.- Subsecretaría de Desarrollo Democrático Participación Social y Asuntos Religiosos.- Unidad de Asuntos Religiosos, Prevención y la Reconstrucción del Tejido Social.- Dirección General de Asuntos Religiosos.

EXTRACTO DE LA SOLICITUD DE REGISTRO CONSTITUTIVO COMO ASOCIACIÓN RELIGIOSA QUE PRESENTÓ EL C. ESTEBAN ALONSO HERNÁNDEZ Y FIRMANTES DE LA AGRUPACIÓN DENOMINADA CONFRATERNIDAD INTERNACIONAL OASIS.

En cumplimiento a lo dispuesto por el último párrafo del artículo 7° de la Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público; en relación con los diversos 8° y 10 de su Reglamento, se publica el correspondiente extracto de la solicitud de registro de la agrupación denominada CONFRATERNIDAD INTERNACIONAL OASIS, para constituirse en asociación religiosa; solicitud presentada en la Dirección General de Asuntos Religiosos, para su trámite respectivo; cuyos datos principales son los que a continuación se señalan:

I.- Domicilio: Avenida de los Patos Manzana 4, Lote 17, Barrio Carpinteros, Municipio de Chimalhuacán, Estado de México, Código Postal 56334.

II.- Bien inmueble: Se relacionó para cumplir con su objeto un inmueble ubicado en Avenida de los Patos Manzana 4, Lote 17, Barrio Carpinteros, Municipio de Chimalhuacán, Estado de México, Código Postal 56334, manifestado unilateralmente bajo contrato de comodato.

III.- Estatutos: Presentó estatutos, los que contienen las bases fundamentales de su doctrina, la determinación de los asociados, ministros de culto y representantes, mismos que señalan como objeto, el siguiente: "Ser un medio activo de enlace fraternal entre sus iglesias".

IV.- Se exhiben las pruebas suficientes que acreditan que la agrupación religiosa cuenta con notorio arraigo entre la población.

V.- Representante: Esteban Alonso Hernández.

VI.- Exhiben la Relación de asociados, para dar cumplimiento a lo dispuesto por la fracción VI del artículo 8° del Reglamento de la Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público.

VII.- Exhiben el convenio propuesto a la Secretaría de Relaciones Exteriores, para dar cumplimiento a lo dispuesto en la fracción I del artículo 27 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

VIII.- Órgano de Dirección o Administración: De conformidad con los estatutos exhibidos, se denomina "Consejo Directivo", integrado por las personas y cargos siguientes: Esteban Alonso Hernández, Pastor Ejecutivo; Rosa María Cortina Herrera, Tesorera General; y Perfecto Rufino Tovar González, Secretario General.

IX.- Ministros de Culto: Esteban Alonso Hernández, Rosa María Cortina Herrera y Perfecto Rufino Tovar González.

X.- Credo Religioso: Cristiano Evangélico.

En cumplimiento a lo dispuesto por el primer párrafo del artículo 11 del Reglamento de la Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público, se notifica lo anterior, a efecto de que las personas físicas, asociaciones religiosas, agrupaciones religiosas o iglesias que pudieran considerarse afectadas en su esfera jurídica, comparezcan dentro del término de veinte días hábiles, contados a partir del día siguiente de esta publicación a presentar su oposición ante esta Dirección General. Asimismo, se comunica que el expediente de la solicitud de referencia, estará a la vista de los interesados para su consulta solamente durante el término señalado.

Expedido en la Ciudad de México, a los diecisiete días del mes de agosto de dos mil veintidós.- El Director General Adjunto de la Dirección General de Asuntos Religiosos de la Secretaría de Gobernación, Lic. **Jorge Lee Galindo**.- Rúbrica.

EXTRACTO de la solicitud de registro de la entidad interna denominada Parroquia de Santa María de Guadalupe, Madre de la Misericordia en San Francisco del Rincón, Gto., para constituirse en asociación religiosa; derivada de la Arquidiócesis de León, A.R.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- GOBERNACIÓN.- Secretaría de Gobernación.- Subsecretaría de Desarrollo Democrático Participación Social y Asuntos Religiosos.- Unidad de Asuntos Religiosos, Prevención y la Reconstrucción del Tejido Social.- Dirección General de Asuntos Religiosos.

EXTRACTO DE LA SOLICITUD DE REGISTRO CONSTITUTIVO COMO ASOCIACIÓN RELIGIOSA DE UNA ENTIDAD INTERNA DE ARQUIDIÓCESIS DE LEÓN, A.R., DENOMINADA PARROQUIA DE SANTA MARÍA DE GUADALUPE, MADRE DE LA MISERICORDIA EN SAN FRANCISCO DEL RINCÓN, GTO.

En cumplimiento a lo dispuesto por el último párrafo del artículo 7° de la Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público; 8° y 10 de su Reglamento, se publica el correspondiente extracto de la solicitud de registro de la entidad interna denominada PARROQUIA DE SANTA MARÍA DE GUADALUPE, MADRE DE LA MISERICORDIA EN SAN FRANCISCO DEL RINCÓN, GTO., para constituirse en asociación religiosa; derivada de ARQUIDIÓCESIS DE LEÓN, A.R., solicitud presentada en la Dirección General de Asuntos Religiosos, para su trámite respectivo; cuyos datos principales son los que a continuación se señalan:

I.- Domicilio: Benito Juárez, Barrio de Guadalupe, Municipio de San Fco. Del Rincón, Estado de Guanajuato, Código Postal 36356.

II.- Bienes inmuebles: Se relacionó para cumplir con su objeto un inmueble, ubicado en Benito Juárez, Barrio de Guadalupe, Municipio de San Fco. Del Rincón, Estado de Guanajuato, Código Postal 36356, manifestado de manera unilateral como un inmueble propiedad de la Nación.

III.- Estatutos: Presentó estatutos, los que contienen las bases fundamentales de su doctrina, la determinación de los asociados, ministros de culto y representantes, mismos que señalan como objeto, el siguiente: "La propagación de la verdad evangélica por todos los medios lícitos que estén a su alcance, especialmente la litúrgica católica".

IV.- Representantes: Alfonso Cortés Contreras y/o Bernardo Rocha Flores.

V.- Exhiben Relación de asociados, para dar cumplimiento a lo dispuesto por la fracción VI del artículo 8° del Reglamento de la Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público.

VI.- Exhiben el convenio propuesto a la Secretaría de Relaciones Exteriores, para dar cumplimiento a lo dispuesto en la fracción I del artículo 27 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

VII.- Órgano de Dirección o Administración: De conformidad con los estatutos exhibidos, se denomina "Gobierno Interno", integrado por las personas y cargos siguientes: Alfonso Cortés Contreras, Arzobispo de Arquidiócesis de León, A. R.; y Bernardo Rocha Flores, Párroco

VIII.- Ministros de Culto: Alfonso Cortés Contreras y Bernardo Rocha Flores.

IX.- Credo Religioso: Cristiano Católico Apostólico Romano.

En cumplimiento a lo dispuesto por el primer párrafo del artículo 11 del Reglamento de la Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público, se notifica lo anterior, a efecto de que las personas físicas, asociaciones religiosas, agrupaciones religiosas o iglesias que pudieran considerarse afectadas en su esfera jurídica, comparezcan dentro del término de veinte días hábiles, contados a partir del día siguiente de esta publicación a presentar su oposición ante esta Dirección General. Asimismo, se comunica que el expediente de la solicitud de referencia, estará a la vista de los interesados para su consulta solamente durante el término señalado.

Expedido en la Ciudad de México, a los dieciocho días del mes de agosto de dos mil veintidós.- El Director General Adjunto de la Dirección General de Asuntos Religiosos, de la Secretaría de Gobernación, Lic. **Jorge Lee Galindo**.- Rúbrica.

SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

CIRCULAR 01/2022 CPIFP dirigida a las dependencias, oficina de la Presidencia de la República, entidades de la Administración Pública Federal, mediante la cual se les da a conocer la Guía de Actuación Aplicable en Situaciones de Emergencia en Inmuebles Federales.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- HACIENDA.- Secretaría de Hacienda y Crédito Público.- Instituto de Administración y Avalúos de Bienes Nacionales.

CIRCULAR 01/2022 CPIFP

A LAS DEPENDENCIAS, OFICINA DE LA PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA, ENTIDADES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL, SE LES DA A CONOCER LA GUÍA DE ACTUACIÓN APLICABLE EN SITUACIONES DE EMERGENCIA EN INMUEBLES FEDERALES

Con fundamento en lo dispuesto por los artículos 17 y 31 fracciones XXIX, XXX y XXXII de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 1, 26, 27, 28, 29, 32, 66 y 101 de la Ley General de Bienes Nacionales; 1, 2, 3 y 73 de la Ley General de Protección Civil; 1, 2 apartado D, fracción VI y 98-C del Reglamento Interior de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público; 1, 3, 4, 6 y 10 del Reglamento del Instituto de Administración y Avalúos de Bienes Nacionales; Numerales 98, 102 y 178 del Acuerdo por el que se establecen las disposiciones en Materia de Recursos Materiales y Servicios Generales; PRIMERO, TERCERO, CUARTO, SÉPTIMO, DÉCIMO PRIMERO, VIGÉSIMO NOVENO y TRIGÉSIMO de las Normas de Organización y Funcionamiento del Comité del Patrimonio Inmobiliario Federal y Paraestatal, establece como criterio de aplicación general, por parte de las Dependencias, la Unidad Administrativa de Presidencia de la República y entidades de la Administración Pública Federal, aprobó el:

ACUERDO 04/2022.- CPIFP "Los miembros del Comité del Patrimonio Inmobiliario Federal y Paraestatal, se dan por enterados y aprueban el instrumento: "Guía de actuación aplicable en Situaciones de Emergencia en inmuebles Federales" e instruyen a la Dirección General de Política y Gestión Inmobiliaria, a través, de la Dirección de Política y Normatividad, para realizar las gestiones correspondientes a su publicación en Diario Oficial de la Federación".

POR LO QUE SE LES HACE DE CONOCIMIENTO LA GUÍA DE ACTUACIÓN APLICABLE EN SITUACIONES DE EMERGENCIA EN INMUEBLES FEDERALES

INTRODUCCIÓN

PROPÓSITO

ALCANCE

NORMATIVIDAD

GLOSARIO

CONTENIDO DE LA GUÍA

SECCIÓN I

CLASIFICACIÓN DE SITUACIONES DE EMERGENCIA

SECCIÓN II

DAÑOS EN INMUEBLES FEDERALES

SECCIÓN III

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

SECCIÓN IV

PLAN DE REANUDACIÓN DE ACTIVIDADES

INTRODUCCIÓN

Las políticas de la presente administración están orientadas a resultados en donde se optimice el uso de los recursos públicos y se promuevan las nuevas tecnologías de información y comunicación, así como también prevalece la transparencia y la rendición de cuentas, por tal motivo y para efecto de ser congruentes con las disposiciones que en materia de austeridad republicana aplican a la Administración Pública Federal, se requiere establecer un marco normativo de actuación general que determine la coordinación de acciones para proteger el patrimonio inmobiliario federal y paraestatal.

El Instituto de Administración y Avalúos de Bienes Nacionales (INDAABIN), órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, es el encargado de ejercer las atribuciones que la Ley General de Bienes Nacionales (LGBN) le confiere a dicha dependencia, así como aquéllas que expresamente otros ordenamientos le otorguen y que se encuentran vinculadas a la materia inmobiliaria federal, lo anterior, tomando en consideración lo establecido en los artículos 2, apartado D, fracción VI y 98-C del Reglamento Interior de la Secretaría de Hacienda y, 1 y 6 del Reglamento del Instituto de Administración y Avalúos de Bienes Nacionales.

Por su parte, el Centro Nacional de Prevención de Desastres (CENAPRED) es el órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana (SSPC), encargado de crear, gestionar y promover políticas públicas en materia de prevención y reducción de riesgos, a través de la investigación, desarrollo, coordinación y aplicación de tecnologías; asimismo, impulsa e imparte educación, capacitación y difusión de una cultura preventiva y de autoprotección para la población ante una posible situación de emergencia.

En este sentido, es que el INDAABIN en colaboración con el CENAPRED, han establecido acciones conjuntas que permiten identificar cada uno en el ámbito de su respectiva competencia, aquellas áreas de oportunidad que existen para brindar a la sociedad, la seguridad requerida en cada uno de los inmuebles, para lo cual, se han realizado trabajos de colaboración, consulta y asesoría en materia de situaciones de emergencia que afecten o pudieren afectar a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que tengan en uso inmuebles federales, bajo alguna de las figuras previstas en la Ley General de Bienes Nacionales, o bien, bajo su resguardo.

Es por ello que otro mecanismo de participación institucional, se genera a través del Comité del Patrimonio Inmobiliario Federal y Paraestatal (CPIFP), foro establecido en la Ley General de Bienes Nacionales que prevé la participación activa de las instituciones públicas, específicamente de las dependencias administradoras de inmuebles, así como aquellas que tienen el carácter de destinatarias para que coadyuven a dar un uso eficiente y responsable de los bienes del Estado mexicano, así como a salvaguardar los mismos, a través de acciones relacionadas con el óptimo aprovechamiento, la administración, conservación y mantenimiento de los inmuebles necesarios para el funcionamiento de la Administración Pública Federal.

Por lo expuesto, y en pro de contar con una guía general de actuación que permita a las instituciones públicas que usen inmuebles federales conocer las actividades a realizar cuando se encuentren ante una situación de emergencia que afecte tanto la vida como la integridad de los servidores públicos que laboran en los mismos, así como lo relativo a los ciudadanos que acuden a dichos sitios, para realizar trámites, o bien, solicitar algún servicio en los inmuebles federales, cabe mencionar que el instrumento de mérito, fue propuesto como parte de los temas de análisis relacionados con circunstancias que afectan el patrimonio, por lo que se sometió al CPIFP, quien a través de sus integrantes aprobaron el Acuerdo 04/2022, en su Segunda Sesión Ordinaria, celebrada el día 02 de junio de 2022.

PROPÓSITO

Brindar a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, un instrumento que facilite la coordinación de las acciones a realizar cuando los bienes inmuebles que se encuentren bajo su uso o administración resulten afectados o por su ubicación geográfica, hayan presentado daños derivados de alguna situación de emergencia. Lo anterior, con la finalidad de que, en el bien en cuestión, se pueda continuar brindando la prestación de los servicios públicos, salvaguardando en todo momento, la seguridad de la ciudadanía, los servidores públicos y de los inmuebles federales.

ALCANCE

La presente guía podrá ser utilizada por las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que tengan bajo su resguardo inmuebles federales y que se encuentren ante una situación de emergencia que pueda afectar la seguridad estructural del inmueble, la prestación del servicio público y que pudiera significar un riesgo para la vida e integridad de los usuarios.

NORMATIVIDAD APLICABLE

Artículos 17 y 31 fracciones, XXIX, XXX y XXXII de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

Artículos 1, 26, 27, 28, 29, 32, 66 y 101 de la Ley General de Bienes Nacionales.

Artículos 1, 2, 3 y 73 de la Ley General de Protección Civil.

Artículos 2o. Apartado D, fracción VI y 98-C del Reglamento Interior de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Numerales 98, 102 y 178 del Acuerdo por el que se establecen las disposiciones en Materia de Recursos Materiales y Servicios Generales.

Artículos 1, 3, 4, 6 y 10 del Reglamento del Instituto de Administración y Avalúos de Bienes Nacionales.

Artículos PRIMERO, TERCERO, CUARTO, SÉPTIMO, DÉCIMO PRIMERO, VIGÉSIMO NOVENO y TRIGÉSIMO de las Normas de organización y funcionamiento del Comité del Patrimonio Inmobiliario Federal y Paraestatal.

GLOSARIO

Además de las definiciones previstas en la Ley General de Protección Civil, en la Ley General de Bienes Nacionales, y el Acuerdo por el que se establecen las disposiciones en materia de Recursos Materiales y Servicios Generales, se entenderá por:

AC-DMRMSG: Acuerdo por el que se establecen las disposiciones en materia de recursos materiales y servicios generales;

Corresponsable en Seguridad Estructural (CSE): Corresponsable es la persona física auxiliar de la Administración local, con autorización y registro de la Secretaría de Desarrollo Urbano y Vivienda, para el caso de la Ciudad de México, o un ente equivalente en los estados del país, con conocimientos técnicos relativos a la seguridad estructural, al diseño urbano y arquitectónico e instalaciones, quien responderá en conjunto con el Director Responsable de Obra, o autónoma en los casos en que otorgue su responsiva, en todos los aspectos técnicos relacionados al ámbito de su intervención profesional, y deberá cumplir con lo establecido en la Ley, en este Reglamento y en las demás disposiciones aplicables, correspondiendo a la autoridad competente su autorización y registro, acorde al marco jurídico de la CDMX o su equivalente en las entidades federativas.

CPIFP: Comité del Patrimonio Inmobiliario Federal y Paraestatal;

Dependencias: Las que, con tal carácter determina la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal;

Dependencias administradoras: Las que, con tal carácter determina el artículo 2 de la Ley General de Bienes Nacionales;

DGAO: Dirección General de Avalúos y Obras;

DGAPIF: Dirección General Administración del Patrimonio Inmobiliario Federal;

DGPGI: Dirección General de Política y Gestión Inmobiliaria;

Director Responsable de Obra (DRO): Persona física auxiliar de la Administración local, con autorización y registro otorgado por la Secretaría de Desarrollo Urbano y Vivienda, para el caso de la CDMX, o un ente equivalente en los estados del país, quien tiene la atribución en todas aquellas actividades, vinculadas con su responsiva, de ordenar y hacer valer en la obra, la observancia de la Ley, del Reglamento de Construcción y demás disposiciones aplicables, incluyendo ambientales;

Entidades: Los que, de conformidad con la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, sean considerados entidades paraestatales;

INDAABIN: Instituto de Administración y Avalúos de Bienes Nacionales;

LGBN: Ley General de Bienes Nacionales;

OFICINAS PÚBLICAS: Son las establecidas en términos del numeral 141 del AC-DMRMSG;

RI: Responsable inmobiliario, servidor público designado por los titulares de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, en términos de lo que establece el artículo 32 de la LGBN.

RIA: Responsable inmobiliario administrador, servidor público designado mediante Oficio por los Titulares de las Dependencias Administradoras referidas con tal carácter en la LGBN, encargado de realizar las acciones necesarias para la administración de los inmuebles de su competencia, quien deberá contar, por lo menos, con nivel de Director General o su equivalente;

Secretaría: La Secretaría de Hacienda y Crédito Público;

Siniestro: Situación crítica y dañina generada por la incidencia de uno o más fenómenos perturbadores en un inmueble o instalación, afectando a su población y equipo, con posible afectación a instalaciones circundantes.

CONTENIDO DE LA GUÍA

La presente guía se dividirá en cuatro secciones:

SECCIÓN I.- Clasificación de situaciones de emergencia.

Se enlistan aquellas situaciones que puedan ser consideradas de emergencia y que puedan generar afectaciones a los inmuebles federales o poner en riesgo la integridad del personal en uso.

SECCIÓN II.- Daños en inmuebles federales.

Descripción de las acciones que deberán seguir las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal tras suscitarse una situación de emergencia.

SECCIÓN III.- Identificación de riesgos.

Descripción de las actividades que deberán seguir las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal para evaluar las condiciones físicas del inmueble con la finalidad de determinar si la reanudación de las actividades es viable o no.

SECCIÓN IV.- Plan de reanudación de actividades

Coordinación de acciones que deberán seguir las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal para la reanudación de la prestación del servicio público, una vez dictaminado viable.

SECCIÓN I

CLASIFICACIÓN DE SITUACIONES DE EMERGENCIA

Se entenderá por emergencia al siniestro que puede causar un daño a la sociedad y propiciar un riesgo excesivo para la seguridad e integridad de la población en general, generada por los fenómenos determinados en la Ley General de Protección Civil (LGPC) en su artículo 2 establece que pueden ser potencialmente generadores de una situación de emergencia en inmuebles federales usados como oficinas públicas:

1. Fenómeno Antropogénico (producido por la actividad humana)
2. Fenómeno Astronómico (producido por eventos o procesos del espacio exterior)
3. Fenómeno Natural Perturbador (producido por la naturaleza)
4. Fenómeno Geológico (producido como causa directa por las acciones y movimientos de la corteza terrestre)
5. Fenómeno Hidrometeorológico (producido por la acción de agentes atmosféricos)
6. Fenómeno Químico-Tecnológico (producido por la interacción molecular o nuclear de diferentes sustancias)
7. Fenómeno Sanitario-Ecológico (producido por la acción patógena de agentes biológicos)
8. Fenómeno Socio-Organizativo (producido por grandes concentraciones o movimientos masivos de población)

SECCIÓN II

DAÑOS EN INMUEBLES FEDERALES

Los inmuebles federales de conformidad con lo dispuesto por la Ley General de Bienes Nacionales son los terrenos con o sin construcciones de la Federación, así como aquéllos en que ejerza la posesión, control o administración a título de dueño.

No se considerarán inmuebles federales aquellos terrenos o construcciones propiedad de terceros que por virtud de algún acto jurídico posea, controle o administre la Federación.

Las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que tengan afectaciones en los inmuebles federales bajo su resguardo, derivado de una situación de emergencia y que imposibilite la prestación del servicio público, harán de conocimiento al INDAABIN la misma, así como el tipo de situación de emergencia que se presenta, para que de manera coordinada inicien las acciones que permitan reactivar la prestación del servicio público de manera segura.

SECCIÓN III

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Para uso y manejo del presente instrumento, se entenderá por identificación de riesgos a las acciones que deberán realizar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal para la evaluación de las condiciones estructurales del inmueble bajo su resguardo.

ACCIONES:

1.- Alertar y evacuar al personal a una zona segura de conformidad a lo dispuesto por la regulación en materia de protección civil.

2.- Valorar las condiciones físicas del inmueble de manera conjunta con el personal capacitado en las materias de protección civil y el área encargada del mantenimiento de cada inmueble, lo anterior, con el objeto de determinar si las condiciones del inmueble permiten reanudar el ingreso del personal y la operación, o bien, si se requiere de la opinión de un profesional especialista en seguridad estructural.

Esta primera valoración se llevará a cabo de acuerdo con las condiciones de uso y conocimientos de seguridad estructural del inmueble, atendiendo a los siguientes criterios:

3.- Revisión visual del inmueble en cada área, nivel y subnivel, verificando que los elementos estructurales se encuentren en buen estado, considerando principalmente columnas, muros, vigas y losas.

En caso de que los elementos estructurales no estén a la vista, deberá solicitar la opinión de un especialista en estructuras, preferentemente el Corresponsable en Seguridad Estructural o el Director Responsable de Obra, considerando los siguientes elementos:



Elementos columna y viga con grietas horizontales en columnas y verticales en vigas	
Clasificación del daño	Daño observable en elementos estructurales
I	Ancho de grieta menor de 0.5 mm.
II	Se observan grietas con ancho entre 0.5 y 1.0 mm.
III	Se observa agrietamiento severo con anchos de 1.0 a 5.0 mm. Se observa algún desprendimiento del concreto.
IV	Se observa mucho agrietamiento severo. El ancho de grieta es mayor a 5.0 mm. Las barras de refuerzo se encuentran expuestas producto del desprendimiento del concreto de recubrimiento.
V	Pandeo del refuerzo, aplastamiento del concreto y deformación vertical en columnas y/o muros estructurales. Exposición del acero de refuerzo por demanda de flexión y/o fractura de algunas de las barras.

Elementos columna, muro y viga con grietas diagonales	
Clasificación del daño	Daño observable en elementos estructurales
I	Algunos agrietamientos se observan. Ancho de grieta menor a 0.2 mm.
II	Se observan grietas con ancho entre 0.2 y 1.0 mm.
III	Se observa agrietamiento severo con anchos de 1.0 a 2.0 mm. Se observa algún desprendimiento del concreto.
IV	Se observa mucho agrietamiento severo. El ancho de grieta es mayor a 2.0 mm. Las barras de refuerzo se encuentran expuestas producto del desprendimiento del concreto de recubrimiento.
V	Pandeo del refuerzo, aplastamiento del concreto y deformación vertical en columnas y/o muros estructurales. Exposición del acero de refuerzo por demanda de flexión y/o fractura de algunas de las barras.

- En caso de que existan testigos de yeso en el inmueble, deberá verificarse su estado y la última fecha de revisión.
- Si se detecta un daño reciente durante la valoración, dentro de la clasificación "I y II", se recomendará colocar testigos de yeso para que estos sean verificados en futuros fenómenos naturales que resista el inmueble.
- Si la clasificación de daños es del grado "III-V" se deberá solicitar una opinión especializada.
- En el caso de las estructuras de acero, si existe incertidumbre sobre la condición de los elementos estructurales, consulte a un especialista en ingeniería estructural, preferentemente un Director Responsable de Obra o el Corresponsable de Seguridad Estructural.

- Revisión de daños no estructurales que pudiesen representar riesgos para la ocupación del inmueble, tal como lo indica la siguiente tabla:

Clasificación del daño	Daño observable en elementos no estructurales
I	(Grietas en interfaz entre marcos y muros), presentadas entre elementos hechos a base de mampostería y elementos hechos a base de concreto, mismas que se presentan por sus diferentes propiedades mecánicas.
Ejemplo:	
II	Daños, desprendimiento o caída de plafones.
Ejemplo:	
III	(Grietas en el recubrimiento), se presentan mayormente en aplanados, en ocasiones son grietas de entre 1.0 a 2.0 mm o tal vez más, sin embargo, estas solo afectan el acabado de recubrimiento.
Ejemplo:	

IV	Daños en cristales
Ejemplo:	
V	Mobiliario o equipos que pudiese causar daño.
Ejemplo:	
<p>Respecto a los daños no estructurales “II-V”, se debe valorar si el caso constituye un riesgo eminente para los ocupantes o en su caso limite la operatividad de sus funciones.</p>	

4.-Elaborar un censo de los inmuebles que sufrieron afectaciones e identificar de estos, si alguno tiene por declaratoria o por determinación de ley la clasificación de monumentos históricos o artísticos.

5.-Informar las conclusiones del recorrido realizado por el inmueble a cargo de la Unidad Interna de Protección Civil, para que se pueda tomar una decisión, respecto al retorno del personal al interior del inmueble.

6.-En caso de que los responsables de la revisión primaria determinen la necesidad de una opinión especializada se deberá recurrir en primera instancia a los profesionales o técnicos especializados en seguridad estructural respaldados en la entidad en la cual se ubique el inmueble, de acuerdo con la legislación aplicable.

Como alternativa se podrá recurrir a proveedores de servicios especializados en análisis y dictamen estructural siempre y cuando el resultado de sus servicios sea firmado por el Director Responsable de Obra o Corresponsable autorizado.

7.-Levantar las actas de hechos y memorias fotográficas correspondientes, para dejar constancia de los daños o afectaciones que hayan sufrido los inmuebles bajo su administración, así como elaborar una estimación económica de los daños causados o de los recursos necesarios para la rehabilitación del inmueble.

8.-Solicitar el examen técnico del inmueble, cuando por las afectaciones que sufrió, sea necesario contar con la revisión y opinión del Director Responsable de Obra (DRO), Corresponsable en Seguridad Estructural o cualquier ente con atribuciones similares, en las entidades federativas sobre el estatus que guarda el inmueble federal.

9.-El dictamen de Seguridad Estructural deberá de integrar los alcances establecidos en la normatividad aplicable y contener al menos:

- La descripción general de la edificación en cuanto a sus materiales, procedimientos constructivos, uso y antecedentes históricos
- La descripción del procedimiento utilizado para dictaminar la condición del inmueble
- Evidencias gráficas y descriptivas consideradas para el dictamen
- El análisis, procedimiento, conclusiones y en todo caso las recomendaciones técnicas que deberán seguirse para el seguro uso del inmueble o alternativas para asegurar esta condición.

10.-El Dictamen o Constancia de Seguridad Estructural que se emita, tendrá una vigencia máxima de 5 años si la estructura revisada no tuvo alteraciones o hasta la ocurrencia de un sismo de magnitud considerable, con efectos notables en las estructuras, o cuándo así lo determine la autoridad correspondiente.

11.-En caso de que las recomendaciones del dictamen establezcan la realización de algún estudio más profundo para verificar la estabilidad general del inmueble, éste deberá considerar todos los documentos y antecedentes de la edificación, además de las evidencias que se recaben en sitio para concluir en un nuevo dictamen que constituya una herramienta definitiva para la toma de decisiones.

SECCIÓN IV

PLAN DE REANUDACIÓN DE ACTIVIDADES

Una vez realizada la evaluación de las condiciones físicas del inmueble y teniendo una determinación favorable del Dictamen o Constancia de Seguridad Estructural, las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal:

1.-Notificarán al INDAABIN la situación en que se encuentran el o los inmuebles afectados por la situación de emergencia presentada y, en su caso, el resultado del dictamen correspondiente, mismo que deberá ser registrado por el RI y/o RIA en el correspondiente expediente electrónico y difundido por los mecanismos de comunicación interna de cada institución pública, así como ser colocado en un lugar visible del inmueble.

Asimismo, deberá adjuntarse en formato de imagen en el apartado de “fotografías” del Sistema de Inventario del Patrimonio Inmobiliario Federal y Paraestatal.

2.-Los inmuebles federales que cuenten con un Dictamen o Constancia de Seguridad Estructural emitido de conformidad con la normatividad aplicable por el Director Responsable de Obra (DRO) o, en su caso, por el Corresponsable en Seguridad Estructural para la Ciudad de México, o perito acreditado por la autoridad correspondiente en el resto de las entidades federativas, en el cual se confirme la existencia de daños estructurales o, en su caso, la no factibilidad de utilización del inmueble destinado. En este último caso, dichos bienes deberán ser puestos a disposición del INDAABIN, a través de la DGAPIF, cubriendo los requisitos previstos en el numeral 111 del ACUERDO.

3.-El INDAABIN, a solicitud de las dependencias y entidades evaluará la procedencia de la reubicación de las y los servidores públicos en los inmuebles afectados.

El RI y/o RIA de las dependencias y entidades afectadas en sus bienes inmuebles al suscitarse alguna situación de emergencia, a fin de reactivar los servicios públicos garantizando la seguridad de la ciudadanía, las y los servidores públicos y de los inmuebles federales, realizará las siguientes acciones:

- A.** Remitir al INDAABIN, el Dictamen o Constancia de Seguridad Estructural relativo al uso y ocupación de los inmuebles utilizados como oficinas públicas por la Administración Pública Federal, en el cual se confirme la existencia de daños estructurales o, en su caso, la no factibilidad de utilización del inmueble destinado o arrendado.
- B.** Precisar el número de servidores públicos a reubicar, acompañado de su estructura orgánica autorizada, para llevar a cabo la prestación del servicio público.
- C.** Indicar la localización para la reubicación de las instalaciones.
- Lo anterior, en apego a la tabla de superficie máxima a ocupar por institución (SMOI), publicada en el AC-DMRMSG, o en su caso, que se encuentre vigente al momento del siniestro.
- D.** Solicitar al INDAABIN que verifique la disponibilidad inmobiliaria, cuando así se requiera. Ya sea que se necesite reubicar al personal por tiempo definido (reparación del inmueble) o indefinido (inmueble con daño estructura)

Para la recopilación de la información y documentación, se deberá requisitar y enviar a la DGPFI, mediante el formato "Consulta de Inmuebles disponibles", identificando en cada caso el RFI del inmueble afectado, disponible en la página web del Instituto:

<https://www.gob.mx/indaabin>

INDAABIN-06-001	Disponibilidad Inmobiliaria Federal	Ver
		Guía

4.-Solicitar por escrito, en caso de que no exista inmuebles disponibles, la autorización de un nuevo arrendamiento al INDAABIN, siguiendo todos y cada uno de los pasos y requisitos establecidos para tal efecto.

5.-Las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal deberán en coordinación con el INDAABIN valorar la conveniencia de continuar operando para el servicio público de acuerdo con las conclusiones y recomendaciones del Dictamen de Seguridad Estructural.

De igual manera se analizarán, de ser el caso, aquellos inmuebles que se consideren obsoletos, por lo que se dictaminará la mejor manera de disposición.

6.-La información que se obtenga, genere o resguarde por parte de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, con motivo de la aplicación de la presente guía, estará sujeta a lo establecido en las disposiciones en las materias de archivos, protección de datos personales, transparencia y acceso a la información pública.

7.-En el CPIFP se informará las situaciones de emergencia reportadas por las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

8.-Las dependencias y entidades de la Administración Pública podrán coordinar al interior acciones para la aplicación de la presente guía.

TRANSITORIO

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

Ciudad de México, a 22 de julio de dos mil veintidós.- Presidente del Comité del Patrimonio Inmobiliario Federal y Paraestatal, **Víctor J. Martínez Bolaños**.- Rúbrica.

SECRETARÍA DE ECONOMÍA

AVISO de consulta pública del Proyecto de Norma Mexicana PROY-NMX-W-036-SCFI-2021.

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

AVISO DE CONSULTA PÚBLICA DEL PROYECTO DE NORMA MEXICANA PROY-NMX-W-036-SCFI-2021, ALUMINIO Y SUS ALEACIONES-ANÁLISIS QUÍMICO DETERMINACIÓN DEL MANGANESO-MÉTODO FOTOMÉTRICO (CANCELARÁ A LA NMX-W-036-SCFI-2003).

La Secretaría de Economía, por conducto de la Dirección General de Normas, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 34, fracciones II, XIII y XXXIII de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3, fracción X, 39, fracciones III y XII, 51-A, 51-B y 54 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 43, 44, 46 y 47 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; Tercero y Cuarto Transitorios del Decreto por el que se expide la Ley de Infraestructura de la Calidad y se abroga la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y; 36, fracciones I, IX y XII y 37, fracción II del Reglamento Interior de esta Secretaría, publica el Aviso de Consulta Pública del Proyecto de Norma Mexicana que se indica a continuación, mismo que ha sido elaborado y aprobado por el "Comité Técnico de Normalización Nacional del Aluminio y sus Aleaciones" (CTNNAA) con número de SINEC: 20210513181314607.

De conformidad con el artículo 51-A de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, este Proyecto de Norma Mexicana, se publica para Consulta Pública a efecto de que dentro de los siguientes 60 días naturales las personas interesadas presenten sus comentarios ante el Comité que lo propuso, ubicado en Francisco Petrarca número 133, Piso 9, Colonia Polanco, Demarcación Territorial Miguel Hidalgo, Código Postal 11560, Ciudad de México, teléfonos: 5555317907, 5555312614 y 5555313176 y/o al correo electrónico: imedal@imedal.org.

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

CLAVE O CÓDIGO	TÍTULO DEL PROYECTO DE NORMA MEXICANA
PROY-NMX-W-036-SCFI-2021	Aluminio y sus aleaciones-Análisis químico determinación del manganeso-Método fotométrico (Cancela a la NMX-W-036-SCFI-2003).
Síntesis	
Este Proyecto de Norma Mexicana establece un método fotométrico para determinar la cantidad de manganeso presente en las aleaciones de aluminio.	
<ul style="list-style-type: none"> a) Este Proyecto de Norma Mexicana es aplicable para determinar contenidos de manganeso entre 0.005% y 1.500%. b) Para los casos especiales de aleaciones con un contenido de silicio mayor que 1% y un contenido de manganeso menor que 0.100%, y c) El presente Proyecto de Norma Mexicana no es aplicable a las aleaciones de aluminio que contengan estaño, antimonio, bismuto y zirconio. 	

Atentamente

Ciudad de México, a 26 de julio de 2022.- Director General de Normas y Secretario Ejecutivo de la Comisión Nacional de Infraestructura de la Calidad, **Eduardo Montemayor Treviño**.- Rúbrica.

AVISO de consulta pública del Proyecto de Norma Mexicana PROY-NMX-S-10C-UL-2021.

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

AVISO DE CONSULTA PÚBLICA DEL PROYECTO DE NORMA MEXICANA PROY-NMX-S-10C-UL-2021, SEGURIDAD CONTRA INCENDIO-CONJUNTOS DE MONTAJE DE PUERTAS CONTRA INCENDIO-MÉTODO DE PRUEBA DE PRESIÓN POSITIVA.

La Secretaría de Economía, por conducto de la Dirección General de Normas, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 34, fracciones II, XIII y XXXIII de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 3, fracción X, 39, fracciones III y XII, 51-A, 54 y 66, fracción III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 43, 44 y 46 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; Tercero y Cuarto Transitorios del Decreto por el que se expide la Ley de Infraestructura de la Calidad y se abroga la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y; 36, fracciones I, IX y XII del Reglamento Interior de la Secretaría de Economía, publica el Aviso de Consulta Pública del Proyecto de Norma Mexicana que se enuncia a continuación, mismo que ha sido elaborado y aprobado por el Organismo Nacional de Normalización denominado “*Underwriters Laboratories Inc*” (UL), por medio del Comité Técnico de Normalización Nacional de Seguridad contra Incendios y Dispositivos Salvavidas, con número de SINEC: 20210906154531359.

De conformidad con el artículo 51-A de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, este Proyecto de Norma Mexicana, se publica para Consulta Pública a efecto de que dentro de los siguientes 60 días naturales las personas interesadas presenten sus comentarios ante el Comité que lo propuso, ubicado en Blas Pascal 205 2do. Piso, Código Postal 11510, Colonia Los Morales, Demarcación Territorial Miguel Hidalgo, Ciudad de México, México, al teléfono: 55 3000 5400 y/o al correo electrónico: UL.StandardsMexico@ul.org.

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

CLAVE O CÓDIGO	TÍTULO DEL PROYECTO DE NORMA MEXICANA
PROY-NMX-S-10C-UL-2021	SEGURIDAD CONTRA INCENDIO-CONJUNTOS DE MONTAJE DE PUERTAS CONTRA INCENDIO-MÉTODO DE PRUEBA DE PRESIÓN POSITIVA.
Síntesis	
<p>Los métodos de prueba establecidos en el presente Proyecto de Norma Mexicana tienen por objeto generar datos suficientes que permitan determinar la idoneidad de los conjuntos de montaje de puertas para su uso en lugares donde se requiere una protección contra incendios de una duración determinada.</p> <p>Asimismo, estos métodos están destinados a evaluar la capacidad de un conjunto de montaje de puertas para permanecer en un vano durante una exposición de prueba predeterminada. Las pruebas realizadas de acuerdo con los métodos descritos en el presente Proyecto de Norma Mexicana tienen el objetivo de registrar el rendimiento durante la exposición a tal prueba; pero tales pruebas no son determinantes de la idoneidad para el uso después de la exposición al fuego.</p>	

Atentamente

Ciudad de México, a 19 de julio de 2022.- Director General de Normas y Secretario Ejecutivo de la Comisión Nacional de Infraestructura de la Calidad, **Eduardo Montemayor Treviño**.- Rúbrica.

AVISO de consulta pública del Proyecto de Norma Mexicana PROY-NMX-GT-56002-IMNC-2020.

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

AVISO DE CONSULTA PÚBLICA DEL PROYECTO DE NORMA MEXICANA PROY-NMX-GT-56002-IMNC-2020, GESTIÓN DE LA INNOVACIÓN-SISTEMA DE GESTIÓN DE LA INNOVACIÓN-ORIENTACIÓN.

La Secretaría de Economía, por conducto de la Dirección General de Normas, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 34, fracciones II, XIII y XXXIII de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3, fracción X, 39, fracciones II, III y XII, 51-A, 54 y 66, fracción III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 43, 44 y 46 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; Tercero y Cuarto Transitorios del Decreto por el que se expide la Ley de Infraestructura de la Calidad y se abroga la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; y 36, fracciones I, IX y XII del Reglamento Interior de la Secretaría de Economía, publica el Aviso de Consulta Pública del Proyecto de Norma Mexicana que se enuncia a continuación, mismo que ha sido elaborado y aprobado como Proyecto de Norma Mexicana bajo la responsabilidad del Organismo Nacional de Normalización denominado "Instituto Mexicano de Normalización y Certificación, A. C." (IMNC), a través del Comité Técnico de Normalización Nacional de Gestión de la tecnología IMNC/CTNN 10, con número de SINEC-20200729195119977.

De conformidad con el artículo 51-A de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, este Proyecto de Norma Mexicana, se publica para Consulta Pública a efecto de que dentro de los siguientes 60 días naturales los interesados presenten sus comentarios ante el Organismo Nacional de Normalización denominado "Instituto Mexicano de Normalización y Certificación, A. C." (IMNC), que lo propuso, ubicado en Manuel María Contreras, número 133, sexto piso, Colonia Cuauhtémoc, Demarcación Territorial Cuauhtémoc, Código Postal 06500, Ciudad de México, teléfono: 55 5546-4546, ext. 6150, Fax 55 5546 4546 y/o a los correos electrónicos: ventadenormas@imnc.org.mx y venta_normas@imnc.org.mx.

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

CLAVE O CÓDIGO	TÍTULO DEL PROYECTO DE NORMA MEXICANA
PROY-NMX-GT-56002-IMNC-2020	Gestión de la innovación-Sistema de gestión de la innovación-Orientación.
Síntesis	
<p>Este Proyecto de Norma Mexicana proporciona orientación para establecer, implementar, mantener y mejorar continuamente un sistema de gestión de la innovación aplicable en toda organización establecida. Es aplicable a:</p> <p>a) las organizaciones que buscan el éxito sostenido mediante el desarrollo y la demostración de su capacidad para gestionar eficazmente las actividades de innovación para lograr los resultados previstos;</p> <p>b) los usuarios, los clientes y otras partes interesadas que buscan tener confianza en la capacidad de innovación de una organización;</p> <p>c) las organizaciones y partes interesadas que buscan mejorar la comunicación a través del entendimiento común sobre qué es lo que constituye un sistema de gestión de la innovación;</p> <p>d) los proveedores de capacitación, evaluación o consultoría en temas de gestión de la innovación y sistema de gestión de la innovación;</p> <p>e) los diseñadores de políticas que buscan una mayor eficacia de los programas de soporte dirigidos a la capacidad de innovación y competitividad de la organización y al desarrollo de la sociedad.</p>	

Atentamente

Ciudad de México, a 2 de agosto de 2022.- Director General de Normas y Secretario Ejecutivo de la Comisión Nacional de Infraestructura de la Calidad, **Eduardo Montemayor Treviño**.- Rúbrica.

SECRETARÍA DE INFRAESTRUCTURA, COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-043-SCT-SEMAR-ARTF-2022, Documento de transporte de mercancías peligrosas.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- COMUNICACIONES.- Secretaría de Infraestructura, Comunicaciones y Transportes.- SEMAR.- Secretaría de Marina.

MILARDY DOUGLAS ROGELIO JIMÉNEZ PONS GÓMEZ, Subsecretario de Transporte y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Transporte Terrestre y de Transporte Aéreo, conjuntamente con UBALDO GÓMEZ RODRÍGUEZ, Titular de la Unidad de Capitanías de Puertos y Asuntos Marítimos y Suplente del Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de la Secretaría de Marina y DAVID CAMACHO ALCOCER, Titular de la Agencia Reguladora del Transporte Ferroviario y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Transporte Ferroviario, con fundamento en los artículos 30 fracciones V Bis y XIV Quáter y 36 fracciones I y XII de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 1, 5, 10 fracciones I, II, VIII, XII y XV, 12, 24, 25, 27 fracción I, 30, 34, 35, 38 y 41 de la Ley de Infraestructura de la Calidad; 5 fracción VI de la Ley de Caminos, Puentes y Autotransporte Federal; 8 fracción I, IX y XX, y 36 de la Ley de Navegación y Comercio Marítimos; 1 y 6 fracciones III y V de la Ley de Aviación Civil; 6 Bis fracción I de la Ley Reglamentaria del Servicio Ferroviario; 3 y 4 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 31, fracciones II y III y 33 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, conforme al Transitorio Tercero de la Ley de Infraestructura de la Calidad; 52 fracción I y IX, 114 fracciones VII y VIII del Reglamento para el Transporte Terrestre de Materiales y Residuos Peligrosos; 6 fracción XIII del Reglamento Interior de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes; 3 fracción II, inciso d) y 20 fracción XXVI del Reglamento Interior de la Secretaría de Marina; y el Decreto por el que se crea la Agencia Reguladora del Transporte Ferroviario como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de agosto de 2016; y el DECRETO por el que se crea el órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, denominado Agencia Federal de Aviación Civil, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 16 de octubre de 2019; y demás ordenamientos jurídicos que resulten aplicables, y

CONSIDERANDO

Que es de especial interés para la Secretaría de Infraestructura, Comunicaciones y Transportes, la Secretaría de Marina, de la Agencia Reguladora del Transporte Ferroviario y de la Agencia Federal de Aviación Civil, incrementar la seguridad en las vías generales de comunicación de jurisdicción federal;

Que las actividades que realicen las Autoridades Normalizadoras en materia de normalización y evaluación de la conformidad deberán fomentar la armonización con modelos, principios y mejores prácticas internacionales en materia de transporte de mercancías peligrosas, por lo que se toman como fundamento las Recomendaciones para el Transporte de Mercancías Peligrosas de la Organización de las Naciones Unidas (Reglamentación Modelo);

Que se determinó necesario realizar la modificación a la NOM-043-SCT/2003, Documento de embarque de sustancias, materiales y residuos peligrosos, a efecto de alinearla a la 22ª Edición de la Reglamentación Modelo para el Transporte de Mercancías Peligrosas de la Organización de las Naciones Unidas, base bibliográfica de la normatividad nacional aplicable en la materia;

Que en el Programa Nacional de Infraestructura de la Calidad 2022, publicado el 24 de febrero de 2022, se encuentra incluida la modificación a la NOM-043-SCT/2003, Documento de embarque de sustancias, materiales y residuos peligrosos;

Que el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Transporte Terrestre, aprobó en su segunda reunión extraordinaria celebrada el 08 de abril de 2022, el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-043-SCT-2022, Documento de Transporte de Mercancías Peligrosas,

Que el Comité Consultivo Nacional de Normalización de la Secretaría de Marina, aprobó en su primera sesión ordinaria, celebrada el 25 de mayo de 2022, el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-043-SCT-2022, Documento de Transporte de Mercancías Peligrosas;

Que el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Transporte Ferroviario, aprobó en su primera sesión extraordinaria, celebrada el 19 de mayo de 2022, el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-043-SCT-2022, Documento de Transporte de Mercancías Peligrosas;

Que el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Transporte Aéreo, aprobó en su primera sesión extraordinaria, celebrada el 29 de abril de 2022, el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-043-SCT-2022, Documento de Transporte de Mercancías Peligrosas;

Que toda vez que el Proyecto de Norma que nos ocupa proviene en su aprobación y emisión en un trabajo de manera conjunta, tal como quedó establecido en el Programa Nacional de Infraestructura de la Calidad 2022, arriba invocado, es de determinarse adecuar la nomenclatura a quedar como: PROY-NOM-043-SCT-SEMAR-ARTF-2022;

En virtud de lo anterior, hemos tenido a bien ordenar la publicación del presente Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-043-SCT-SEMAR-ARTF-2022, Documento de Transporte de Mercancías Peligrosas, para que, en un plazo de 60 (sesenta) días naturales contados a partir de su fecha de publicación, los interesados presenten comentarios ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Transporte Terrestre, ubicado en Calzada de Las Bombas 411, piso 2, Colonia Los Girasoles, Demarcación Territorial Coyoacán, Código Postal 04920, Ciudad de México, teléfono (55) 5723 9300 Extensión 20010, correo electrónico: jmercdia@sct.gob.mx para que en los términos de la Ley de la materia se consideren en el seno de los Comités que lo propusieron.

Ciudad de México, a 27 de julio de 2022.- Subsecretario de Transporte y Presidente de los Comités Consultivos Nacionales de Normalización de Transporte Terrestre y Transporte Aéreo, **Milardy Douglas Rogelio Jiménez Pons Gómez**.- Rúbrica.- Titular de la Unidad de Capitanías de Puertos y Asuntos Marítimos y Suplente del Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de la Secretaría de Marina, **Ubaldo Gómez Rodríguez**.- Rúbrica.- Titular de la Agencia Reguladora del Transporte Ferroviario y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Transporte Ferroviario, **David Camacho Alcocer**.- Rúbrica.

¹PROYECTO DE NORMA OFICIAL MEXICANA PROY-NOM-043-SCT-SEMAR-ARTF-2022 DOCUMENTO DE TRANSPORTE DE MERCANCÍAS PELIGROSAS

PREFACIO

La elaboración del presente Proyecto de Norma Oficial Mexicana es competencia de los Comités Consultivos Nacionales de Normalización: de Transporte Terrestre; de la Secretaría de Marina; de Transporte Aéreo y de Transporte Ferroviario.

Asimismo, con el objeto de elaborar el presente Proyecto de Norma Oficial Mexicana, se constituyó un Grupo de Trabajo con la participación voluntaria de los siguientes actores:

SECRETARÍA DE INFRAESTRUCTURA, COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

Dirección General de Autotransporte Federal

Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias

Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica

SECTOR PRIVADO

Alianza Mexicana de Organización de Transportistas

Asociación Nacional de Fabricantes de Pinturas y Tintas

Asociación Nacional de la Industria Química

Asociación Nacional de Transporte Privado

Cámara Nacional de la Industria de Transformación

Cámara Nacional del Autotransporte de Carga

Confederación Nacional de Transportistas Mexicanos

PARTICULARES

Ing. Andrés Redonda Ramírez

Ing. Roberto Roldán Tadeo

¹ El presente documento es un Proyecto de la Norma Oficial Mexicana, en términos del artículo 35, fracción V de la Ley de Infraestructura de la Calidad (LIC) y 33 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, conforme al Transitorio Tercero de la Ley de Infraestructura de la Calidad, para consulta pública por sesenta días naturales (artículo 38 LIC).

ÍNDICE

1. Objetivo
2. Campo de aplicación
3. Referencias
4. Definiciones y acrónimos
5. Especificaciones
6. Bibliografía
7. Concordancia con normas y lineamientos internacionales
8. Verificación
9. Evaluación de la conformidad
10. Vigencia
11. Transitorios

1. Objetivo

La presente Norma Oficial Mexicana tiene como objetivo establecer la información fundamental que debe contener el Documento de Transporte, relativo a la designación oficial de transporte, identificación de las mercancías peligrosas, los peligros de éstas y las declaraciones que el expedidor realice para su transportación.

2. Campo de aplicación

La presente Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria para los expedidores, transportistas y destinatarios dentro de la esfera de sus responsabilidades, en el manejo y transporte de las mercancías peligrosas, movilizadas por las vías generales de comunicación terrestre, aérea y marítima. Los expedidores que presenten mercancías peligrosas para su transporte elaborarán el Documento de Transporte con base a la información relativa a dichas mercancías peligrosas, incluida toda la información y documentación adicionales que se especifican en la presente Norma Oficial Mexicana y lo facilitarán al transportista, quien deberá portarlo durante el traslado de éstos, asimismo los destinatarios recibirán las mercancías con base en este documento.

3. Referencias

Para la correcta aplicación de esta Norma Oficial Mexicana, deben consultarse las siguientes normas oficiales mexicanas, o las que las sustituyan.

NOM-002-SCT/2011	Listado de las sustancias y materiales peligrosos más usualmente transportados.
NOM-002/1-SCT/2009	Listado de las sustancias y materiales peligrosos más usualmente transportados, instrucciones y uso de envases y embalajes, recipientes intermedios para graneles (RIGS), grandes envases y embalajes, cisternas portátiles, contenedores de gas de elementos múltiples y contenedores para graneles para el transporte de materiales y residuos peligrosos.
NOM-003-SCT/2008	Características de las etiquetas de envases y embalajes, destinadas al transporte de sustancias, materiales y residuos peligrosos.
NOM-004-SCT/2008	Sistemas de identificación de unidades destinadas al transporte de sustancias, materiales y residuos peligrosos.
NOM-005-SCT/2008	Información de emergencia para el transporte de sustancias, materiales y residuos peligrosos.
NOM-007-SCT2/2010	Marcado de envases y embalajes destinados al transporte de sustancias y residuos peligrosos. NOM-009-SCT2/2009, Especificaciones especiales y de compatibilidad para el almacenamiento y transporte de las sustancias, materiales y residuos peligrosos de la clase 1 explosivos.

NOM-010-SCT2/2009	Disposiciones de compatibilidad y segregación para el almacenamiento y transporte de sustancias, materiales y residuos peligrosos.
NOM-011-SCT2/2012	Condiciones para el transporte de las sustancias y materiales peligrosos envasadas y/o embaladas en cantidades limitadas.
NOM-019-SCT2/2015	Especificaciones técnicas y disposiciones generales para la limpieza y control de remanentes de sustancias y residuos peligrosos en las unidades que transportan materiales y residuos peligrosos.
NOM-027-SCT2/2009	Especificaciones especiales y adicionales para los envases, embalajes, recipientes intermedios a granel, cisternas portátiles y transporte de las sustancias, materiales y residuos peligrosos de la división 5.2 peróxidos orgánicos.
NOM-028-SCT2/2010	Disposiciones especiales y generales para el transporte de las sustancias, materiales y residuos peligrosos de la clase 3 líquidos inflamables.
NOM-051-SCT2/2011	Especificaciones para la clasificación de las sustancias infecciosas y especificaciones especiales y adicionales para la construcción y ensayo (prueba) de los envases y/o embalajes que transporten sustancias infecciosas de la división 6.2, Categoría A.
NOM-052-SEMARNAT-2005	Que establece las características, el procedimiento de identificación, clasificación y los listados de los residuos peligrosos.

4. Definiciones y acrónimos.

Definiciones.

Autoridad competente. Una autoridad o un órgano nacional designado o reconocido como tal, en relación con la regulación para el transporte de mercancías peligrosas.

Bulto. El producto final de la operación de embalaje/envasado, constituido por el embalaje/envase y su contenido, preparados para el transporte.

Comburente. Sustancias de la División 5.1 que sin ser necesariamente combustibles por sí mismas, pueden, por lo general al desprender oxígeno, provocar o favorecer la combustión de otras materias. Esas sustancias pueden estar contenidas en un objeto. También conocidas como sustancias oxidantes.

Destinatario. Persona física o moral receptora de materiales peligrosos.

Documento de transporte (antes documento de embarque). Es el documento que contiene la información con la correcta designación oficial de transporte, identificación de las mercancías peligrosas, los peligros de éstos y las declaraciones que el expedidor realice para su transportación.

Embalaje/envase de socorro. Un embalaje/envase especial destinado a contener bultos de mercancías peligrosas que han quedado dañados, que presentan defectos o fugas, o bien mercancías peligrosas que se han vertido o derramado, a fin de transportarlas para su recuperación o eliminación.

Expedidor. Persona física o moral que fabrica, carga, despacha, embarca o envía sustancias y/o materiales y/o residuos peligrosos a un destinatario en unidades debidamente autorizadas por la Secretaría.

Expedición. Traslado específico de una remesa desde su origen hasta su destino.

Gran embalaje/envase de socorro, un embalaje/envase especial que:

- está diseñado para la manipulación mecánica; y
- tiene una masa neta superior a 400 kg o una capacidad superior a 450 l, pero un volumen que no excede de 3 m³;

Material peligroso. Aquellas sustancias peligrosas, sus remanentes, sus envases, embalajes y demás componentes que conformen la carga que será transportada por las unidades.

Generador. Persona física o moral que produce residuos peligrosos, a través del desarrollo de procesos productivos o de consumo.

Mercancía peligrosa. Para el propósito del cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas aplicables, es una sustancia, material o residuo peligroso definidos en el Reglamento para el Transporte Terrestre de Materiales y Residuos Peligrosos, o que cumpla los criterios de clasificación en la Reglamentación Modelo.

NOM. Norma Oficial Mexicana.

Recipiente a presión de socorro. Un recipiente a presión con una capacidad (en agua) no superior a 3,000 litros destinado a contener uno o varios recipientes a presión que han quedado dañados, que presentan defectos o fugas o que no son conformes, a fin de transportarlos, por ejemplo, para su recuperación o eliminación.

Reglamentación modelo. Se refiere a las Recomendaciones Relativas al Transporte de Mercancías Peligrosas, última edición emitida por la Organización de las Naciones Unidas.

Remanente. Sustancias, materiales o residuos peligrosos que persisten en los contenedores, envases o embalajes después de su vaciado o desembalaje.

Remesa. Cualquier bulto o bultos o cargas de sustancias y materiales peligrosos que presente un expedidor para su transporte.

Residuos peligrosos. Son aquellos que posean alguna de las características de corrosividad, reactividad, explosividad, toxicidad, inflamabilidad que contengan agentes infecciosos que les confieran peligrosidad, así como envases, recipientes, embalajes y suelos que hayan sido contaminados cuando se transfieran a otro sitio. Su eliminación o confinamiento y control están sujetos a la normatividad emitida por la autoridad correspondiente.

Secretaría. Secretaría de Infraestructura, Comunicaciones y Transportes.

Sólido. La mercancía peligrosa, distinta de un gas, que no cumple la definición de líquido.

Substancia peligrosa. Todo aquel elemento, compuesto, material o mezcla de ellos que independientemente de su estado físico, represente un peligro potencial para la salud, el ambiente, la seguridad de los usuarios y/o la propiedad de terceros; también se consideran bajo esta definición los agentes biológicos causantes de enfermedades.

NOTA: Para efectos de la presente NOM se utilizan de manera indistinta las palabras *substancia* y *sustancia*.

Transportista. Autotransportista, empresa ferroviaria, marítima o aérea.

Unidad. Vehículo automotor, tren o unidad de arrastre destinado al transporte de sustancias, materiales y residuos peligrosos que circulan por las vías generales de comunicación terrestre;

Los términos y definiciones que no estén contenidos en este punto y que la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales, la Secretaría de Infraestructura, Comunicaciones y Transportes o las Dependencias correspondientes apliquen, se entenderán definidas en los términos que señalen las Leyes, Reglamentos, en su caso las definiciones derivadas de tratados internacionales de los que México es parte. Además, deberán cumplir la regulación en materia de residuos peligrosos establecida por la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales, cuando así aplique.

Acrónimos.

CNSNS. Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias.

IMDG. Código Marítimo Internacional para el transporte de mercancías peligrosas.

OACI. Organización de Aviación Civil Internacional.

ONU o UN. Organización de las Naciones Unidas.

N.E.P. o n.e.p. No especificado en otra parte.

NOTA: la numeración entre paréntesis corresponde a los numerales de los párrafos de la Reglamentación Modelo.

5. Especificaciones

5. (5.4.1) Información relativa al transporte de mercancías peligrosas

5.1 (5.4.1.1) Generalidades

NOTA: La presente NOM permite la utilización de técnicas de transmisión basadas en el tratamiento electrónico de datos (TED) y en el intercambio electrónico de datos (IED) como medios alternativos a la documentación escrita. Toda referencia en esta NOM a un "documento para el transporte de mercancías peligrosas" incluye también la transmisión de la información requerida mediante las técnicas basadas en el TED y el IED.

5.1.1 (5.4.1.1.1) El expedidor deberá facilitar al transportista la información relativa a las mercancías peligrosas a transportar, incluida la información y documentación adicionales que se especifican en la presente NOM. Esta información podrá facilitarse por medio de un documento para el transporte de mercancías peligrosas o, con el acuerdo del transportista, por medio de técnicas de TED o IED.

5.1.1.2 (5.4.1.1.2) Si se utiliza un documento en papel, el expedidor entregará al transportista inicial una copia del documento para el transporte de mercancías peligrosas, cumplimentado y firmado como se dispone en la presente NOM.

5.1.1.3 (5.4.1.1.3) Cuando la información relativa al transporte de las mercancías peligrosas se entregue al transportista por medio de técnicas de TED o IED, el expedidor deberá estar en posibilidades de presentar la información en forma de documento en papel sin demoras y con la información en el orden exigido en esta NOM.

5.1.2 (5.4.1.2) Formato del documento de transporte.

5.1.2.1 (5.4.1.2.1) El formato del documento para el transporte de mercancías peligrosas es responsabilidad de quien lo genere, y puede adoptar distintos formatos, siempre y cuando contenga toda la información requerida en la presente NOM.

5.1.2.2 (5.4.1.2.2) Suprimido.

5.1.2.3 (5.4.1.2.3) Si el documento para el transporte de mercancías peligrosas consta de más de una página, todas ellas deberán numerarse consecutivamente.

5.1.2.4 (5.4.1.2.4) La información que aparezca en el documento para el transporte de mercancías peligrosas deberá ser fácilmente identificable, visible y duradera.

5.1.2.5 (5.4.1.2.5) Ejemplo de documento para el transporte de mercancías peligrosas.

El formato que se muestra en el Apéndice A (Informativo), es un ejemplo del documento para el transporte de mercancías peligrosas².

5.1.3 (5.4.1.3) Expedidor, destinatario y fecha

En el documento para el transporte de mercancías peligrosas deberán aparecer los nombres y las direcciones del expedidor y del destinatario de las mercancías peligrosas. Deberá incluirse asimismo la fecha en la que el documento para el transporte de mercancías peligrosas o una copia electrónica de éste ha sido preparado o entregado al transportista inicial.

5.1.4 (5.4.1.4) Información que ha de constar en el documento para el transporte de mercancías peligrosas.

5.1.4.1 (5.4.1.4.1) Descripción de las mercancías peligrosas.

En el documento de transporte de mercancías peligrosas se contará con la siguiente información acerca de toda sustancia, material u objeto peligrosos que se presenten para su transporte:

- a) Número ONU precedido de las letras "UN";
- b) Designación oficial de transporte que se determina en 5.2 de la NOM-002-SCT-2011, incluido el nombre técnico entre paréntesis, cuando sea necesario (véase NOM-002-SCT-2011);

² Para las presentaciones estándar podrán consultarse también las recomendaciones pertinentes del Grupo de Trabajo de la Comisión Económica para Europa (CEPE) de las Naciones Unidas, sobre Facilitación de los Procedimientos de Comercio Internacional, en particular la recomendación N° 1 (Formulario clave de las Naciones Unidas para los documentos comerciales) (ECE/TRADE/137, edición 81.3), el Formulario clave de las Naciones Unidas para los documentos comerciales - Directrices para su aplicación (ECE/TRADE/270, edición 2002), la recomendación N° 11 revisada (Aspectos documentales del transporte internacional de mercancías peligrosas) (ECE/TRADE/C/CEFACT/2008/8) y la recomendación N° 22 (Formulario clave para las instrucciones de expedición normalizadas) (ECE/TRADE/168, edición 1989). Véase también "Summary of Trade Facilitation Recommendations" de la CEFACT-ONU (ECE/TRADE/346, edición 2006) y "United Nations Trade Data Elements Directory" (UNTDDED) (ECE/TRADE/362, edición 2005).

- c) Clase de peligro primario o, cuando proceda, la división de las mercancías y, para la clase 1, la letra del grupo de compatibilidad. Las palabras "clase" o "división" se pueden incluir antes de la clase o de la división de peligro primario;
- d) El o los números de clase o de división de peligro secundario correspondientes a la o las etiquetas de peligro secundario, cuando se requieran, deberán aparecer entre paréntesis, después del número de la clase o de la división de peligro primario. Las palabras "clase" o "división" se pueden incluir antes de la clase o de la división de peligro secundario;
- e) Cuando se haya asignado, el grupo de embalaje/envase correspondiente a la sustancia o artículo, que puede ir precedido de las letras "GE" (por ejemplo, "GE II").

5.1.4.2 (5.4.1.4.2) Orden en el que deben aparecer los elementos de la descripción de las mercancías peligrosas.

Los cinco elementos de la descripción de mercancías peligrosas expuestos en 5.1.4.1 se presentarán en el orden arriba indicado (es decir: a), b), c), d), e)) sin ninguna información interpuesta, excepto la prevista en la presente NOM. A continuación, se dan ejemplos de descripciones de mercancías peligrosas:

UN 1098, ALCOHOL ALÍLICO, 6.1 (3), I

UN 1098, ALCOHOL ALÍLICO, división 6.1, (clase 3), GE I

***NOTA:** Además de los requisitos expuestos en esta NOM, podrán requerirse otros elementos de información por la autoridad competente o por determinados modos de transporte (por ejemplo, punto de inflamación para el transporte por vía marítima). Esta información adicional se colocará después de la descripción de las mercancías peligrosas, a menos que esta NOM permita o prescriba otra cosa.*

5.1.4.3 (5.4.1.4.3) Información complementaria a la designación oficial de transporte en la descripción de mercancías peligrosas.

En la descripción de mercancías peligrosas, la designación oficial de transporte debe ser completada por los siguientes datos:

- a) Nombres técnicos para epígrafes "n.e.p." y otras descripciones genéricas: Las designaciones oficiales de transporte a las que se ha asignado la disposición especial 274 o 318 en la columna 6 de la Tabla 2 de la NOM-002-SCT-2011, deberán completarse con sus nombres técnicos o grupo químico, como se describe en 5.3 de la NOM-002-SCT-2011;
- b) Embalajes/envases, contenedores para graneles y cisternas, autotanques, vacíos, sin limpiar: Todos los medios de contención vacíos (en particular, los embalajes/envases, los RIG, los contenedores para graneles, las cisternas portátiles, los autotanques y carrostanque) que contengan remanentes (residuos) de mercancías peligrosas distintas de las de la clase 7 se describirán como tales, por ejemplo, colocando las palabras **"VACÍO, SIN LIMPIAR"** o **"HA CONTENIDO REMANENTES (RESIDUOS) ÚLTIMAMENTE"** antes de la descripción de las mercancías peligrosas que se especifica en 5.1.4.1 a) a e) o después de ella;
- c) Residuos peligrosos (desechos): En cuanto a los residuos peligrosos (desechos) diferentes a los residuos radiactivos (desechos radiactivos) que se transportan para su eliminación y/o manejo, la designación oficial de transporte deberá ir precedida de la palabra **"DESECHOS"**, a no ser que ésta forme parte de la designación oficial de transporte;
- d) Sustancias fundidas: cuando una sustancia sólida de acuerdo a la definición, se presente para el transporte en estado fundido, se agregará la palabra **"FUNDIDA"** como parte de la designación oficial de transporte, a menos que ya forme parte de ésta, véase NOM-002-SCT-2011;
- e) Sustancias a temperatura elevada: si en la designación oficial de transporte de una sustancia que se transporte o que se presente para el transporte en estado líquido a una temperatura igual o superior a 100°C, o en estado sólido a una temperatura igual o superior a 240°C, no se indica que se trata de una sustancia que se transporta a temperatura elevada (por ejemplo, utilizando los términos **"FUNDIDO(A)"** o **"TEMPERATURA ELEVADA"** como parte de la designación oficial de transporte), el término **"CALIENTE"** figurará inmediatamente antes de la designación oficial de transporte.
- f) Sustancias estabilizadas y controladas por temperatura: A menos que forme parte de la designación oficial de transporte, se agregará la palabra **"ESTABILIZADA"** al nombre de envío adecuado si se utiliza estabilización y las palabras **"TEMPERATURA CONTROLADA"** se agregarán al nombre de envío adecuado si se trata de estabilización es por control de temperatura o una combinación de estabilización química y control de temperatura, véase NOM-002-SCT-2011.

5.1.5 (5.4.1.5) Información necesaria además de la descripción de mercancía peligrosa.

Además de la descripción de mercancías peligrosas, tras la descripción de las mismas en el documento de transporte de mercancías peligrosas, se incluirá la siguiente información.

5.1.5.1 (5.4.1.5.1) Cantidad total de mercancías peligrosas

Salvo en el caso de embalajes/envases vacíos, sin limpiar, deberá señalarse la cantidad total de mercancías peligrosas a que se refiere la descripción (en volumen o en masa, según corresponda) de cada mercancía peligrosa que lleve un número ONU, un grupo de embalaje/envase o una designación oficial de transporte distintos. Para las mercancías peligrosas de la clase 1, la cantidad hará referencia a la masa neta de materia explosiva. En cuanto a las mercancías peligrosas transportadas en embalajes/envases de socorro, se dará una estimación de la cantidad de mercancía peligrosa. Se indicará asimismo el número y tipo (por ejemplo, bidón, caja, etc.) de cada uno de los bultos. Las claves de designación de tipos de embalajes/envases ONU sólo podrán utilizarse para completar la descripción de la naturaleza del bulto (por ejemplo, una caja (4G)). Se pueden utilizar abreviaturas para señalar la unidad de medida de la cantidad total.

NOTA: No es obligatorio indicar el número, tipo y capacidad de cada embalaje/envase interior que haya dentro del embalaje/envase exterior de un embalaje/envase combinado.

5.1.5.2 (5.4.1.5.2) Cantidades limitadas

Cuando se efectúe un transporte al amparo de las excepciones previstas en la columna 7a del Listado 2 de la NOM-002-SCT-2011, se sujetará a lo que establece la NOM-011-SCT2-2012.

5.1.5.3 (5.4.1.5.3) Embalajes/envases de socorro, incluidos grandes embalajes/envases de socorro, y recipientes a presión de socorro.

Cuando se transporten mercancías peligrosas en embalajes/envases de socorro de conformidad con la NOM-002-1-SCT-2009, incluidos los embalajes/envases de socorro grandes, los embalajes/envases de mayor tamaño o los embalajes/envases grandes de tipo y nivel de rendimiento adecuados que se utilizarán como embalaje/envase de socorro, se incluirán las palabras **"EMBALAJE/ENVASE DE SOCORRO"**.

Para mercancías peligrosas transportadas en recipientes a presión de socorro de conformidad con la NOM-002-1-SCT-2009, se incluirán las palabras **"RECIPIENTE A PRESIÓN DE SOCORRO"**.

5.1.5.4 (5.4.1.5.4) Sustancias estabilizadas mediante regulación de la temperatura

Si las palabras **"TEMPERATURA REGULADA"** forman parte de la designación oficial de transporte véase 5.2.8 de la NOM-002-SCT-2011, en el documento de transporte se indicarán las temperaturas de regulación y de emergencia (véase 7.1.5.3 de la Reglamentación Modelo), de la siguiente manera:

"Temperatura de regulación: ... °C Temperatura de emergencia: ... °C"

5.1.5.5 (5.4.1.5.5) Sustancias que reaccionan espontáneamente, sustancias polimerizantes y peróxidos orgánicos.

Para las sustancias que reaccionan espontáneamente de la división 4.1, los peróxidos orgánicos y las sustancias polimerizantes que requieran regulación de temperatura durante el transporte, en el documento de transporte de mercancías peligrosas se indicarán las temperaturas de regulación y de emergencia (véase 7.1.5.3 de la Reglamentación Modelo) de la siguiente manera:

"Temperatura de regulación: ... °C Temperatura de emergencia: ... °C"

5.1.5.5.1 (5.4.1.5.5.1) Cuando la NOM-027-SCT2-2009 exija una etiqueta de peligro secundario **"EXPLOSIVO"** de la NOM-003-SCT-2008 para un embalaje/envase específico con respecto a ciertas sustancias que reaccionan espontáneamente de la división 4.1 y peróxidos orgánicos de la división 5.2, se hará constar en el documento de transporte.

5.1.5.5.2 (5.4.1.5.5.2) Cuando se transporten peróxidos orgánicos y sustancias que reaccionan espontáneamente en condiciones en las que se requiera aprobación (para los peróxidos orgánicos, véanse NOM-027-SCT2-2009 y NOM-002-1-SCT-2009; para las sustancias que reaccionan espontáneamente, véase 2.4.2.3.2.4 de la Reglamentación Modelo y NOM-002-1-SCT-2009, se hará constar tal circunstancia en el documento de transporte de mercancías peligrosas. Se anexará al documento de transporte de mercancías peligrosas una copia de la aprobación de la clasificación y de las condiciones de transporte de los peróxidos orgánicos y las sustancias que reaccionan espontáneamente no incluidos en la lista.

5.1.5.5.3 (5.4.1.5.5.3) Cuando se transporte una muestra de peróxido orgánico numeral 5.2.7 de la NOM-027-SCT2-2009 o de sustancias que reaccionan espontáneamente (véase 2.4.2.3.2.4 b)) de la Reglamentación Modelo, se hará constar tal circunstancia en el documento de transporte de mercancías peligrosas.

5.1.5.6 (5.4.1.5.6) Sustancias infecciosas

En el documento aparecerá la dirección completa del destinatario, junto con el nombre y el número de teléfono de una persona responsable.

5.1.5.7 (5.4.1.5.7) Material radiactivo

5.1.5.7.1 (5.4.1.5.7.1) En cada remesa de material de la clase 7 radiactivos, deberá referirse a la Reglamentación y Normatividad expedida por la Secretaría de Energía, a través de la Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias.

5.1.5.8 (5.4.1.5.8) Transporte de sólidos en contenedores para graneles

En los contenedores para graneles distintos de aquellos para mercancías en general, deberá figurar la indicación siguiente en el documento de transporte véase 6.8.4.6 de la Reglamentación Modelo:

"Contenedor para graneles BK(x)³ aprobado por la autoridad competente de ...".

5.1.5.9 (5.4.1.5.9) Transporte de RIG o cisternas portátiles después de la fecha de vencimiento del último ensayo o inspección periódicas

Para el transporte según lo dispuesto en 5.1.3.2 de la NOM-002-1-SCT-2009, numeral 22.6 b) de la NOM-032-SCT2/2009, numeral 5.14.6 b) de la NOM-046-SCT2/2010 o numeral 5.13.5 b) de la NOM-030-SCT2/2009, se hará constar en el documento de transporte, tal circunstancia de la siguiente forma:

"Transporte de acuerdo con lo dispuesto en 5.1.3.2 NOM-002-1-SCT-2009", "Transporte de acuerdo con lo dispuesto en 22.6 b) de la NOM-032-SCT2/2009", "Transporte de acuerdo con lo dispuesto en 5.14.6 b) de la NOM-046-SCT2/2010" o "Transporte de acuerdo con lo dispuesto en 5.13.5 b) de la NOM-030-SCT2/2009", según proceda.

5.1.5.10 (5.4.1.5.10) Referencia de clasificación de los artificios de pirotecnia

Cuando se transporten artificios de pirotecnia de los Nos. ONU 0333, 0334, 0335, 0336 y 0337, el documento de transporte de mercancías peligrosas contendrá una o más referencias de clasificación expedidas por la autoridad competente.

Esas referencias de clasificación comprenderán el nombre del Estado de la autoridad competente, indicado mediante el signo distintivo utilizado para los vehículos automóviles en el tráfico internacional⁴, la identificación de la autoridad competente y un número de serie exclusivo. Los siguientes son ejemplos de esas referencias de clasificación:

GB/HSE123456

D/BAM1234

USA EX20091234

5.1.5.11 (5.4.1.5.11) Clasificación cuando se disponga de datos nuevos, véase 2.0.0.2 de la Reglamentación Modelo.

Para el transporte de conformidad con lo establecido en 2.0.0.2 de la Reglamentación Modelo, se incluirá en el documento de transporte una declaración a este efecto que diga lo siguiente "Clasificado de acuerdo con lo dispuesto en 2.0.0.2".

5.1.5.12 (5.4.1.5.12) Datos adicionales en caso de aplicación de disposiciones especiales

Cuando, de conformidad con una disposición especial de la NOM-002-SCT-2011, sea necesario incluir información adicional, ésta deberá aparecer en el documento de transporte de mercancías peligrosas.

³ Se sustituirá "x" por "1" o "2" según corresponda.

⁴ El signo distintivo del Estado de matriculación utilizado en los automóviles y los remolques en el tráfico internacional, por ejemplo, de conformidad con la Convención de Ginebra sobre la Circulación por Carretera de 1949 o la Convención de Viena sobre la Circulación Vial de 1968.

5.1.5.13 (5.4.1.5.13) Tiempo de retención real

En el caso de cisternas portátiles que transporten gases licuados refrigerados, el expedidor anotará en el documento de transporte la fecha en que finalice el tiempo de retención real (véase NOM-002-1-SCT-2009), con el siguiente formato:

"FIN DEL TIEMPO DE RETENCIÓN: (DD/MM/AAAA)."

5.1.6 (5.4.1.6) Declaración

5.1.6.1 (5.4.1.6.1) El documento de transporte de mercancías peligrosas incluirá una declaración en que se manifieste que la remesa puede ser aceptada para el transporte y que las mercancías están debidamente clasificadas, embaladas/envasadas, marcadas y etiquetadas, rotuladas y en condiciones adecuadas para su transporte de conformidad con la presente NOM. La declaración estará redactada del siguiente modo:

"Por la presente declaro que el contenido de esta remesa está descrito más arriba⁵ de forma completa y exacta con la designación oficial de transporte, y está correctamente clasificado, embalado/envasado, marcado y etiquetado/rotulado, y en todos los aspectos en condiciones adecuadas para su transporte de conformidad con los reglamentos internacionales y nacionales aplicables".

La declaración deberá ser firmada y fechada por el expedidor. Quedarán autorizadas las firmas en facsímile, siempre que la validez de éstas, sea reconocida por la regulación aplicable.

5.1.6.2 (5.4.1.6.2) Si la documentación para el transporte de mercancías peligrosas se presenta al transportista mediante técnicas de TED o IED, las firmas pueden ser electrónicas o pueden ser reemplazadas por los nombres (en mayúsculas) de las personas autorizadas para firmar.

5.1.6.3 (5.4.1.6.3) Si la información relativa al transporte de las mercancías peligrosas se entrega al transportista mediante técnicas de TED o IED, y posteriormente esas mercancías peligrosas se transfieren a un transportista que requiere un documento de transporte de mercancías peligrosas en papel, el transportista se cerciorará de que en el documento en papel aparezca la mención "Original recibido en formato electrónico" y el nombre del signatario figurará en letras mayúsculas.

5.2 (5.4.2) Certificado de arrumazón del contenedor/vehículo

5.2.1 (5.4.2.1) Cuando se empaquen o carguen mercancías peligrosas en un contenedor⁶ o vehículo para el transporte por vía marítima, las personas encargadas de arrumar la carga del contenedor o vehículo deberán hacer entrega de un "certificado de arrumazón del contenedor/vehículo" en el que se especifique el número o los números de identificación del contenedor/vehículo y se certifique que la operación se ha realizado de conformidad con las siguientes condiciones:

- a) El contenedor/vehículo estaba limpio y seco y aparentemente en condiciones de recibir las mercancías;
- b) Los bultos que deben segregarse de conformidad con los requerimientos de separación aplicables, no han sido arrumados juntos, sobre o dentro del contenedor/vehículo;
- c) Todos los bultos han sido examinados exteriormente para descubrir posibles daños, y sólo han sido cargados los bultos en buen estado;
- d) Todas las mercancías han sido cargadas de modo correcto y, de ser necesario, han sido debidamente aseguradas con material de sujeción apropiado, habida cuenta del modo o de los modos de transporte previstos;
- e) Las mercancías cargadas a granel se han repartido de modo uniforme en el contenedor/vehículo;
- f) En las remesas que incluyen mercancías de la clase 1 distintas de la división 1.4, el contenedor/vehículo se encuentra en buen estado estructural, de conformidad con el numeral 7.1.3.2.1 de la Reglamentación Modelo;
- g) El contenedor/vehículo y los bultos que contiene están debidamente marcados, etiquetados y rotulados como corresponde;

⁵ O más abajo.

⁶ Por contenedor se entiende un elemento de equipo de transporte de carácter permanente y, por tanto, suficientemente resistente para permitir su empleo repetido; especialmente ideado para facilitar el transporte de mercancías, por uno o varios modos de transporte, sin manipulación intermedia de la carga; construido de manera que pueda sujetarse y/o manipularse fácilmente, con cantoneras para ese fin, y que haya sido aprobado de conformidad con el Convenio Internacional sobre la Seguridad de los Contenedores (CSC), 1972, modificado. En el término "contenedor" no se incluye ni el vehículo ni el bulto. Pero sí se incluye el contenedor que haya de ser transportado sobre un chasis.

- h) Cuando se utilicen para fines de refrigeración o acondicionamiento sustancias que presenten un riesgo de asfixia (como el hielo seco (Nº ONU 1845) o el nitrógeno líquido refrigerado (Nº ONU 1977) o el argón líquido refrigerado (Nº ONU 1951)), el contenedor/vehículo estará marcado en el exterior como se dispone en la NOM-004-SCT/2008; y
- i) Se ha recibido un documento de transporte de mercancías peligrosas, como se indica en el numeral 5.1, para cada remesa de mercancías peligrosas arrumada en el contenedor/vehículo.

NOTA: *El certificado de arrumazón del contenedor/vehículo no se exige para las cisternas.*

5.2.2 (5.4.2.2) La información requerida en el documento de transporte de mercancías peligrosas y la del certificado de arrumazón del contenedor/vehículo pueden incorporarse en un documento único o bien puede unirse un documento al otro. Si toda la información se incorpora en un documento único, éste deberá incluir una declaración firmada como la siguiente: "Por la presente se declara que la arrumazón de las mercancías en el contenedor/vehículo se ha realizado de acuerdo con las disposiciones aplicables". La declaración estará fechada y en ella se identificará a la persona que la firme. Quedarán autorizadas las firmas en facsímile, siempre que la validez de éstas sea reconocida por la legislación aplicable.

5.2.3 (5.4.2.3) Si el certificado de arrumazón del contenedor/vehículo se presenta al transportista mediante técnicas de TED o IED, las firmas pueden ser reemplazadas por los nombres (en mayúsculas) de las personas autorizadas para firmar.

5.2.4 (5.4.2.4) Si el certificado de arrumazón del contenedor/vehículo se entrega al transportista mediante técnicas de TED o IED, y posteriormente esas mercancías peligrosas se transfieren a un transportista que requiere un documento de transporte de mercancías peligrosas en papel, el transportista se cerciorará de que en el documento en papel aparezca la mención "Original recibido en formato electrónico" y el nombre del signatario aparecerá en letras mayúsculas.

5.3 (5.4.3) Información relativa a la adopción de medidas en caso de emergencia

Para el envío de mercancías peligrosas respecto de las cuales se requiera un documento de transporte en la presente NOM, las informaciones pertinentes serán accesibles inmediatamente y en todo momento con el fin de permitir la adopción de las medidas de emergencia necesarias en caso de accidentes o de incidentes relacionados con las mercancías peligrosas transportadas. Estas informaciones estarán separadas de los bultos que contengan las mercancías peligrosas y serán accesibles de forma inmediata en caso de accidente o incidente, para tal efecto, deberá sujetarse a lo establecido en la NOM-005-SCT-2008 Información de Emergencia en Transportación.

5.4 (5.4.4) Conservación de la información relativa al transporte de mercancías peligrosas

5.4.1 (5.4.4.1) El expedidor conservará una copia del documento de transporte de mercancías peligrosas y de la información y documentación que se especifiquen en esta NOM durante un período mínimo de tres meses.

5.4.2 (5.4.4.2) Cuando los documentos se conserven en formato electrónico o en un sistema informático, el expedidor deberá poder reproducirlos en forma impresa.

6. Bibliografía

Recomendaciones Relativas al Transporte de Mercancías Peligrosas, Reglamentación Modelo, emitida por la Organización de las Naciones Unidas, capítulo 5.4, 22ª edición revisada, Nueva York y Ginebra, 2021.

Código Marítimo Internacional de Mercancías Peligrosas (IMDG).

7. Concordancia con normas y lineamientos internacionales

Esta Norma Oficial Mexicana es equivalente al 100% con las Recomendaciones Relativas al Transporte de Mercancías Peligrosas, Reglamentación Modelo de la Organización de las Naciones Unidas, capítulo 5.4, 22ª edición revisada, Nueva York y Ginebra, 2021.

8. Verificación

La Secretaría, la Secretaría de Marina, la Agencia Reguladora del Transporte Ferroviario y la Agencia Federal de Aeronáutica Civil, son las autoridades competentes para vigilar el cumplimiento de la presente NOM, de conformidad con sus respectivas atribuciones.

9. Evaluación de la conformidad

9.1 Transporte terrestre

La verificación del grado de cumplimiento de esta NOM, será realizada por las autoridades responsables de la verificación, de acuerdo al modo de transporte y por unidades de Inspección acreditadas y aprobadas en los términos de la Ley de Infraestructura de la Calidad.

9.2 Transporte aéreo.

Para el transporte por vía aérea, la evaluación de la conformidad se realizará en las verificaciones que se efectúen a los concesionarios, permisionarios u operadores aéreos, a las aeronaves pertenecientes o en posesión de los mismos y/o cualquier otra verificación realizada por la autoridad aeronáutica, a través de su personal verificador y/o las unidades de verificación acreditadas y aprobadas. Lo cual consistirá en comprobar que se cumple con lo establecido en la norma aplicable al transporte aéreo y en el Documento 9284-AN-905 denominado: Instrucción Técnica para el Transporte sin Riesgo de Mercancías Peligrosas por Vía Aérea, en su última edición, emitido por la Organización de Aviación Civil Internacional.

9.3 Transporte marítimo.

En el transporte marítimo la verificación del grado de cumplimiento o evaluación de la conformidad se realizará con sujeción a la normatividad interna, así como a los convenios, códigos y demás instrumentos internacionales en la materia, de los que nuestro país sea parte y que estén en vigor. La evaluación de la conformidad para el transporte por esta vía, se realizará por la autoridad marítima, por sí o a través de unidades de verificación acreditadas y aprobadas, en los términos de la Ley de Infraestructura de la Calidad.

9.4 Unidades de inspección.

Las entidades interesadas en evaluar la conformidad de esta NOM, deberán presentar su solicitud de aprobación ante la dependencia competente y solicitud de acreditación ante la entidad de acreditación respectiva.

Para la presentación de solicitudes, los interesados observarán los requisitos que para tal efecto se señalen en la convocatoria que será publicada en el Diario Oficial de la Federación.

9.5 Verificación en operación.

La verificación en operación será realizada por la Autoridad responsable, a través de Inspectores de Vías Generales de Comunicación, Guardia Nacional y personal debidamente acreditado, previa demostración de oficio de comisión, así mismo, los inspectores deberán seguir las medidas de seguridad para no incurrir en actos inseguros que puedan ocasionar una situación de emergencia.

9.6 Verificación en instalaciones.

La verificación en instalaciones será realizada por la autoridad responsable, a través de Inspectores de Vías Generales de Comunicación y personal debidamente acreditado, así como por Unidades de Inspección aprobadas y acreditadas en los términos de la Ley de Infraestructura de la Calidad, así mismo, los inspectores deberán seguir las medidas de seguridad para no incurrir en actos inseguros que puedan ocasionar una situación de emergencia.

9.7 Procedimiento de verificación:

9.7.1 Constatar que se cuenta con el Documento de Transporte.

9.7.2 Verificar que el formato utilizado contenga la información requerida en la presente NOM.

9.7.3 Deberá estar requisitado correctamente de acuerdo al modo de transporte que corresponda.

9.7.4 Verificar la correcta designación oficial de transporte, de acuerdo a la NOM-002-SCT-2011.

9.7.5 Verificar que en el Documento de Transporte estén señaladas las mercancías peligrosas a transportar.

9.7.6 Verificar que la Declaración del Expedidor esté firmada con el nombre del responsable de la preparación del transporte y concuerde con la normatividad aplicable.

10. Vigencia

La presente NOM entrará en vigor a los 180 días siguientes de su publicación en el Diario Oficial de la Federación, a fin de que todos los Documentos de Transporte, se ajusten a las disposiciones establecidas en esta NOM.

11. Transitorios

Primero. Con la entrada en vigor de la presente NOM, se sustituye la NOM-043-SCT-2003 Documento de embarque de sustancias, materiales y residuos peligrosos, publicada en el Diario Oficial de la Federación de fecha 27 de enero de 2004, quedando sin efecto cualquier documento que contravenga a lo dispuesto en esta NOM.

Segundo. El cumplimiento del artículo 49 del Reglamento para el Transporte Terrestre de Materiales y Residuos Peligrosos, se atiende únicamente con la información requerida en la presente NOM.

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL DOCUMENTO DE TRANSPORTE DE LA NOM-043-SCT-2022**Apéndice Informativo A**

- 1.- Expedidor: Razón social, dirección y teléfono de la persona física o moral encargada de preparar la mercancía peligrosa para su transporte.
- 2.- Número del Documento de Transporte: Folio del Documento de Transporte, a fin de llevar un control en el registro de las mercancías peligrosas a transportar.
- 3.- Página 1 ___ de ___ páginas: Número de hojas que comprenden al Documento de Transporte, así como su secuencia.
- 4.- Referencia del expedidor: Número consecutivo de registro del transporte, de acuerdo al control interno del expedidor.
- 5.- Referencia del reexpedidor o embarcador de la carga: Nombre y datos del encargado de realizar los trámites relativos al transporte de las mercancías peligrosas cuando éste sea internacional.
- 6.- Destinatario: Razón social, dirección y teléfono de la persona física o moral a quien va dirigido el transporte.
- 7.- Porteador/transportista: Persona física o moral encargada de transportar la mercancía peligrosa, anotando las condiciones en que recibe la carga.
- 8.- Señalar con una X la opción que no proceda, de acuerdo a las restricciones impuestas por el transporte aéreo.
- 9.- Prescripciones adicionales de manejo de carga: Cualquier otra información que permita ayudar a manipular la mercancía peligrosa con eficiencia y seguridad en su trayecto.
- 10.- Buque/vuelo, número y fecha: Nombre del buque o identificador de la aeronave, así como fecha en que se realiza el transporte. Para el transporte aéreo se anotará el nombre, número de vuelo y fecha en que se realiza el transporte.
- 11.- Puerto/lugar de carga: Nombre y ciudad del puerto de origen de la carga.
- 12.- Puerto/lugar de descarga: Se debe anotar el nombre y ciudad del puerto en donde se realizará la descarga.
- 13.- Destino: Puerto aéreo hacia dónde va dirigida la mercancía peligrosa.
- 14.- Marcas de Transporte: Registrar la información completa que permita identificar correctamente la(s) mercancía(s) peligrosa(s) como: Número UN, designación oficial del transporte, clase de peligro, número y tipo de mercancía(s) peligrosa(s), peso y volumen.
- 15.- Número de identificación del contenedor/número de placas de la Unidad: Número con que se identifica el contenedor y placas del remolque.
- 16.- Número(s) del (de los) sello(s): En caso de que el contenedor o remolque cuente con sellos para evitar la apertura de sus puertas, se debe(n) anotar su(s) número(s) de sello(s).
- 17.- Tipo y dimensiones del contenedor/unidad de arrastre: Anotar las características y dimensiones (largo).
- 18.- Tara (kg): Tara del contenedor/unidad de arrastre.
- 19.- Peso bruto total (tara incluida) (kg): Peso total de la carga a transportar, incluyendo la tara del contenedor/unidad de arrastre.
- 20.- Nombre de la compañía expedidora: Nombre de la empresa que prepara la mercancía peligrosa, nombre y cargo del declarante; lugar, fecha y firma del declarante.
- 21.- Recibo de la empresa receptora para su transporte: Antes de transportar la mercancía peligrosa, la empresa que la recibe, anotará las condiciones en las que recibe, señalando en el caso del autotransporte las placas del vehículo, fecha y firma del conductor, para el transporte ferroviario la firma del empleado responsable de la recepción de la mercancía peligrosa.
- 22.- Nombre de la compañía (o del expedidor que hace la nota): Se debe anotar el nombre de la empresa que documenta la mercancía peligrosa.

Apéndice Informativo

EJEMPLO DE DOCUMENTO DE TRANSPORTE DE MERCANCÍAS PELIGROSAS

1. Expedidor		2. Número del Documento de Transporte			
		3. Página 1__ de __ Páginas		4. Referencia del expedidor	
		5. Referencia del reexpedidor de la carga			
6. Destinatario		7. Porteador/Transportista (debe llenarlo el porteador/transportista)			
		DECLARACION DEL EXPEDIDOR. Por la presente se declara que el(los) nombre(s) de expedición abajo indicado(s) describe(n) con exactitud el contenido de esta remesa; que los bultos han sido clasificados, embalados/envasados, marcados y etiquetados/rotulados, y que tales bultos están, en todos los aspectos, en las debidas condiciones para su transporte de conformidad con lo dispuesto en la regulación nacional (Reglamento para el Transporte Terrestre de Materiales y Residuos Peligrosos y las Normas Oficiales Mexicanas aplicables, así como la regulación internacional (IMDG, OACI), según aplique.			
8. Esta expedición se atiene a las restricciones impuestas para: (táchese lo que no proceda)		9. Prescripciones adicionales de manejo de carga			
AERONAVE DE PASAJE Y CARGA	AERONAVE DE SOLO CARGA				
10. Buque/vuelo No. y fecha	11. Puerto/lugar de carga				
12. Puerto/lugar de descarga	13. Destino				
14. Marcas de transporte		* Número y tipo de bultos: descripción de las mercancías	peso bruto (kg)	Peso neto (kg)	Volumen (m ³)
15. Número de identificación del contenedor/No. de placa de la unidad	16. Número. (s) del (de los) sellos de seguridad	17. Tipo y dimensiones del contenedor/unidad de arrastre	18. Tara (kg) del contenedor/ unidad de arrastre	19. Peso bruto total (tara incluida) (kg) del contenedor/ unidad de arrastre	
CERTIFICADO DE ARRUMAZÓN DEL CONTENEDOR/VEHÍCULO Declaro que las mercancías descritas más arriba han sido arrumadas/cargadas en el contenedor/vehículo de conformidad con el IMDG. POR CADA CARGA DEL CONTENEDOR/VEHÍCULO LA PERSONA RESPONSABLE DE LA ARRUMAZÓN/CARGA HA DE LLENAR Y FIRMAR ESTA SECCIÓN		21. RECIBO DE LA ORGANIZACIÓN RECEPTORA Se ha recibido el número arriba indicado de bultos/contenedores/remolques/autotanques, que parecen estar en buen estado. (En el caso contrario, indíquese en este espacio: OBSERVACIONES DE LA ORGANIZACIÓN RECEPTORA)			
20. Nombre de la compañía		Nombre del transportista	22. Nombre de la compañía (O DEL EXPEDIDOR QUE HACE LA NOTA)		
Nombre/cargo del declarante		No de placa de la unidad	Nombre y cargo del declarante		
Lugar y fecha		Lugar y fecha	Lugar y fecha		
Firma del declarante		FIRMA DEL TRANSPORTISTA	Firma del declarante		

** A los efectos de la presente NOM, véase 5.2.1.

EJEMPLO DE DOCUMENTO DE TRANSPORTE DE MERCANCÍAS PELIGROSAS (Continuación)

1. Expedidor	2. Número del Documento de Transporte			
	3. Página 1__ de__ Páginas	4. Referencia del expedidor		
		5. Referencia del reexpedidor de la carga		
14. Marcas de transporte	* Número y tipo de bultos: descripción de las mercancías	Masa bruta (kg)	Masa neta (kg)	Volumen (m ³)

SECRETARIA DE SALUD

ACUERDO por el que se emite el Programa Estratégico de Salud para el Bienestar.

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

JORGE CARLOS ALCOCER VARELA, Secretario de Salud, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 4o, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 16, primer párrafo y 39, fracciones I y VI de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 7, fracciones I y II, 77 bis 5, apartado A, fracción I de la Ley General de Salud; 6 y 7, fracción XVI del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el artículo 4o, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, reconoce el derecho humano que toda persona tiene a la protección de la salud, así como establece que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud; establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, y definirá un Sistema de Salud para el Bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social;

Que en términos del artículo 39, fracciones I y VI de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la Secretaría de Salud es la encargada de elaborar y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos, servicios médicos gratuitos universales y salubridad general, así como planear, normar, coordinar y evaluar al Sistema Nacional de Salud y proveer la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud;

Que en el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, quedó plasmado el compromiso del Gobierno Federal para realizar las acciones necesarias tendientes a garantizar que hacia el 2024, todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención a la salud gratuita, integral y de calidad, incluido el suministro de medicamentos, materiales de curación y los exámenes clínicos;

Que el Programa Sectorial de Salud 2020-2024, establece en su Objetivo prioritario 1: *Garantizar los servicios públicos de salud a toda la población que no cuente con seguridad social, el acceso gratuito a la atención médica y hospitalaria, así como exámenes médicos y suministro de medicamentos incluidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud;*

Que el artículo 7, fracciones I y II de la Ley General de Salud, establece que la coordinación del Sistema Nacional de Salud está a cargo de la Secretaría de Salud, a la que le corresponde, establecer y conducir la política nacional en materia de salud y la coordinación de los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen;

Que el artículo 77 bis 5, apartado A, fracción I de la Ley General de Salud, establece que en la ejecución de la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados, para las personas sin seguridad social, le corresponde a la Secretaría de Salud, desarrollar, coordinar, supervisar y establecer las bases conforme a las cuales las entidades federativas y, en su caso, la Federación llevarán a cabo dicha prestación gratuita, para lo cual, formulará un programa estratégico en el que se defina la progresividad, cobertura de servicios y el modelo de atención, de conformidad con las disposiciones reglamentarias aplicables, y

Que el Programa Estratégico de Salud para el Bienestar atiende una de las prioridades del desarrollo integral en materia de salud pública del país, y en él se expresan los objetivos, estrategias y acciones que definirán la actuación de las entidades coordinadas del sector y de los organismos federales que participan en la implementación de la estrategia de federalización de los servicios de salud; comprendiendo que, en esta tarea, es imprescindible maximizar el derecho a la protección de la salud de toda la población, para acceder a una atención integral, he tenido a bien expedir el siguiente

ACUERDO

ARTÍCULO PRIMERO. Se emite el Programa Estratégico de Salud para el Bienestar, como Anexo único del presente Acuerdo.

ARTÍCULO SEGUNDO. El Programa Estratégico de Salud para el Bienestar, es de observancia obligatoria para las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, integrantes del Sistema Nacional de Salud, que llevan a cabo la prestación gratuita de servicios de salud a personas sin seguridad social, en el ámbito de sus respectivas competencias.

TRANSITORIOS

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

SEGUNDO. La Secretaría de Salud y las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, integrantes del Sistema Nacional de Salud, que llevan a cabo la prestación gratuita de servicios de salud a personas sin seguridad social, en el ámbito de sus respectivas competencias, ejecutarán el Programa Estratégico de Salud para el Bienestar, con cargo a su presupuesto aprobado en los Presupuestos de Egresos de la Federación para los ejercicios fiscales que correspondan.

Dado en la Ciudad de México, a 31 días del mes de agosto de dos mil veintidós.- El Secretario de Salud, **Jorge Carlos Alcocer Varela**.- Rúbrica.

PROGRAMA Estratégico de Salud para el Bienestar**Secretaría de Salud**

31 de agosto, 2022

Contenido del documento

1. Presentación
 2. Fundamento normativo de elaboración del Programa
 3. Origen de los recursos para la instrumentación del Programa
 4. Análisis del estado actual
 - 4.1. Antecedentes
 - 4.2. Los Determinantes Sociales de la Salud y grupos vulnerables
 - 4.3. La población mexicana en la salud – enfermedad
 - 4.4. Accesibilidad geográfica y desiertos de infraestructura en salud
 - 4.5. México ante el mundo
 5. Fortalecimiento de la rectoría de la Secretaría de Salud para consolidar el Sistema de Salud para el Bienestar
 - 5.1 Federalización de los servicios de salud en el Sistema de Salud para el Bienestar
 - 5.2. Rediseño institucional para el fortalecimiento de la rectoría
 - 5.3. Articulación y prestación de los servicios de salud
 - 5.4. Servicio Nacional de Salud Pública (SNSP)
 6. Objetivos prioritarios, estrategias y acciones puntuales
 7. Vinculación de los objetivos prioritarios del Programa Estratégico con el PSS
 8. Evaluación y rendición de cuentas
 - 8.1. Metas e indicadores para el bienestar
- Glosario, siglas y acrónimos

1. Presentación

El Programa Estratégico de Salud para el Bienestar en materia de salud pública ha sido elaborado tomando como punto de partida la visión de la creación de un verdadero Estado de Bienestar; tiene por objeto la consolidación del Sistema de Salud para el Bienestar establecido en la reforma al artículo 4o constitucional, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 8 de mayo de 2020.

El Gobierno de la Cuarta Transformación impulsa como uno de sus ejes rectores el acceso a la salud para toda la población. En el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 (PND) quedó plasmado el compromiso del Gobierno Federal para realizar las acciones necesarias tendientes a garantizar que hacia el 2024, todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención a la salud -médica y hospitalaria- gratuita, integral y de calidad, incluido el suministro de medicamentos, materiales de curación y los exámenes clínicos.

Este Programa Estratégico deriva del PND y del Programa Sectorial de Salud 2020-2024 (PSS), su naturaleza jurídica es la de un programa especial, que atiende una de las prioridades del desarrollo integral en materia de salud pública del país, y en él se expresan los objetivos, estrategias y acciones que definirán la actuación de las entidades coordinadas del sector y de los organismos federales que participan en la implementación de la estrategia de federalización de los servicios de salud; comprendiendo que, en esta tarea, es imprescindible reivindicar el derecho a la salud de toda la población para acceder a una atención a la salud digna.

En la consolidación del Sistema de Salud para el Bienestar se fomentará que las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud colaboren de manera articulada, bajo un enfoque de derechos humanos, para garantizar la continuidad en la prestación de servicios de salud y el fortalecimiento de los planes y programas prioritarios impulsados por el Gobierno Federal, así como en la creación y sostenimiento de entornos saludables y seguros, y de otras políticas que incidan sobre los Determinantes Sociales de la Salud que propician desigualdades.

Para ello, la reestructuración institucional basada en una mejor coordinación intersectorial y la construcción del andamiaje legal para la consolidación de este Sistema buscará que la federalización de los servicios de atención médica dirigidos a la población sin seguridad social, a través del Programa IMSS-BIENESTAR (IMSS-BIENESTAR), en las entidades federativas que adopten libremente esta estrategia, fortalezca la rectoría de la Secretaría de Salud sobre el Sistema Nacional de Salud con un enfoque de salud pública que permita que cualquier persona, sin importar su condición económica, social o cultural, se atienda de manera digna, bajo cuidados integrales y eficientes, de tal forma que la salud deje de ser, en definitiva, un privilegio y se garantice el derecho de todas y todos.

2. Fundamento normativo de elaboración del Programa

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo 4o, párrafo cuarto, que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, así como que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud; establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general; y definirá un Sistema de Salud para el Bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social. Igualmente, en su artículo 73 fracción XVI, se establece la facultad rectora de la Federación en materia de salubridad general.

Por su parte, la Ley General de Salud (LGS) regula el derecho a la protección de la salud, y la obligación del Estado de garantizarlo, estableciendo las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, así como la concurrencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

Asimismo, el artículo 7, del citado ordenamiento dispone que la coordinación del Sistema Nacional de Salud está a cargo de la Secretaría de Salud, precisando en sus fracciones I y II que le corresponde a ésta, entre otras funciones, establecer y conducir la política nacional en materia de salud y, la coordinación de los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen; además de la prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados que requieran las personas sin seguridad social.

A su vez, el artículo 77 bis 5, apartado A, fracción I, de la LGS, establece la competencia de la Secretaría de Salud, en la ejecución de la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados, para las personas sin seguridad social, el cual consiste en desarrollar, coordinar, supervisar y establecer las bases conforme a las cuales las entidades federativas y, en su caso, la Federación llevarán a cabo la prestación gratuita de servicios de salud, para lo cual, formulará un *programa estratégico* en el que se defina la progresividad, cobertura de servicios y el modelo de atención, de conformidad con las disposiciones reglamentarias aplicables, con la finalidad de contribuir a garantizar el acceso a estos servicios.

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

Por lo anterior, la elaboración de este Programa se realiza con apego a las disposiciones mencionadas y de acuerdo a los artículos 16, fracciones IV y VIII, y 26, de la Ley de Planeación, cuya estructura y contenidos atienden lo establecido en la "Guía para la elaboración de programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024".

El Programa Estratégico de Salud para el Bienestar es un programa derivado del PND y del PSS, y de conformidad con las disposiciones mencionadas, es un programa especial en el cual participan diversas instituciones del sector salud, para la implementación de la estrategia de federalización de los servicios de salud, a través del cumplimiento de los objetivos, estrategias y acciones para garantizar la atención a la salud y medicamentos gratuitos para todas las personas sin seguridad social, el rediseño del esquema fragmentado de la atención médica y la consecuente transformación del modelo correspondiente, siendo la Secretaría de Salud la institución responsable de coordinar la publicación, ejecución, seguimiento y evaluación del Programa.

3. Origen de los recursos para la instrumentación del Programa

El financiamiento, como una de las funciones de los sistemas de salud, corresponde a un elemento modular en la construcción de un sistema público de salud óptimo que permita asegurar servicios y programas de calidad para la población. El gasto público en salud en nuestro país fue en promedio, de 2003 al 2018, el 2.8 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB), lo cual posiciona a México entre los países con menor gasto sanitario entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), cuyo promedio fue de 6.6 por ciento en 2020¹. Esto, y el gasto per cápita en salud dirigido a las personas sin seguridad social que es cerca de cuatro veces menor respecto al gasto per cápita de las instituciones de seguridad social², ha contribuido a perpetuar una potencial desigualdad en el acceso a servicios de salud entre estos sectores de la población.

Ante este panorama, y considerando el objetivo tres de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), el cual versa sobre “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, se vuelve imperativo hacer más eficiente e incrementar progresivamente el gasto público destinado a los servicios de salud para personas sin seguridad social. En este sentido, con la federalización de los servicios de salud y con la estrategia de salud pública, se abre la posibilidad de optimizar de mejor manera los recursos federales, hoy fragmentados en la operación de los 32 Servicios Estatales de Salud (SESA) y, con ello, generar economías de escala en la asignación de recursos y en las compras de los insumos y medicamentos necesarios para proporcionar servicios de calidad a la población sin seguridad social.

El presupuesto anual no deberá ser inferior al del ejercicio fiscal inmediato anterior, por lo cual, el financiamiento del nuevo sistema de salud estará basado en la progresiva suficiencia de recursos para la atención a la salud y la gratuidad de los medicamentos asociados de probada efectividad terapéutica, sin aportaciones o cuotas de recuperación por servicios de salud a la población sin seguridad social.

Considerando el financiamiento como un instrumento que promueva la cobertura universal de los servicios de salud con equidad, los criterios para la asignación y aplicación de los recursos financieros del presupuesto anual tomarán a la población sin seguridad social como base para una transferencia ajustada de acuerdo con las necesidades en salud de las entidades federativas, teniendo en cuenta la incorporación de capital humano y el fortalecimiento de la infraestructura de salud existente. Lo anterior forma parte de las acciones del compromiso gubernamental para la reducción de las desigualdades territoriales en salud.

En este contexto, la totalidad de las acciones que se consideran en este Programa Estratégico, resumidas en sus objetivos y estrategias prioritarias, así como las labores de coordinación interinstitucional para la instrumentación de dichas acciones, con su respectivo seguimiento y reporte, se realizarán con cargo al presupuesto autorizado de los ejecutores de gasto participantes.

La Secretaría de Salud, como autoridad sanitaria, establecerá los mecanismos para el financiamiento de las estrategias y acciones de servicios de salud que, desde un enfoque de funciones esenciales de salud pública, permitan la cobertura sanitaria del IMSS-BIENESTAR.

Con el fin de asegurar que se lleven a cabo las acciones que garanticen el acceso a la salud para la población sin seguridad social, el Programa Estratégico tendrá diversas fuentes de financiamiento. La primera, es el presupuesto anual que reciben directamente la Secretaría de Salud y el IMSS-BIENESTAR de los Ramos 12 y 19 respectivamente, del Presupuesto de Egresos de la Federación.

La segunda fuente la establece la Ley de Ingresos de la Federación del Ejercicio Fiscal 2022, la cual, en su Artículo Transitorio Décimo Sexto, faculta al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a celebrar acuerdos de coordinación con las entidades federativas sobre el proceso de federalización de los servicios de atención a la salud. En estos acuerdos se establecerán los montos que los gobiernos de las entidades federativas transferirán al IMSS, para su aplicación en el IMSS-BIENESTAR, con cargo a recursos propios o de libre disposición; o bien, a los recursos del fondo de aportaciones a los que se refiere el artículo 25, fracción II, de la Ley de Coordinación Fiscal.

¹ Sistema de Información de la Secretaría de Salud (2022), Gasto en Salud Indicadores, Secretaría de Salud, México. Disponible en: <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/#>

² Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP), 2019. La contracción del gasto per cápita en salud: 2010-2020. Disponible en: <https://ciep.mx/la-contraccion-del-gasto-per-capita-en-salud-2010-2020/>

El financiamiento derivado de los acuerdos de coordinación que se celebren entre el IMSS y las entidades federativas para la operación del IMSS-BIENESTAR, se utilizará atendiendo a los términos establecidos en los artículos 25 y 26 de la LGS.

La tercera fuente de financiamiento estará basada en los Convenios de Colaboración en materia de transferencia de recursos presupuestarios federales que firmen entre la Secretaría de Salud, el IMSS, el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) y los gobiernos de las entidades federativas, para la transferencia de fondos que le permitan operar bajo su administración los servicios de salud transferidos.

El IMSS-BIENESTAR podrá ampliar su capacidad de resolución en la atención a la población sin seguridad social mediante la firma de Convenios de Colaboración con Entidades Públicas, tomando como referencia el Convenio Marco Interinstitucional de Intercambio de Servicios vigente y sus condiciones y tarifas de aplicación.

Aunado a ello, el IMSS-BIENESTAR suscribirá un Acuerdo de Coordinación con el IMSS para que, en los periodos temporales que sean acordados, se informe al IMSS-BIENESTAR acerca de las personas usuarias y beneficiarias que son dadas de baja como asegurados al IMSS y no acrediten el derecho a la atención de salud. Esto, con la finalidad de que el número promedio de personas en dicha situación sea considerado para su financiamiento como población efectivamente cubierta.

A partir de lo establecido en cada una de las fuentes de financiamiento, las instituciones involucradas tendrán una estrecha colaboración con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) para delimitar los mecanismos y las directrices que aseguren la ejecución, la trazabilidad y la rendición de cuentas del recurso en el periodo establecido a lo largo del presupuesto anual.

En función a la estructura del financiamiento, se adecuarán los planes de infraestructura, equipamiento, personal, medicamentos e insumos para la salud. Se considerarán enfoques para movilizar recursos para la salud y asegurar que se asigne de manera suficiente a la prestación de servicios, recursos y programas, con la finalidad de garantizar que las personas puedan acceder a servicios gratuitos y de calidad al momento de ser requeridos.

4. Análisis del estado actual

4.1. Antecedentes

La construcción del sistema de salud en México comenzó a principios del siglo XX, con la creación del Consejo Superior de Salubridad y del Departamento de Salubridad en 1917, cuyo objetivo fue atender las emergencias de salud pública que se presentaron en el país en el contexto de la Revolución Mexicana.

En la Constitución de 1917 se reconocieron por primera vez los derechos sociales de las personas, siendo el primer referente a nivel mundial, los cuales, aunque se expresaron como “garantías individuales”, constituyeron los cimientos de un sistema para garantizar los derechos humanos, en el que el Estado estaba enfocado al beneficio de los ciudadanos. Prueba de ello fue el establecimiento de un sistema de seguridad social para la clase trabajadora, acción que sin duda sentó las bases del pacto federal, que no solo se enfocó a la división funcional y territorial de atribuciones, sino que implicó una auténtica integración política, social y económica en diversos ámbitos, incluyendo el de salud.

Derivado de las condiciones políticas y sociales de esta época, que imposibilitaron la consolidación de una visión universal, equitativa y unificada de los derechos sociales de la ciudadanía, el avance del derecho a la atención médica fue paulatino. Desde entonces, el progreso en su conformación vivió una constante fragmentación de la responsabilidad estatal en la participación institucional.

En 1937, el presidente Lázaro Cárdenas creó la Secretaría de Asistencia y en 1943, con la fusión de esta institución y el Departamento de Salubridad se dio origen a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, instancia que, además de encargarse de regir la política nacional en materia de salud, organizaría los servicios de salud para la población no sujeta a un régimen laboral formal. En ese mismo año nació el IMSS con el objetivo de garantizar el derecho humano a la salud para la clase trabajadora. Con la creación de ambas instituciones se generaron distintos tipos de beneficios en los servicios de salud, con diferentes fuentes de financiamiento, lo cual provocó que la protección de los medios de subsistencia y servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo no lograran el estatus de universalidad. Posteriormente, en 1960, se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para dar cobertura a la seguridad social de los funcionarios públicos y a sus familias.

Los retos que planteó la extensión territorial de México y los aún incipientes mecanismos de comunicación hacían evidente la necesidad de establecer una adecuada coordinación en el sector salud, por lo que surgieron los primeros esfuerzos de integración mediante la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios de Salubridad, la cual, entre otros asuntos, dispuso la existencia de convenios entre el Departamento de Salubridad Pública y los Gobiernos de los Estados para la creación de los Servicios Coordinados de Salud Pública.

Paralelamente, el crecimiento económico sostenido que México alcanzó a mediados del siglo XX entró en una fase crítica a comienzos de los años 70, por lo que la oferta laboral fue insuficiente para absorber a toda la fuerza de trabajo que buscaba incorporarse al sector formal de la economía, propiciando una crisis tanto de los sistemas de atención a los trabajadores y sus familias, como del subsistema de salud para la población sin seguridad social. La población rural, campesina e indígena ubicados en los deciles con menores ingresos, al carecer de capacidad contributiva, quedaban con acceso limitado a los servicios básicos, incluyendo la salud. Ante estas circunstancias, el 21 de enero de 1977 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Acuerdo que creó la Unidad de Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), como parte de una política integral para atender la pobreza, para estudiar y proponer la atención eficaz de las necesidades de las zonas deprimidas y los grupos marginados, y para sugerir la coordinación de las acciones de las dependencias o entidades de la Administración Pública.

Poco más de un año después, del 6 al 12 de septiembre de 1978, México al igual que las delegaciones de 133 gobiernos, asistieron a la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma Ata³, antigua república de Kazajistán. Durante el evento se declaró que el estado de salud de millones de personas en el mundo era inaceptable, ya que más de la mitad no recibía asistencia de salud adecuada. Así mismo, se estableció que la atención primaria de salud es fundamental para alcanzar un nivel aceptable de salud que forme parte de un desarrollo social inspirado en la justicia social -para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo-.

En este contexto y con la finalidad de acelerar la ampliación de la cobertura en salud a las zonas marginadas de México, aprovechando la fortaleza institucional y experiencia del IMSS, la Presidencia de la República, en 1979, suscribió con el IMSS un convenio de coordinación para el establecimiento de servicios de solidaridad social que derivó en la creación del Programa IMSS-COPLAMAR, actualmente IMSS-BIENESTAR desde 2019.

Derivado de las crisis económicas de los años 80 y 90, las cuales afectaron directamente a las personas, comunidades y familias de diversos países de la región, así como de las recomendaciones de organismos internacionales, algunos gobiernos, entre ellos el de México, realizaron ajustes estructurales para reducir el gasto en educación, salud y otros servicios sociales, que incluyó llevar a cabo procesos de descentralización de los servicios de salud a los niveles subnacionales, en el caso de México a las entidades federativas.

En 1982, el gobierno nacional se dio a la tarea de enfrentar la crisis con una serie de reformas, las cuales tuvieron como finalidad transferir recursos y facultades en materia de salud a los gobiernos estatales, pensando que ejecutarían con mayor eficacia el gasto y mejorarían los servicios de salud. En este proceso, se identificaron dos etapas: en la primera, se desconcentraron funciones y se descentralizaron algunas instituciones, mientras que la segunda concentró su atención en los aspectos reguladores.

En 1983, se modificó el artículo 4o de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, elevando a rango constitucional el derecho a la protección de la salud; sentando las bases para la descentralización gradual de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia; y determinando la descentralización de los servicios de salud tanto de la Secretaría de Salubridad y Asistencia como del Programa IMSS-COPLAMAR a los gobiernos estatales, aunque, en este último caso solo se consolidó en 12 entidades federativas.

Asimismo, se establecieron los Servicios Estatales de Salud con el fin de garantizar la atención a la salud y de instrumentar las acciones de salud pública y de regulación sanitaria. Además, se creó el Consejo Nacional de Salud como una instancia de coordinación entre la Federación, las entidades federativas y la Ciudad de México.

Durante esta etapa, el IMSS se consolidó como una institución fuertemente arraigada en la población, con la mayor experiencia en el cuidado de la salud de las y los mexicanos, asumiendo responsabilidades sectoriales crecientes que contrastaban con los pobres esfuerzos que se hacían desde las entidades federativas.

En 1984, con la publicación de la Ley General de Salud, la cual es reglamentaria del derecho a la protección de la salud consagrado en la Constitución, se establecieron las bases para el desarrollo del proceso de descentralización de los servicios de salud y los mecanismos de coordinación entre la Federación y las entidades federativas con el fin de transferir a estos la responsabilidad de prestar servicios de salud y medicina preventiva a la población sin seguridad social, así como la operación directa de los recursos financieros destinados a la cobertura de salud de este grupo poblacional.

³ Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata. (1978). Declaración de Alma-Ata. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Se estableció la obligación del Estado de garantizar el derecho a la protección de la salud, ya sea de forma directa o bien, por medio de la coordinación con el sector público o privado, así como las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

La imposición de una visión descentralizadora enfrentó diversos problemas, entre ellos, la necesidad de implementar reformas legislativas y administrativas profundas y la ausencia de medios que facilitaran la continuidad de la atención médica en el constante tránsito de los ciudadanos en un sistema de salud segmentado por la condición laboral. Otro aspecto crítico fueron los débiles mecanismos de financiamiento y provisión de servicios para la población sin acceso a la seguridad social, que acentuaron las condiciones desiguales de salud entre grupos poblacionales.

Estas fallas estructurales en el acceso a la salud condicionada por la segmentación de este derecho con base en la condición laboral; así como la falta de un mecanismo claro de continuidad de la atención médica para las personas trabajadoras (y sus familias) que perdían el empleo formal; además del subfinanciamiento del sistema de salud para la población sin seguridad social, propiciaron la expansión del sector privado de la atención médica y el consecuente incremento del gasto en salud por las familias, que actualmente es responsable de poco más del 40 por ciento del gasto total en salud del país⁴.

Durante el sexenio de 1994-2000, la Secretaría de Salud, los gobernadores de los 31 estados de la República y el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud firmaron, el 20 de agosto de 1996, un nuevo Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud. En este Acuerdo se propuso el fortalecimiento del federalismo mexicano y la necesidad de redefinición estructural del sistema de salud, dando continuidad a la transferencia por parte del Gobierno Federal a las entidades federativas de la responsabilidad de prestar servicios de salud y medicina preventiva a las personas sin seguridad social.

El proceso de desincorporación de los servicios de salud federales hacia los estados siguió una lógica neoliberal de construcción institucional, la cual fragmentó en 32 entidades federativas la responsabilidad de la organización y gestión de los servicios de salud dirigidos a la población sin seguridad social; acentuando la fragmentación del sistema de salud, que ya se encontraba dividido entre derechohabientes y personas sin acceso a las instituciones de seguridad social. Lo anterior derivó en una mayor desarticulación de las capacidades de atención a la salud del sector público, dificultando el progreso hacia la erradicación de las asimetrías sociales y la cohesión social.

A partir de 2003, como último eslabón de una serie de reformas fallidas, se instrumentó una estrategia que pretendía mejorar el acceso a servicios de salud para la población sin seguridad social, basada en un nuevo esquema de financiamiento y operatividad denominado Sistema de Protección Social en Salud, siendo su brazo operativo el denominado Seguro Popular, dirigido a las familias y personas sin seguridad social que no contaran con algún otro medio de previsión en salud.

Este programa generó mayores problemas que los supuestos beneficios que pretendía resolver. Fue notorio que, lejos de cumplir con la agenda integral en materia de salud, lo que se aspiraba con el Seguro Popular era implementar una estrategia emergente de "financiamiento", la cual falló al no garantizar el incremento progresivo del presupuesto en salud, de un sector que fue poco planeado y abandonado.

De igual forma, se quedó muy lejos de la meta de cobertura universal para la población sin seguridad social que, para 2018, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política del Desarrollo Social (CONEVAL) contabilizó en 22.4 millones de mexicanas y mexicanos que carecían de acceso a los servicios de salud⁵.

Además, el gasto directo de las familias para solventar requerimientos de la atención de la salud, lejos de disminuir, se vio incrementado. A nivel nacional, de 2014 a 2018, hubo un crecimiento de 4 millones de personas que ejercieron gasto de bolsillo para la atención de su salud. De acuerdo con la OCDE, el gasto de bolsillo en México representó el 45 por ciento del gasto total en salud en los últimos 10 años, por lo que nuestro país escaló hasta convertirse en el segundo país con el gasto de bolsillo más alto dentro de los 36 países que conforman la OCDE al cierre del 2018⁶, ya que las familias mexicanas requerían cubrir gastos de

⁴ J. Saturno Pedro, Armenta Dulce María, Candia Elizabeth, Contreras David, Fernández María, Galván Ángel, Hernández José Luis, Hernández Ávila Juan Eugenio, Palacio Lina Sofía, Poblano Ofelia, Vértiz Jesús, Vieyra Waldo, Wirtz Verónica. (2014). Calidad del primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud. Diagnóstico estratégico de la situación actual. Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en: https://www.insp.mx/resources/images/stories/Produccion/pdf/140715_BID_Diagn%C3%B3stico.pdf

⁵ Consejo Nacional de Evaluación de la Política del Desarrollo Social [CONEVAL]. (2021). Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP_2018_2020/Notas_pobreza_2020/Nota_tecnica_sobre_la_carencia_por_acceso_a_los_servicios_de_salud_2018_2020.pdf

⁶ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OCDE]. (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en

salud en padecimientos que no se encontraban cubiertos por el Seguro Popular en su Catálogo Universal de Servicios de Salud y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. Lo anterior implicó que, para muchas las familias mexicanas, padecer estas enfermedades no cubiertas se convirtiera en una sentencia que las orillaba a vivir en la pobreza.

En concreto, el Seguro Popular no consiguió una mejora sustancial en los indicadores básicos de salud de la población, ni que el derecho a la salud se abordara de manera integral bajo un enfoque de promoción de la salud y prevención de enfermedades, con consideración a los determinantes ambientales y sociales de la salud.

A finales del sexenio 2012-2018, en el país persistían problemas significativos de accesibilidad en el primer nivel de atención identificados como “desiertos de atención”⁷, en los cuales habitaban millones de mexicanos que no contaban con acceso efectivo a servicios públicos de salud.

La baja cobertura efectiva del sistema imposibilitó una atención cercana y sostenida en el curso de la vida, aspecto crucial para quienes viven con una enfermedad crónico-degenerativa, reflejándose tanto en las elevadas tasas de mortalidad para diabetes, enfermedad cerebrovascular, cardiopatías isquémicas y diversos tipos de cáncer, como también en el tratamiento poco efectivo de numerosos padecimiento y necesidades de atención. Por ejemplo, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19 señala que solo un 86.9 por ciento de las personas adultas que viven con diabetes lleva un tratamiento farmacológico para controlar esta enfermedad⁸, abonando que quienes no cuenten con los tratamientos necesarios puedan desarrollar complicaciones como la insuficiencia renal, infartos, amputaciones y ceguera.

A esto se sumó que las y los médicos generales y personal de enfermería que compone la fuerza de trabajo del primer nivel de atención, con frecuencia no contaba con los insumos necesarios ni con las oportunidades de capacitación y actualización médica para dar una atención de calidad. Asimismo, el desempeño limitado de los hospitales y la falta de especialistas en éstos, así como el creciente número de consultas ambulatorias en consultorios de farmacias privadas, evidenciaron que la capacidad resolutive del primer nivel de atención era limitada, muy lejos de resolver entre el 70 y 80 por ciento de los problemas de salud y aplicar todas las medidas preventivas y de diagnóstico temprano a lo largo del curso de la vida⁹. Cuando este primer contacto falla y las enfermedades no son controladas de manera adecuada, causan gastos adicionales al sistema de salud y pérdidas a la economía nacional y de los hogares, generando pobreza y ampliando las brechas de desigualdad.

Aunado a la mala administración de los servicios de salud y a la falta de atención integral a la salud de las y los usuarios, se instaló un andamiaje jurídico que desdibujó el papel rector en salud de la Secretaría de Salud, para imponer una visión empresarial que rebajó el papel del sector público ante poderosos intereses particulares. Frente a la escasez de insumos, la carencia de instalaciones adecuadas y la saturación de los servicios de salud, el Seguro Popular recurrió a la subrogación de servicios con prestadores médicos privados, provocando una deuda creciente, deteniendo el desarrollo de la infraestructura pública, reduciendo las capacidades de cobertura del Estado y beneficiando a empresarios privados de la salud, que en muchos casos actuaron con poco escrúpulo hacia la misión social que tiene el sector.

La infraestructura física de las unidades de salud no creció a la par de las necesidades de la población, ni tampoco la contratación de los recursos humanos necesarios para atender a las personas con o sin seguridad social. De hecho, el esquema de intercambio de servicios entre todas las instituciones del sector fracasó. Estos instrumentos no garantizaron la continuidad de los tratamientos en los diferentes niveles de atención o bien, entre los SESA, los Institutos de Seguridad Social, los Institutos Nacionales de Salud y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad.

Desde el ámbito federal, la Secretaría de Salud realizó evaluaciones y propuso correcciones a las acciones de los SESA que en muchos casos no fueron atendidas. Durante las evaluaciones realizadas en 2017 y 2018, se identificaron diversas deficiencias con impacto directo en la salud de la población, como son: desabasto de medicamentos e insumos, falta de personal, sobrecarga de servicios y malas condiciones de trabajo en las unidades de salud¹⁰.

⁷ Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. (2020). Análisis del SPSS a partir de Recursos en Salud Sectorial 2020.

⁸ Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2018). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf

⁹ Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. (2012). Observatorio del Desempeño Hospitalario 2011.

¹⁰ Secretaría de Salud, Dirección General de Evaluación del Desempeño. (2019). Indicadores de resultado. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/indicadores-de-resultado-de-los-sistemas-de-salud?state=published>

Cabe señalar que, durante este proceso de descentralización del Sistema Nacional de Salud, los servicios de salud a nivel estatal no tuvieron la debida planeación y tampoco se garantizó la capacidad técnica ni operativa conforme a lo programado. Por el contrario, aumentaron las desigualdades entre las entidades federativas y las políticas aplicadas en la materia; así como la persistencia de numerosas inequidades e insuficiencias gerenciales, entre las cuales se encuentran: 1) la segmentación institucional; 2) la duplicidad de gastos; 3) el rezago en el fortalecimiento de las estructuras; 4) la inequitativa distribución geográfica de los recursos; 5) la desbalanceada disponibilidad de recursos humanos; y, 6) las diferencias en calidad y los crecientes costos de la demanda y precios de los insumos de la salud; traduciéndose todo esto en la falta de acceso universal a los servicios de salud de la población. Este panorama evidenció que ninguna de las reformas implementadas antes de 2019 fue adecuadamente diseñada para mejorar efectivamente los servicios de atención y aumentar la cobertura, ya que, en su mayoría fueron reformas de orden financiero que no consideraron la salud y el bienestar de la población.

El desmantelamiento de las instituciones públicas de salud y seguridad social, así como la carencia en el acceso a los servicios de salud, se vio acompañada de incrementos en los trámites burocráticos y en los actos de corrupción. La continuidad de las políticas neoliberales vinculadas con la descentralización, generaron que la provisión de los servicios de salud tomara un curso de deterioro progresivo alimentando un espacio de conflicto social.

Ante la realidad de que el Sistema Nacional de Salud se desarrolló desde una visión asistencialista, sin incidir desde su ámbito de competencia directamente sobre los Determinantes Sociales de la Salud, con un impacto limitado, fragmentado y con escaso valor social; la actual administración nacional ha diseñado y puesto en marcha una nueva forma de trabajo para abordar los problemas y superar la desigualdad de oportunidades en el acceso a los servicios de salud a través de un replanteamiento de la responsabilidad estatal respecto a la salud pública, el cual se vio plasmado desde el PND, reafirmando, como parte de la política de reivindicación social, que se llevarían a cabo las acciones necesarias para garantizar que todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos, materializándose legalmente a través de la reforma del 29 de noviembre de 2019, a la Ley General de Salud, así como con la reforma constitucional al artículo 4o, del 8 de mayo de 2020, en la que verdaderamente se reivindicó el derecho a la protección de la salud.

Esta nueva forma de entender la salubridad general planteada en la modificación constitucional tiene retos importantes, ya que el sistema de salud se encuentra en un marco de rectoría debilitada, cobertura limitada en su capacidad, no solamente de extensión territorial de los servicios de salud, sino también de enfoque sobre las materias de su interés, con una desarticulación intersectorial y recursos presupuestarios que no han sido ejercidos con eficacia, eficiencia y economía, alejando a la Secretaría de Salud de la posición rectora del funcionamiento de un Sistema Nacional de Salud universal, equitativo, integral, sustentable, efectivo y de calidad, con particular enfoque en los grupos de la población que viven en condición de vulnerabilidad.

Lo anterior refleja la urgencia del fortalecimiento en la rectoría de la autoridad sanitaria y la mejoría de la acción intersectorial sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud; de la consolidación de la protección y promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como la prestación de servicios integrales e incluyentes, basados en la atención primaria de salud, la generación y gestión adecuada de los recursos, el desarrollo de la evaluación de resultados y la investigación científica, fomentando también la participación de la sociedad con corresponsabilidad en la gestión de salud.

La transformación del sector salud que se propone es coherente con la Política Social que impulsa una estrategia integral para "No dejar a nadie fuera y no dejar a nadie atrás", con la cual se busca contribuir a la reducción de las desigualdades persistentes en el país y garantizar el derecho a la salud. La nueva política de salud fortalecerá las acciones de salud pública de manera paralela con servicios de atención médica integral con altos estándares de calidad técnica y ofertados con calidez por personal de salud profesional y técnico; con el objetivo de responder a las necesidades en salud de la población sin seguridad social desde un enfoque de derecho humano, con perspectiva de género, interculturalidad, inclusión social e intersectorialidad.

4.2. Los Determinantes Sociales de la Salud y grupos vulnerables

La reivindicación de la concepción de lo social requiere que se observe y analice al individuo como un ser inmerso en un entorno colectivo multifactorial, el cual lo determina y adapta al medio que lo rodea; por lo que la existencia de diversas circunstancias que no dependen directamente de la persona, sino de distintos factores, tales como los biológicos, el sexo o ciertas definiciones genéticas, económicos y sociales condicionados por cómo se distribuyen los recursos y las oportunidades de acceso a la riqueza; además de los que impactan en las actitudes de las personas, como pueden ser los estilos de vida adoptados individualmente o los entornos condicionantes de actitudes y comportamientos que propician un conjunto de determinantes sociales y ambientales que explican las diferencias e inequidades en los distintos contextos sociales; incluido el de salud.

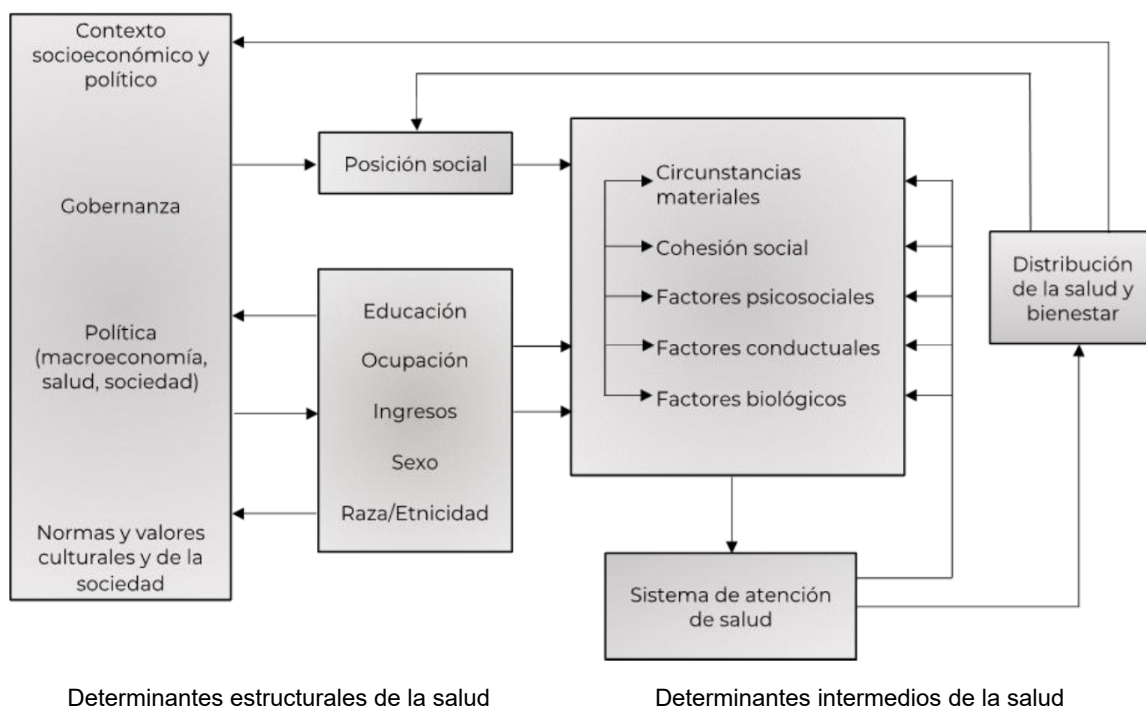
La salud y el bienestar no son solo el resultado de la interacción de los individuos con el sistema de salud, sino también de “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, coexisten, trabajan y envejecen”. Dichas circunstancias son el resultado de la distribución de los recursos (financieros y materiales), el poder a nivel mundial, nacional y en específico a nivel local, la cual depende en gran parte a las políticas sociales y fiscales adoptadas; y que terminan traduciéndose en grandes diferencias en materia de salud entre países desarrollados y los que se encuentran en vías de desarrollo. A la par, al interior de las naciones existen marcadas desigualdades entre estados, regiones y localidades con diferentes niveles de ingresos económicos que limitan el desarrollo humano de las personas y por lo tanto, sus Determinantes Sociales de la Salud (DSS)^{11, 12}.

En esta forma de entender y analizar el entorno colectivo, la equidad en salud se define como la ausencia de diferencias injustas y evitables en el estado de salud de individuos, poblaciones o grupos que tienen distintas características socioeconómicas, demográficas o geográficas. Estas diferencias pudieran ser prevenidas y remediadas al tener su raíz en los procesos de estratificación de la sociedad y, por lo tanto, se encuentran vinculadas con la realidad política y las relaciones de poder de una sociedad.¹³

En la Figura 1, se muestra el marco conceptual de los DSS que adoptó la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el cual, los Determinantes Intermedios de la Salud se refieren a los factores que actúan directamente en la salud, a través de las conductas relacionadas con la misma y los factores biológicos y psicosociales¹⁴. Se integra por los siguientes elementos:

- a. **Circunstancias materiales:** Son aquellas relacionadas con los entornos físicos. La vivienda es un ejemplo (incluyendo las condiciones de construcción de esta, así como la localización), el consumo potencial (por ejemplo, el presupuesto para comprar alimentos saludables o ropa), las condiciones del lugar de trabajo y las características físicas del lugar en el que se encuentra. Dependiendo de la calidad de estas circunstancias, llegan a constituirse en recursos positivos para la salud o por el contrario pueden suponer un riesgo para la misma.

Figura 1. Marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud, Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud



Fuente: World Health Organization, 2007.

¹¹ Solar O, Irwin A. *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health*. Ginebra: World Health Organization; 2007.

¹² Ministerio de Sanidad y Política Social, Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2009). *Análisis de situación para la elaboración de una propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Gobierno de España.

¹³ Vega et al. (2005). *Iniciativa Chilena de Equidad en Salud: Determinantes sociales de la salud en Chile. En la perspectiva de la equidad*.

¹⁴ Palomino Moral, P., Grande Gascón, ML. y Linares Abad, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales: desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*, Vol. 72: 71-91. DOI: <https://doi.org/10.3989/ris.2013.02.16>

- b.** Circunstancias psicosociales: Son los factores de estrés psicosocial. Se entienden como los eventos negativos en la vida o condiciones de vida estresantes, o aquellos factores positivos como las redes y el apoyo social. Diferentes grupos sociales están expuestos a diferentes experiencias y situaciones vitales que explican los patrones psicosociales que se confirman a largo plazo, asociados a las desigualdades en salud.
- c.** Hábitos o conductas relacionadas con la salud: Son los factores que competen a la conducta de cada persona. Pueden ser, por ejemplo, la dieta, el consumo de alcohol o tabaco y el grado de actividad física. Dependiendo el patrón de exposición y vulnerabilidad, éstos pueden constituirse en factores protectores que potencian la salud, como la práctica regular de la actividad física, o perjudiciales como el consumo de tabaco o las dietas no saludables. Estos hábitos o estilos de vida son resultado de las condiciones materiales en que se nace, vive y trabaja, siendo la forma en que los grupos sociales traducen las condiciones de vida en pautas de conducta.
- d.** Sistema de salud: Este factor puede intervenir sobre las condiciones de salud a través de dos posibles vertientes: 1) directamente sobre las diferencias de exposición, vulnerabilidad, mediante un acceso equitativo al sistema de salud, y 2) la promoción de acciones intersectoriales que permitan mejorar el estado de salud o actuar como amortiguador de las consecuencias de una enfermedad o incapacidad en la vida de las personas, al asegurar que el problema de salud no se traduzca en deterioro en su estatus social y a la vez facilite la reincorporación social de las personas enfermas o con alguna discapacidad.
- e.** Cohesión y capital social: Son el conjunto de mecanismos de integración que existen en una sociedad, así como la percepción de la ciudadanía sobre cómo funcionan dichos mecanismos. Estas percepciones determinan, a su vez, el sentido de pertenencia al colectivo social de parte de los grupos que lo integran. Por otro lado, el capital social es considerado como un recurso intangible y dinámico que existe en el colectivo social y abarca elementos como la confianza, la participación, la reciprocidad y el sentimiento de pertenencia a una comunidad.

Si bien, los determinantes intermedios son las circunstancias materiales, psicosociales, biológicas y de comportamiento mediante las cuales los determinantes estructurales operan para dar forma a los resultados en salud constituyendo las “causas de las causas” de los DSS¹⁵. Los factores que logran incidir sobre la situación socioeconómica y política de los países corresponden a los determinantes estructurales, siendo estos los que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la gente, reflejados, por ejemplo, en la posición social, etnicidad, acceso a educación, empleo y que incluyen:

- a.** El contexto socio económico y político: el cual crea y mantiene una jerarquía colectiva, que asigna tanto al conjunto como al individuo una diferente posición socioeconómica, lo que conlleva a que ciertos grupos poblacionales tengan un acceso y exposición desigual a las condiciones materiales, a los factores psicosociales y a las conductas o hábitos asociados a la salud. Esto se traduce en diferencias perjudiciales y una mayor vulnerabilidad social e individual, así como a la forma en que pueden hacer frente a un determinado evento negativo, generando una distinción por desigualdad social en los resultados de la salud. Está determinado por las diversas realidades en las que se encuentra inmersa una sociedad y el marco en el que se desarrolla¹⁶, por lo que hablar del contexto socio económico y político requiere considerar:
 - Gobernanza en un sentido amplio, que incluye patrones de discriminación, participación de la sociedad civil y transparencia en la administración pública.
 - Políticas macroeconómicas, incluyendo el balance fiscal y monetario, deuda fiscal y balance de pago, tratados y políticas sobre el mercado laboral, etcétera.
 - Políticas sociales, que afectan a factores como el trabajo, la propiedad y la distribución de las tierras y vivienda; las condiciones del entorno en el que se vive y que afectan a la calidad de vida de las personas.
 - Políticas públicas en temas como educación, bienestar social, salud urbanismo, etcétera.
 - Cultura y valores presentes y predominantes en la sociedad.
- b.** La posición socioeconómica: son los factores sociales y económicos que influyen en el lugar que los individuos o grupos tienen dentro de la estructura de la sociedad. Incluye la medición integrada del acceso a recursos y el prestigio en las sociedades, vinculándose a la clase social. Está definida y modelada en gran parte por el contexto sociopolítico y económico, los cuales modelan las condiciones sociales generadas por la estratificación y/o exclusión social.

¹⁵ Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489>

¹⁶ Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]. (2016). *La matriz de la desigualdad social en América Latina*. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/matriz_de_la_desigualdad.pdf

La vulnerabilidad en salud es una condición dinámica que resulta del vínculo de varios DSS que, en el contexto mexicano, son originados por condiciones inequitativas de vida que dan como resultado la desigualdad social en salud. Para reducir las brechas que existen en el acceso a los servicios de salud es necesario atender estos DSS con un abordaje integral y multisectorial dirigido a las necesidades específicas de cada segmento de la población.

De acuerdo con la OMS, la pertenencia a un grupo étnico, la situación socioeconómica y la ubicación geográfica, influyen en la mayor o menor presencia de las enfermedades tanto en hombres como en mujeres¹⁷. Un ejemplo concreto es la situación en mujeres de minorías étnicas que viven en entornos urbanos obesogénicos y que presentan tasas de diabetes más elevadas. El género, como determinante social de la salud, puede interactuar estrechamente con los factores contextuales y ambientales aumentando la magnitud de diversos padecimientos.

En este sentido, la OMS señala que los determinantes de la salud relacionados con el género hacen referencia a las "normas, expectativas y funciones sociales que aumentan las tasas de exposición y la vulnerabilidad frente a los riesgos para la salud, así como la protección frente a los mismos, y que determinan los comportamientos de promoción de la salud y de búsqueda de atención sanitaria y las respuestas del sistema de salud en función del género. Son uno de los principales determinantes sociales de las inequidades sanitarias"¹⁸.

En suma, las instituciones de salud deben ser capaces de responder adecuadamente a la diversidad de las personas y a las barreras lingüísticas y culturales en el acceso a la salud. Por lo que es necesario mantener un enfoque incluyente con estrategias y herramientas que permitan a los profesionales de la salud responder a estos retos de una manera culturalmente significativa¹⁹. Al abordar el enfoque de los DSS y la interseccionalidad, se fortalece la coordinación multisectorial a fin de incidir en las brechas de desigualdad y en las inequidades en materia de salud, consolidando así a la salud como derecho humano.

4.3. La población mexicana en la salud – enfermedad

La existencia de un panorama complejo de salud-enfermedad en la población mexicana se ha dado a partir de: las desigualdades regionales y la descomposición del tejido social; el envejecimiento de la población, resultado de la disminución de la tasa de natalidad y el incremento en la esperanza de vida; la coexistencia de enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles; la malnutrición por deficiencia o por exceso; las lesiones accidentales e intencionales; las condiciones asociadas a la violencia en función del género; los problemas de salud mental; así como de la desigual esperanza de vida entre las comunidades que integran el país.

Ejemplo de este escenario es lo acontecido en 2020, cuando la crisis sanitaria ocasionada por la pandemia de COVID-19 provocó la defunción en México de alrededor de 200,000 personas, haciendo que se registraran más de un millón de fallecimientos en total; teniendo como principales causas: enfermedades del corazón, COVID-19, diabetes mellitus y tumores malignos; tal como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 1. Principales causas de muerte en México, 2020

Causas de muerte	Total
Enfermedades del corazón	216,967
COVID-19	199,419
Diabetes mellitus	150,532
Tumores malignos	90,245
Neumonía e influenza	57,444
Enfermedades del hígado	41,026
Enfermedades cerebrovasculares	36,827
Agresiones (homicidios)	32,776
Accidentes	30,902
Las demás causas	217,192
Total	1,073,330

Fuente: INEGI, 2020.

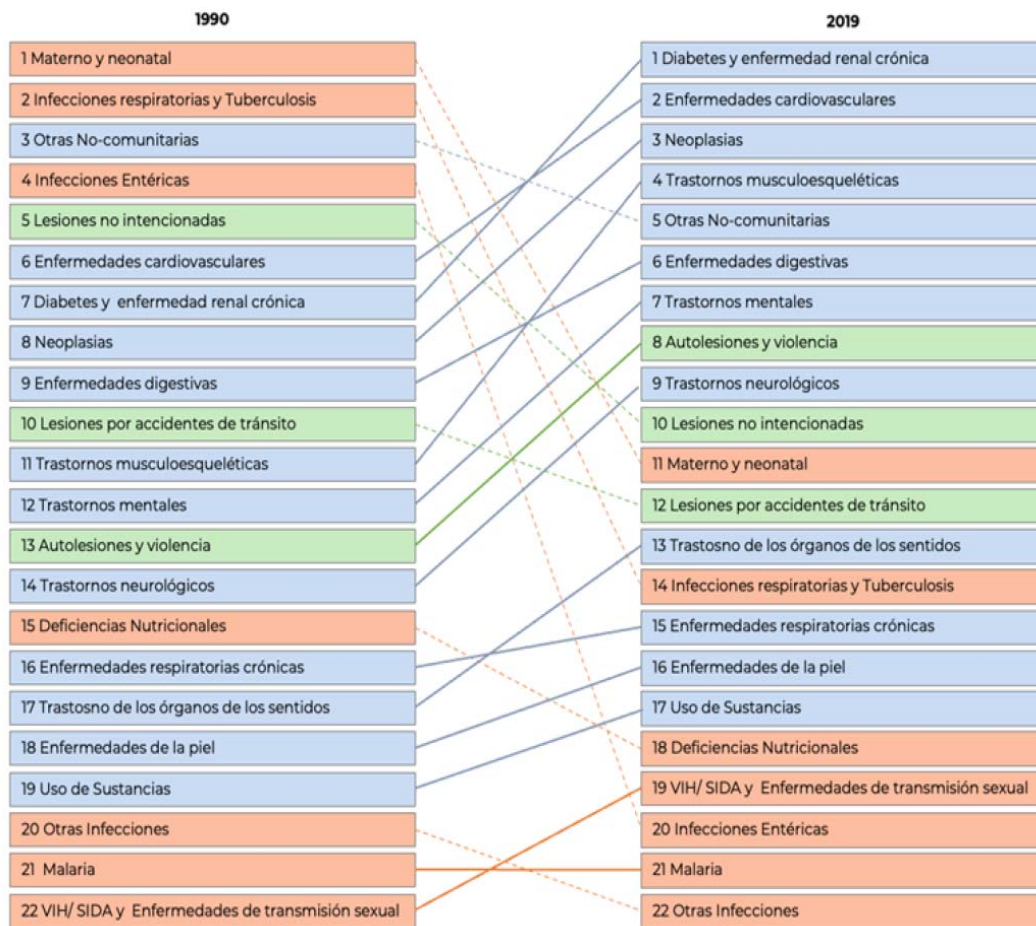
¹⁷ OMS. (2018). Género y salud: Datos y cifras. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

¹⁸ OMS. (2018). Género y salud: Datos y cifras. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

¹⁹ Henríquez F, et al. (2012). Atención en salud con pertinencia cultural: una mirada a partir de la competencia comunicativa intercultural. *Revista Internacional de Humanidades Médicas*, Vol. 1 (2): 53-58. Disponible en: https://cgscholar.com/bookstore/works/la-atencion-en-salud-con-pertinencia-cultural?category_id=cgrn-es&path=cgrn-es%2F340%2F341

El Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME) en su informe *Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad (AVISA)*, publicado en 2019 reportó que los principales problemas de salud de la población mexicana, las cuales de 1990 a 2019 han hecho evidente el problema que ocasionan las enfermedades crónicas no transmisibles (Figura 2). Si se toma en cuenta no solo el número de muertes, sino también la mortalidad prematura y la discapacidad que producen las enfermedades, son las enfermedades cardiovasculares y circulatorias, la diabetes mellitus, los desórdenes mentales y del comportamiento, las neoplasias malignas, los problemas neurológicos, las enfermedades musculoesqueléticas y los problemas neonatales y del embarazo²⁰. De estos, es necesario observar de manera más amplia a la emergencia que surge de los desórdenes mentales y del comportamiento, los problemas neurológicos y las enfermedades musculoesqueléticas, los cuales, si bien no constituyen las principales causas de mortalidad, sí son causa de periodos prolongados de discapacidad.

Figura 2. Principales problemas de salud de acuerdo con los años de vida ajustados por discapacidad, ambos sexos, todas las edades, México 1990 y 2019.

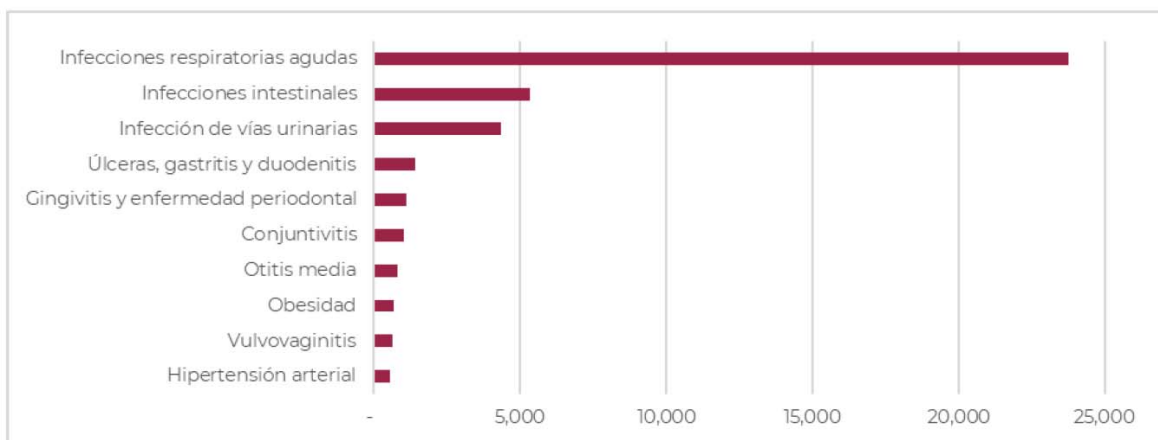


Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation, Global Burden Disease, 2020.

Los padecimientos que ocasionan la muerte prematura o mayor discapacidad en la población no son necesariamente los mismos que llevan a buscar atención médica. En los servicios de salud mexicanos los principales motivos de consulta médica, en el primer nivel de atención, donde se tratan la mayoría de los casos, son padecimientos agudos tales como las enfermedades infecciosas -infecciones respiratorias agudas, infecciones gastrointestinales e infecciones de vías urinarias-, los cuales ocuparon los primeros tres motivos de atención en 2019²¹ (Figura 3). Este tipo de padecimientos se resuelven en una o dos consultas; mientras que los diagnósticos crónicos como hipertensión o diabetes son el principal motivo de consulta subsecuente y requieren atención de por vida.

²⁰ Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden Disease. Disponible en: <https://www.healthdata.org/mexico?language=149>

²¹ Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. (2019). Anuario de morbilidad. Disponible en: <https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2019/principales/nacional/institucion.pdf>

Figura 3. Principales motivos de consulta en México (en miles), 2019

Fuente: DGIS, 2019.

Ante este panorama, la atención de las personas con enfermedades crónicas representa un reto para el sistema de salud mexicano que, como se mencionó previamente, se encuentra fragmentado y debilitado en sus capacidades de rectoría y de atención a la población sin seguridad social. Las personas frecuentemente pasan de un sistema a otro; por ejemplo, hasta el 30 por ciento de la población afiliada al IMSS es dada de baja por periodos mayores a dos meses en un año, lo que dificulta la continuidad de la atención y aumenta el riesgo de perder el control de las enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión y otros padecimientos que requieren atención continua a lo largo de la vida²². Esto evidencia que las condiciones necesarias para que el sistema de salud mexicano preste una efectiva atención médica a toda clase de padecimientos no están dadas.

La atención del parto sigue siendo el principal motivo de egreso hospitalario en el país, por lo que el servicio de gineco-obstetricia es muy importante en los hospitales generales, sobre todo en las zonas rurales. Así mismo, otros motivos significativos son las enfermedades asociadas al sistema digestivo, los traumatismos, envenenamientos y padecimientos provocados por causas externas (Figura 4).

Figura 4. Principales motivos de egreso hospitalario en México, 2019

Fuente: DGIS, 2019.

Como ya se ha mencionado, las causas de la carga de enfermedad observada en México son determinadas por factores socioeconómicos que condicionan la interacción entre el individuo y su entorno, generando impactos en la salud personal y comunitaria capaces de limitar el acceso a los servicios de salud. Toda intervención institucional debe tener como base enfoques de transectorialidad y transdisciplinariedad,

²² Doubova S, Borja-Aburto VH, Guerra-y-Guerra G, Salgado-de-Snyder N, González-Block MA. (2018). Loss of job-related right to healthcare is associated with reduced quality and clinical outcomes of diabetic patients in Mexico. *International Journal for Quality in Health Care* 30 (4): 283–290. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy012>

contemplar la multifactoriedad de las condiciones de salud y modificar no solo la salud del individuo desde la atención médica, sino la salud del individuo desde la acción colectiva y los entornos que definen la salud de las personas en el corto, mediano y largo plazo.

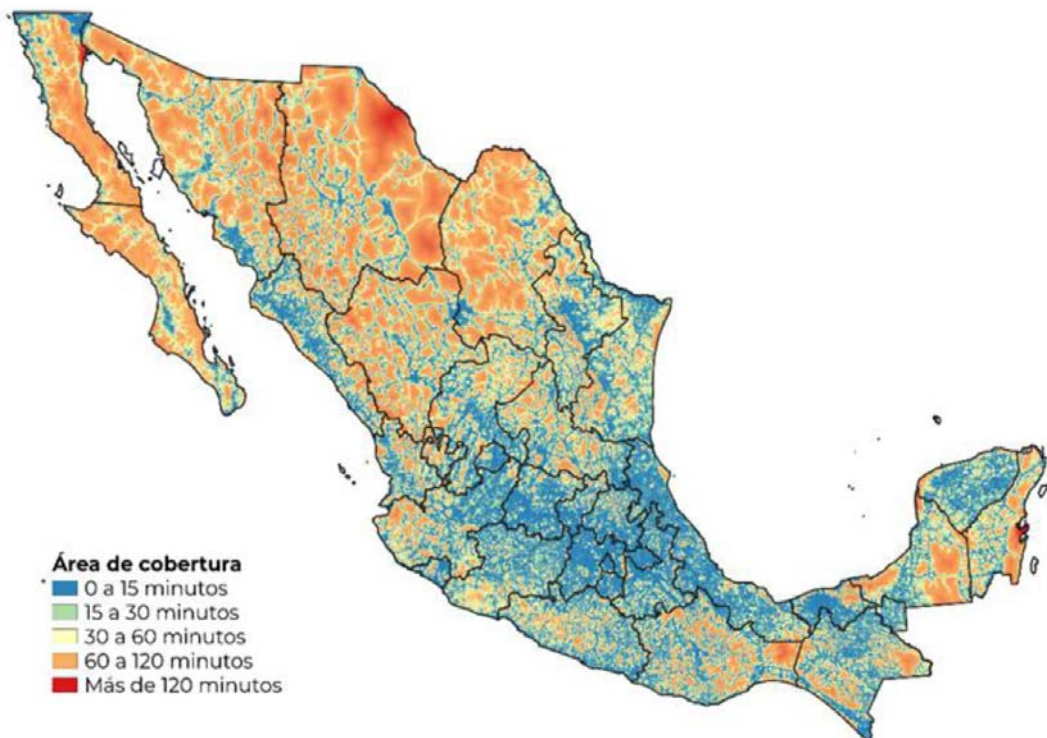
4.4. Accesibilidad geográfica y desiertos de infraestructura en salud

Debido a la pobre inversión, mantenimiento y escasa ampliación realizadas en las últimas décadas a la infraestructura del sistema de salud público, así como la ineficiente distribución de las unidades médicas, se provocaron desiertos de atención que ocasionan la falta de accesibilidad a los servicios de salud en amplias zonas geográficas, en donde la población requiere invertir mucho tiempo en el desplazamiento a las unidades médicas. Estos desiertos tienen su origen en las grandes extensiones territoriales, orografía montañosa o accidentada, hidrográficas complicadas, insuficiencia en las redes viales, y medios de transporte accesibles y estratégicos; lo cual afecta principalmente a grupos poblacionales socioeconómicamente vulnerables²³ y ²⁴. Los altos tiempos de traslado que invierten estos grupos de población afectan la incidencia social de las unidades de primer y segundo nivel al existir grandes zonas en donde la población no tiene acceso real a los servicios de salud.

Primer nivel de atención: En el mapa de la figura 5, se identifica que, los estados que presentan las mayores extensiones de desiertos de infraestructura en salud (dado el tiempo promedio de recorrido hacia la unidad de primer nivel más cercana²⁵) son Chihuahua, Sonora, Durango, Baja California Sur, Coahuila, San Luis Potosí, Jalisco, Oaxaca, Chiapas, Campeche y Quintana Roo, ya que tienen en mayor medida, a población de localidades dispersas que en promedio recorren más de 30 minutos a un centro de salud.

Considerando en este análisis un total de 24,722 localidades y 421,034 personas según el último censo de población, éstas se encuentran más allá de 30 minutos de desplazamiento de una unidad de atención de primer nivel y 12,840 localidades y 195,601 personas más allá de una hora.

Figura 5. Área de cobertura de las unidades médicas de primer nivel de atención para población sin seguridad social



Fuente: Elaboración de la SPPS a partir de Recursos en Salud Sectorial 2020, DGIS/SS.

²³ Kristin M. Dosen, Alexis A. Karasiuk, Alexandra C. Marcaccio, Samantha Miljak, Mythili H. Nair, and Victoria J. Radauskas. (2017). Code Grey: Mapping Healthcare Service Deserts in Hamilton, Ontario and the Impact on Senior Populations. *Cartographica*, 52 (2): 125–131. DOI: <https://doi.org/10.3138/cart.52.2.5103>

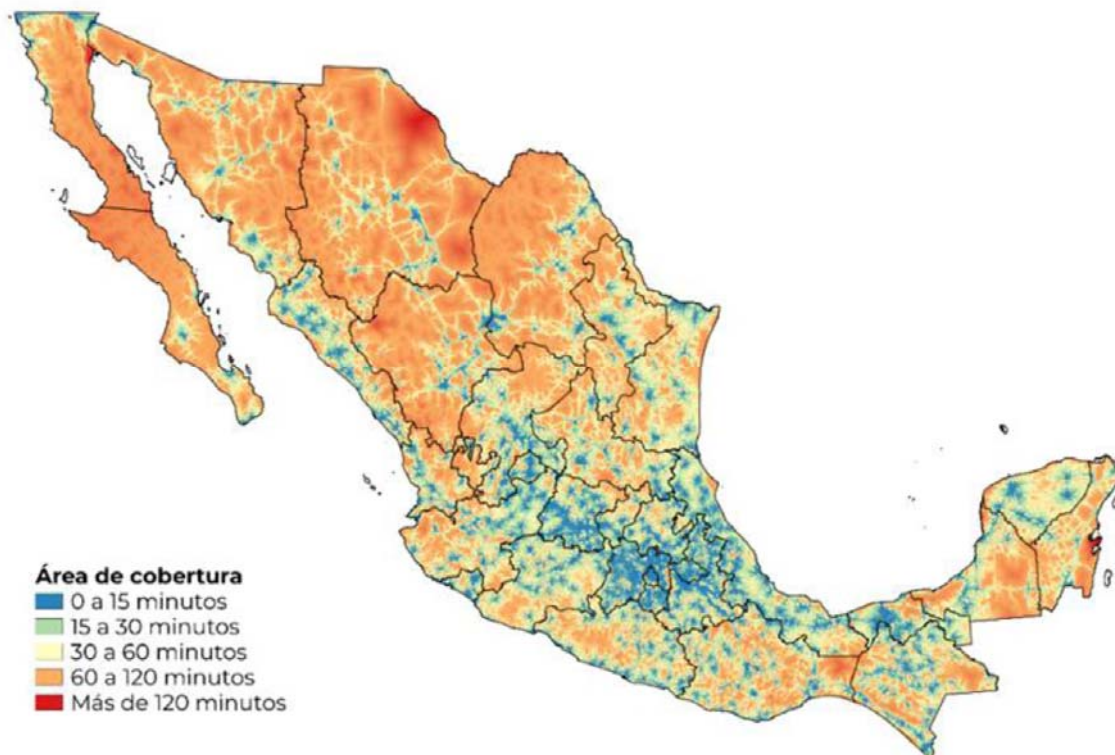
²⁴ Mercado, R., A. Páez, and K.B. Newbold. (2009). Transport Policy and the Provision of Mobility Options in an Aging Society: A Case Study of Ontario, Canada. *Journal of Transport Geography*, 18 (5): 649–661. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jtrangeo.2010.03.017>

²⁵ Tiempo de traslado esperado entre dos puntos, bajo el supuesto de que una persona debiera acceder a un destino en el menor tiempo posible, haciendo uso de un automóvil como primer escenario o desplazándose a pie y posteriormente en automóvil, como segundo escenario.

Segundo nivel de atención: En el mapa de la figura 6 se visualiza que los desiertos de infraestructura del segundo nivel de atención abarcan de una manera más pronunciada, las mismas zonas que en el primer nivel, es decir, casos como los de Chihuahua, Sonora, Baja California Sur y Durango, en los que la población de un mayor número de municipios tendría que recorrer más de 120 minutos para acceder al hospital más cercano. Estos resultados están determinados principalmente por la composición geo-demográfica, es decir, la gran extensión territorial con una densidad de población muy baja; así como por el terreno con una geografía complicada en gran parte de sus regiones. Resulta necesario abordar estas características geo-demográficas proporcionando alternativas para cubrir los desiertos de infraestructura en el contexto particular del norte del país, que vayan más allá de la creación de obras nuevas y sin que la extensión del territorio se utilice como excusa para que prevalezca la inequidad.

Por su parte, en algunos estados de la región sur del país, como en Oaxaca se identifica un desierto de infraestructura de segundo nivel muy notorio, específicamente en la jurisdicción sanitaria Sierra, donde gran parte de la población presenta un promedio de tiempo de recorrido superior de 120 minutos al hospital más cercano. Son municipios con localidades dispersas y ubicados en una de las zonas de más difícil acceso terrestre, solo rodeados por dos carreteras federales. En el resto del estado se encuentran distribuidos hospitales del Programa IMSS-BIENESTAR que buscan proporcionar cobertura para la población en ese territorio, sin embargo, gran parte de la población presenta en promedio de 60 a 120 minutos de recorrido hacia dichos objetivos.

Figura 6. Área de cobertura de las unidades médicas de segundo nivel de atención para población sin seguridad social



Fuente: Elaboración de la SPPS a partir de Recursos en Salud Sectorial 2020, DGIS/SS.

Otros estados del sureste con presencia de desiertos de infraestructura de segundo nivel son Guerrero en las jurisdicciones de Tierra Caliente y Montaña; en Chiapas en las jurisdicciones de Villaflores, norte de Tuxtla Gutiérrez, Ocosingo, y sur de Palenque. También en Quintana Roo, específicamente el municipio de Felipe Carrillo Puerto. En el caso de Yucatán se observa un desierto de atención importante en la parte centro y norte, donde se enlazan las jurisdicciones de Mérida y Valladolid, que aun cuando existen gran número de vialidades, es un territorio en que no hay hospitales para la población sin seguridad social y en promedio el tiempo de recorrido es de 60 a 120 minutos a la unidad más cercana. Este análisis considera un total de 35,865 localidades y 1,375,648 personas que, según el último censo de población, se encuentran a más de una hora de desplazamiento a una unidad de atención de segundo nivel y 13,097 localidades y 294,382 personas a más de dos horas.

Si consideramos los turnos de apertura de las unidades, es observable que especialmente en el primer nivel de atención, los desiertos de atención son muchos más pronunciados para los turnos vespertino y nocturno que para el matutino.

4.5. México ante el mundo

Los países adheridos a la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030 declararon su compromiso de mejorar la salud centrándose en las personas y sus comunidades por medio de una buena gobernanza. En la Declaración de Astaná -en el marco de la Conferencia Mundial sobre la Atención Primaria de Salud (APS) en 2018-, se reconoció que los gobiernos y las sociedades deben priorizar, avanzar, y proteger el bienestar creando entornos favorables y propicios para la salud, comprendiendo que no solo las interacciones de las personas con los servicios de salud son decisivas para dicho Estado. Con esta reconceptualización se ponderan las políticas y el análisis de los determinantes sociales estructurales e intermedios de la salud, contribuyendo verdaderamente al mejoramiento del estado de salud y bienestar de las personas.

Para el estudio de esta nueva conceptualización se implementaron diversos indicadores que miden el desempeño de los servicios de salud y el estado de salud de la población; algunos de ellos son la esperanza de vida, la mortalidad de la población general y la mortalidad de infantes menores de un año. Al respecto, México se encuentra entre los países miembros de la OCDE que tiene mayores retos en relación con estos indicadores, ya que presenta rezagos importantes en la situación de salud de su población y en las capacidades y recursos del Sistema de Salud.

Uno de los indicadores que ha visto un aumento de forma global es la esperanza de vida que, en nuestro país, si bien ha tenido un incremento de 18 años pasando de 57 años en 1960 a 75 años en 2019, este aumento fue conseguido 15 años después que en otros países miembros de la OCDE.

Por su parte, el Consejo Nacional de Población (CONAPO), ha señalado que la mayor esperanza de vida en nuestro país fue alcanzada por las mujeres que radican en la Ciudad de México (79.5 años), mientras que la menor esperanza de vida la alcanzaron los hombres en el estado de Guerrero (70.3), con una diferencia absoluta de casi 10 años. De la misma manera, CONAPO señaló que las entidades federativas con mayor esperanza de vida en el año 2019 fueron Ciudad de México (76.49), Baja California (75.85) y Nuevo León (75.81). Por otro lado, los estados con menor esperanza de vida fueron Guerrero (73.16), Oaxaca (74.03) y Chiapas (74.16) (ver Figura 7).

Así mismo, el riesgo mayor que se mantiene a lo largo de toda la vida, debido a que los servicios de salud no han tenido la capacidad suficiente para prevenir y evitar la muerte por algunos padecimientos que la OCDE estima que los servicios médicos eficientes podrían controlar; la mortalidad evitable en México es 83 por ciento mayor con respecto al promedio observado en los países de la OCDE.

Figura 7. Esperanza de vida al nacer por entidad federativa, México, 2020



Fuente: CONAPO, 2020.

Respecto a la mortalidad infantil, pese a su disminución en las últimas décadas, este indicador es todavía tres veces mayor en México que el promedio de la OCDE, lo que lo convierte en uno de los principales retos del sistema de salud.

Otro indicador utilizado para analizar el desarrollo de los sistemas nacionales de salud, es la Razón de Mortalidad Materna (RMM), métrica que da cuenta de la calidad de la asistencia proporcionada a las mujeres y personas con capacidad de gestar antes, durante y después del embarazo. La RMM mide el progreso de un país en términos de acceso a los servicios de salud en general y su reducción refleja el avance en la implementación de políticas de salud pública sensibles al género. Desde una perspectiva amplia, la muerte materna resulta de la intersección de múltiples variables, en el que intervienen factores médicos, sociales y organizacionales que se articulan en una base de desigualdad social²⁶. Así, el 94 por ciento de las muertes maternas en el mundo ocurren en países en desarrollo o de bajo ingreso y la gran mayoría de estas se consideran evitables si se cuenta con servicios de calidad y profesionales suficientes con competencias en salud sexual y reproductiva²⁷.

En el marco del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo y a 25 años de su proclamación, en 2019, México se comprometió al cumplimiento de: I) cero necesidades insatisfechas de métodos anticonceptivos; II) cero muertes y morbilidades maternas prevenibles; y III) cero violencia sexual por razones de género.

Para su cumplimiento, resulta indispensable considerar el enfoque de transición obstétrica²⁸ clasificación epidemiológica bajo la cual, cuando un país como México alcanza una RMM promedio menor a 50, las causas indirectas de muerte materna derivadas principalmente de patologías crónicas pre-existentes, se tornan más relevantes y coexisten con las causas directas de muerte materna (principalmente hemorragia, enfermedad hipertensiva, sepsis y aborto inseguro). Así mismo, las complicaciones por iatrogenia o por una medicalización excesiva se vuelven más visibles. Es así que, en nuestro país, las cifras de cesárea se han mantenido constantes en la última década con una tasa promedio de 45 por ciento, muy por arriba de las cifras recomendadas por la OMS (15-20 por ciento).

A nivel global, la OMS ha estimado que el 80 por ciento de las muertes maternas se deben a cuatro causas principales: 1) hemorragia posparto; 2) sepsis puerperal; 3) enfermedad hipertensiva en el embarazo y; 4) aborto inseguro²⁹. En el caso de México, estas causas representan el 55 por ciento de dichas defunciones. Aun cuando la mayoría de las causas referidas se desarrollan durante el embarazo, parto o puerperio, pueden existir condiciones de salud o patológicas previas al embarazo que se agudicen durante el mismo.

Para reducir la mortalidad materna en México, en especial en aquellos sectores que viven con grandes brechas de desigualdad, se requiere de acciones diferenciadas orientadas a la mejora continua de la atención a las mujeres entre las que destacan: implementar medidas dirigidas a la detección, atención y control de enfermedades crónico-degenerativas previas y concomitantes, y a la atención pregestacional; favorecer una atención basada en evidencia y centrada en la persona que evite procedimientos innecesarios; implementar entornos habilitantes para la experiencia positiva de la atención materna y perinatal, a través de salas de labor, parto y recuperación³⁰; así como desarrollar acciones específicas en las entidades federativas y grupos de población que presenten mayores dificultades en el acceso a la atención oportuna y calificada durante el embarazo, parto y puerperio³¹. En suma, todas estas acciones representan la operación conjunta de los servicios de atención médica, orientados a la persona en su carácter individual, y de los servicios de salud colectiva, enfocados a la modificación de entornos y determinantes sociales para habilitar y promover el éxito de las intervenciones en materia de salud materna y perinatal.

Con respecto al efecto de la pandemia por COVID-19 en 2020, cabe señalar que la mortalidad general ya era 1.24 veces mayor para las personas no afiliadas, diferencial que estuvo creciendo durante los últimos 20 años y se hizo mayor en 2020 cuando llegó a ser 1.92 veces superior, es decir, casi se duplicó el riesgo de

²⁶ Jaffré, Y. (2012). Towards an anthropology of public health priorities: maternal mortality in four obstetric emergency services in West Africa, *Social Anthropology/Anthropologie Sociale*: 20 (1): 13–18. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1469-8676.2011.00190.x>

²⁷ World Health Organization [WHO]. (2019). Maternal mortality. Evidence brief. Geneva: Department of Reproductive Health and Research. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329886/WHO-RHR-19.20-eng.pdf?ua=1>

²⁸ Souza, J.P. et al. (2014). Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. *BJOG*, 121 (1):1-4. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12735>

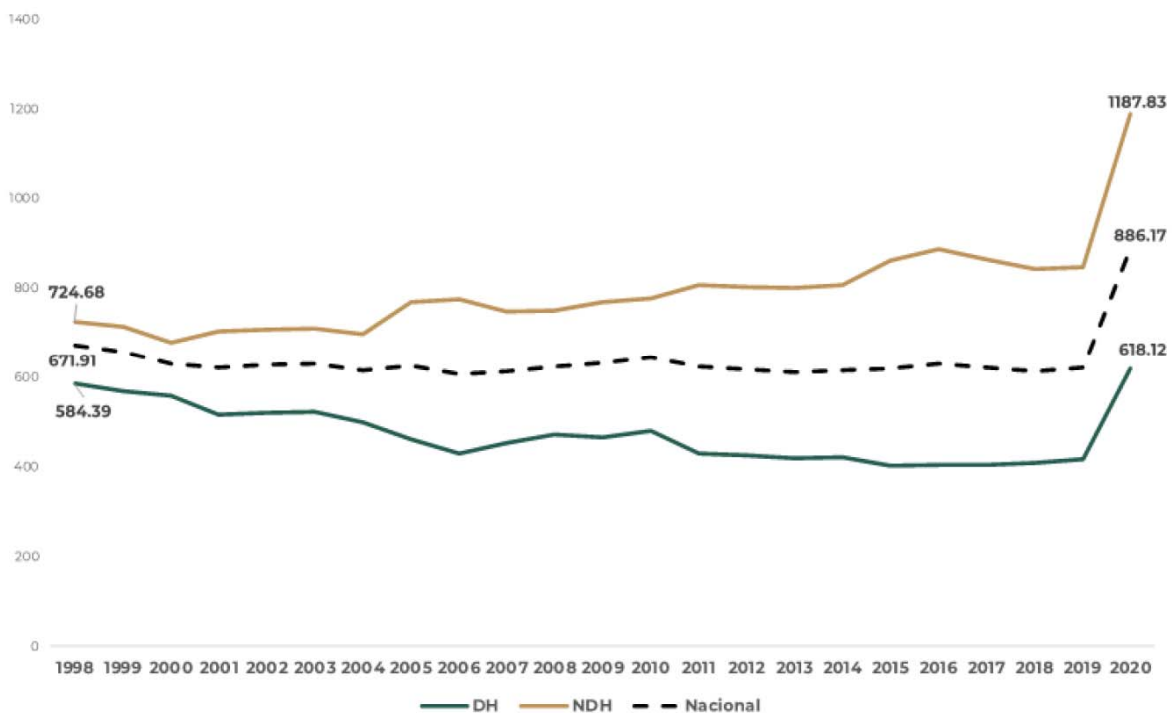
²⁹ WHO. (2019). Ídem.

³⁰ Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2021). Lineamiento técnico para la implementación y operación de salas de labor parto recuperación en las redes de servicios. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud%7Ccnegsr/articulos/lineamiento-tecnico-para-la-implementacion-y-operacion-de-salas?idiom=es>

³¹ Secretaría de Salud. (2020). Programa de Acción Específico en Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especifico>

morir para personas no afiliadas³². Este fenómeno también se observó en algunas enfermedades crónicas como la diabetes, donde la sobremortalidad en personas no afiliadas al IMSS fue 2.14 veces mayor en 2020.

Figura 8. Mortalidad general en población afiliada al IMSS (DH), y población no afiliada IMSS (No DH) y población total nacional 1998-2020



Nuestro país tiene tasas de incidencia menores al promedio observado en los países de la OCDE en la mayoría de las enfermedades prevenibles por vacunas, resultado atribuible al programa nacional de vacunación que ha logrado mantener coberturas mayores a la media internacional. Sin embargo, en prevención secundaria, los programas de detección y seguimiento de las enfermedades crónico-degenerativas, como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, no han alcanzado una cobertura eficaz debido a que la falta de continuidad en la atención. De igual forma, la alta tasa de amputaciones de miembros inferiores; así como la letalidad después de un infarto cerebral, reflejan el fracaso del sistema en la atención oportuna y longitudinal de pacientes diabéticos, en alguna medida debido a la falta de oportunidad y coordinación de la atención pre-hospitalaria y hospitalaria.

La atención de las enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes y la hipertensión, no comienza con la atención oportuna y longitudinal de una persona afectada, sino con la modificación de los entornos que promueven o facilitan el consumo de alimentos perjudiciales para la salud; como lo son los espacios públicos donde la oferta y publicidad comercial de estos productos está presente en escuelas, parques o centro deportivos y la disponibilidad o viabilidad para la adquisición de productos saludables es de alta complejidad o nula. Es justamente con la interacción de las estrategias en salud colectiva y las acciones de atención médica que se genera un círculo virtuoso donde se produce el mayor beneficio para la salud de las personas; tanto en el orden individual, como también para la comunidad en su conjunto.

Como se ha expuesto, el sistema de salud nacional, además de enfrentar problemas derivados de la fragmentación de la atención, tiene capacidades y recursos limitados e ineficiencias en su uso. Al comparar las capacidades de México con los otros países de la OCDE, como se muestra en la Tabla 2, se observa una insuficiente inversión en salud que se refleja en los bajos promedios que en 2019 nuestro país presentó en los indicadores sobre las capacidades y recursos del Sistema de Salud tales como el gasto per cápita (1,133 USD), la cantidad de camas hospitalarias por cada 1,000 habitantes (1) y de cuidados intensivos por cada 100,000 habitantes (3.5), la infraestructura para diagnóstico por millón de habitantes (6.4), el porcentaje de médicos que usan expediente clínico electrónico (30), el número de consultas promedio al año por habitante (2.3) y el internamiento hospitalario por cada 1,000 habitantes (39.1).

³² Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS]. (2020). Informe de Labores y Programa de Actividades, 2020-2021. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/2021/ILPA-20-21.pdf>

Tabla 2. Indicadores de la capacidades y recursos del Sistema de Salud, comparados entre el promedio de los países miembros de la OCDE y México, 2019

Indicador 2019	Promedio OCDE	México
Gasto per cápita en salud (USD)	4,087	1,133
Camas hospitalarias por 1,000 habitantes	4.4	1
Camas de cuidados intensivos (por 100,000 habitantes)	14.1	3.5
Infraestructura para diagnóstico, tomógrafos (por millón de habitantes)	25.9	6.4
Porcentaje de médicos que usa expediente clínico electrónico	93	30
Número de consultas promedio al año por habitante	6.8	2.3
Internamientos hospitalarios por 1,000 habitantes	146.2	39.1
Médicos por 1,000 habitantes	3.6	2.4
Enfermeras por 1,000 habitantes	8.8	2.9
Consultas anuales por médico	2,122	941

Fuente: OECD. Health at a Glance, 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/19991312>

Cabe señalar también que, la prestación de los servicios de salud no solo requiere del personal directamente vinculado a la atención médica, también de personal dedicado a la salud colectiva de las personas, que es ese personal que va más allá de los espacios clínico-hospitalarios e incide en los entornos que determinan la salud de las personas como el acceso a alimentos sanos, la disponibilidad y sanidad de agua, la verificación de la seguridad de productos de consumo humano, entre otros. Estos trabajadores de la salud, a pesar de su rol fundamental en el bienestar de las personas, ha sido soslayado por la medicalización de la atención en salud, tanto en concepto como en práctica. Evidencia de esto es que los indicadores básicos para medir las capacidades del sistema de salud no incluyen componentes sobre el alcance de este personal ni la cobertura de sus instalaciones o capacidades.

Se reconoce que en buena parte el largo camino por recorrer para lograr equiparar nuestro sistema de salud con los países con mejores resultados en los indicadores básicos de salud comienza contemplando entre varios factores, los siguientes: 1) el aseguramiento de la atención médica a cada una de las personas en nuestro país, 2) la generación de entornos que habiliten, faciliten y promuevan la salud individual y colectiva de las personas y 3) la garantía de condiciones dignas de trabajo para la población que integra la base trabajadora del sector salud.

Con el primer factor se evita que padecimientos y defunciones en nuestra población que en gran medida son consecuencia de los determinantes sociales que afectan desproporcionadamente a las comunidades más vulnerables, continúen persistiendo, incidiendo con mayor fuerza en la población sin seguridad social.

El segundo factor tiene como objetivo que la influencia que ejercen todos los elementos externos a la atención médica se encuentren orientados a que las personas vivan en entornos que generen salud y consideren las realidades sanitarias, de infraestructura, de conectividad, económicas, sociales y culturales de cada uno de los grupos poblacionales. Más aún, es menester que estos elementos estén en plena integración y coordinación con el aseguramiento de los servicios de atención médica planteados en el inciso anterior a fin de garantizar el bienestar de las personas.

El tercer factor, busca erradicar las condiciones precarias del Sistema Nacional de Salud en relación con la atención médica, particularmente en los consultorios donde las mujeres están más expuestas a empleos precarios. Un análisis de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) de los 4 trimestres de 2019 y el primer trimestre de 2020, mostró que, en el sector público, 13,4 por ciento y 3,3 por ciento del personal médico tiene precariedad laboral media y alta, respectivamente³³.

5. Fortalecimiento de la rectoría de la Secretaría de Salud para consolidar el Sistema de Salud para el Bienestar

Actualmente, el Sistema Nacional de Salud está constituido por instituciones del Gobierno Federal y de los gobiernos estatales que prestan servicios de salud para todas las personas y por entidades del sector social y privado, las cuales comprenden a las compañías aseguradoras y las y los prestadores de servicios que laboran en consultorios, clínicas, hospitales privados, y en los servicios de medicina alternativa. Asimismo, incluye las instituciones, personal y mecanismos mediante los cuales se prestan los servicios de salud pública.

³³ Montañez-Hernández JC, Díaz-Portillo SP, Guerra G, Reyes-Morales H. (2022). Condiciones de empleo y precariedad laboral de los médicos de México: análisis basado en una encuesta nacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 38 (4): 1-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XES042321>

La LGS precisa que la Coordinación del Sistema Nacional de Salud está a cargo de la Secretaría de Salud, a la cual le compete la planeación estratégica del sistema, establecer y conducir la política nacional en materia de salud, la coordinación intersectorial así como, los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, la promoción del desarrollo de los servicios de salud, la regulación de la atención a la salud y la regulación sanitaria de bienes y servicios, la evaluación de programas y servicios de salud y las políticas sanitarias y, la consecuente protección del derecho a la salud de la población.

Dentro del sector público de los prestadores de servicios de salud se encuentran el IMSS, el cual atiende a las personas derechohabientes y se auxilia del IMSS-BIENESTAR para brindar atención a un segmento de la población que no cuenta con acceso a servicios de salud en 19 estados del país; el ISSSTE; el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas (ISSFAM); los Servicios de salud de Petróleos Mexicanos; y los Servicios Estatales de Salud (SESA).

La organización del sector público de salud existe bajo la premisa de que la protección a la salud es una obligación del Estado, por lo que debe atender las crisis de salud que afectan a la sociedad en general; y el establecer los mecanismos necesarios para que todas las personas, sin discriminación alguna, tengan acceso a los servicios de salud. Esto comprende establecer los objetivos y las directrices necesarias para alcanzar tales fines, así como el desarrollo y la implementación de las acciones del gobierno para identificar los problemas que afectan la salud pública, y el establecimiento de controles de calidad, acceso y cobertura de los servicios de salud.

Por tal motivo, el gobierno de la Cuarta Transformación reconoce que la Secretaría de Salud representa una de las principales instituciones promotoras de la justicia social en el país. Esta justicia social, como proyecto revolucionario, busca que la salud alcance a las personas que aún no cuentan con seguridad social, a través de los programas sociales que implementa el Gobierno de México para garantizar la atención a la salud gratuita.

La segmentación de la atención médica en varias instituciones prestadoras de servicios de salud y la fragmentación institucional de la atención a la población sin seguridad social, derivada de la descentralización de los servicios de salud a las entidades federativas, debilitó las estructuras del Estado mexicano encargadas de la función rectora de la salud pública en nuestro país. La Secretaría de Salud, como autoridad sanitaria, cuenta con la facultad de incidir en las funciones, competencias y responsabilidades de todo el Sistema Nacional de Salud en ejercicio de su función rectora de las políticas en la materia, con la finalidad de proteger y promover la salud de la población. Derivado de las desigualdades e insuficiencias en el acceso a los servicios de salud, resulta impostergable la tarea del Estado de fortalecer el Sistema Nacional de Salud con el objetivo de contar con un sistema integral y vanguardista, con amplia capacidad de preparación, vigilancia y respuesta, que garantice el derecho a la protección de la salud de toda la población.

Para llevar a cabo esta tarea, el Gobierno Federal ha impulsado una estrategia de transformación en salud, por lo que, con la reforma a la LGS de noviembre de 2019, se busca contribuir en la universalización del acceso efectivo, y gratuito a la salud, de las personas que no cuentan con seguridad social.

Asimismo, la reforma al artículo 4o, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, realizada en mayo de 2020, determinó que la ley definirá las bases y modalidades para el acceso efectivo a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, para lo cual, se crea el Sistema de Salud para el Bienestar, con la finalidad de garantizar los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas sin seguridad social.

Por lo anterior, los trabajos emprendidos se orientan a la consolidación del Sistema de Salud para el Bienestar, que garantice en los próximos años la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, particularmente para la atención integral de las personas que no cuentan con seguridad social, así como la generación de entornos habilitantes en materia sanitaria.

Se plantea la estrategia de transformación en salud, impulsando que las unidades de salud, hospitales, personal de la salud y los mecanismos de financiamiento, se consoliden y transfieran a las instituciones fuertes y estables de la federación, para mejorar y optimizar su funcionamiento, proceso que se reconoce como federalización de los servicios de salud. La prestación de servicios de atención médica a las personas sin seguridad social, actualmente a cargo de los gobiernos de las entidades federativas, se transferirán al IMSS, para ser administrados y operados a través del IMSS-BIENESTAR, a fin de expandir su experiencia en la gestión de servicios de salud con un enfoque intercultural e interseccional de salud.

Con esta transformación se busca mejorar la efectividad en la gestión del sistema sanitario del país, reorganizar las instituciones de salud para unificar a nivel federal las funciones de financiamiento, articulación y prestación de servicios, y formular los instrumentos normativos, técnicos y financieros que hagan efectiva la cobertura universal y la gratuidad de los servicios de salud mediante la consolidación del Sistema de Salud para el Bienestar, cuya base de operación será el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR).

La implementación del MAS-BIENESTAR permitirá la ampliación de la cobertura de los servicios de salud, dirigido hacia los grupos que no están insertos en el sector formal de la economía ni tienen capacidad contributiva para afiliarse a los regímenes habituales de la seguridad social.

Una de las claves para conducir y alcanzar los objetivos del Sistema de Salud para el Bienestar es la definición de las funciones que ejercerá la federación a través de la Secretaría de Salud, en su carácter de órgano rector en la materia, encargada de coordinar la implementación y ejecución de los programas, estrategias y planes de atención médica y de salud pública, su vigilancia y supervisión en todo el país.

La ejecución del componente de atención médica a las personas sin seguridad social, estará a cargo del IMSS-BIENESTAR y de otras instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, garantizando la prestación efectiva de los servicios de salud a todas las personas, con especial énfasis en aquellas que actualmente carecen de acceso a estos servicios.

Para el correcto ejercicio de la función rectora se deberán establecer, de manera clara, los objetivos, prioridades y programas de salud pública; así como las estrategias para su implementación, monitoreo y evaluación, lo cual implica un adecuado control de los recursos financieros y la procuración de un marco legal que permita la conducción de este Sistema con efectividad. Para ello, es necesario impulsar, por parte de la Secretaría de Salud, el ejercicio de las funciones esenciales de la salud pública que actualmente se encuentran dispersas entre los diferentes niveles de gobierno, con la modificación de diversos cuerpos normativos que abarcan funciones de salud de carácter transversal.

En este sentido, el presente Programa Estratégico define mecanismos de colaboración para que las autoridades sanitarias locales y federales del ramo, trabajen de manera coordinada durante la etapa de transición a la federalización en materia de salud atendiendo, en todo momento, las necesidades de la población y del personal de la salud.

5.1 Federalización de los servicios de salud en el Sistema de Salud para el Bienestar

Durante la presente administración se ha trabajado incansablemente en ofrecer servicios de salud –aun con la llegada de la emergencia sanitaria ocasionada por el virus de SARS-CoV2 (causante de la enfermedad COVID-19)– los cuales están basados en dos premisas fundamentales: calidad y eficiencia. Lo anterior, se traduce en mejora de la adquisición y distribución de medicamentos y materiales de curación seguros y gratuitos en todo el país, al considerar a la protección social en salud como un asunto de combate a la pobreza y como una herramienta para transitar efectivamente hacia la universalización.

La estrategia de transformación para la federalización de los servicios de salud que se impulsa será integral, pues busca ampliar la cobertura de los servicios públicos de salud, mediante la transferencia voluntaria de los SESA por parte de los gobiernos estatales al IMSS, para que sean operados a través del IMSS-BIENESTAR.

Para dar certeza a estas acciones, en diciembre de 2021 se anunció el proceso de federalización de los servicios estatales de salud mediante el IMSS-BIENESTAR, el cual, ya venía operando en 19 estados de la República. Con este proceso se busca la consolidación del Sistema de Salud para el Bienestar, para hacer efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud consagrado en el artículo 4o constitucional.

De conformidad con el artículo Décimo Sexto Transitorio de la Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2022, el cual otorga al IMSS la facultad de celebrar acuerdos de coordinación con el fin de coadyuvar en la mejora de la cobertura de los servicios públicos de salud, se pretende transitar hacia la federalización de los servicios de salud.

Por lo anterior, el proceso de federalización se apoya en la suscripción de dichos acuerdos de coordinación entre los gobiernos de las entidades federativas, el Gobierno Federal y el IMSS, los cuales prevén también la transferencia de la prestación de los servicios de salud para ampliar la cobertura hacia la población sin seguridad social al IMSS-BIENESTAR, para que ahora, la atención médica retome los principales elementos del Modelo de Atención del IMSS-BIENESTAR reconocido por ser un programa del Gobierno Federal que ofrece servicios de salud desde una perspectiva comunitaria, contribuyendo a la inclusión social y eliminando las brechas de desigualdad social.

En ese sentido, los gobiernos de las entidades federativas colaborarán en el ámbito de sus respectivas competencias, y en términos de los acuerdos de coordinación que se suscriban para abonar en la consolidación y el funcionamiento del Sistema de Salud para el Bienestar.

Con esta estrategia se prevé que el derecho a la salud de las personas sea integral, visualizado no sólo como la prestación de servicios de atención de calidad y la prevención de la enfermedad, sino en la acción de la salud pública con políticas multisectoriales enfocadas a obtener una mayor efectividad; conllevando también a optimizar el gasto, evitar duplicidades y desvíos de recursos, como elementos de la procuración del bienestar general de la población.

La progresividad en el goce y ejercicio del derecho humano de acceso a los servicios de salud pública no puede depender de voluntades políticas, por lo que, si bien es cierto que las entidades federativas asumen una serie de compromisos para la transferencia al IMSS-BIENESTAR de recursos, infraestructura y personal de la salud al suscribir los acuerdos de coordinación, también es cierto que las entidades federativas que no estén implementando el proceso de federalización, no pueden quedarse afuera de esta estrategia. Por ello, como factor de cambio organizacional, dichas entidades también deberán impulsar en sus territorios la aplicación del MAS-BIENESTAR.

En este Programa Estratégico el INSABI colaborará dentro del ámbito de sus respectivas atribuciones en la planeación de la adquisición de medicamentos, vacunas, material de curación, de laboratorio y otros insumos para las instituciones públicas del Sector Salud; la definición del catálogo de insumos para las compras consolidadas; la construcción de obras nuevas de infraestructura y su dotación con los equipos básicos, así como en la elaboración y ejecución de planes de conservación, mantenimiento y reparación de establecimientos de salud; apoyo y colaboración en los procesos de reclutamiento de personal profesional de la salud.

Actualmente, la transferencia de servicios de salud al IMSS-BIENESTAR se realiza mediante la ejecución de un diagnóstico en cada entidad federativa, con el fin de identificar la situación de su sistema de salud. De esta manera, se analizan los recursos humanos tanto del personal médico y de enfermería como del personal administrativo; la participación comunitaria; los recursos financieros y materiales; los servicios generales, de construcción y conservación; y la situación jurídica de los inmuebles.

También se llevan a cabo mesas de trabajo con el personal encargado del sistema de salud estatal, donde se intercambia información, se resuelven dudas, se elabora la calendarización y los cronogramas de trabajo y se ejecuta el proceso de transferencia de los servicios laborales, infraestructura, finanzas, área médica y conservación.

Bajo esta lógica, se pretende que para el 2024, la mayor parte de las unidades de salud del país (actualmente a cargo de los gobiernos de los estados), se transfieran al IMSS-BIENESTAR. Cabe señalar que una de las directrices principales de este proceso es la libre asociación de los estados para la transición de sus sistemas de salud, con la suscripción de acuerdos de coordinación para brindar certeza jurídica al proceso, aunado a la participación voluntaria de las personas trabajadoras de este sector, respetando en todo momento sus derechos laborales.

5.2. Rediseño institucional para el fortalecimiento de la rectoría

Para lograr avanzar hacia el fortalecimiento de las acciones de rectoría de la Secretaría de Salud, se le deberá dotar de mayor control sobre los recursos financieros de origen federal, destinados a las acciones de salud pública y que son ministrados a las entidades federativas para la operación de los programas de salud estatales, con la finalidad de ejercer un control en el presupuesto que se destina de forma eficiente al cumplimiento de las metas e intervenciones establecidas en cada uno de estos Programas. Lo anterior, se traduce en la necesidad de impulsar cambios institucionales y normativos.

La estrategia de transformación en salud, se ejecutará mediante las bases y mecanismos definidos en los acuerdos de coordinación que se suscriban en el marco de la federalización de los servicios de salud, para el ejercicio de las atribuciones del Gobierno Federal por conducto del IMSS-BIENESTAR y los gobiernos de las entidades federativas en materia de prestación de servicios de salud.

Los acuerdos de coordinación mencionados contemplan los elementos necesarios para construir la estructura legal de la transformación que se propone, los cuales tienen que ver con: 1) la modernización, rehabilitación y equipamiento de hospitales y centros de salud, manteniendo un enfoque de medicina preventiva; 2) el abastecimiento oportuno de medicamentos y material de curación basado en la gratuidad; 3) la aportación de los recursos materiales, humanos y financieros que sean necesarios para la operación de los servicios de salud por parte del IMSS-BIENESTAR; 4) la regularización de la situación laboral del personal de la salud para la mejora en sus condiciones laborales; 5) las funciones que corresponda desarrollar a las partes; y 6); las reglas sobre el origen y la transferencia de los recursos presupuestarios destinados a la prestación de los servicios de salud.

Para sustentar la prestación de los servicios de salud en el país, a través del IMSS-BIENESTAR, el Gobierno Federal ha previsto incrementos sustanciales en los gastos de operación del IMSS, motivo por el cual, en el ejercicio fiscal 2022, se le asignó al IMSS-BIENESTAR, un 74% de incremento del presupuesto con respecto al ejercicio fiscal anterior. Asimismo, se planteó la recepción de recursos por medio de la celebración de los acuerdos de coordinación mencionados, a raíz de lo establecido en el citado artículo Décimo Sexto Transitorio de la Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2022.

No obstante, ante la falta de un marco jurídico integral que permita transitar hacia la federalización de los servicios de salud, se considera necesario establecer acciones específicas que garanticen la materialización de esta política de salud que impulsa el Gobierno Federal, en razón de que las instituciones intervinientes han asumido el compromiso de contribuir a la universalización de los servicios de salud para la población sin seguridad social.

Para que sea sostenible esta estrategia será necesario impulsar una serie de reformas a diversas leyes, para establecer las bases y modalidades para garantizar los recursos que hagan efectiva la transferencia de los servicios de salud al IMSS-BIENESTAR, y su operación posterior, en las cuales se establezca el proceso de traspaso de los recursos presupuestarios que se determinen, mismos que las entidades federativas reciben anualmente de la Hacienda Federal con cargo al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, de conformidad con la fracción II del artículo 25 de la Ley de Coordinación Fiscal, garantizando así, el financiamiento necesario para la continuidad en la prestación de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados por parte del IMSS-BIENESTAR.

En el cumplimiento de esta tarea, es imperativo establecer de forma clara y específica las atribuciones y funciones que cumplirá la Secretaría de Salud como autoridad rectora en la materia, en el orden interinstitucional y con los diversos órdenes de gobierno del país.

Las modificaciones reforzarán la función de rectoría y coordinación sectorial de la Secretaría de Salud sobre los programas de atención médica y de salud pública, mientras que los prestadores de servicios de salud a las personas sin seguridad social estarán encargados de la operación funcional de las unidades de salud y hospitales.

La función de evaluación y vigilancia ejercida por la Secretaría de Salud será fundamental en la consecución de los objetivos prioritarios, estrategias prioritarias y acciones puntuales establecidas en el presente Programa Estratégico, lo que asegurará la calidad y mejora de los servicios de salud y los resultados de la aplicación de la Atención Primaria de Salud (APS).

Para este gobierno, es indispensable superar la herencia de antiguas políticas de Estado, estableciendo la gratuidad plena en el acceso a los servicios de salud y la integridad y continuidad de la atención médica, sin exclusiones de ningún tipo y con ello eliminar la naturaleza de la descentralización de los servicios de salud que aún persiste en el país.

5.3. Articulación y prestación de los servicios de salud

La Secretaría de Salud como autoridad rectora es la facultada para definir las directrices de la federalización de los servicios de salud. Actualmente, la LGS en sus artículos 3, 13 y 18 establece la distribución de competencias en materia de salubridad general entre la Federación y las entidades federativas.

Asimismo, el artículo 13, apartado B de la LGS faculta a las entidades federativas para que, dentro de sus respectivas Jurisdicciones Sanitarias, organicen, operen, supervisen y evalúen la prestación de los servicios de salubridad general, los cuales ejercen, con el apoyo de los recursos presupuestarios federales derivados del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud.

En la instrumentación de la estrategia transformación en salud, en el marco de actuación de la facultad que le otorga la citada Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 2022, el IMSS ha suscrito diversos acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas, con la finalidad de ampliar la cobertura de la prestación de los servicios de atención médica a la población sin seguridad social, a través del IMSS-BIENESTAR.

Para fortalecer la red de establecimientos de salud en beneficio de las personas sin seguridad social, se ha llevado a cabo una amplia colaboración entre la Secretaría de Salud, el INSABI, el IMSS y el IMSS-BIENESTAR para la consolidación del Sistema de Salud para el Bienestar, favoreciendo una administración eficiente, eficaz y transparente de los recursos financieros que se invierten en la ampliación y mantenimiento de la infraestructura física, el equipamiento, el personal de salud y en la compra y distribución de los medicamentos y demás insumos asociados a la atención de salud a la población.

El trabajo colaborativo de todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, se deberá fortalecer considerando los cambios demográficos y epidemiológicos que actualmente caracterizan la salud de las y los mexicanos. El panorama de salud global en el que vivimos nos obliga a realizar una reflexión profunda sobre

la preparación de nuestro sistema sanitario para hacer frente a las contingencias sanitarias. La crisis de la pandemia por COVID-19 ha cambiado en su totalidad la dinámica del sector salud, lo que implica realizar ajustes al sistema que fortalezcan y permitan reaccionar con dinamismo ante los nuevos escenarios globales.

El fortalecimiento de la rectoría procurará garantizar que las acciones de mejora de la salud en curso, se combinen con una supervisión eficaz, mejor coordinación intergubernamental, adecuada regulación, en el correcto diseño del sistema y la rendición de cuentas, aspectos que se consideran en este Programa Estratégico. La participación de todos los actores, desde las y los profesionales de la salud hasta la sociedad civil, es fundamental para garantizar que el sistema alcance los objetivos de mejorar el estado de salud, la capacidad de respuesta del sistema a las expectativas de las personas y la reducción del riesgo financiero para las y los usuarios de los servicios.

Las relaciones entre las personas atendidas, el gobierno y el personal de salud son la base para la eficiente y eficaz prestación de servicios, brindar una adecuada respuesta a las necesidades de salud y las preferencias de las personas, así como para la transparencia de la asignación de recursos, la rendición de cuentas clara y el ejercicio legítimo de la voz de las personas en los controles y los equilibrios institucionales.

5.4. Servicio Nacional de Salud Pública (SNSP)

De acuerdo con el marco jurídico vigente, la Secretaría de Salud es la dependencia facultada para ejercer la rectoría de todo el Sistema Nacional de Salud, lo cual implica la evaluación y corrección de acciones realizadas, entre otros, por los SESA. De igual manera, presta servicios de Alta Especialidad a través de los Institutos Nacionales de Salud, los Hospitales Regionales de Alta Especialidad y los Hospitales Federales.

En la reconfiguración institucional para el fortalecimiento de la rectoría de la Secretaría de Salud, se impulsará una estrategia de salud pública a través de la incorporación gradual del SNSP que permitirá articular de mejor manera las actividades, programas y acciones de vigilancia y control de los determinantes sociales y problemas de salud pública que podrán coordinarse desde las Jurisdicciones Sanitarias y los nodos específicos para la gestión del territorio.

El SNSP permitirá instituir los lineamientos en materia de recursos humanos capacitados en Salud Pública que faciliten la organización, desarrollo e integración de las actividades en el territorio nacional para el ejercicio pleno del derecho humano a la salud, lo que articulará la consolidación de un Sistema Nacional de Salud Universal, equitativo, integral, sustentable, efectivo, accesible y de calidad, con atención a los grupos de población en estado de vulnerabilidad, y favorecerá el fortalecimiento de la rectoría de la autoridad sanitaria y la intersectorialidad.

Así mismo, el SNSP será un cuerpo integral que tendrá por objeto salvaguardar y proteger la salud poblacional desde el territorio y mediante las funciones esenciales de la salud pública; busca ser el brazo operativo de la Secretaría de Salud mediante estrategias de despliegue territorial y del más cercano contacto poblacional, que permitan traducir la retórica de la atención primaria a la salud en una realidad e implementación funcional a favor de la población sin seguridad social.

En su operación, el SNSP observará las once Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP), recomendadas por la OPS, mismas que se clasifican en cuatro ejes: 1) Evaluación; 2) Desarrollo de políticas; 3) Asignación de recursos; y 4) Acceso; priorizando a los sectores poblacionales que cuentan con mayor marginación en la atención a la salud, para asegurar un acceso equitativo a los servicios de salud.

1. Evaluación:

1. Monitoreo y evaluación de la salud y el bienestar, la equidad, los DSS y el desempeño e impacto de los sistemas de salud;
2. La vigilancia en salud pública, el control y la gestión de los riesgos para la salud y las emergencias;
3. Promoción y gestión de la investigación y el conocimiento en el ámbito de la salud;

2. Desarrollo de políticas:

4. Formulación e implementación de políticas de salud y promoción de legislación que proteja la salud de la población;
5. Participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia;

3. Asignación de recursos:

6. Desarrollo de recursos humanos para salud;
7. Asegurar el acceso y uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales de calidad, seguras y eficaces;
8. Financiamiento de la salud eficiente y equitativo;

4. Acceso:

9. Acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad;
10. Acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables;
11. Gestión y promoción de las intervenciones sobre los DSS;

La función de rectoría a cargo de la Secretaría de Salud, debe considerarse como la más importante dentro de la estrategia de transformación que se impulsa. Para esto, resulta impostergable la unión de esfuerzos y acciones en salud que permitan que nuestras instituciones puedan ampliar la atención a personas que no cuentan con acceso a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Todo ello con miras a la consolidación de un Estado de Bienestar igualitario y fraterno, en el que se pueda garantizar que los pobres, los grupos vulnerados y los olvidados por las políticas neoliberales encuentren protección ante incertidumbres económicas, desigualdades, desventajas y otras calamidades, donde todos podamos vivir sin angustias ni temores.

6. Objetivos prioritarios, estrategias y acciones puntuales

Las once Funciones Esenciales de Salud Pública son la base transversal para el establecimiento de los objetivos prioritarios, las estrategias y las acciones puntuales del presente Programa Estratégico. En ellas recae la articulación y la consolidación del Sistema de Salud para el Bienestar. Es por ello que el Programa Estratégico propone cuatro objetivos, nueve estrategias y 37 acciones.

Los cuatro objetivos centrales de este Programa Estratégico son los siguientes:

- Objetivo 1. Establecer los mecanismos y procesos para el fortalecimiento de la capacidad rectora de la Secretaría de Salud sobre el Sistema Nacional de Salud para consolidar el Sistema de Salud para el Bienestar.
- Objetivo 2. Organizar y ampliar la operación del Sistema de Salud para el Bienestar para contribuir a garantizar la atención médica de las personas sin seguridad social.
- Objetivo 3. Elaborar e implementar un Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar, que permita mejorar e incrementar la calidad de los servicios de salud y del personal que proporciona atención a la población sin seguridad social.
- Objetivo 4. Mejorar la infraestructura, equipamiento para la salud y sistemas de información de los servicios de salud operados por las entidades federativas que atienden a las personas sin seguridad social.

A continuación, se describen los cuatro objetivos, las estrategias y sus acciones.

Objetivo 1. Establecer los mecanismos y procesos para el fortalecimiento de la capacidad rectora de la Secretaría de Salud sobre el Sistema Nacional de Salud para consolidar el Sistema de Salud para el Bienestar.

Este Objetivo está relacionado de manera transversal con todos los ejes de las Funciones Esenciales de Salud Pública, especialmente con los ejes de Evaluación y Desarrollo de Políticas de las FESP, para enfatizar a la Secretaría de Salud como el órgano evaluador y el articulador de políticas entre los diferentes niveles de gobierno y de las instituciones del sector salud. Las estrategias y acciones que conforman este objetivo son las siguientes:

Estrategia 1.1. Conducir y coordinar de manera sectorial a las diversas instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud en los diferentes niveles de gobierno, para fortalecer el marco normativo que permita la consolidación del Sistema de Salud para el Bienestar a través de la estrategia de federalización de los servicios de salud.

Acción 1.1.1. Incidir y coordinar las funciones, competencias y responsabilidades de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, ejerciendo la función rectora en materia de salud pública.

Acción 1.1.2. Establecer, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional en materia de salud pública, con la finalidad de garantizar la progresividad en la cobertura de los servicios de salud para las personas sin acceso a estos servicios en el territorio nacional.

Acción 1.1.3. Impulsar modificaciones al marco normativo en materia de regulación y salud pública que permitan consolidar el Sistema de Salud para el Bienestar, así como fortalecer la rectoría de la federación sobre los recursos financieros presupuestados destinados para la organización y operación de los servicios de salud y los programas de salud pública.

Acción 1.1.4. Elaborar e implementar políticas de armonización de la provisión de servicios de salud en materia de salud pública que permitan de manera progresiva, equitativa e integral, garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social.

Estrategia 1.2. Diseñar e implementar estrategias y acciones en materia de salud pública a fin de lograr la articulación de los elementos que conforman el Sistema Nacional de Salud, para consolidar el Sistema de Salud para el Bienestar.

Acción 1.2.1. Establecer un Servicio Nacional de Salud Pública encargado de la planeación, implementación y evaluación de acciones y programas enfocados en la protección de la salud personal y colectiva de la población en todos los niveles de atención.

Acción 1.2.2. Redefinir las Jurisdicciones Sanitarias para coordinar las actividades en materia de salud pública que satisfagan las necesidades y demandas actuales de la sociedad en materia de salud pública, para garantizar la protección de la salud con acceso y cobertura universal a través de la articulación de servicios de atención a la salud.

Acción 1.2.3. Crear e implementar las estrategias, planes y programas que aseguren la calidad y cobertura de los servicios en materia de salud pública y contribuyan a disminuir la brecha de desigualdad en el acceso de los servicios de salud a través del despliegue territorial.

Acción 1.2.4. Diseñar, regular e implementar a nivel territorial un sistema integral de intercambio de información respecto de los servicios de atención médica para las personas usuarias que transitan entre la población con seguridad social y la población sin ésta.

Objetivo 2. Organizar y ampliar la operación del Sistema de Salud para el Bienestar para contribuir a garantizar la atención médica de las personas sin seguridad social.

Este objetivo considera a los cuatro ejes transversales de las FESP. En el eje de Evaluación, se enlaza con la función de Vigilancia, control y gestión del riesgo; en el eje de Desarrollo de políticas con la función de políticas, legislación y marco regulatorio; en el eje de Asignación de Recursos, se conjuga con las funciones de financiamiento, medicamentos y otras tecnologías y desarrollo de recursos humanos; y en el eje de Acceso, se relaciona con la función de Acceso a servicios integrales y de calidad. Las estrategias y acciones que conforman este objetivo son las siguientes:

Estrategia 2.1. Ampliar progresivamente la cobertura del IMSS-BIENESTAR para garantizar la atención a la salud ambulatoria y hospitalaria, incluyendo el suministro de medicamentos y exámenes de laboratorio y gabinete, a las personas no protegidas por los sistemas de seguridad social.

Acción 2.1.1. Impulsar adecuaciones al marco normativo para fortalecer al Sistema de Salud para el Bienestar, así como para facilitar la transferencia de los servicios operados por las entidades federativas hacia el IMSS, para que, por medio de IMSS-BIENESTAR, se administre y opere la prestación de los servicios de salud para las personas sin seguridad social.

Acción 2.1.2. Establecer los mecanismos de coordinación entre autoridades e instituciones de salud acciones en materia de recursos, medicina preventiva, personal, atención médica y manejo de información para la creación de Redes Integradas de Servicios de Salud que garanticen la continuidad de la atención, prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados.

Acción 2.1.3. Determinar las unidades de salud y hospitales que serán sujetas de transferencia de las entidades federativas al IMSS mediante criterios y procesos definidos.

Acción 2.1.4. Transferir al IMSS los recursos presupuestarios destinados a la prestación de servicios de salud para la operación de las unidades de salud y hospitales transferidos.

Estrategia 2.2. Estructurar e implementar un esquema de financiamiento para el equipamiento y funcionamiento de las unidades de salud, el personal de salud, medicamentos e insumos necesarios para la atención de las personas sin seguridad social.

Acción 2.2.1. Elaborar un análisis financiero de las unidades de salud que serán sujetas de transferencia de acuerdo con el Programa Estratégico.

Acción 2.2.2. Definir la programación, el procedimiento y el monto de inversión requerida para la adecuación de la infraestructura para los procesos de transferencia y operación de las unidades de salud.

Acción 2.2.3. Determinar los costos del modelo de transferencia y contratación del personal de salud que operará en las unidades de salud sujetas a transferencia.

Acción 2.2.4. Establecer la inversión requerida para la operación de las unidades de salud, y para la compra y distribución de medicamentos e insumos necesarios para asegurar una atención de calidad.

Objetivo 3. Elaborar e implementar un Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar, que permita mejorar e incrementar la calidad de los servicios de salud y del personal que proporciona atención a la población sin seguridad social.

El Objetivo 3, al igual que el objetivo anterior, tiene estrecha relación con todos los ejes de las FESP de la siguiente manera: en el eje de Acceso se conjuga con las funciones de acceso a servicios integrales y de calidad, promoción de la salud y comportamientos saludables, y con DSS; en el eje de Evaluación se armoniza con las funciones de vigilancia, control y gestión de riesgos; respecto al eje de Desarrollo de Políticas se enlaza con la función de participación y movilización social; mientras que en el eje de Asignación de Recursos para las funciones de medicamentos, otras tecnologías y desarrollo de recursos humanos.

Estrategia 3.1. Elaborar e implementar un Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar, basado en atención primaria de salud, para dar respuesta integral a las necesidades de salud de las personas, familias y comunidades sin seguridad social.

Acción 3.1.1. Definir la población a cargo, a fin de anticipar los servicios de salud requeridos a partir de un enfoque territorial, en el que se identifiquen factores de riesgo y DSS.

Acción 3.1.2. Determinar la organización y gestión de los servicios de atención médica individual para dar respuesta a las necesidades de salud de las personas, familias y comunidades a fin de proteger, promover y restaurar la salud.

Acción 3.1.3. Configurar las Redes Integradas de Servicios de Salud para asegurar la prestación de servicios de atención a la salud equitativos y homologados en las unidades de salud y hospitales para garantizar la continuidad de la atención en coordinación con las acciones de salud colectiva.

Acción 3.1.4. Capacitar y formar al personal de salud conforme al Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar.

Acción 3.1.5. Establecer un sistema de gestión de calidad y seguridad en los servicios de salud basado en el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar.

Acción 3.1.6. Fortalecer la organización y la participación comunitaria en el ámbito rural, semiurbano y urbano de las unidades de salud que operarán en el marco de este Programa Estratégico.

Acción 3.1.7. Fortalecer las políticas en materia de salud colectiva de conformidad con el Modelo de Atención.

Estrategia 3.2. Implementar un modelo de Gestión de Personal que regularice la situación del personal de salud y permita asegurar la estabilidad laboral, la portabilidad y homologación en las entidades federativas, para contar con un esquema técnico-financiero viable y sostenible a largo plazo en el país, de acuerdo con el modelo de atención.

Acción 3.2.1. Regularizar la gestión de personal de acuerdo a las necesidades del Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar, en las unidades y hospitales que presten servicios de salud a las personas sin seguridad social que operarán en el marco de este Programa Estratégico.

Acción 3.2.2. Definir los perfiles del personal de salud y administrativo que será necesario para la prestación de los servicios de salud.

Acción 3.2.3. Establecer procedimientos de contratación y de transición del personal que habrá de requerirse en la prestación de servicios de salud.

Acción 3.2.4. Diseñar el plan de formación y capacitación continua del personal en respuesta a las necesidades de las instancias encargadas de prestar servicios de salud a la población sin seguridad social.

Estrategia 3.3. Asegurar el acceso gratuito a medicamentos e insumos médicos, seguros, eficaces y de calidad a las personas sin seguridad social.

Acción 3.3.1. Actualizar el Compendio Nacional de Insumos para la Salud a distribuir en las unidades de acuerdo con el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar y la cartera de servicios, considerando las guías de práctica clínica y protocolos de atención estandarizados basados en evidencia.

Acción 3.3.2. Coordinar un modelo de Triple Optimización Médica, de Salud Pública y Económica para la compra consolidada de medicamentos e insumos para la salud, para asegurar su abasto oportuno para la prestación de servicios de salud.

Acción 3.3.3. Establecer los mecanismos para el abasto y la distribución de medicamentos e insumos para la prestación de servicios de salud.

Acción 3.3.4. Fortalecer la regulación sanitaria de medicamentos e insumos para la salud.

Objetivo 4. Mejorar la infraestructura, equipamiento para la salud y sistemas de información de los servicios de salud operados en las entidades federativas que atienden a las personas sin seguridad social.

El Objetivo 4 se armoniza con los ejes de Acceso y de Asignación de Recursos. Respecto al eje de Acceso, la función con la que se relaciona es acceso a servicios integrales y de calidad; mientras que en el eje de Asignación de Recursos se conjuga con la función de medicamentos y otras tecnologías.

Estrategia 4.1. Adaptar la infraestructura de salud de manera progresiva de acuerdo con las necesidades del Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar, para proporcionar servicios de salud accesibles y de calidad a las personas sin seguridad social en todos los niveles de atención.

Acción 4.1.1. Elaborar un diagnóstico de las condiciones y requerimientos actuales de infraestructura física, equipamiento, mobiliario e informática de las unidades de salud y hospitales a transferir a la federación a fin de determinar y cuantificar financieramente los requerimientos necesarios para su acondicionamiento.

Acción 4.1.2. Generar e instrumentar un plan para la adecuación de infraestructura y equipamiento que requieren las unidades de salud y hospitales transferidos, considerando la integración de las Redes Integradas de Servicios de Salud.

Acción 4.1.3. Identificar los desiertos de atención a la salud del país para analizar las necesidades de infraestructura en regiones focalizadas; así como las áreas que requieran el fortalecimiento de infraestructura y equipamiento.

Estrategia 4.2. Revisar y consolidar los sistemas de información existentes, para que, en conjunto con las Tecnologías de la información y comunicación, logren la correcta ejecución y registro de información asociada al Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar en lo que a la prestación servicios médicos preventivos y correctivos de las personas usuarias a las unidades de salud respectivas, así como su vinculación con la información en salud relativa a los entornos y determinantes colectivos.

Acción 4.2.1. Elaborar un diagnóstico de la infraestructura de servicio eléctrico, equipamiento de cómputo y conectividad a internet de las unidades de salud que serán transferidas.

Acción 4.2.2. Establecer un programa de implementación de infraestructura de servicio eléctrico, equipamiento de cómputo y conectividad a internet de las unidades de salud que serán transferidas.

Acción 4.2.3. Establecer la estrategia de interoperabilidad del sistema de información integral en las unidades transferidas a la federación para su correcto funcionamiento.

Acción 4.2.4. Definir los mecanismos y criterios para la intercomunicación y transferencia de datos generados en las unidades de salud del IMSS-BIENESTAR hacia la Secretaría de Salud, para el uso de los mismos según el ámbito de competencia.

7. Vinculación de los objetivos prioritarios del Programa Estratégico con el PSS

El Programa Estratégico de Salud para el Bienestar, además de relacionarse de manera transversal con las Funciones Esenciales de la Salud Pública, se organiza con base en el Sistema Nacional de Planeación Democrática del Estado Mexicano y, toma como base el cumplimiento del PND y el PSS. El PND en su apartado 2. Política Social, en el rubro Salud, establece que el gobierno federal realizará las acciones necesarias para garantizar que hacia 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos los medicamentos, materiales de curación y los exámenes clínicos.

Aunado a ello, el PSS propone un planteamiento para disponer de un sistema único, público, gratuito y equitativo de salud que garantice el acceso efectivo de todas las personas a servicios de salud de calidad: la promoción, la prevención, la detección y los tratamientos oportunos, la rehabilitación y el camino al bienestar.

Los objetivos, estrategias y acciones descritas en el apartado anterior están alineadas con el Sistema Nacional de Planeación Democrática. En el siguiente cuadro se presentan los correlativos de los objetivos de este Programa Estratégico respecto al PSS, a los cuales se alinean:

Objetivos Prioritarios del PSS 2020-2024	Programa Estratégico de Salud para el Bienestar
Objetivo 1. Garantizar los servicios públicos de salud a toda la población que no cuente con seguridad social y, el acceso gratuito a la atención médica y hospitalaria, así como exámenes médicos y suministro de medicamentos incluidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud.	Objetivo 2. Reforzar el funcionamiento de los componentes del Sistema de Salud para el Bienestar enfocados en atender a las personas sin seguridad social.
Objetivo 2. Incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos del SNS para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano.	Objetivo 3. Generar e implementar un Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar, que permita mejorar la calidad e incrementar los servicios de salud y la capacidad humana en los servicios de salud que proporcionan atención a población sin seguridad social en el país.
Objetivo 3. Incrementar la capacidad humana y de infraestructura en las instituciones que conforman el SNS, especialmente, en las regiones con alta y muy alta marginación para corresponder a las prioridades de salud bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos.	Objetivo 4. Mejorar la infraestructura, equipamiento médico y sistemas de información de los servicios de salud operados por las entidades federativas que atienden a las personas sin seguridad social.
Objetivo 4. Garantizar la eficacia de estrategias, programas y acciones de salud pública, a partir de información oportuna y confiable, que facilite la promoción y prevención en salud, así como el control epidemiológico tomando en cuenta la diversidad de la población, el ciclo de vida y la pertinencia cultural.	Objetivo 1. Establecer los mecanismos y procesos para el fortalecimiento de la capacidad rectora de la Secretaría de Salud sobre el Sistema Nacional de Salud para consolidar el Sistema de Salud para el Bienestar.
Objetivo 5. Mejorar la protección de la salud bajo un enfoque integral que priorice la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud y el oportuno tratamiento y control de enfermedades, especialmente, las que representan el mayor impacto en la mortalidad de la población.	

Como resultado del Programa Estratégico de Salud para el Bienestar, se espera observar un cambio en las condiciones de salud de las personas sin seguridad social. Para saber si el Programa generará los resultados esperados es necesario darles seguimiento. De esta manera, se podrán detectar deficiencias tanto en el diseño como en su implementación para hacer ajustes que permitan alcanzar los objetivos planteados. Por ello, es importante trazar un proceso de seguimiento y evaluación de las acciones que se estarán realizando para lograr los objetivos establecidos en este Programa Estratégico.

8. Evaluación y rendición de cuentas

El diagnóstico realizado sobre las condiciones que prevalecen en materia de salud pública en el país, de las desigualdades en el acceso a los servicios y del incremento de complicaciones a causa de enfermedades crónico-degenerativas obliga al Estado Mexicano a implementar programas que den respuesta a estas problemáticas. Los recursos disponibles deben ser utilizados de manera eficiente con el claro objetivo de mejorar las condiciones de salud de todas las personas sin importar su condición laboral.

En este sentido, el concepto de evaluación se ha entendido como la actividad que permite valorar el desempeño de la acción pública desde una valoración sistémica de la concepción, la puesta en práctica y los resultados de una intervención pública³⁴. En el marco de una nueva visión de gobierno, este programa se vincula con la identificación de las transformaciones generadas a partir de su implementación, teniendo la particularidad adicional de no ser considerada solamente como un fin, sino que, es un punto de arranque en la búsqueda de mejoras de impacto en el corto, mediano y largo plazo, sobre la calidad de vida de las personas; ya que se busca que la evaluación no solo analice si la implementación del modelo es efectiva, sino que proporcione información para determinar si ha sido el programa adecuado y si existen elementos actuales que prevean el logro de los objetivos.

³⁴ Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL. (2022). Acerca de Evaluación de políticas y programas públicos. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/temas/evaluacion-de-politicas-y-programas/acerca-evaluacion-politicas-programas-publicos>

Así, para poder alcanzar el objetivo principal de garantizar el acceso efectivo a servicios de salud para las personas sin seguridad social, no solamente será necesario implementar mecanismos de evaluación en momentos específicos, sino que será necesaria la realización de un seguimiento y monitoreo de acciones y, sobre todo, de los recursos utilizados a lo largo de la implementación de las estrategias del Programa Estratégico.

La evaluación será responsabilidad del prestador de servicios de salud para personas sin seguridad social, en apego al Sistema de Evaluación del Desempeño, mediante el monitoreo y valoración sistemática de los componentes e indicadores de sus respectivos programas de implementación. Habrá tres tipos de evaluaciones: la interna, la sectorial y la externa.

Respecto a la evaluación interna, el prestador de servicios dará seguimiento a los indicadores a través de un tablero de control semaforizado, así como a las metas internas por líneas de acción. En el caso del IMSS-BIENESTAR, dichos resultados serán remitidos a los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada Estatales y Regionales y a los niveles de conducción del programa para apoyo en la toma de decisiones; en el caso de los Sistemas Estatales de Salud, dicha evaluación se procesará conforme a su normatividad aplicable.

De conformidad con el artículo 77 bis 5 inciso A fracción XVII de la LGS, la Secretaría de Salud será la responsable de la evaluación sectorial del desempeño de la prestación gratuita de servicios de salud en los aspectos de accesibilidad, aceptabilidad, calidad, oportunidad e integralidad de los servicios prestados en coadyuvancia con los órganos competentes para el control y fiscalización de recursos públicos, pudiéndose auxiliar en esta labor del INSABI en los temas de competencia de esa institución.

La evaluación externa será coordinada por la Secretaría de Salud con los criterios del Programa Anual de Evaluación (PAE) emitido por el CONEVAL y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). Este tipo de evaluación contribuye a la identificación y análisis de áreas de oportunidad en la operación de este Programa Estratégico, lo que permitirá mejorar los procesos de planeación y toma de decisiones. La evaluación externa será seguida de acciones de mejora a desarrollar en los diferentes niveles de conducción del IMSS-BIENESTAR de acuerdo con sus reglas de operación y de los Sistemas Estatales de Salud y conforme a su normatividad aplicable.

Asimismo, la Rendición de Cuentas permite evaluar la responsabilidad del sistema sobre las preocupaciones y prioridades sociales existentes y emergentes basadas en sus necesidades, esto busca promover la participación ciudadana y el monitoreo para mejorar el desempeño del sistema, eficacia y capacidad de respuesta a las necesidades de las personas, ya que la sociedad se organizará para solicitar la rendición de cuentas y el mismo sistema cuenta con mecanismos para brindarla a la sociedad. Es indudable que un Estado democrático requiere el compromiso de informar y rendir cuentas a las personas. Por ello, la evaluación, seguimiento y monitoreo son elementos fundamentales de este Programa.

La evaluación del IMSS-BIENESTAR implica la evaluación de la progresividad en la implementación del Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar. Existen diferentes niveles de evaluación que se deben contemplar, así como sus indicadores de avance en la implementación del Programa Estratégico, del Modelo de Atención y de la Política Nacional de Salud Pública.

El Programa Estratégico de Salud para el Bienestar contribuye al cumplimiento de las estrategias prioritarias 2.4 y 3.4 del Programa Sectorial de Salud 2020-2024, las cuales, serán contempladas en Manuales operativos para la evaluación del MAS-Bienestar:

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

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

Es importante señalar que las metas para el bienestar y los parámetros son parte fundamental para el seguimiento de las acciones públicas, ya que permiten su acompañamiento continuo y nos proporcionan un medio sencillo y fiable para medir el cumplimiento de las metas establecidas, así mismo reflejan los cambios vinculados con las acciones del programa, dan seguimiento y evalúan sus resultados. Para fortalecer la evaluación del Programa Estratégico se proponen las siguientes metas e indicadores.

8.1. Metas e indicadores para el bienestar

Elementos de meta para el Bienestar o Parámetro						
Nombre	1.1. Porcentaje de población con carencia de acceso a los servicios de salud y/o que presenta alguna barrera para acceder al mismo: geográfica, económica, cultural, entre otras.					
Objetivo Prioritario	Objetivo 1. Establecer los mecanismos y procesos para el fortalecimiento de la capacidad rectora de la Secretaría de Salud sobre el Sistema Nacional de Salud para consolidar el Sistema de Salud para el Bienestar.					
Definición o descripción	El indicador mide la proporción de población que presenta alguna barrera económica, geográfica o cultural para acceder a los servicios de salud con respecto al total de la población.					
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Bienal			
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Periódico			
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de datos	Otros			
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de información	Julio			
Tendencia esperada	Descendente	Unidad responsable de reportar el avance	Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud			
Método de cálculo	Número de personas que no cuentan con acceso a los servicios de salud entre el total de la población, multiplicado por 100.					
Observaciones						
Aplicación del método de cálculo para la obtención de la línea base						
Nombre variable 1	Personas en situación de carencia de acceso a los servicios de salud	Valor variable	35,678,985	Fuente de información	Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto de los Hogares elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).	
Nombre variable 2	Población total	Valor variable	126,742,218	Fuente de información	Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto de los Hogares elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).	
Sustitución en método de cálculo del indicador	$(35,678,985 / 126,742,218) * 100 = 28.2 \%$					
Valor de línea base y metas						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor	28.15		Para el 2020 el 28.15% de la población carece de acceso a servicios de salud.			
Año	2020					
Meta 2024			Nota sobre la meta 2024			
17.52			Esta meta dependerá de las entidades federativas que decidan adherirse a la federalización de la atención médica hacia el año 2024.			
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
16.87	15.54	NA	16.19	NA	28.15	NA
METAS						
2022		2023			2024	
22.8		NA			17.52	

Elementos de meta para el Bienestar o Parámetro						
Nombre	2.1 Número de unidades de salud operadas por la federación.					
Objetivo Prioritario	Objetivo 2. Organizar y ampliar la operación del Sistema de Salud para el Bienestar para contribuir a garantizar la atención médica de las personas sin seguridad social.					
Definición o descripción	El indicador mide el número de unidades de salud que se estarán transfiriendo al IMSS para ser operadas por el IMSS-BIENESTAR en inteligencia a la federalización de los servicios de salud.					
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual			
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Acumulado			
Unidad de medida	Número de unidades de salud	Periodo de recolección de datos	Enero a diciembre			
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de información	Primer trimestre			
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	IMSS-BIENESTAR			
Método de cálculo	Suma de las unidades de salud que se han transferido al IMSS por parte de los gobiernos estatales.					
Observaciones						
Aplicación del método de cálculo para la obtención de la línea base						
Nombre variable	Unidades de salud	Valor variable	0	Fuente de información	IMSS-BIENESTAR	
Sustitución en método de cálculo del indicador	$0 + X_1 + X_2 + \dots + X_{32} = 0$					
Valor de línea base y metas						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor	0		El valor es cero debido a que en el 2021 no hubo transferencia de unidades de salud al IMSS.			
Año	2021					
Meta 2024			Nota sobre la meta 2024			
5,810			Se considera un promedio de 380 unidades de salud transferidas por entidad federativa, por lo que la meta podrá variar de acuerdo con el número de entidades federativas que decidan adherirse al proyecto de federalización. El cálculo de la meta para este indicador está basado en las 15 entidades federativas que para el corte del 2022 se tiene el compromiso de federalización: Nayarit, Tlaxcala, Colima, Sonora, Baja California Sur, Campeche, Sinaloa, Morelos, San Luis Potosí, Oaxaca, Veracruz, Guerrero, Zacatecas, Michoacán y CDMX.			
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
NA	NA	NA	NA	NA	NA	0
METAS						
2022		2023		2024		
4,775		5,292		5,810		

Elementos de meta para el Bienestar o Parámetro						
Nombre	2.2 Porcentaje de unidades de salud que están en operación respecto a las unidades de salud que fueron transferidas a la federación.					
Objetivo Prioritario	Objetivo 2. Organizar y ampliar la operación del Sistema de Salud para el Bienestar para contribuir a garantizar la atención médica de las personas sin seguridad social.					
Definición o descripción	El indicador muestra el porcentaje de unidades que están en operación de acuerdo con el modelo de atención del IMSS-BIENESTAR respecto al total de unidades transferidas al IMSS por parte de los gobiernos estatales.					
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual			
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Acumulado			
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de datos	Enero a diciembre			
Dimensión	Economía y calidad	Disponibilidad de información	Primer Trimestre			
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	IMSS-BIENESTAR			
Método de cálculo	Número de unidades en operación de acuerdo con el modelo atención del IMSS-BIENESTAR entre el número de unidades transferidas a la federación por 100.					
Observaciones						
Aplicación del método de cálculo para la obtención de la línea base						
Nombre variable	Número de unidades de salud en operación por la federación (x)	Valor variable	Por definir.	Fuente de información	IMSS-BIENESTAR	
Nombre variable	Número de unidades de salud transferidas a la federación (y)	Valor variable	Por definir.	Fuente de información	IMSS-BIENESTAR	
Sustitución en método de cálculo del indicador	$(x/y)*100=0$					
Valor de línea base y metas						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor	0		El valor expresado es cero debido a que la transferencia de unidades de salud comenzó en el 2022.			
Año	2021					
Meta 2024			Nota sobre la meta 2024			
100%			La meta se estableció de acuerdo con la experiencia obtenida en las tres primeras entidades federativas donde se realizó la transferencia de unidades de salud al Programa IMSS-BIENESTAR durante el primer semestre del 2022 (Nayarit, Tlaxcala y Colima). El cálculo de la meta para este indicador está basado en las 15 entidades federativas referidas.			
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
NA	NA	NA	NA	NA	NA	0
METAS						
2022		2023		2024		
50%		75%		100%		

Elementos de meta para el Bienestar o Parámetro						
Nombre	3.1 Número de personas potencialmente usuarias de los servicios de salud proporcionados por la federación.					
Objetivo Prioritario	Objetivo 3. Elaborar e implementar un Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar, que permita mejorar e incrementar la calidad de los servicios de salud y del personal que proporciona atención a la población sin seguridad social.					
Definición o descripción	El indicador describe la población de responsabilidad que es potencial usuaria de las unidades de salud del IMSS-BIENESTAR.					
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual			
Tipo	Estratégica	Acumulado o periódico	Acumulado			
Unidad de medida	Personas adscritas al IMSS-BIENESTAR	Periodo de recolección de datos	Enero a diciembre			
Dimensión	Eficacia y Eficiencia	Disponibilidad de información	Primer Trimestre			
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	IMSS-BIENESTAR			
Método de cálculo	Suma de la población de responsabilidad que es potencial usuaria de las unidades de salud de IMSS-BIENESTAR.					
Observaciones						
Aplicación del método de cálculo para la obtención de la línea base						
Nombre variable	Número de personas usuarias del IMSS-BIENESTAR	Valor variable	11,615,623	Fuente de información	Padrón de beneficiarios de IMSS-BIENESTAR	
Sustitución en método de cálculo del indicador	11,615,623 + 0 = 11,615,623					
Valor de línea base y metas						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor	11,615,623					
Año	2021					
Meta 2024			Nota sobre la meta 2024			
32,273,622			Las metas 2022, 2023 y 2024 están sujetas al compromiso oficial de los gobiernos de los estados de transferir progresivamente los servicios de salud al IMSS-BIENESTAR y a la estimación de la población usuaria que se atenderá derivada de la transferencia de los servicios de salud. El cálculo de la meta para este indicador está basado de acuerdo con la regionalización operativa de IMSS-BIENESTAR considerando la población sin seguridad social que se tiene en las 15 entidades federativas referidas.			
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ND	12,344,941	12,417,631	13,121,651	12,327,845	12,327,845	11,615,623
METAS						
2022		2023		2024		
15,000,280		25,919,857		32,273,622		

Elementos de meta para el Bienestar o Parámetro						
Nombre	3.2 Personal médico por mil habitantes sin seguridad social.					
Objetivo Prioritario	Objetivo 3. Elaborar e implementar un Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar, que permita mejorar e incrementar la calidad de los servicios de salud y del personal que proporciona atención a la población sin seguridad social.					
Definición o descripción	El indicador mide la disponibilidad de personal médico por cada mil habitantes sin seguridad social.					
Nivel de desagregación	Entidades incorporadas a IMSS Bienestar	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual			
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Periódico			
Unidad de medida	Tasa por cada mil	Periodo de recolección de datos	Enero a diciembre			
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de información	Primer Trimestre			
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	Secretaría de Salud			
Método de cálculo	Total de médicas y médicos entre población sin seguridad social por mil habitantes					
Observaciones						
Aplicación del método de cálculo para la obtención de la línea base						
Nombre variable	Personal médico operando en unidades orientadas a la atención de población sin seguridad social.	Valor variable	123,595	Fuente de información	Secretaría de Salud/DGIS/SIS	
Nombre variable	Población sin seguridad social	Valor variable	68,112,161	Fuente de información	Secretaría de Salud/ (DGIS)/CONAPO, Proyecciones de Población 1990-2030.	
Sustitución en método de cálculo del indicador	$(123,595 / 68,112,161) * 1000 = 1.81$					
Valor de línea base y metas						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor	1.81					
Año	2018					
Meta 2024			Nota sobre la meta 2024			
2.0						
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1.75	1.78	1.81	1.81	1.83	1.85	1.86
METAS						
2022		2023		2024		
1.90		1.96		2.0		

Elementos de meta para el Bienestar o Parámetro						
Nombre	3.3 Porcentaje de surtimiento completo de recetas.					
Objetivo Prioritario	Objetivo 3. Elaborar e implementar un Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar, que permita mejorar e incrementar la calidad de los servicios de salud y del personal que proporciona atención a la población sin seguridad social.					
Definición o descripción	El indicador mide el proceso de dotación de medicamentos a la población, garantizando con ello el surtimiento completo de recetas médicas.					
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Bienal			
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Periódico			
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de datos	Enero a diciembre			
Dimensión	Eficiencia y Calidad	Disponibilidad de información	Primer Trimestre			
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	Secretaría de Salud			
Método de cálculo	Número de pacientes a los que se entregó la totalidad de los medicamentos marcados en su receta entre el total de pacientes encuestados con receta médica, multiplicado por 100.					
Observaciones						
Aplicación del método de cálculo para la obtención de la línea base						
Nombre variable	Número de pacientes a los que se entregó la totalidad de los medicamentos marcados en su receta.	Valor variable	11,304,506	Fuente de información	ENSANUT	
Nombre variable	Total de pacientes encuestados con receta médica.	Valor variable	16,156,218	Fuente de información	ENSANUT	
Sustitución en método de cálculo del indicador	$(11,304,506 / 16,156,218) * 100 = 69.97 \%$					
Valor de línea base y metas						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor	69.97 %					
Año	2019					
Meta 2024			Nota sobre la meta 2024			
72%						
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
68.97	69.22	NA	69.97	NA	65.77	ND
METAS						
2022		2023		2024		
NA		NA		72		
Elementos de meta para el Bienestar o Parámetro						

Nombre	4.1 Porcentaje de las acciones concluidas de infraestructura en las entidades.					
Objetivo Prioritario	Objetivo 4. Mejorar la infraestructura, equipamiento médico y sistemas de información de los servicios de salud operados por las entidades federativas que atienden a las personas sin seguridad social.					
Definición o descripción	Mide el porcentaje de acciones de infraestructura concluidas, a partir de las acciones que fueron registradas y que iniciaron el proceso correspondiente.					
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual			
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Periódico			
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de datos	Enero-Diciembre			
Dimensión	Eficiencia	Disponibilidad de información	Enero			
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud de la Secretaría de Salud			
Método de cálculo	$\left(\frac{\text{Número de obras de infraestructura concluidas}}{\text{Total de obras de infraestructura en proceso}} \right) \times 100$ <p>Las obras de infraestructura en proceso que corresponden al denominador, solo se consideran aquellas que iniciaron trabajos de construcción en el año de medición y se acumulan para los siguientes periodos.</p>					
Observaciones						
Aplicación del método de cálculo para la obtención de la línea base						
Nombre variable 1	Número de obras de infraestructura concluidas	Valor variable	0	Fuente de información	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud	
Nombre variable 2	Total de obras de infraestructura en proceso	Valor variable	0	Fuente de información	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud	
Sustitución en método de cálculo del indicador	$\left(\frac{\text{Número de obras de infraestructura concluidas}}{\text{Total de obras de infraestructura en proceso}} \right) \times 100 = \left(\frac{81}{163} \right) \times 100 = 49.7\%$					
Valor de línea base y metas						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor	0		No se dispone de línea base			
Año	2018					
Meta 2024			Nota sobre la meta 2024			
52			Es importante considerar que el denominador es una cifra dinámica, pues hay obras que se dan de baja y entran nuevas. Por lo que en la meta se consideran cifras promedio para hacer la estimación. Los resultados del indicador pueden actualizarse derivado de la información que reporten las entidades federativas con el fin de actualizar sus acciones registradas en el Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud.			
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
				71.01	57.25	32.95
METAS						
2022		2023		2024		
52		52		52		
Elementos de meta para el Bienestar o Parámetro						
Nombre	4.2 Camas por cada 10 mil habitantes sin seguridad social.					

Objetivo Prioritario	Objetivo 4. Mejorar la infraestructura, equipamiento médico y sistemas de información de los servicios de salud operados por las entidades federativas que atienden a las personas sin seguridad social.					
Definición o descripción	El indicador mide la disponibilidad de camas por 10 mil habitantes sin seguridad social.					
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual			
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Periódico			
Unidad de medida	Tasa por 10 mil	Periodo de recolección de datos	Enero-Diciembre			
Dimensión	Eficiencia y calidad	Disponibilidad de información	Septiembre			
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	Secretaría de Salud			
Método de cálculo	Total de camas entre la población sin seguridad social por 10 mil habitantes					
Observaciones	Las camas que se consideran en el indicador refieren a las disponibles para población sin seguridad social					
Aplicación del método de cálculo para la obtención de la línea base						
Nombre variable 1	Número de camas para población sin seguridad social	Valor variable	42,446	Fuente de información	Secretaría de Salud	
Nombre variable 2	Población sin seguridad social	Valor variable	68,112,161	Fuente de información	Secretaría de Salud	
Sustitución en método de cálculo del indicador	$(42446 / 68112161) * 10,000 = 6.2$					
Valor de línea base y metas						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor	6.2		En 2018 la disponibilidad de camas fue 6.2 por cada 10 mil personas sin seguridad social			
Año	2018					
Meta 2024			Nota sobre la meta 2024			
6.5			Se estima que para el 2024 la disponibilidad de camas será de 6.5 por cada 10 mil personas sin seguridad social.			
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
6.3	6.3	6.3	6.2	6.2	6.3	6.3
METAS						
2022		2023		2024		
6.4		6.4		6.5		
Elementos de meta para el Bienestar o Parámetro						
Nombre	4.3 Proporción de desiertos de atención intervenidos respecto de los programados en el					

	país.					
Objetivo Prioritario	Objetivo 4. Mejorar la infraestructura, equipamiento médico y sistemas de información de los servicios de salud operados por las entidades federativas que atienden a las personas sin seguridad social.					
Definición o descripción	El indicador mide el porcentaje de los desiertos de atención que han tenido alguna intervención de política respecto al total de desiertos de atención programados.					
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual			
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Acumulado			
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de datos	Enero a diciembre			
Dimensión	Eficiencia y calidad	Disponibilidad de información	Primer trimestre			
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	Secretaría de Salud			
Método de cálculo	Número de desiertos de atención que han tenido alguna intervención de política entre el número total de desiertos de atención programados para su intervención por 100.					
Observaciones						
Aplicación del método de cálculo para la obtención de la línea base						
Nombre variable	Desiertos de atención intervenidos	Valor variable	0	Fuente de información	Secretaría de Salud	
Nombre variable	Desiertos de atención programados	Valor variable	Por definir	Fuente de información	Secretaría de Salud	
Sustitución en método de cálculo del indicador	$(0/x) * 100 = 0$					
Valor de línea base y metas						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor	0		El proceso lleva dos pasos: la identificación de los desiertos de atención de salud y su programación; y la intervención de política para su atención. En el 2022 se está en el proceso de identificación de los mismos.			
Año	2022					
Meta 2024			Nota sobre la meta 2024			
80%						
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
METAS						
2022		2023		2024		
0		40%		80%		

Glosario, siglas y acrónimos

Acceso efectivo	Se refiere a la activa identificación y remoción de todo obstáculo geográfico, social, financiero, organizacional, de género o identidad que limite el acceso de las personas a los servicios públicos de atención integral a la salud.
APS	Atención Primaria de Salud Estrategia integral de “organización y operación del sistema de salud como un todo”.
AVISA	Años de Vida Saludable Perdidos Medición sobre la carga de la enfermedad equivalente a la suma de años de vida perdidos por muerte prematura (APMP) y de los años vividos con discapacidad (AVD)
Calidad de vida	Percepción de un individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en los que vive y con respecto a sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus preocupaciones. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y su relación con el entorno.
Cartera de servicios	Conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y la experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.
Cobertura de salud	Capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluidos los medicamentos) y financiamiento.
CONAPO	Consejo Nacional de Población
Continuidad de la atención	Se refiere a como un paciente experimenta la atención con el transcurso del tiempo, como coherente y vinculada y es el resultado del buen flujo de información, buenas aptitudes interpersonales y buena coordinación de la atención.
Derecho a la salud	Derecho de toda persona al goce del grado máximo de salud y de la equidad y la solidaridad en relación con la salud
Desigualdad social en salud	Diferencia en la salud en poblaciones, es decir a la distribución de enfermedades, causas de muerte, factores de riesgo y otros aspectos relacionados con la salud, diferenciado por factores sociales.
Determinantes Sociales de la Salud DSS	Modelo en el que las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas determinan el estado de bienestar y salud. Circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales explican las desigualdades sociales en relación con la salud y, desde una perspectiva operativo-analítica, estas pueden diferenciarse entre desigualdades de la situación de salud y desigualdades en la atención de la salud.

DGIS	Dirección General de Información en Salud
Disponibilidad	Se refiere a los recursos humanos, materiales y de infraestructura para dar atención a los problemas de salud de la población conforme a las necesidades de la misma.
Efectividad	Se refiere al impacto positivo en la salud de las personas o colectividades como resultado final, obtenido como efecto de las intervenciones sanitarias aplicadas en el proceso de atención a individuos o en la salud poblacional como resultado de los programas de salud desarrollados.
Eficacia y criterios de eficacia	<p>Se refiere al logro de resultados relacionados con cumplimiento de los objetivos y las metas del sistema de atención sanitaria individual o colectiva. Para ser eficaz se deben alcanzar los objetivos propuestos en el tiempo, grado y con la sustentabilidad planeada, los que suelen proyectarse bajo condiciones ideales o estándares.</p> <p>En la atención médica muchas veces se entiende como expresión del efecto positivo de determinada acción. La eficacia de un procedimiento o tratamiento también está relacionada con la condición del paciente, expresando el grado en que la atención/intervención logra el resultado deseado o esperado.</p>
Entornos saludables	Se refiere a los escenarios en los que las personas se desarrollan y en los que se produce una interacción intensa y continua transformación positiva hacia la adopción de estilos de vida saludables.
Equidad en salud	Ausencia de diferencias injustas, evitables o remediables entre los grupos de la población en el estado de salud y en el acceso a la salud y a los ambientes saludables. Orienta la priorización de los esfuerzos de políticas e intervenciones de salud para satisfacer las necesidades de salud de la población en condiciones de vulnerabilidad social y económica.
FESP	<p>Funciones Esenciales de Salud Pública</p> <p>Capacidades de las autoridades de salud, en todos los niveles institucionales y junto con la sociedad civil, para fortalecer los sistemas de salud y garantizar un ejercicio pleno de la salud pública, actuando sobre los factores y los determinantes sociales que tienen un efecto en la salud de la población.</p>
Gobernanza	Arreglos institucionales que regulan a los actores y los recursos críticos que tienen influencia sobre las condiciones de cobertura y acceso a la salud.
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
Igualdad	Que los servicios de salud se proporcionen de manera indistinta, sin exclusiones de ningún tipo por motivos de raza, sexo, religión o cualquier otra distinción de tipo étnico cultural, social, política y económica, con la única condición de no estar afiliado a una institución de seguridad social del país.

IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INSABI	Instituto de Salud para el Bienestar
Integración	Referida a la atención primaria y la salud pública, se entiende como la vinculación de programas y actividades para promover la eficiencia y la eficacia en general y lograr ganancias en la salud de la población.
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LGS	Ley General de Salud
Modelo de atención	Modelo de Atención Integral a la salud para el Bienestar o MAS-Bienestar Planteamiento teórico y operacional que establece y describe la forma óptima de organizar las acciones de las autoridades de salud con la finalidad de satisfacer los requerimientos y demandas de la población, centrándose en la vinculación de las personas y comunidades con los servicios de salud
Objetivos de Desarrollo Sostenible	Se refieren a los objetivos globales que fueron adoptados por las Naciones Unidas en 2015 como un llamamiento universal para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que para el 2030 todas las personas disfruten de paz y prosperidad.
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PND 2019-2024	Programa Nacional de Desarrollo 2019-2024
PSS 2020-2024	Programa Sectorial de Salud 2020-2024
Rectoría	Capacidad de liderazgo de las autoridades de salud para conformar y apoyar una acción colectiva que permita la creación, el fortalecimiento o el cambio de las estructuras de gobernanza del sistema de salud.
RMM	Razón de Mortalidad Materna
Segmentación	Se refiere a la diversificación de fuentes de financiamiento condicionados a la prestación de servicios de salud.
Servicios médicos	Los que se proporcionan a la persona, con el fin de proteger, promover o restaurar la salud, curar y prevenir la enfermedad y rehabilitar al paciente, en los que se encuentran comprendidas las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud.
SESA	Servicios Estatales de Salud
Sistema de salud	Conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recuperar o mejorar la salud.

SEGUNDO Convenio Modificatorio al Convenio Específico en materia de ministración de subsidios para el fortalecimiento de acciones de salud pública en las entidades federativas, que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Puebla.

02-CM-AFASPE-PUE/2022

SEGUNDO CONVENIO MODIFICATORIO AL CONVENIO ESPECÍFICO EN MATERIA DE MINISTRACIÓN DE SUBSIDIOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE ACCIONES DE SALUD PÚBLICA EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS, SUSCRITO EL 01 DE MARZO DE 2022, 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 DEL DR. HUGO LÓPEZ-GATELL RAMÍREZ, SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD, ASISTIDO POR EL DR. RICARDO CORTÉS ALCALÁ, DIRECTOR GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD; EL DR. GABRIEL GARCÍA RODRÍGUEZ, DIRECTOR GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA; LA MTRA. DIANA IRIS TEJADILLA OROZCO, SECRETARIA TÉCNICA DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL; LA DRA. ANA LUCÍA DE LA GARZA BARROSO, SECRETARIA TÉCNICA DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES; LA DRA. KARLA BERDICHEVSKY FELDMAN, DIRECTORA GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA; EL DR. RUY LÓPEZ RIDAURA, DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES; LA DRA. ALETHSE DE LA TORRE ROSAS, DIRECTORA GENERAL DEL CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL VIH/SIDA; EL DR. JOSÉ LUIS DÍAZ ORTEGA, DIRECTOR DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA DEL CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA; EL DR. DWIGHT DANIEL DYER LEAL, DIRECTOR GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD; EL DR. JORGE ENRIQUE TREJO GÓMORA, DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA; EL DR. JUAN MANUEL QUIJADA GAYTÁN; DIRECTOR GENERAL DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA Y EL DR. GADY ZABICKY SIROT; COMISIONADO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES; Y POR LA OTRA PARTE, EL GOBIERNO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE PUEBLA, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ "LA ENTIDAD", REPRESENTADO POR LA ACT. MARÍA TERESA CASTRO CORRO, SECRETARIA DE PLANEACIÓN Y FINANZAS Y EL DR. JOSÉ ANTONIO MARTÍNEZ GARCÍA, SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA Y LA LIC. MARÍA CECILIA HERNÁNDEZ GALVÁN, TITULAR DE LA UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS DE LA SECRETARIA DE SALUD Y COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA Y EL DR. JOSÉ FERNANDO HUERTA ROMANO, COORDINADOR DE SERVICIOS DE SALUD DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA, A LAS QUE AL ACTUAR DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ "LAS PARTES", CONFORME A LOS ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

ANTECEDENTES

I. Con fecha 01 de marzo de 2022 "LA SECRETARÍA" y "LA ENTIDAD", celebraron el CONVENIO ESPECÍFICO EN MATERIA DE MINISTRACIÓN DE SUBSIDIOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE ACCIONES DE SALUD PÚBLICA EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS, con el objeto de ministrar recursos presupuestarios federales, en carácter de subsidios, así como insumos federales a "LA ENTIDAD", para coordinar su participación con "LA SECRETARÍA", en términos de lo previsto en los artículos 9 y 13, apartado B de la Ley General de Salud, en la ejecución de "LOS PROGRAMAS", que comprende la realización de intervenciones para el cumplimiento de metas de cada uno de ellos, a fin de contribuir con "LA ENTIDAD", a su adecuada instrumentación así como fortalecer la integralidad de las acciones de prevención y promoción de la salud, documento que en adelante se denominará "CONVENIO PRINCIPAL".

II. Con fecha 30 de mayo de 2022, "LA SECRETARÍA" y "LA ENTIDAD", celebraron el Convenio Modificatorio al Convenio Específico en Materia de Ministración de Subsidios para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas, con el objeto de modificar las cláusulas Octava; Novena, fracción IX y XXIV; Décima Tercera; así como el Anexo 1 del "CONVENIO PRINCIPAL".

III. Que de conformidad con lo dispuesto en el Acuerdo por el que se adscriben orgánicamente las unidades administrativas y órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación con fecha 19 de agosto de 2020, la Dirección General de Información en Salud, el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, los Servicios de Atención Psiquiátrica y la Comisión Nacional contra las Adicciones, pasaron al tramo de control de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

IV. Que los Servicios de Atención Psiquiátrica y la Comisión Nacional contra las Adicciones, en coordinación con el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental, tienen a su cargo la operación del Programa de Acción Específico "Salud Mental y Adicciones 2020-2024" el cual, forma parte de "LOS PROGRAMAS" señalados en el "CONVENIO PRINCIPAL" y establece como principales objetivos:

Consolidar la rectoría en salud mental y adicciones en el modelo de atención primaria de salud integral (APS-I) con un enfoque comunitario, intercultural, derechos humanos, perspectiva de género y sensible a la línea de la vida; Ampliar los servicios de salud mental y adicciones en el Sistema Nacional de Salud; así como Garantizar el acceso equitativo de la población a servicios integrales de atención en salud mental y adicciones.

V. Que el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, tiene a su cargo la operación del Programa de Acción Específico “Acceso Universal a Sangre, Hemocomponentes y Células Troncales Hematopoyéticas seguros 2020-2024” cuyos objetivos prioritarios son: primero “Incrementar la seguridad sanguínea”, segundo “Garantizar el acceso universal a la sangre” y tercero “Evaluar la calidad y capacidad técnica”, mismos que se desarrollan mediante las estrategias prioritarias consistentes en el fomento a la cultura de la promoción de la donación voluntaria y altruista con pertinencia cultural y de género, basada en investigación científica y articulando cooperación interinstitucional del todo el Sistema Nacional de Salud; mejorar y ampliar la infraestructura del Sistema Nacional de Salud, mediante la regionalización y territorialización de los servicios de sangre y Diseñar y operar el Sistema Nacional de Biovigilancia, respectivamente. Destacando dentro de sus funciones principales la de promover la celebración de acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas, así como con organismos e instituciones públicas, privadas y sociales, para lograr la autosuficiencia, seguridad, cobertura, calidad y acceso equitativo de sangre, componentes sanguíneos y células progenitoras hematopoyéticas.

VI. Que la Dirección General de Información en Salud, es la Unidad Administrativa responsable de entre otras funciones, coordinar el Sistema de Información Estadística de la Secretaría y del Sistema Nacional de Salud y elaborar, difundir y vigilar la normatividad para normar los procesos de diseño, captación, integración, procesamiento y difusión de la estadística en salud que requieran las unidades administrativas de la Secretaría y otras dependencias y entidades con la finalidad de contar con información de calidad para una eficiente toma de decisiones en materia de Salud Pública a nivel nacional, incluyendo lo relativo a la promoción de la salud, prevención y control de enfermedades, salud mental y adicciones, así como de la vigilancia epidemiológica.

VII. Que dicha Unidad Administrativa y Órganos Administrativos Desconcentrados, en adelante “UNIDADES TÉCNICAS”, tienen a su cargo los siguientes Programas de Acción Específicos, Programas Presupuestarios y/o interacción con “LA ENTIDAD”, a los cuales, en lo subsecuente se les denominará “PROGRAMAS TÉCNICOS”:

Unidad Administrativa/Órgano Administrativo Desconcentrado	Programa de Acción Específico y/o Programa Presupuestario	Clave del Programa Presupuestario con el que se relaciona
Comisión Nacional contra las Adicciones	Salud Mental y Adicciones / Prevención y Atención contra las Adicciones	E025
Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea	Acceso Universal a Sangre y Hemocomponentes y Células Troncales Hematopoyéticas seguros / Asistencia Social y Protección del Paciente	P013
Servicios de Atención Psiquiátrica	Salud Mental y Adicciones / Atención a la Salud	E023
Dirección General de Información en Salud	Rectoría en Salud	P012

VIII. En razón de lo anterior y toda vez que, las “UNIDADES TÉCNICAS”, realizan acciones de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades y adicciones, así como, para la generación de información estadística en salud, conforme a sus respectivos ámbitos de competencia; y con el objetivo de fortalecer la integralidad de las acciones en materia de salud pública, que contribuyen a garantizar el acceso a los servicios de salud de la población a nivel nacional, se considera indispensable su integración al “CONVENIO PRINCIPAL”, con la finalidad de dar únicamente seguimiento a través de informes generados en el SIAFFASPE, al grado de avance y cumplimiento de los objetivos, estrategias, líneas de acción, actividades e indicadores establecidos en sus respectivos “PROGRAMAS TÉCNICOS”, así como coordinar su participación y cooperación técnica con “LA ENTIDAD”, en términos de lo previsto en los artículos 9 y 13, apartado B de la Ley General de Salud.

IX. Que, en la Cláusula DÉCIMA CUARTA, denominada MODIFICACIONES AL CONVENIO, del “CONVENIO PRINCIPAL”, las partes acordaron, a la letra: “... *que el presente Convenio Específico podrá modificarse de común acuerdo y por escrito, sin alterar su estructura y en estricto apego a las disposiciones jurídicas aplicables. Las modificaciones al Convenio Específico obligarán a sus signatarios a partir de la fecha de su firma y deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación y en el órgano de difusión oficial de “LA ENTIDAD”.*”

X. Que “LAS PARTES” han determinado, modificar el “CONVENIO PRINCIPAL”, con la finalidad de integrar a la Unidad Administrativa y Órganos Administrativos Desconcentrados, a que se hace referencia en los Antecedentes III, IV, V y VI del presente instrumento jurídico, así como para ajustar los montos de los recursos presupuestarios federales y/o insumos federales ministrados a “LA ENTIDAD”, conforme a los siguientes términos.

DECLARACIONES

I. “LA SECRETARÍA” declara que:

I.1. Se reproducen y ratifican las declaraciones I.1, I.2 y I.5 insertas en el “CONVENIO PRINCIPAL”.

II. “LA ENTIDAD”, declara que:

II.1. Se reproducen y ratifican las declaraciones insertas en el “CONVENIO PRINCIPAL”.

III. “LAS PARTES” declaran que:

III.1. Se reconocen mutuamente el carácter y las facultades con las que comparecen a la celebración del presente instrumento.

III.2. Están de acuerdo en celebrar el presente Convenio Modificatorio, de conformidad con los términos y condiciones que se estipulan en el mismo, al tenor de las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA: OBJETO. - El presente instrumento, tiene por objeto modificar las declaraciones I.3 y I.4 del Apartado I “LA SECRETARÍA”; las cláusulas Primera, en lo que respecta a la Tabla de su párrafo tercero; Segunda, párrafos primero, segundo y sexto; Tercera numeral 5; Séptima; Décima, fracciones VI y X; los Anexos 1, 2, 3, 4, 5 y el Apéndice del “CONVENIO PRINCIPAL”, así como adicionar una cláusula como Décima Primera recorriendo las subsecuentes, para quedar como sigue:

“ I. “LA SECRETARÍA” declara que:

I.1. a I.2. ...

I.3. Las Direcciones Generales de Información en Salud, Promoción de la Salud y de Epidemiología, así como los Secretariados Técnicos de los Consejos Nacionales de Salud Mental y para la Prevención de Accidentes, son unidades administrativas de la Secretaría de Salud, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2, apartado B, fracciones VIII, XII, XVII Bis, XIX y XXI, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, con las atribuciones que se contienen en los artículos 24, 28, 32 Bis 2, 35 y 35 Bis 2 del citado Reglamento; asimismo los centros nacionales de Equidad de Género y Salud Reproductiva; la Transfusión Sanguínea; de Programas Preventivos y Control de Enfermedades; para la Prevención y el Control del VIH/SIDA; y para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, así como los Servicios de Atención Psiquiátrica son órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud, de conformidad con lo establecido en el artículo 2, apartado C, fracciones II, IV, VII, VIII, IX y XIV, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, con las atribuciones que se contienen en los artículos 36, 37, 38, 40, 42, 45, 46, 47 y 48 del citado Reglamento; de igual forma la Comisión Nacional contra las Adicciones de conformidad con el artículo 2, apartado C, fracción VII Bis del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y en observancia a la publicación del Decreto en el Diario Oficial de la Federación del 20 de julio de 2016 por el que se modifica la denominación, objeto, organización y funcionamiento del Órgano Desconcentrado Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, para transformarse en la Comisión Nacional Contra las Adicciones, reviste el carácter de Órgano Administrativo Desconcentrado de la Secretaría de Salud, con las atribuciones señaladas en el citado Decreto; todos ellos adscritos a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de conformidad con el *Acuerdo por el que se adscriben orgánicamente las unidades administrativas y órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud*, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de agosto de 2020, cuyos titulares se encuentran plenamente facultados para suscribir el presente Convenio Específico y acreditan sus cargos mediante sus respectivos nombramientos que en copia fotostática se acompañan como parte del Anexo 1 del presente instrumento. De acuerdo con lo establecido en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, a las Unidades Administrativas y Órganos Administrativos Desconcentrados, adscritos a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, les corresponde, entre otras atribuciones, proponer las políticas y estrategias nacionales de los programas de prevención y control de enfermedades, de salud mental

y adicciones, promoción de la salud, de transfusión sanguínea y vigilancia epidemiológica, así como de estadística en información en salud; participar en el ámbito de sus respectivas competencias en la instrumentación del Sistema Nacional de Salud; promover la celebración de acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas; y proponer o definir los mecanismos que permitan el control en el suministro y la distribución oportuna, suficiente y de calidad del material y los insumos utilizados en "LOS PROGRAMAS".

I.4.Cada una de las Unidades Administrativas y Órganos Administrativos Desconcentrados adscritos a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, cuentan con la disponibilidad técnica y presupuestaria correspondiente para hacer frente a los compromisos derivados de la suscripción del presente instrumento, de conformidad con el Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2022.

I.5. ..."

"PRIMERA. OBJETO. -...

...

...

NO.	UNIDAD RESPONSABLE / PROGRAMA DE ACCIÓN	CLAVE DEL PROGRAMA PRESUPUESTARIO	MONTO MÁXIMO A CARGO DE "LA SECRETARÍA" (Pesos)		
			RECURSOS PRESUPUESTARIOS FEDERALES	INSUMOS FEDERALES	TOTAL
310 DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD					
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	P018, U008	6,102,246.00	1,784,365.00	7,886,611.00
Subtotal			6,102,246.00	1,784,365.00	7,886,611.00
313 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL					
1	Salud Mental y Adicciones	P018	687,402.75	0.00	687,402.75
	1 Salud Mental	P018	687,402.75	0.00	687,402.75
	2 Adicciones		0.00	0.00	0.00
Subtotal			687,402.75	0.00	687,402.75
315 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES					
1	Seguridad Vial	P018	617,700.00	0.00	617,700.00
2	Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables	P018	425,000.00	0.00	425,000.00
Subtotal			1,042,700.00	0.00	1,042,700.00
316 DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA					
1	Emergencias en Salud	U009	1,885,026.00	0.00	1,885,026.00
	1 Emergencias	U009	942,513.00	0.00	942,513.00
	2 Monitoreo	U009	942,513.00	0.00	942,513.00
2	Vigilancia en Salud Pública por Laboratorio	P018, U009	1,479,708.00	78,669.00	1,558,377.00
Subtotal			3,364,734.00	78,669.00	3,443,403.00
K00 CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL VIH/SIDA					
1	VIH y otras ITS	P016	1,529,690.00	7,317,988.43	8,847,678.43
2	Virus de Hepatitis C	P016	434,480.00	0.00	434,480.00
Subtotal			1,964,170.00	7,317,988.43	9,282,158.43
L00 CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA					
1	Salud Sexual y Reproductiva	P020	26,205,395.39	0.00	26,205,395.39
	1 SSR para Adolescentes	P020	4,956,122.00	0.00	4,956,122.00
	2 PF y Anticoncepción	P020	4,152,908.78	0.00	4,152,908.78
	3 Salud Materna	P020	10,358,675.25	0.00	10,358,675.25
	4 Salud Perinatal	P020	3,240,224.36	0.00	3,240,224.36
	5 Aborto Seguro	P020	1,586,890.00	0.00	1,586,890.00
	6 Violencia de Género	P020	1,910,575.00	0.00	1,910,575.00
2	Prevención y Control del Cáncer	P020	2,435,154.42	9,371,311.20	11,806,465.62
3	Igualdad de Género	P020	1,653,447.00	0.00	1,653,447.00
Subtotal			30,293,996.81	9,371,311.20	39,665,308.01

000 CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES					
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	P018, U009	49,860.00	429,098.00	478,958.00
2	Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores e Intoxicación por Veneno de Artrópodos	U009	448,067.50	4,044,975.40	4,493,042.90
1	Paludismo	U009	157,890.00	0.00	157,890.00
2	Enfermedad de Chagas		0.00	0.00	0.00
3	Leishmaniasis		0.00	0.00	0.00
4	Intoxicación por Artrópodos		0.00	0.00	0.00
5	Dengue	U009	290,177.50	4,044,975.40	4,335,152.90
6	Vigilancia Post Oncocercosis		0.00	0.00	0.00
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	P018	0.00	184,964.35	184,964.35
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	P018, U009	123,329.50	329,599.65	452,929.15
5	Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones Respiratorias Agudas (Neumonías, Influenza y COVID-19)		0.00	0.00	0.00
6	Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas	U009	200,684.47	0.00	200,684.47
7	Enfermedades Cardiometabólicas	U008	10,553,420.00	0.00	10,553,420.00
8	Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento		0.00	0.00	0.00
9	Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	U009	199,380.00	0.00	199,380.00
10	Prevención y Control de Enfermedades Diarréicas Agudas	U009	6,380.00	0.00	6,380.00
Subtotal			11,581,121.47	4,988,637.40	16,569,758.87
R00 CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA					
1	Vacunación Universal	E036	1,934,327.00	138,729,366.64	140,663,693.64
2	Atención a la Salud de la Adolescencia		0.00	0.00	0.00
3	Atención a la Salud en la Infancia		0.00	0.00	0.00
4	Diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer en menores de 18 años		0.00	0.00	0.00
Subtotal			1,934,327.00	138,729,366.64	140,663,693.64
Total de recursos federales a ministrar a "LA ENTIDAD"			56,970,698.03	162,270,337.67	219,241,035.70

...

...

..."

"SEGUNDA. - MINISTRACIÓN. - Para el cumplimiento del objeto del presente instrumento, "LA SECRETARÍA", con cargo a su presupuesto, ministrará a "LA ENTIDAD", recursos federales con el carácter de subsidios, hasta por la cantidad de \$219,241,035.70 (DOSCIENTOS DIECINUEVE MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y UN MIL TREINTA Y CINCO PESOS 70/100 M.N), para la realización de las intervenciones y el cumplimiento de las metas que contemplan "LOS PROGRAMAS".

Los recursos presupuestarios federales por un monto de \$56,970,698.03 (CINCUENTA Y SEIS MILLONES NOVECIENTOS SETENTA MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS 03/100 M.N), se radicarán a la Secretaría de Planeación y Finanzas de "LA ENTIDAD", en la cuenta bancaria productiva específica que ésta establezca para tal efecto, en forma previa a la entrega de los recursos, en la institución de crédito bancaria que la misma determine, informando de ello a "LA SECRETARÍA". Los recursos presupuestarios a que se hace alusión, se ministrarán conforme al calendario establecido en el Anexo 3 del presente instrumento. Será requisito indispensable que "LA SECRETARÍA" cuente con el original del presente Convenio, debidamente suscrito y el registro de la cuenta bancaria en el Sistema de Contabilidad y Presupuesto (SICOP) de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

...

...

...

Los insumos federales que suministre “LA SECRETARÍA” a “LA ENTIDAD”, por un monto total de \$162,270,337.67 (CIENTO SESENTA Y DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS 67/100 M.N), serán entregados directamente a los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

...

...”

“TERCERA. VERIFICACIÓN DEL DESTINO DE LOS RECURSOS FEDERALES. ...

1. a 4. ...

5. “LA SECRETARÍA”, a través de las Unidades Administrativas u Órganos Administrativos Desconcentrados responsables de cada uno de “LOS PROGRAMAS”, practicará, cuando lo considere necesario, visitas de supervisión o reuniones de seguimiento, las cuales podrán ser virtuales o presenciales a efecto de observar los avances de “LOS PROGRAMAS”, así como el destino, aplicación, ejecución y comprobación de los recursos presupuestarios e insumos federales ministrados a “LA ENTIDAD”.

“LA ENTIDAD” queda obligada a la entrega del formato de certificación del gasto que se obtenga del Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas, en adelante, “SIAFFASPE”, así como a exhibir la documentación original comprobatoria y justificatoria del gasto, que sustente y fundamente la aplicación de los recursos citados en la Cláusula Primera del presente instrumento.

6. ...”

“SÉPTIMA. DOCUMENTOS PARA EL EJERCICIO Y COMPROBACIÓN DE RECURSOS. - Los requisitos y especificaciones para el ejercicio y comprobación de recursos ministrados a través del presente Convenio, establecidos en los Criterios para la Contratación de Personal con Recursos del Ramo 12, 2022, Criterios para la Contratación de Servicios Integrales para llevar a cabo reuniones de trabajo y talleres en línea para la operación de los Programas de Acción Específicos, 2022; así como en los Criterios para la Comprobación del Gasto, 2022, registrados en el “SIAFFASPE”, forman parte integrante del presente instrumento y son de carácter obligatorio para “LAS PARTES” por lo que, en caso de incumplimiento a lo establecido en dichos Criterios, “LA SECRETARÍA” a través de sus Unidades Administrativas y Órganos Administrativos Desconcentrados responsables de cada uno de “LOS PROGRAMAS”, en observancia a lo dispuesto en la Cláusula Décima Segunda del presente instrumento, y conforme a sus respectivos ámbitos de competencia, podrá informar a las instancias de fiscalización federal y estatal dicho incumplimiento, para los efectos legales a que haya lugar.”

“DÉCIMA. OBLIGACIONES DE “LA SECRETARÍA”. -...

I. a V. ...

VI. Practicar, cuando lo considere necesario, visitas de supervisión o reuniones de seguimiento, las cuales podrán ser virtuales o presenciales y serán coordinadas por la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud conforme al calendario que para tal efecto se establezca, como mecanismo para asegurar la aplicación de los recursos federales ministrados y el cumplimiento del objeto del presente instrumento, sin perjuicio de que las Unidades Administrativas u Órganos Administrativos Desconcentrados puedan realizar visitas de supervisión de carácter técnico, las cuales podrán ser virtuales o presenciales de conformidad con lo establecido en el numeral 5 de la Cláusula Tercera del presente Convenio.

VII. a IX. ...

X. Realizar, en el ámbito de su competencia, el control, vigilancia, seguimiento y evaluación de los recursos presupuestarios federales e insumos federales que en virtud de este instrumento serán ministrados y suministrados, respectivamente, a “LA ENTIDAD” de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables en materia del ejercicio del gasto público federal, lo anterior, sin perjuicio de las acciones de verificación, control, evaluación y fiscalización a que hace referencia la Cláusula Décima Segunda del presente instrumento.

XI. a XVI. ...”

“DÉCIMA PRIMERA. DE LA COOPERACIÓN TÉCNICA Y SEGUIMIENTO A LOS “PROGRAMAS TÉCNICOS”. - Las “UNIDADES TÉCNICAS” tendrán la obligación de registrar de manera anual en el SIAFFASPE dentro del Módulo habilitado para ello, la información correspondiente al grado de avance y cumplimiento en los objetivos, estrategias, líneas de acción, actividades e indicadores establecidos en sus “PROGRAMAS TÉCNICOS”, para su respectivo seguimiento.

Asimismo, las “UNIDADES TÉCNICAS” deberán proporcionar la cooperación técnica que les sea requerida, conforme al ámbito de sus respectivas competencias, integrando la información solicitada por “LA SECRETARÍA” o “LA ENTIDAD”.”

“DÉCIMA SEGUNDA. ACCIONES DE CONTROL, VIGILANCIA, SUPERVISIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.- Los recursos presupuestarios federales e insumos que ministre “LA SECRETARÍA” a “LA ENTIDAD” con motivo del presente instrumento no pierden su carácter federal, por lo que el control, vigilancia, supervisión, seguimiento y evaluación, corresponderá a “LA SECRETARÍA”, a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, así como a las instancias de fiscalización federales que correspondan en sus respectivos ámbitos de competencia, sin perjuicio de las acciones de control, vigilancia, supervisión, seguimiento y evaluación que, en coordinación con las instancias de fiscalización federales, realicen los órganos de fiscalización de “LA ENTIDAD” y se llevarán a cabo de conformidad con las disposiciones jurídicas vigentes en materia del ejercicio del gasto público federal.”

“DÉCIMA TERCERA. RELACIÓN LABORAL.- Queda expresamente estipulado por “LAS PARTES”, que el personal contratado, empleado o comisionado por cada una de ellas para dar cumplimiento al presente instrumento jurídico, guardará relación laboral únicamente con aquélla que lo contrató, empleó o comisionó, por lo que asumen plena responsabilidad por este concepto, sin que en ningún caso, la otra parte pueda ser considerada como patrón sustituto o solidario, obligándose en consecuencia, cada una de ellas, a sacar a la otra, en paz y a salvo, frente a cualquier reclamación, demanda o sanción, 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.”

“DÉCIMA CUARTA. VIGENCIA. - El presente Convenio Específico comenzará a surtir sus efectos a partir de la fecha de su suscripción y se mantendrán en vigor hasta el 31 de diciembre de 2022.”

“DÉCIMA QUINTA. MODIFICACIONES AL CONVENIO. - “LAS PARTES” acuerdan que el presente Convenio Específico podrá modificarse de común acuerdo y por escrito, sin alterar su estructura y en estricto apego a las disposiciones jurídicas aplicables. Las modificaciones al Convenio Específico obligarán a sus signatarios a partir de la fecha de su firma y deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación y en el órgano de difusión oficial de “LA ENTIDAD”.

En caso de contingencias para la realización de “LOS PROGRAMAS” previstos en este instrumento, “LAS PARTES” acuerdan tomar las medidas necesarias que permitan afrontar dichas contingencias. En todo caso, las medidas acordadas serán formalizadas mediante la suscripción del convenio modificatorio correspondiente.”

“DÉCIMA SEXTA. CAUSAS DE TERMINACIÓN. - El presente Convenio Específico podrá darse por terminado de manera anticipada en los supuestos estipulados en “EL ACUERDO MARCO”.”

“DÉCIMA SÉPTIMA. CAUSAS DE RESCISIÓN. - El presente Convenio Específico podrá rescindirse administrativamente en su totalidad, o bien, de forma parcial, por cada una de las Unidades Administrativas u Órganos Administrativos Desconcentrados en lo concerniente a “LOS PROGRAMAS” que les corresponda, por las causas que señala “EL ACUERDO MARCO”.”

“DÉCIMA OCTAVA. OBLIGATORIEDAD DEL ACUERDO MARCO. - Para el cumplimiento del objeto del presente Convenio Específico, “LAS PARTES” convienen en sujetarse expresamente a las estipulaciones de “EL ACUERDO MARCO”, cuyo contenido se tiene por reproducido en el presente instrumento como si a la letra se insertasen, así como a las demás disposiciones jurídicas aplicables.”

ANEXO 1

SEGUNDO CONVENIO MODIFICATORIO AL CONVENIO ESPECÍFICO EN MATERIA DE MINISTRACIÓN DE SUBSIDIOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE ACCIONES DE SALUD PÚBLICA EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS QUE CELEBRAN, EL EJECUTIVO FEDERAL, POR CONDUCTO DE “LA SECRETARÍA”, Y EL GOBIERNO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE PUEBLA POR CONDUCTO DE “LA ENTIDAD”.

Copias fotostáticas simples de los nombramientos de los titulares de “LA SECRETARÍA”

1	...	...
2	...	...
3	...	...
4	...	...
5	...	...
6	...	...
7	...	...
8	...	...
9	...	...
10	Dr. Dwight Daniel Dyer Leal	Director General de información en Salud
11	Dr. Jorge Enrique Trejo Gómora	Director General del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea
12	Dr. Juan Manuel Quijada Gaytán	Director General de los Servicios de Atención Psiquiátrica
13	Dr. Gady Zabicky Sirot	Comisionado Nacional contra las Adicciones

...
...”

SALUD**SECRETARÍA DE SALUD**

Nombramiento No. LD-002/2020

Código 12-613-1-M1C029P-0000108-E-L-K

LIC. DWIGHT DANIEL DYER LEAL

P R E S E N T E.

Con fundamento en los artículos 2, apartado B, fracción VIII, 7, fracciones XXIV y XXV y 24 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; 2, fracción XII del Reglamento de la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal, así como los numerales 152, fracción I, inciso b) subinciso ii y 162 del "Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en las materias de Recursos Humanos y del Servicio Profesional de Carrera, así como el Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Recursos Humanos y Organización y el Manual del Servicio Profesional de Carrera", me permito hacer de su conocimiento que a partir de esta fecha, he tenido a bien nombrarle

DIRECTOR GENERAL**DE INFORMACIÓN EN SALUD**

Dicha designación se formula con el carácter de servidor público de libre designación, rango de Dirección General, adscrito a la Dirección General de Información en Salud.

Al aceptar la encomienda, usted ha protestado guardar la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en los términos del artículo 128 y las leyes que de ella emanen, asimismo adquiere el compromiso de desempeñarla al límite de su capacidad y esfuerzo, debiendo siempre actuar con eficiencia, lealtad y honradez en el desempeño de la misma.

Ciudad de México, a 1 de noviembre de 2020.

EL SECRETARIO DE SALUD

Rúbrica.

DR. JORGE CARLOS ALCOCER VARELA

SALUD**SECRETARÍA DE SALUD**

Nombramiento No. LD-001/2020

Código 12-I00-1-M1C029P-0000035-E-L-V

DR. JORGE ENRIQUE TREJO GÓMORA

P R E S E N T E.

Con fundamento en los artículos 2, apartado C, fracción IV, 7, fracciones XV, XXIV y XXV y 42 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; 2, fracción XII del Reglamento de la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal, así como los numerales 152, fracción I, inciso b), subinciso ii y 162 del "Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en las materias de Recursos Humanos y del Servicio Profesional de Carrera, así como el Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Recursos Humanos y Organización y el Manual del Servicio Profesional de Carrera", me permito hacer de su conocimiento que a partir de esta fecha, he tenido a bien nombrarlo

DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO NACIONAL**DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA**

Dicha designación se formula con el carácter de servidor público de libre designación, rango de Dirección General, adscrito al Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.

Al aceptar la encomienda, usted ha protestado guardar la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en los términos del artículo 128 y las leyes que de ella emanen, asimismo adquiere el compromiso de desempeñarla al límite de su capacidad y esfuerzo, debiendo siempre actuar con eficiencia, lealtad y honradez en el desempeño de la misma.

Ciudad de México, a 1 de septiembre de 2020.

EL SECRETARIO DE SALUD

Rúbrica.

DR. JORGE CARLOS ALCOCER VARELA

SALUD**SECRETARÍA DE SALUD**

Nombramiento No. LD-001/2019

Código 12-N00-1-M1C026P-0000044-E-L-V

DR. JUAN MANUEL QUIJADA GAYTAN

P R E S E N T E.

Con fundamento en los artículos 2, apartado C, fracción XIV, 7, fracciones XV, XXIV y XXV y 48 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; 2, fracción XII del Reglamento de la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal, así como en los numerales 152 fracción I, inciso b), subinciso ii y 162 del "Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en las materias de Recursos Humanos y del Servicio Profesional de Carrera, así como el Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Recursos Humanos y Organización y el Manual del Servicio Profesional de Carrera", me permito hacer de su conocimiento que a partir de esta fecha, he tenido a bien nombrarlo

DIRECTOR GENERAL DE LOS**SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA**

Dicha designación se formula con el carácter de servidor público de libre designación, rango de Dirección General, adscrito a los Servicios de Atención Psiquiátrica.

Al aceptar la encomienda, usted ha protestado guardar la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en los términos del artículo 128 y las leyes que de ella emanen, asimismo adquiere el compromiso de desempeñarla al límite de su capacidad y esfuerzo, debiendo siempre actuar con eficiencia, lealtad y honradez en el desempeño de la misma.

Ciudad de México, a 16 de febrero de 2019.

EL SECRETARIO DE SALUD

Rúbrica.

DR. JORGE CARLOS ALCOCER VARELA

C. Gady Zabicky Sirot,

Presente.

Andrés Manuel López Obrador, *Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la facultad que me confiere el artículo 89, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y con fundamento en el artículo 4, fracción II del Decreto por el que se modifica la denominación, objeto, organización y funcionamiento del órgano desconcentrado Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, para transformarse en la Comisión Nacional contra las Adicciones como un órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud, he tenido a bien nombrarlo Comisionado Nacional contra las Adicciones.*

Rúbrica

Ciudad de México, a 16 de mayo de 2019.

ANEXO 2

Identificación de fuentes de financiamiento de "LOS PROGRAMAS" en materia de Salud Pública

310 DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	ORIGEN DE LOS RECURSOS PRESUPUESTARIOS (PESOS)									TOTAL
		SPPS/ INTERVENCIONES/RAMO 12		SUBTOTAL	INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR						
		CASSCO	CAUSES		ANEXO 4 RECURSOS PRESUPUESTALES	ANEXO 4 INSUMOS	SUBTOTAL	FIDEICOMISO INSABI INSUMOS	FIDEICOMISO INSABI PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO	SUBTOTAL	
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	6,102,246.00	0.00	6,102,246.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	6,102,246.00
TOTALES		6,102,246.00	0.00	6,102,246.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	6,102,246.00

313 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	ORIGEN DE LOS RECURSOS PRESUPUESTARIOS (PESOS)									TOTAL
		SPPS/ INTERVENCIONES/RAMO 12		SUBTOTAL	INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR						
		CASSCO	CAUSES		ANEXO 4 RECURSOS PRESUPUESTALES	ANEXO 4 INSUMOS	SUBTOTAL	FIDEICOMISO INSABI INSUMOS	FIDEICOMISO INSABI PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO	SUBTOTAL	
1	Salud Mental y Adicciones	0.00	687,402.75	687,402.75	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	687,402.75
	1 Salud Mental	0.00	687,402.75	687,402.75	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	687,402.75
	2 Adicciones	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
TOTALES		0.00	687,402.75	687,402.75	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	687,402.75

315 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	ORIGEN DE LOS RECURSOS PRESUPUESTARIOS (PESOS)									TOTAL
		SPPS/ INTERVENCIONES/RAMO 12		SUBTOTAL	INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR						
		CASSCO	CAUSES		ANEXO 4 RECURSOS PRESUPUESTALES	ANEXO 4 INSUMOS	SUBTOTAL	FIDEICOMISO INSABI INSUMOS	FIDEICOMISO INSABI PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO	SUBTOTAL	
1	Seguridad Vial	617,700.00	0.00	617,700.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	617,700.00
2	Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables	425,000.00	0.00	425,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	425,000.00
TOTALES		1,042,700.00	0.00	1,042,700.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,042,700.00

316 DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	ORIGEN DE LOS RECURSOS PRESUPUESTARIOS (PESOS)									TOTAL
		SPPS/ INTERVENCIONES/RAMO 12		SUBTOTAL	INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR						
		CASSCO	CAUSES		ANEXO 4 RECURSOS PRESUPUESTALES	ANEXO 4 INSUMOS	SUBTOTAL	FIDEICOMISO INSABI INSUMOS	FIDEICOMISO INSABI PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO	SUBTOTAL	
1	Emergencias en Salud	1,885,026.00	0.00	1,885,026.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,885,026.00
	1 Emergencias	942,513.00	0.00	942,513.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	942,513.00
	2 Monitoreo	942,513.00	0.00	942,513.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	942,513.00
2	Vigilancia en Salud Pública por Laboratorio	1,479,708.00	0.00	1,479,708.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,479,708.00
TOTALES		3,364,734.00	0.00	3,364,734.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3,364,734.00

K00 CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL VIH/SIDA

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	ORIGEN DE LOS RECURSOS PRESUPUESTARIOS (PESOS)									TOTAL
		SPPS/ INTERVENCIONES/RAMO 12		SUBTOTAL	INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR						
		CASSCO	CAUSES		ANEXO 4 RECURSOS PRESUPUESTALES	ANEXO 4 INSUMOS	SUBTOTAL	FIDEICOMISO INSABI INSUMOS	FIDEICOMISO INSABI PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO	SUBTOTAL	
1	VIH y otras ITS	1,529,690.00	0.00	1,529,690.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,529,690.00
2	Virus de Hepatitis C	434,480.00	0.00	434,480.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	434,480.00
TOTALES		1,964,170.00	0.00	1,964,170.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,964,170.00

L00 CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	ORIGEN DE LOS RECURSOS PRESUPUESTARIOS (PESOS)									TOTAL
		SPPS/ INTERVENCIONES/RAMO 12		SUBTOTAL	INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR						
		CASSCO	CAUSES		ANEXO 4 RECURSOS PRESUPUESTALES	ANEXO 4 INSUMOS	SUBTOTAL	FIDEICOMISO INSABI INSUMOS	FIDEICOMISO INSABI PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO	SUBTOTAL	
1	Salud Sexual y Reproductiva	6,363,712.25	19,841,683.14	26,205,395.39	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	26,205,395.39
	1 SSR para Adolescentes	1,914,015.00	3,042,107.00	4,956,122.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4,956,122.00
	2 PF y Anticoncepción	0.00	4,152,908.78	4,152,908.78	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4,152,908.78
	3 Salud Materna	3,035,241.25	7,323,434.00	10,358,675.25	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	10,358,675.25

8	Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
9	Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	199,380.00	0.00	199,380.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	199,380.00
10	Prevención y Control de Enfermedades Diarréicas Agudas	0.00	6,380.00	6,380.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	6,380.00
TOTALES		920,637.00	10,660,484.47	11,581,121.47	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	11,581,121.47

R00 CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	ORIGEN DE LOS RECURSOS PRESUPUESTARIOS (PESOS)									TOTAL
		SPPS/ INTERVENCIONES/RAMO 12		SUBTOTAL	INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR						
		CASSCO	CAUSES		ANEXO 4 RECURSOS PRESUPUESTALES	ANEXO 4 INSUMOS	SUBTOTAL	FIDEICOMISO INSABI INSUMOS	FIDEICOMISO INSABI PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO	SUBTOTAL	
1	Vacunación Universal	0.00	1,934,327.00	1,934,327.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,934,327.00
2	Atención a la Salud de la Adolescencia	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
3	Atención a la Salud en la Infancia	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
4	Diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer en menores de 18 años	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
TOTALES		0.00	1,934,327.00	1,934,327.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,934,327.00

GRAN TOTAL

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	ORIGEN DE LOS RECURSOS PRESUPUESTARIOS (PESOS)									TOTAL
		SPPS/ INTERVENCIONES/RAMO 12		SUBTOTAL	INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR						
		CASSCO	CAUSES		ANEXO 4 RECURSOS PRESUPUESTALES	ANEXO 4 INSUMOS	SUBTOTAL	FIDEICOMISO INSABI INSUMOS	FIDEICOMISO INSABI PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO	SUBTOTAL	
		21,411,646.25	35,559,051.78	56,970,698.03	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	56,970,698.03

NOTA: La descripción detallada de los insumos/servicios a adquirir o contratar con los recursos que se indican en el presente anexo, se encuentran identificados en el Módulo de Reportes-Presupuestación-Ramo 12, (Formato Reporte de ramo 12 por entidad federativa, programa, fuente de financiamiento e insumo, bien o servicio) del Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas, SIAFFASPE.

ANEXO 3

Calendario de Ministraciones

(Pesos)

310 DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	
	Marzo	1,717,308.00
	Julio	4,384,938.00
	Subtotal de ministraciones	6,102,246.00
	U008 / OB010	5,293,417.00
	P018 / CS010	808,829.00
	Subtotal de programas institucionales	6,102,246.00
	Total	6,102,246.00

313 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	
1	Salud Mental y Adicciones	
	1.1 Salud Mental	
	Marzo	0.00
	Julio	687,402.75
	Subtotal de ministraciones	687,402.75
	P018 / SSM30	687,402.75
	Subtotal de programas institucionales	687,402.75
	1.2 Adicciones	
	Marzo	0.00
	Subtotal de ministraciones	0.00
	Total Programa	687,402.75
	Total	687,402.75

315 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	
1	Seguridad Vial	
	Marzo	0.00
	Julio	617,700.00
	Subtotal de ministraciones	617,700.00
	P018 / AC020	617,700.00
	Subtotal de programas institucionales	617,700.00
2	Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables	
	Marzo	0.00
	Julio	425,000.00
	Subtotal de ministraciones	425,000.00

P018 / AC040	425,000.00
Subtotal de programas institucionales	425,000.00
Total	1,042,700.00

316 DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	
1	Emergencias en Salud	
	1.1 Emergencias	
	Marzo	253,263.00
	Julio	689,250.00
	Subtotal de ministraciones	942,513.00
	U009 / EE030	942,513.00
	Subtotal de programas institucionales	942,513.00
	1.2 Monitoreo	
	Marzo	360,384.00
	Julio	582,129.00
	Subtotal de ministraciones	942,513.00
	U009 / EE030	942,513.00
	Subtotal de programas institucionales	942,513.00
	Total Programa	1,885,026.00
2	Vigilancia en Salud Pública por Laboratorio	
	Marzo	1,479,708.00
	Subtotal de ministraciones	1,479,708.00
	U009 / EE040	1,479,708.00
	Subtotal de programas institucionales	1,479,708.00
	Total	3,364,734.00

K00 CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL VIH/SIDA

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	
1	VIH y otras ITS	
	Marzo	503,427.00
	Julio	1,026,263.00
	Subtotal de ministraciones	1,529,690.00
	P016 / VH030	1,529,690.00
	Subtotal de programas institucionales	1,529,690.00
2	Virus de Hepatitis C	
	Marzo	130,344.00
	Julio	304,136.00
	Subtotal de ministraciones	434,480.00
	P016 / VH030	434,480.00
	Subtotal de programas institucionales	434,480.00
	Total	1,964,170.00

L00 CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	
1	Salud Sexual y Reproductiva	
	1.1 SSR para Adolescentes	
	Marzo	4,346,464.00
	Julio	609,658.00
	Subtotal de ministraciones	4,956,122.00
	P020 / SR010	4,956,122.00
	Subtotal de programas institucionales	4,956,122.00
	1.2 PF y Anticoncepción	
	Marzo	3,464,332.78
	Julio	688,576.00
	Subtotal de ministraciones	4,152,908.78
	P020 / SR020	4,152,908.78
	Subtotal de programas institucionales	4,152,908.78
	1.3 Salud Materna	
	Marzo	8,536,127.25
	Julio	1,822,548.00
	Subtotal de ministraciones	10,358,675.25
	P020 / AP010	10,358,675.25
	Subtotal de programas institucionales	10,358,675.25
	1.4 Salud Perinatal	
	Marzo	2,993,460.36
	Julio	246,764.00
	Subtotal de ministraciones	3,240,224.36
	P020 / AP010	3,240,224.36
	Subtotal de programas institucionales	3,240,224.36
	1.5 Aborto Seguro	
	Marzo	1,093,467.00
	Julio	493,423.00
	Subtotal de ministraciones	1,586,890.00
	P020 / MJ030	1,586,890.00
	Subtotal de programas institucionales	1,586,890.00
	1.6 Violencia de Género	
	Marzo	1,469,988.00
	Julio	440,587.00
	Subtotal de ministraciones	1,910,575.00
	P020 / MJ030	1,910,575.00
	Subtotal de programas institucionales	1,910,575.00
	Total Programa	26,205,395.39

2	Prevención y Control del Cáncer	
	Marzo	1,800,184.42
	Julio	634,970.00
	Subtotal de ministraciones	2,435,154.42
	P020 / CC010	2,435,154.42
	Subtotal de programas institucionales	2,435,154.42
3	Igualdad de Género	
	Marzo	1,418,349.00
	Julio	235,098.00
	Subtotal de ministraciones	1,653,447.00
	P020 / MJ040	1,653,447.00
	Subtotal de programas institucionales	1,653,447.00
	Total	30,293,996.81

000 CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	
	Marzo	0.00
	Julio	49,860.00
	Subtotal de ministraciones	49,860.00
	U009 / EE070	49,860.00
	Subtotal de programas institucionales	49,860.00
2	Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores e Intoxicación por Veneno de Artrópodos	
	2.1 Paludismo	
	Marzo	49,860.00
	Julio	108,030.00
	Subtotal de ministraciones	157,890.00
	U009 / EE020	157,890.00
	Subtotal de programas institucionales	157,890.00
	2.2 Enfermedad de Chagas	
	Marzo	0.00
	Subtotal de ministraciones	0.00
	2.3 Leishmaniasis	
	Marzo	0.00
	Subtotal de ministraciones	0.00
	2.4 Intoxicación por Artrópodos	
	Marzo	0.00
	Subtotal de ministraciones	0.00

2.5 Dengue		
Marzo		91,635.00
Julio		198,542.50
Subtotal de ministraciones		290,177.50
U009 / EE020		290,177.50
Subtotal de programas institucionales		290,177.50
2.6 Vigilancia Post Oncocercosis		
Marzo		0.00
Subtotal de ministraciones		0.00
Total Programa		448,067.50
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	
Marzo		0.00
Subtotal de ministraciones		0.00
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	
Marzo		105,711.00
Julio		17,618.50
Subtotal de ministraciones		123,329.50
U009 / EE010		123,329.50
Subtotal de programas institucionales		123,329.50
5	Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones Respiratorias Agudas (Neumonías, Influenza y COVID-19)	
Marzo		0.00
Subtotal de ministraciones		0.00
6	Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas	
Marzo		0.00
Julio		200,684.47
Subtotal de ministraciones		200,684.47
U009 / EE060		200,684.47
Subtotal de programas institucionales		200,684.47
7	Enfermedades Cardiometabólicas	
Marzo		2,002,401.00
Julio		8,551,019.00
Subtotal de ministraciones		10,553,420.00
U008 / OB010		10,553,420.00
Subtotal de programas institucionales		10,553,420.00
8	Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento	
Marzo		0.00
Subtotal de ministraciones		0.00

9	Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	
	Marzo	61,110.00
	Julio	138,270.00
	Subtotal de ministraciones	199,380.00
	U009 / EE080	199,380.00
	Subtotal de programas institucionales	199,380.00
10	Prevención y Control de Enfermedades Diarréicas Agudas	
	Marzo	0.00
	Julio	6,380.00
	Subtotal de ministraciones	6,380.00
	U009 / EE010	6,380.00
	Subtotal de programas institucionales	6,380.00
	Total	11,581,121.47

R00 CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	
1	Vacunación Universal	
	Marzo	607,857.00
	Julio	1,326,470.00
	Subtotal de ministraciones	1,934,327.00
	E036 / VA010	1,934,327.00
	Subtotal de programas institucionales	1,934,327.00
2	Atención a la Salud de la Adolescencia	
	Marzo	0.00
	Subtotal de ministraciones	0.00
3	Atención a la Salud en la Infancia	
	Marzo	0.00
	Subtotal de ministraciones	0.00
4	Diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer en menores de 18 años	
	Marzo	0.00
	Subtotal de ministraciones	0.00
	Total	1,934,327.00
Gran total		56,970,698.03

NOTA: La descripción detallada de los insumos/servicios a adquirir o contratar con los recursos que se indican en el presente anexo, se encuentran identificados en el Módulo de Reportes-Presupuestación-Ramo 12, (Formato Reporte de ramo 12 por entidad federativa, programa, fuente de financiamiento e insumo, bien o servicio) del Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas, SIAFFASPE.

ANEXO 4

Programas-Indicadores-Metas de “LOS PROGRAMAS” en materia de Salud Pública.

310 DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	TIPO DE INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	META FEDERAL	INDICADOR	META ESTATAL
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	1.1.1	Proceso	Número de redes estatales que han implementado un programa de trabajo en el año t	Número de Redes estatales de municipios por la salud en el año t	72	Mide las Redes Estatales de Municipios por la Salud que implementan (elaboración, ejecución, control) un programa de trabajo en materia de salud pública, se refiere al seguimiento que los miembros de las redes municipales activas dan a los avances del programa de trabajo anual de la red y generaran un informe trimestral de los avances. Se considera una red activa aquella que se ha instalado, que cuenta con su acta de instalación firmada. Los miembros de las redes una vez instaladas, elaboran un programa de trabajo anual que considera actividades que incidan en la respuesta a los problemas de salud locales priorizados.	100
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	1.2.1	Proceso	número de políticas públicas saludables que inciden en los problemas de salud pública con la participación de otros sectores, gobiernos y ciudadanía	número total de políticas públicas en salud en las entidades federativas programadas	80	Porcentaje de políticas públicas saludables que inciden en los problemas de salud pública con la participación de otros sectores, gobiernos y la ciudadanía	80
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	2.1.1	Proceso	Número de municipios que implementaron un programa de trabajo con acciones intersectoriales y de salud pública en el año t.	Número total de municipios en el año t.	28	Mide el porcentaje de municipios que están implementando un Programa de Trabajo con acciones intersectoriales y de salud pública para incidir en los principales problemas de salud a nivel local.	8
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	3.1.1	Resultado	Número de comunidades de 500 a 2500 habitantes certificadas como saludables y en caso de prioridad de salud pública en localidades urbanas	Total de comunidades de 500 a 2500 habitantes certificadas como saludables y en caso de prioridad de salud pública en localidades urbanas	100	Mide la cobertura de comunidades que lograron certificación mediante el trabajo participativo de los integrantes de ésta (Personas, familias, instituciones, OSC) para mejorar su salud a través del control de los determinantes sociales de la salud.	100
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	3.2.1	Proceso	Número de entornos certificados como saludables en los lugares donde intervenga el Programa	Total de entornos programados para certificar como saludables en los lugares donde intervenga el Programa	100	Mide los entornos certificados como saludables, que se requieren para cumplir con la certificación de comunidades y municipios ubicados en zonas prioritarias en las que se realicen acciones integradas de salud pública	100
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	3.3.1	Resultado	Número de ferias de promoción de la salud para población indígena con pertinencia cultural y lingüística realizadas	No aplica	35	Número de ferias de promoción de la salud para población indígena con pertinencia cultural y lingüística	3

1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	4.1.1	Resultado	Número de escuelas que cumplen con los criterios de certificación como promotoras de la salud	Total de escuelas publicas certificadas de nivel basico programadas a nivel estatal*100	2	Porcentaje de escuelas publicas de nivel básico que cumplieron con los criterios de certificación para ser escuelas promotoras de la salud	100
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	7.2.1	Resultado	Número de ferias de promoción de salud para población migrante realizadas	No aplica	42	Número de ferias de promoción de salud para población migrante	1
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	8.1.1	Proceso	Consultas con Atención Integrada de Línea de Vida	Consultas otorgadas en los Servicios de Salud Estatales	72	Número de Consultas con Atención Integrada de Línea de Vida	79
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	8.2.1	Proceso	Población no derechohabiente que recibe Cartilla Nacional de Salud	Cartillas Nacionales de Salud entregadas a la población	80	Cobertura de población no derechohabiente que recibe Cartilla Nacional de Salud	80
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	8.3.1	Proceso	Número de usuarios de los Servicios Estatales de Salud que presentan en la consulta otorgada la Cartilla Nacional de Salud	Total de las consultas otorgadas a la población usuaria de los Servicios Estatales de Salud	68	Porcentaje de usuarios de los Servicios Estatales de Salud que presentan en la consulta otorgada la Cartilla Nacional de Salud	79
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	9.1.1	Resultado	La sumatoria de los puntos de los determinantes positivos de la salud del cuestionario POST intervención – la sumatoria de los puntos de los determinantes positivos de la salud del cuestionario PRE-INTERVENCIÓN	La sumatoria de los puntos de los determinantes positivos de la salud del cuestionario PRE-INTERVENCIÓN	10	El indicador mide la variación de los determinantes positivos de la salud en la población pre y post intervención.	10
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	9.2.1	Proceso	Número estrategias educativas realizadas para la promoción de estilos de vida saludables	Total de estrategias educativas programadas	100	Mide el porcentaje de las estrategias educativas de promoción de la salud para el fomento de estilos de vida saludable dirigidas a la población,	100
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	9.3.1	Resultado	La sumatoria de los puntos de los determinantes ambientales positivos de la salud del diagnóstico POST intervención – la sumatoria de los puntos de los determinantes ambientales positivos de la salud del diagnóstico PRE-INTERVENCIÓN	La sumatoria de los puntos de los determinantes ambientales positivos de la salud del diagnóstico PRE-INTERVENCIÓN	10	Mide la variación de los determinantes ambientales positivos en los entornos laborales intervenidos	10
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	11.1.1	Estructura	Número de jurisdicciones sanitarias que realizan jornadas nacionales de salud pública	Total de jurisdicciones sanitarias que realizan jornadas de salud pública	100	Porcentaje de Jornadas Nacionales de Salud Pública realizadas en las jurisdicciones sanitarias	100
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	12.3.1	Resultado	Número de campañas en temas de salud pública implementadas en medios digitales	Total de campañas en temas de salud pública implementadas en medios digitales programadas * 100	90	Mide el número de entidades federativas que al menos realizaron una campaña em temas de salud pública en medios digitales, con incremento de al menos 3 indicadores KPI	1
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	18.1.1	Proceso	Personal de salud capacitado que opera y entrega de servicios de promoción de la salud a la población	Personal de salud que opera y entrega de servicios de promoción de la salud a la población programado para recibir capacitación	80	Mide el porcentaje de personal que concluye capacitación	80

1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	18.2.1	Proceso	Personas que intervienen en el Programa, capacitadas y que obtienen constancia, presentan carta descriptiva o lista de asistencia	Total de personas que intervienen en el Programa, capacitadas y que obtienen constancia, presentan carta descriptiva o lista de asistencia	100	Mide la proporción de personas capacitadas, que intervienen en el programa y obtienen constancia, presentan carta descriptiva o lista de asistencia de temas relacionados con la salud pública y promoción de la salud.	100
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	18.3.1	Proceso	Número de autoridades municipales capacitadas en temas de salud pública en el año t	Número de municipios que han implementado un programa de trabajo municipal de promoción de la salud en el año t	5	La razón es la relación entre el número de autoridades municipales (personal del municipio con toma decisión en los asuntos del ayuntamiento, tales como presidente municipal, síndicos, regidores, directores o responsables de áreas del ayuntamiento), que ha recibido capacitación en temas de salud pública, con respecto a los municipios que están implementado de un programa de trabajo municipal de promoción de la salud en la solución de problemas de salud local.	5
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	18.4.1	Resultado	Promotores de Salud Hablantes de Lengua Indígena capacitados con Programa Individual de Trabajo Elaborado	No aplica	55	Promotores de salud hablantes de lengua indígena con programas de trabajo implementados en comunidades indígenas	25
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	20.1.1	Proceso	Numero de servicios estatales de salud que tienen un 80% de cumplimiento en sus procesos, indicadores y metas programadas de políticas de salud pública y promoción de la salud.	Total de Servicios Estatales de Salud	80	Mide el cumplimiento de los procesos, indicadores y metas del programa	80
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	21.1.1	Resultado	Número de estrategias de mercadotecnia en salud evaluadas con impacto positivo en los estilos de vida saludables de la población destinataria	Total de estrategias de mercadotecnia en salud implementadas en el año * 100	20	Mide las estrategias de mercadotecnia en salud evaluadas con influencia positiva en los comportamientos y estilos de vida saludables de la población destinataria	2

313 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	TIPO DE INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	META FEDERAL	INDICADOR	META ESTATAL
1	Salud Mental y Adicciones							
1	Salud Mental	2.1.3	Resultado	Personal de salud mental contratado	No aplica	242	Expresa la contratación de recursos humanos en salud mental	2
1	Salud Mental	2.2.1	Resultado	Número de personal capacitado	No aplica	20,300	Muestra el total de profesionales médicos y paramédicos de unidades de primer nivel de atención capacitados en la guía mhGAP 2021	1,542

	1	Salud Mental	3.1.1	Resultado	Material informativo	No aplica	542,071	e material informativo (impreso y digital) difundido a sobre promoción de salud mental e identificación de signos y síntomas de las condiciones de salud mental, adicciones y signos de alerta de conducta suicida.	14,500
	1	Salud Mental	3.2.1	Resultado	Número de personas que reciben atención integral relacionada con el consumo de sustancias, salud mental y atención a familiares.	No aplica	66,344	Número de personas que reciben atención integral relacionada con el consumo de sustancias, salud mental y atención a familiares.	2,414

315 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	TIPO DE INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	META FEDERAL	INDICADOR	META ESTATAL
1	Seguridad Vial	1.1.1	Resultado	Total de mediciones de factores de riesgo realizadas.	No aplica	32	Las entidades federativas realizarán el levantamiento de datos correspondiente a la identificación de factores de riesgo en el ámbito de ocurrencia seleccionado de acuerdo con sus necesidades identificadas en los perfiles epidemiológicos y muestras seleccionadas, con la finalidad de establecer acciones de prevención de lesiones en materia de seguridad vial.	1
1	Seguridad Vial	3.1.1	Proceso	Número de municipios prioritarios que aplican controles de alcoholimetría.	Total de Municipios Prioritarios (197)	80	La aplicación de puntos de control de alcoholimetría se refiere a la instalación de operativos en donde realicen pruebas diagnósticas de alcohol en aire expirado a conductores de vehículos motorizados mediante el uso de equipos de alcoholimetría.	3
1	Seguridad Vial	4.3.1	Proceso	Población civil con habilidades en primera respuesta.	No aplica	25,000	Población civil con habilidades en Primera Respuesta.	2,000
1	Seguridad Vial	5.1.1	Proceso	Total de población que reciben pláticas de sensibilización sobre seguridad vial.	No aplica	1,691,539	Población sensibilizada mediante pláticas sobre prevención de accidentes.	87,405
1	Seguridad Vial	5.2.1	Proceso	Número de campañas sobre prevención de accidentes viales difundidas en las entidades federativas.	No aplica	19	Mide el número de campañas activas de prevención accidentes viales en las entidades federativas.	1
2	Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables	1.1.1	Resultado	Total de mediciones de factores de riesgo realizadas.	No aplica	30	Las entidades federativas realizarán el levantamiento de datos correspondiente a la identificación de factores de riesgo en el ámbito de ocurrencia seleccionado de acuerdo con sus necesidades identificadas, con la finalidad de establecer acciones de prevención de lesiones accidentales.	1

2	Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables	3.1.1	Resultado	Número de acciones de sensibilización sobre prevención de lesiones accidentales realizadas.	No aplica	96	Las entidades federativas realizarán acciones de sensibilización de acuerdo al grupo de edad de pertenencia, con la finalidad de que puedan identificar los principales factores de riesgo para la ocurrencia de lesiones accidentales.	3
2	Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables	3.2.1	Resultado	Número de entidades federativas que realizan acciones de prevención de lesiones accidentales, a través de la difusión de material educativo y de promoción de la salud.	No aplica	32	Mide el número de entidades federativas que difunden material educativo y de promoción de la salud, para la prevención de lesiones accidentales (ahogamientos, asfixias, caídas, envenenamientos e intoxicaciones y quemaduras).	1
2	Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables	3.3.1	Resultado	Número de entidades federativas que difundieron a través de diferentes medios de comunicación, campañas de prevención de lesiones accidentales (ahogamientos, asfixias, caídas, envenenamientos e intoxicaciones y quemaduras).	No aplica	32	Mide el número de entidades federativas que difunden, a través de diferentes medios de comunicación, acciones de prevención de lesiones accidentales (ahogamientos, asfixias, caídas, envenenamientos e intoxicaciones y quemaduras).	1

316 DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	TIPO DE INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	META FEDERAL	INDICADOR	META ESTATAL
1	Emergencias en Salud							
1	Emergencias	1.1.1	Proceso	Número de UIES estatales operando en el año bajo la normatividad establecida.	Número de UIES programadas por año	90	UIES en operación bajo la normatividad establecida.	90
2	Monitoreo	1.1.1	Proceso	Número de sistemas de Vigilancia Epidemiológica evaluados	26 Sistemas de Vigilancia epidemiológica Vigentes.	80	Evaluación de los Sistemas que integran el SINAVE durante el ejercicio 2022	80
2	Monitoreo	1.1.2	Proceso	Número de Reportes de Información Epidemiológica mensual publicados.	Número de reportes de información epidemiológicos programados para su publicación	100	Información Epidemiológica Actualizada y Publicada periódicamente	100
2	Vigilancia en Salud Pública por Laboratorio	1.1.2	Proceso	Índice de desempeño alcanzado por el LESP	Índice de desempeño máximo esperado por el LESP	100	Identificar áreas de oportunidad en la operación de los Laboratorios Estatales de Salud Pública para tomar acciones que conlleven, a la mejora a través de los indicadores de concordancia, cumplimiento, desempeño técnico y competencia técnica. El reto es mantener o incrementar el índice de desempeño nacional año con año.	100

K00 CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL VIH/SIDA

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	TIPO DE INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	META FEDERAL	INDICADOR	META ESTATAL
1	VIH y otras ITS	1.2.1	Proceso	Número de servicios especializados en VIH e ITS con la estrategia de PrEP implementada.	Número de servicios especializados en VIH e ITS con la estrategia de PrEP programada.	100	Es el porcentaje de servicios especializados en VIH e ITS (Capasits y SAHs) con implementación de la PrEP, con respecto a los servicios especializados programados.	100
1	VIH y otras ITS	1.8.1	Proceso	Número de trabajadores de salud de los Servicios Especializados en VIH e ITS, que aprobaron los cursos en VIH seleccionados.	Número de trabajadores de salud de los Servicios Especializados en VIH e ITS.	100	Se refiere a la proporción de personal de salud que trabaja en los Servicios Especializados en VIH e ITS que aprobaron los cursos seleccionados*, con respecto al personal de salud que trabaja en los Servicios Especializados en VIH e ITS. *Reducción de Daños y Riesgos asociados a VIH, VHC y consumo de sustancia. Lenguaje incluyente libre de estigma y discriminación para prestadores de servicios de salud.	100
1	VIH y otras ITS	1.9.1	Proceso	Condomes entregados a personas viviendo con VIH en los CAPASITS y SAHs en la Secretaría de Salud	Personas de 15 a 60 años en tratamiento antirretroviral en la Secretaría de Salud	112	Mide el número de condones entregados a las personas viviendo VIH que acuden a los Servicios Especializados de Atención Integral (SAIH y Capasits) de la Secretaría de Salud, durante un año.	112
1	VIH y otras ITS	5.1.1	Proceso	Personas viviendo con VIH que se diagnostican e incorporan por primera vez a atención (sin tratamiento antirretroviral previamente) cuyo primer recuento de linfocitos CD4 es menor a 200 células/µl, en la Secretaría de Salud.	Personas viviendo con VIH que se diagnostican e incorporan por primera vez a atención (sin tratamiento antirretroviral previamente) que tuvieron su primer recuento de linfocitos CD4 en el periodo, en la Secretaría de Salud.	100	Es la proporción de personas viviendo con VIH que se diagnostican e incorporan por primera vez a atención (no tratadas anteriormente) con un recuento de linfocitos CD4 menor a 200 células/µl, con respecto al total de las personas viviendo con VIH diagnosticadas e incorporadas a atención en el periodo, en la Secretaría de Salud.	100
1	VIH y otras ITS	8.2.1	Resultado	Personas viviendo con VIH con 6 meses o más en tratamiento antirretroviral con carga viral suprimida (<1,000 copias/ml) en el último año, en la Secretaría de Salud.	Personas viviendo con VIH con 6 meses o más en tratamiento antirretroviral en el último año, en la Secretaría de Salud.	95	Mide el impacto del tratamiento antirretroviral en las personas viviendo con VIH con 6 meses o más en tratamiento con carga viral suprimida (<1000 copias/ml) en el último año, en la Secretaría de Salud.	95
1	VIH y otras ITS	8.10.1	Proceso	Personas en TAR con diagnóstico de TB activa en tratamiento en la Secretaría de Salud.	Personas con diagnóstico de TB activa y VIH en la Secretaría de Salud.	90	Es el porcentaje de personas en TAR con diagnóstico de TB activa en tratamiento para ésta en la Secretaría de Salud, respecto del total del personas con diagnóstico de TB activa y VIH en TAR en la Secretaría de Salud, en el periodo.	90

1	VIH y otras ITS	11.6.1	Proceso	Detecciones de sífilis en personas en tratamiento antirretroviral en el año, en la Secretaría de Salud.	Personas de 15 a 60 años que se encuentran en tratamiento antirretroviral en el año, en la Secretaría de Salud.	1	Mide el número de detecciones de sífilis realizadas por persona en tratamiento antirretroviral de 15 a 60 años al año, en la Secretaría de Salud.	1
1	VIH y otras ITS	12.3.1	Proceso	Mujeres embarazadas viviendo con VIH, bajo tratamiento antirretroviral, con carga viral indetectable (<50 copias/ml), en la Secretaría de Salud.	Mujeres embarazadas viviendo con VIH, bajo tratamiento antirretroviral.	90	Se refiere a la proporción de mujeres embarazadas viviendo con VIH, bajo tratamiento antirretroviral, con carga viral indetectable (<50 copias/ml), en la Secretaría de Salud.	90
2	Virus de Hepatitis C	5.2.1	Proceso	Número de trabajadores de salud del programa de hepatitis C que trabaja en los Servicios Especializados en VIH e ITS que aprobaron el curso en VHC seleccionado.	Número de trabajadores de salud del programa de hepatitis C que trabaja en los Servicios Especializados en VIH e ITS.	100	Se refiere a la proporción de personal del programa de hepatitis C que trabaja en los Servicios Especializados en VIH e ITS que aprobaron los cursos seleccionados*, con respecto al personal del programa de hepatitis C que trabaja en los Servicios Especializados en VIH e ITS. *Curso vinculado al programa de Hepatitis C Reducción de Daños y Riesgos asociados a VIH, VHC y consumo de sustancia.	100

L00 CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	TIPO DE INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	META FEDERAL	INDICADOR	META ESTATAL
1	Salud Sexual y Reproductiva							
1	SSR para Adolescentes	1.1.1	Proceso	Total de campañas y estrategias de IEC realizadas para la adecuada difusión de los derechos sexuales y reproductivos.	No aplica	96	Se refiere a las campañas lanzadas con el objetivo de difundir y promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas adolescentes	3
1	SSR para Adolescentes	1.2.1	Estructura	Total de docentes formados como capacitadores en temas de salud sexual y reproductiva	No aplica	2,875	Corresponde al número de docentes que han sido formados como replicadores de temas de salud sexual y reproductiva para adolescentes.	105
1	SSR para Adolescentes	1.3.1	Proceso	Total de Promotores y brigadistas juveniles voluntarios activos x100	Total de Promotores y brigadistas juveniles voluntarios registrados	80	Corresponde al porcentaje de Promotores y brigadistas juveniles voluntarios activos, respecto del total de promotores registrados al periodo de evaluación.	80
1	SSR para Adolescentes	2.1.1	Proceso	Total de supervisiones realizadas en Jurisdicciones Sanitarias y unidades de salud	No aplica	294	Se refiere a las visitas de supervisión realizadas a jurisdicciones sanitarias y unidades médicas durante el año	8
1	SSR para Adolescentes	2.2.1	Estructura	Total de personas capacitadas para proporcionar atención en salud sexual y reproductiva para población adolescente.	No aplica	2,744	Número de personas que laboran en centros de salud de primer nivel de atención, capacitadas y sensibilizadas para proporcionar atención en salud sexual y reproductiva para población adolescente	80

	1	SSR para Adolescentes	2.3.1	Proceso	Número de jurisdicciones sanitarias con al menos una unidad de primer nivel con atención amigable para adolescentes	Total de Jurisdicciones Sanitarias en el estado	100	Número de Jurisdicciones Sanitarias con al menos una unidad de primer nivel que proporciona atención amigable para adolescentes	100
	1	SSR para Adolescentes	2.4.1	Proceso	Total de consultas de primera vez, otorgadas a adolescentes en servicios amigables	Número de servicios amigables en operación	26	Corresponde al número de atenciones de primera vez que se proporcionan a población adolescente por mes en los Servicios Amigables	18
	1	SSR para Adolescentes	2.5.1	Estructura	Total de servicios amigables nuevos durante el periodo	No aplica	143	Número de servicios amigables incorporados a la red de atención durante el año en los Servicios Estatales de Salud	10
	1	SSR para Adolescentes	2.5.2	Estructura	Número de municipios que cuentan con al menos un servicio amigable de salud sexual y reproductiva para adolescente x 100	Total Municipios en el estado	73	Porcentaje de municipios que cuentan con al menos un servicio amigable para la atención de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente	93
	1	SSR para Adolescentes	2.5.3	Proceso	Numero de servicios amigables itinerantes que proporcionan atención en SSRA	No aplica	32	Número de servicios amigables itinerantes otorgando el paquete básico de SSRA en localidades seleccionadas	1
	1	SSR para Adolescentes	2.5.4	Proceso	Número de Municipios visitados durante el año con el servicio amigable itinerante (Edusex)	Total Municipios registrados	49	Se refiere al número de municipios que fueron visitados mediante el Servicio Amigable Itinerante (Edusex) al menos una vez durante el año	8
	1	SSR para Adolescentes	3.1.1	Resultado	Total de mujeres adolescentes menores de 20 años que son usuarias activas de métodos anticonceptivos en la Secretaría de Salud	Total de mujeres adolescentes menores de 15 a 19 años de edad con vida sexual activa, responsabilidad de la Secretaría de Salud	66	Porcentaje de mujeres adolescentes con vida sexual activa, que son usuarias activas de métodos anticonceptivos, y pertenecen a la población responsabilidad de la Secretaría de Salud	76
	1	SSR para Adolescentes	3.2.1	Resultado	Mujeres adolescentes que aceptan un método anticonceptivo de larga duración, otorgado durante el post evento obstétrico x 100	Mujeres adolescentes a la que se les atendió un evento obstétrico	80	Porcentaje de mujeres adolescentes de 15 a 19 años que posterior a algún evento obstétrico, aceptan un método anticonceptivo de larga duración, excepto condón.	72
	1	SSR para Adolescentes	3.3.1	Proceso	Total de servicios amigables que favorecen el acceso a servicios de aborto seguro para adolescentes	No aplica	32	Se refiere al número de servicios amigables para adolescentes que cuentan con personal de salud proporcionando atención en aborto seguro con medicamentos	1
	2	PF y Anticoncepción	1.1.1	Proceso	Número de nuevas aceptantes de métodos anticonceptivos en la institución (consultas de primera vez), incluye usuarias de condón masculino y femenino	No aplica	645,341	Corresponde al número de nuevas aceptantes de métodos anticonceptivos en la Secretaria de Salud, registradas en consulta externa durante el año (no incluye oclusiones tuberías bilaterales ni vasectomías)	36,137
	2	PF y Anticoncepción	1.2.1	Resultado	Número de mujeres usuarias activas de habla indígena (que utilizan un método anticonceptivo) responsabilidad de la secretaria de salud	No aplica	283,299	Corresponde al número de mujeres en edad fértil de habla indígena que utilizan un método anticonceptivo proporcionado o aplicado en la Secretaria de Salud	13,350

	2	PF y Anticoncepción	1.4.1	Proceso	Promedio de condones masculinos proporcionados en la Secretaría de Salud durante el año.	Número de usuarios activos de condones masculinos	53	Señala el número de condones masculinos que se otorgan al año en promedio por cada usuario activo de este método en la Secretaría de Salud	60
	2	PF y Anticoncepción	2.1.1	Resultado	Número de mujeres usuarias activas de métodos anticonceptivos aplicados o proporcionados en la Secretaría de Salud	No aplica	4,618,331	Corresponde al total de mujeres en edad fértil que utilizan un método anticonceptivo proporcionado o aplicado en la Secretaría de Salud	261,784
	2	PF y Anticoncepción	2.1.2	Estructura	Número de servicios activos de telemedicina	No aplica	32	Corresponde al servicio de atención a distancia que se encuentre operando en los servicios estatales de salud	1
	2	PF y Anticoncepción	2.2.1	Proceso	Número de personas capacitadas durante el año en temas de Planificación Familiar.	No aplica	6,507	Se refiere al número de personal capacitado respecto al número de personas a capacitar en el año (meta)	210
	2	PF y Anticoncepción	2.3.1	Proceso	Número de visitas de supervisión realizadas a las jurisdicciones sanitarias y unidades médicas	No aplica	541	Visitas de supervisión de la situación de abasto de anticonceptivos realizadas a jurisdicciones sanitarias y unidades médicas durante el año	14
	2	PF y Anticoncepción	2.4.1	Proceso	Cobertura de aceptantes de un método anticonceptivo (DIU, OTB, IMPLANTES y Hormonales) durante el post-evento obstétrico y el puerperio	No aplica	75	Cobertura de mujeres atendidas por algún evento obstétrico durante el año (parto, aborto o cesárea) que adoptan un método anticonceptivo durante los 42 días posteriores a la atención del evento.	73
	2	PF y Anticoncepción	2.5.1	Resultado	(Número de usuarias activas de ARAP (DIU, SIU, Implante subdérmico) al final del año en curso.)*100	Número de usuarias activas de ARAP (DIU, SIU, Implante subdérmico) al final del año anterior más número de usuarias nuevas de ARAP (DIU, SIU, Implante subdérmico) durante el año en curso.	80	Muestra el porcentaje de mujeres que iniciaron el año con un ARAP ó adoptaron un ARAP durante el año y se mantienen activas al final del año	87
	2	PF y Anticoncepción	2.6.1	Estructura	Número de unidades médicas con servicios de planificación familiar instalados para la atención de mujeres con alto riesgo obstétrico (incluye centros de salud y hospitales).	No aplica	117	Corresponde al número de centros de salud y hospitales con alta demanda de atención de enfermedades concomitantes (diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer, sobrepeso, etc.) que cuentan con al menos un consultorio habilitado para la prestación de servicios de planificación familiar y anticoncepción para mujeres con alto riesgo obstétrico.	4
	2	PF y Anticoncepción	2.7.1	Resultado	Vasectomías realizadas	No aplica	42,208	Número de vasectomías realizadas a hombres con paridad satisfecha, responsabilidad de la Secretaría de Salud	1,008

	2	PF y Anticoncepción	2.8.1	Estructura	Número de jurisdicciones sanitarias con al menos un servicio de vasectomía sin bisturí en operación	No aplica	217	Corresponde al número de jurisdicciones sanitarias que cuentan con al menos un servicio de vasectomía sin bisturí con personal acreditado para realizar este procedimiento quirúrgico	10
	2	PF y Anticoncepción	2.8.2	Estructura	Número de servicios nuevos implementados	No aplica	34	Incrementar los servicios de vasectomía sin bisturí en jurisdicciones que carecen del servicio	1
	3	Salud Materna	1.1.1	Proceso	Número de pláticas de educación para la salud, durante el embarazo y el puerperio.	No aplica	120,001	Número de pláticas de educación para la salud, durante el embarazo y el puerperio.	8,710
	3	Salud Materna	1.2.1	Resultado	Total de atenciones otorgadas por brigadistas	No aplica	653,400	Promedio de atenciones otorgadas por personal brigadista	23,400
	3	Salud Materna	1.3.1	Proceso	Número de campañas de promoción de atención a la salud materna.	No aplica	32	Número de campañas de promoción de atención a la salud materna.	1
	3	Salud Materna	2.1.1	Resultado	Número de mujeres que tuvieron consulta de atención pregestacional	Número de mujeres con consulta prenatal, por 100	100	Proporción de mujeres con atención pregestacional.	100
	3	Salud Materna	2.2.1	Resultado	Número de consultas de atención prenatal de primera vez en el primer trimestre	Total de consultas de atención prenatal de primera vez en cualquier trimestre de gestación.	60	Proporción de consultas de atención prenatal de primera vez otorgadas durante el primer trimestre	60
	3	Salud Materna	2.4.1	Proceso	Número de entidades federativas que tienen implementada la estrategia estatal y su difusión en cada unidad médica hospitalaria	No aplica	32	Estrategia de disminución de cesárea, basada en el análisis de la cesárea con los criterios de Robson establecida	1
	3	Salud Materna	2.5.1	Resultado	Total de defunciones de mujeres por causas maternas en un año determinado	Total de recién nacidos vivos registrados en los certificados de nacimiento para el mismo periodo por 100,000.	800	Mide indirectamente la efectividad de las acciones de prevención y atención oportuna de complicaciones en mujeres embarazadas, parturientas y puérperas de acuerdo con la normatividad aplicable	25
	3	Salud Materna	2.7.1	Proceso	Número de mujeres que tuvieron un evento obstétrico y recibieron por lo menos una consulta de atención en el puerperio	Total de mujeres que tuvieron un evento obstétrico	90	Proporción de mujeres postevento obstétrico que reciben consulta en el puerperio	90
	3	Salud Materna	2.8.1	Proceso	Número de entidades federativas que tienen implementada la estrategia	Total de entidades federativas, por 100	100	Proporción de entidades federativas con estrategia de abordaje de la pérdida gestacional y depresión posparto.	100
	3	Salud Materna	2.9.1	Proceso	Número de personas recién nacidas por parto con apego inmediato al seno materno	Número de personas recién nacidas por parto x 100	90	Porcentaje de personas recién nacidas por parto, con apego inmediato al seno materno	90
	3	Salud Materna	3.1.1	Proceso	Número de entidades federativas que implementaron el proyecto prioritario.	No aplica	32	Implementación del proyecto prioritario de atención integral del proceso reproductivo, en al menos una unidad de atención obstétrica	1

	3	Salud Materna	3.2.1	Proceso	Total de Comités Estatales de Referencia y Contrarreferencia obstétrica instalados	No aplica	32	Número de Comités Estatales de Referencia y Contra referencia obstétrica instalados	1
	3	Salud Materna	3.4.1	Proceso	Número de entidades federativas con estrategia elaborada	No aplica	32	Número de entidades federativas con estrategia para la atención de mujeres embarazadas migrantes o en contexto de desastre, elaborada y difundida	1
	3	Salud Materna	3.5.1	Proceso	Total de casos analizados en el seno del Comité de Prevención Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal	No aplica	384	Número de casos sesionados a nivel estatal en el seno del Comité de Prevención Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal	12
	3	Salud Materna	3.6.1	Resultado	Número casos de mortalidad materna analizados	Número de casos de mortalidad materna registrados	100	Proporción de casos de mortalidad materna analizados en el Comité de Prevención Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal	100
	4	Salud Perinatal	1.1.1	Resultado	Número de personas recién nacidas sin derechohabencia con peso menor a los 2500 gr, en el periodo	Número de personas recién nacidas sin derechohabencia en el periodo	5	Personas recién nacidas sin derechohabencia con peso menor a los 2500 gr, en el periodo	5
	4	Salud Perinatal	1.2.1	Resultado	Número de BLH y/o Lactarios en la Entidad Federativa que reportan productividad mensual	Número total de BLH y/o Lactarios en la Entidad Federativa	85	Proporción de mujeres donadoras del total de mujeres atendidas en bancos de leche humana	85
	4	Salud Perinatal	1.3.1	Proceso	Número de reportes realizados de campañas de promoción de la lactancia materna (SMLM, Día donación, semanas de salud pública).	Número de reportes a realizar de campañas de promoción de la lactancia materna (SMLM, Día donación, semanas de salud pública).	100	Porcentaje de reportes emitido para la Actividades de promoción de la lactancia materna	100
	4	Salud Perinatal	2.1.1	Proceso	Personal capacitado en Reanimación neonatal en el periodo	No aplica	3,600	Porcentaje de profesionales de la salud capacitados en Reanimación neonatal	200
	4	Salud Perinatal	2.2.1	Proceso	Unidades hospitalarias de la SSA con atención obstétrica con Nominación a la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña	Unidades hospitalarias de la SSA con atención obstétrica	32	Porcentaje de hospitales en las entidades federativas nominados en IHANN	1
	4	Salud Perinatal	2.3.1	Resultado	Número de personas recién nacidas sin derechohabencia con tamiz auditivo en el periodo	Número de personas recién nacidas sin derechohabencia en el periodo	80	Cobertura de tamiz auditivo	80
	4	Salud Perinatal	2.4.1	Resultado	Número de personas recién nacidas sin derechohabencia con tamiz metabólico	Número de personas recién nacidas sin derechohabencia en el periodo	90	Cobertura de tamiz metabólico	90
	4	Salud Perinatal	2.5.1	Resultado	Personal de salud capacitado que participa en el BLH y/o lactarios	Personal de salud que participa en el BLH y/o lactarios	80	Porcentaje de personal capacitado en BLH y/o Lactarios	80

	4	Salud Perinatal	3.1.1	Proceso	Centros de Salud en los Servicios Estatales de Salud con nominación como Unidades Amigas del Niño y de la Niña	Centros de Salud en los Servicios Estatales de Salud	32	Porcentaje de centros de salud de la SSA Nominados como unidades amigas del Niño y de la Niña	1
	4	Salud Perinatal	3.2.1	Proceso	Personal de salud capacitado que participa en el proceso de toma de tamiz metabólico	Personal de salud que participa en el proceso de toma de tamiz metabólico	80	Porcentaje de personal capacitado en el proceso de tamiz metabólico	80
	4	Salud Perinatal	3.3.1	Proceso	Número de Comités de mortalidad materna y perinatal instalados en el estado, que realizan análisis de la morbilidad y mortalidad perinatal	Número de Comités de mortalidad materna y perinatal instalados en el estado	90	Porcentaje de Comités de mortalidad materna y perinatal instalados en el estado, que realizan análisis de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal	90
	4	Salud Perinatal	3.4.1	Proceso	Número de profesionales de la salud capacitados en el manejo de CPESMMMP que participan en el análisis de la morbilidad y mortalidad perinatal	Número de profesionales de la salud que participan en el análisis de la mortalidad perinatal	90	Porcentaje de profesionales de la salud capacitados en el manejo de CPESMMMP que participan en el análisis de la morbilidad y mortalidad perinatal	90
	5	Aborto Seguro	1.1.1	Proceso	Materiales de comunicación difundidos con la población y el personal de salud	No aplica	32	Materiales de comunicación difundidos entre la población y el personal de salud, a partir de la elaboración y diseño estrategias de comunicación para informar sobre el derecho al acceso y atención del aborto seguro.	2
	5	Aborto Seguro	1.1.2	Proceso	Número de líneas telefónicas contratadas	No aplica	32	Número de líneas telefónicas habilitadas para otorgar atención y referencia a la población y personal de salud acerca de los Servicios de Aborto Seguro	1
	5	Aborto Seguro	2.1.1	Proceso	Número de personal médico operativo capacitado para brindar los servicios de aborto seguro	No aplica	96	Es el personal medico operativo capacitado para brindar los servicios de aborto seguro.	3
	5	Aborto Seguro	2.2.1	Proceso	Número de personal médico que se incorpora para garantizar los procedimientos de aborto seguro.	No aplica	64	Es el número de personal médico que se incorpora para garantizar los procedimientos de aborto seguro.	2
	5	Aborto Seguro	2.3.1	Proceso	Número de espacios equipados y en operación dentro de las unidades de salud para otorgar los servicios de aborto seguro.	No aplica	32	Son los espacios que se equiparon en las unidades de salud para otorgar los servicios de aborto seguro.	3
	5	Aborto Seguro	3.2.1	Proceso	Número de supervisiones realizadas en las unidades de salud para verificar la implementación de los mecanismos de rutas de atención y referencia a los servicios de aborto seguro.	No aplica	256	Son las acciones de monitoreo y seguimiento a las unidades de salud para verificar la implementación de las rutas de atención y referencia para favorecer el acceso a los servicios de aborto seguro.	8

6	Violencia de Género	1.1.1	Proceso	Número de materiales de comunicación de promoción de una vida libre de violencia difundidos entre la población y el personal de salud	No aplica	128	Número de materiales de comunicación de promoción de una vida libre de violencia difundidos entre la población y el personal de salud	4
6	Violencia de Género	1.3.1	Proceso	Número de talleres de prevención de la violencia dirigidos a Promotores juveniles	No aplica	192	Número de talleres de prevención de la violencia dirigidos a Promotores juveniles	6
6	Violencia de Género	1.3.2	Proceso	Grupos formados para prevención de la violencia en población adolescente	No aplica	512	Mide el número de grupos formados para prevenir la violencia de género, así como los grupos formados para prevención de la violencia en el noviazgo, dirigidos a la población adolescente	12
6	Violencia de Género	2.1.1	Resultado	Porcentaje de cobertura de atención especializada a mujeres víctimas de violencia familiar severa	Número de mujeres de 15 años y más unidas en situación de violencia familiar y de género severa, estimadas para su atención en los servicios especializados	23	Número de mujeres de 15 años y más unidas en situación de violencia familiar y de género severa atendidas en servicios especializados respecto del número de mujeres programadas para su atención.	24
6	Violencia de Género	2.1.2	Proceso	Número de supervisiones PRESENCIALES a la operación de la NOM-046-SSA2-2005 en los servicios esenciales y especializados de salud	No aplica	128	Número de supervisiones PRESENCIALES a la operación de la NOM-046-SSA2-2005 en los servicios esenciales y especializados de salud	4
6	Violencia de Género	2.2.1	Proceso	Número de herramientas de detección de la violencia que resultaron positivas.	Número de herramientas de detección aplicadas	26	Número de herramientas de detección de la violencia familiar y de género que resultaron positivas respecto de las programadas para su aplicación en mujeres de 15 años y más unidas.	25
6	Violencia de Género	2.4.1	Proceso	Número de talleres brindados sobre IVE	No aplica	32	Número de talleres brindados sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo	1
6	Violencia de Género	2.4.3	Resultado	Número de talleres brindados sobre NOM-046 presencial	No aplica	32	Número de talleres brindados sobre NOM-046 PRESENCIAL	1
6	Violencia de Género	2.4.4	Resultado	Número de talleres brindados sobre Atención inmediata a víctimas de violación sexual dirigido a personal de enfermería	No aplica	32	Número de talleres brindados sobre Atención inmediata a víctimas de violación sexual dirigido a personal de enfermería	1
6	Violencia de Género	2.5.1	Proceso	Número de diagnósticos realizados	No aplica	10	Número de diagnósticos Intercultural elaborados en comunidades con población indígena	1
6	Violencia de Género	3.2.1	Proceso	Número de grupos formados para reeducación de víctimas de violencia de pareja	No aplica	512	Número de grupos formados para reeducación de víctimas de violencia de pareja	16
6	Violencia de Género	3.2.2	Proceso	Número de grupos formados para la reeducación de agresores de violencia de pareja.	No aplica	512	Número de grupos formados para la reeducación de agresores de violencia de pareja	16

	6	Violencia de Género	3.4.1	Proceso	Número de talleres de Buen Trato y medidas para evitar la violencia obstétrica	No aplica	192	Número de talleres de buen trato y medidas para evitar la violencia obstétrica	6
	6	Violencia de Género	3.4.2	Resultado	Número de Hospitales con la Estrategia de Prevención y Atención para la Eliminación de la Violencia Obstétrica y Promoción del Buen Trato implementada	No aplica	32	Número de Hospitales con la Estrategia de Prevención y Atención para la Eliminación de la Violencia Obstétrica y Promoción del Buen Trato implementada	1
2	Prevención y Control del Cáncer		2.1.3	Resultado	Mujeres tamizadas con prueba de VPH de 35 a 64 años en 5 años	Mujeres de 35 a 64 años responsabilidad de la Ssa	23	Cobertura de tamizaje con prueba de VPH	24
2	Prevención y Control del Cáncer		2.1.4	Resultado	Número de mujeres de 18 años y más, tamizadas en los CAPASITS	Total de mujeres mayores de 18 años registradas en los CAPASITS	70	Cobertura de tamizaje para cáncer de cuello uterino mujeres viviendo con VIH	70
2	Prevención y Control del Cáncer		2.1.5	Resultado	Mujeres de 25 a 39 años de edad con exploración clínica de mamas en el periodo a evaluar	Mujeres de 25 a 39 años responsabilidad de la Ssa.	29	Cobertura de tamizaje con exploración clínica de mamas	29
2	Prevención y Control del Cáncer		2.1.6	Resultado	Mujeres tamizadas con mastografía de 40 a 69 años en dos años.	Mujeres de 40 a 69 años responsabilidad de la Ssa.	12	Cobertura de tamizaje con mastografía	5
2	Prevención y Control del Cáncer		2.1.7	Resultado	Mujeres tamizadas con citología cervical de 25 a 34 años en 3 años	Mujeres de 25 a 34 años responsabilidad de la Ssa	11	Cobertura de tamizaje con citología cervical	11
2	Prevención y Control del Cáncer		2.1.8	Resultado	Mujeres a las que se les realizó citología y/o prueba de VPH y que viven en zona rural	Mujeres de 25 a 64 años en 3 y 5 años (citología y prueba de VPH respectivamente) responsabilidad de la Ssa que viven en zona rural	63	Cobertura de tamizaje con citología cervical y PVPH en zona rural	70
2	Prevención y Control del Cáncer		2.3.1	Proceso	Mujeres con citología anormal y PVPH positiva con evaluación colposcópica	Total de mujeres con citología anormal y PVPH positiva	80	Porcentaje de casos con evaluación colposcópica	80
2	Prevención y Control del Cáncer		2.3.2	Resultado	Casos tratados en clínicas de colposcopia	Total de casos con LIEAG	80	Porcentaje de tratamientos otorgados en casos de LIEAG	80
2	Prevención y Control del Cáncer		2.3.3	Resultado	Mujeres con resultado BIRADS 4 y 5 que cuentan con evaluación diagnóstica	Total de mujeres con resultado BIRADS 4 y 5	90	Proporción de mujeres con BIRADS 4 y 5 evaluadas con evaluación diagnóstica	90
2	Prevención y Control del Cáncer		3.1.1	Resultado	Mujeres con diagnóstico confirmado de cáncer de mama o cuello uterino con atención en centro oncológico	Mujeres con diagnóstico confirmado de cáncer de mama o de cuello uterino	85	Proporción de mujeres con cáncer que recibieron atención en centro oncológico	85
2	Prevención y Control del Cáncer		3.1.3	Proceso	Informe realizado en seguimiento a mujeres viviendo con cáncer de mama y de cuello uterino, 2022, en tratamiento en centro oncológico	Informe programado	100	Informe que contempla el seguimiento a mujeres con cáncer de mama y cuello uterino en centro oncológico	100
2	Prevención y Control del Cáncer		3.1.4	Resultado	Mujeres con biopsia para confirmación de cáncer de mama que cuentan con al menos una sesión de primera vez con acompañamiento emocional	Mujeres con biopsia para confirmación de cáncer de mama	80	Proporción de mujeres que recibieron acompañamiento emocional al momento de la confirmación diagnóstica	80

2	Prevención y Control del Cáncer	4.2.4	Estructura	No. de "sistemas de imagen" funcionales, con póliza de mantenimiento y control de calidad vigente	Total de "sistemas de imagen"	80	Proporción de sistemas de imagen funcionales con pólizas de mantenimiento vigentes	80
2	Prevención y Control del Cáncer	4.3.2	Proceso	Pruebas utilizadas de manera adecuada* en el año a evaluar	Pruebas otorgadas para su uso* en el año a evaluar	97	Proporción de pruebas de VPH utilizadas de manera adecuada	97
2	Prevención y Control del Cáncer	5.1.1	Proceso	Supervisiones realizadas que cuenten con informe/minuta de supervisión entregado en tiempo y forma.	Supervisiones programadas	90	Proporción de supervisiones realizadas con informe de supervisión	90
2	Prevención y Control del Cáncer	5.2.4	Proceso	Unidades que enviaron informes mensuales de control de calidad rutinario	Unidades dentro del programa de control de calidad rutinario	100	Proporción de unidades con control de calidad rutinario	100
3	Igualdad de Género	1.1.1	Proceso	Número de atenciones brindadas a mujeres en los CEI	No aplica	78,280	Número de atenciones brindadas a mujeres en los Centros de Entrenamiento Infantil (CEI)	2,280
3	Igualdad de Género	1.2.2	Proceso	Número de unidades de salud que cuentan con mecanismos incluyentes dirigidos a grupos en condición de vulnerabilidad	No aplica	176	Número de unidades de salud que cuentan con mecanismos incluyentes dirigidos a grupos en condición de vulnerabilidad.	6
3	Igualdad de Género	1.4.1	Proceso	Número total de personal de unidades de salud, oficinas centrales y jurisdiccionales capacitado	No aplica	6,592	Número de personas de unidades de salud, oficinas centrales y jurisdiccionales capacitadas en materia de derechos humanos, no discriminación, inclusión y pertinencia cultural en salud	400
3	Igualdad de Género	4.2.1	Proceso	Actividades para prevenir, atender y dar seguimiento a posibles casos de hostigamiento y acoso sexual	Actividades programadas para prevenir, atender y dar seguimiento a posibles casos de hostigamiento y acoso sexual	100	Porcentaje de actividades realizadas para prevenir, atender y dar seguimiento a posibles casos de hostigamiento y acoso sexual respecto a lo programado	100

000 CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	TIPO DE INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	META FEDERAL	INDICADOR	META ESTATAL
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	3.1.1	Proceso	Número de profilaxis antirrábicas humanas iniciadas por agresión o contacto por perro o gato doméstico	Total de agresiones o contacto con perro o gato doméstico por 100	10	Brindar la profilaxis antirrábica humana a toda persona expuesta al virus de la rabia por agresión o contacto de perro o gato doméstico, que lo requiera.	10
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	3.1.2	Estructura	Número de profilaxis antirrábicas iniciadas en personas agredidas o en contacto con animales silvestres así como con domésticos de interés económico	Número de personas agredidas o en contacto con animales silvestres así como con domésticos de interés económico	100	Se busca iniciar la profilaxis antirrábica al 100% de las personas agredidas o en contacto con animales silvestres así como por domésticos de interés económico.	100

1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	3.1.3	Resultado	Número de casos de rabia humana transmitido por perro registrados	Número de casos de rabia humana transmitida por perro estimados	100	Se busca mantener al país sin casos de rabia humana transmitido por perro	100
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	4.1.1	Proceso	Perros y gatos vacunados contra la rabia	Meta de perros y gatos a vacunarse contra la rabia	90	Perros y gatos vacunados contra la rabia	90
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	4.2.1	Proceso	Perros y gatos esterilizados quirúrgicamente	Meta anual de perros y gatos a vacunarse contra la rabia	5	Perros y gatos esterilizados quirúrgicamente en relación al universo anual de animales a vacunarse contra la rabia.	5
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	4.3.1	Proceso	Número de muestras de cerebros enviadas al laboratorio, correspondientes a reservorios sospechosos (con signología sugestiva a rabia) o probables (animal sospechoso con antecedente de contacto con otro animal sugestivo a rabia o confirmado) de padecer rabia y/o perros y gatos que mueran durante observación clínica.	Número reportado de reservorios sospechosos (con signología sugestiva a rabia) o probables (animal sospechoso con antecedente de contacto con otro animal sugestivo a rabia o confirmado) de padecer rabia y/o perros y gatos que mueran durante observación clínica.	90	Se busca conocer la circulación del virus de la Rabia en zonas que propicien su transmisión al ser humano, mediante el envío de muestras de cerebro de animales reservorios sospechosos o probables de padecer rabia y/o perros y gatos que mueran durante observación clínica.	90
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	5.1.1	Resultado	Número de casos de brucelosis	Total de población por 100,000 habitantes	1	Lograr disminuir los casos de brucelosis y con ello limitar las complicaciones que causa esta enfermedad en la cronicidad	1
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	5.2.1	Proceso	Casos Probables que cumplen con la definición operacional con tratamiento	Casos Probables que cumplen con la definición operacional	100	Número de pacientes que cumplen con la definición operacional de caso probable de brucelosis y que reciben tratamiento específico	100
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	7.1.1	Proceso	Número de casos probables de rickettsiosis que reciben tratamiento, reportados en el SEVE en el trimestre.	Número de casos probables de rickettsiosis reportados en el SEVE en el trimestre.	100	Mide la cobertura de tratamientos ministrados a pacientes probables de padecer FMMR u otras rickettsiosis.	100
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	7.1.2	Resultado	Número de casos confirmados de rickettsiosis al cierre del año.	Número de casos confirmados de rickettsiosis al cierre del año anterior.	1	Se busca disminuir la presencia de casos de rickettsiosis y con ello limitar las defunciones por esta causa.	1
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	8.1.1	Proceso	Perros ectodesparasitados de forma tópica	Perros censados	95	Medir el número de perros ectodesparasitados en los operativos de control de la rickettsiosis	95
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	8.1.2	Proceso	Viviendas con rociado intra y peridomiciliar	Viviendas visitadas	80	Medir el número de viviendas con rociado intra y peridomiciliar en áreas de riesgo de transmisión de rickettsiosis.	80
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	9.1.1	Resultado	Total de pacientes diagnosticados clínicamente o con presencia de proglótidos con Teniasis con tratamiento	Total de pacientes diagnosticados clínicamente o con presencia de proglótidos con Teniasis	100	Evitar la transmisión de teniosis, ministrando el tratamiento de manera oportuna en pacientes portadores del parásito.	100
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	10.1.1	Resultado	Número de Entidades incorporadas al plan de eliminación	Número de Entidades sin registro de casos de teniosis por T. solium	1	Lograr eliminar la teniosis por T. solium en México	1

2	Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores e Intoxicación por Veneno de Artrópodos								
1	Paludismo	1.1.1	Proceso	Número de personal de salud capacitado en paludismo sin exclusión de género	Total de personal de salud en el estado que realiza actividades de prevención y control de paludismo	100	Cuantifica el porcentaje del personal de salud capacitado en paludismo sin exclusión de género.	100	
1	Paludismo	2.1.1	Proceso	Total de gotas gruesa tomadas a casos probables de paludismo	Total de casos probables de paludismo reportados	100	Toma de gota gruesa a todos los casos probables de paludismo para confirmación diagnóstica	100	
1	Paludismo	3.1.1	Proceso	Numero de localidades de riesgo trabajadas en la Eliminación y modificación de hábitats y criaderos del vector	Total de localidades de riesgo existentes	100	Estima la cobertura de localidades de riesgo trabajadas en la Eliminación y modificación de hábitats y criaderos de los anofelinos	100	
1	Paludismo	4.1.1	Proceso	Número de localidades de riesgo con infestaciones larvianas menores al 1% de caladas positivas, posterior a la intervención de control.	Número de localidades de riesgo con positividad larvaria mayor a 1% en los estudios entomológicos previos	100	Mide el impacto de las acciones para la eliminación y modificación de hábitats y criaderos de los anofelinos.	100	
1	Paludismo	8.1.1	Proceso	Número de reuniones del El Comité Técnico Estatal de Certificación para la eliminación del paludismo realizadas	Número de reuniones del El Comité Técnico Estatal de Certificación para la eliminación del paludismo programadas	100	Contar con Comité Técnico Estatal de Certificación para la eliminación del paludismo que sesione bimestralmente	100	
2	Enfermedad de Chagas	2.1.1	Proceso	Numero de casas con acciones de manejo integral del vector	Numero de casas que requieren de acciones de control integral del vector	100	Controlar la transmisión vectorial intradomiciliar.	100	
2	Enfermedad de Chagas	2.2.1	Proceso	Número de localidades con acciones de mejoramiento a través de la participación comunitaria.	Número de localidades que requieren acciones de mejoramiento en localidades prioritarias.	100	Acciones de mejoramiento de la vivienda con recursos locales a través de la participación comunitaria .	3	
2	Enfermedad de Chagas	2.3.1	Proceso	Número de pruebas de tamizaje que son tomadas y confirmadas serológicamente en centros de transfusión sanguínea.	Número de pruebas de tamizaje doblemente reactivas en centros de transfusión sanguínea.	90	Cuantifica la proporción de pruebas de tamizaje que son tomadas y confirmadas serológicamente en centros de transfusión sanguínea.	15	
2	Enfermedad de Chagas	2.4.1	Proceso	Número de casos con tratamiento etiológico y seguimiento terapéutico	Número de casos confirmados que sean candidatos a tratamiento etiológico	100	Verifica la atención integral de los casos de Enfermedad de Chagas	8	
2	Enfermedad de Chagas	2.5.1	Proceso	Número de localidades con vigilancia entomológica	Número de localidades que requieren de vigilancia entomológica	100	Verifica la actualización de la distribución de especies triatomíneos y sus densidades.	3	
2	Enfermedad de Chagas	2.6.1	Proceso	Número de capacitaciones realizadas	Número de capacitaciones programadas	100	Mejorar el conocimiento sobre el abordaje de la Enfermedad de Chagas en los diferentes ámbitos de competencia.	1	
2	Enfermedad de Chagas	4.1.1	Proceso	Número de embarazadas residiendo o procedentes de áreas prioritarias con tamizaje para detección de T. cruzi	Número de embarazadas residiendo o procedentes de áreas prioritarias	90	Determinar la prevalencia de mujeres embarazadas con infección por T. cruzi	30	

	4	Intoxicación por Artrópodos	1.1.1	Proceso	Número de Localidades prioritarias con actividades de mejoramiento de la vivienda a través de la colocación de materiales en paredes y techos, eliminación de sitios de refugio de alacranes y arañas mediante ordenamiento del medio, instalación de cielo raso, pabellones y mallas impregnadas con insecticidas como método de barrera física.	Número de Localidades Prioritarias	100	Número de Localidades prioritarias con mejoramiento de la vivienda a través de la colocación de materiales en paredes y techos, eliminación de sitios de refugio de alacranes y arañas mediante ordenamiento del medio, instalación de cielo raso, pabellones y mallas impregnadas con insecticidas como método de barrera física.	3
	4	Intoxicación por Artrópodos	1.2.1	Proceso	Número de localidades prioritarias con rociado residual intradomiciliar	Número de Localidades Prioritarias	100	Control químico de alacranes y arañas a través del rociado residual intradomiciliar en localidades prioritarias	3
	4	Intoxicación por Artrópodos	2.2.1	Proceso	Número de casos de IPPA tratados en los primeros 30 minutos de ocurrido el accidente	Total de casos tratados	100	Mejorar el acceso oportuno a los Servicios de Salud mediante la capacitación para la ministración de faboterápicos específicos en la misma localidad en donde ocurra el accidente	80
	4	Intoxicación por Artrópodos	2.3.1	Proceso	Número de casos de agresión por araña violinista tratados dentro de las primeras 6 horas de ocurrido el accidente	Total de casos tratados	100	Mejorar el acceso oportuno a los Servicios de Salud mediante la capacitación para la ministración de faboterápicos específicos en la misma localidad en donde ocurra el accidente	100
	4	Intoxicación por Artrópodos	2.4.1	Proceso	Número de casos de agresión por araña viuda negra tratados dentro de las primeras 6 horas de ocurrido el accidente	Total de casos tratados	100	Mejorar el acceso oportuno a los Servicios de Salud mediante la capacitación para la ministración de faboterápicos específicos en la misma localidad en donde ocurra el accidente	100
	4	Intoxicación por Artrópodos	3.1.1	Proceso	Número de localidades prioritarias con estudios aracnológicos realizados.	Número de localidades prioritarias.	100	El indicador medirá la proporción de localidades prioritarias en las que se hayan llevado a cabo estudios aracnológicos para actualizar el inventario de especies y estratificar el riesgo de acuerdo a la toxicidad de las especies identificadas.	100
	4	Intoxicación por Artrópodos	3.2.1	Proceso	Número de localidades prioritarias con estudios de alacranes realizados.	Número de localidades prioritarias.	100	El indicador medirá la proporción de localidades prioritarias en las que se hayan llevado a cabo estudios de alacranes para actualizar el inventario de especies y estratificar el riesgo de acuerdo a la toxicidad de las especies identificadas.	100
	5	Dengue	1.2.1	Proceso	Número de Capacitaciones Realizadas	Número de Capacitaciones Programadas	32	Verifica la actualización al personal médico de primer y segundo nivel para el manejo adecuado de pacientes con Dengue, con base en los lineamientos vigentes	1

5	Dengue	3.1.1	Proceso	Localidades Prioritarias con Ovitrapas	Número de Localidades Prioritarias	100	Mide semanalmente la variación de los principales indicadores de ovitrampas en las Localidades Prioritarias	8
5	Dengue	6.3.1	Proceso	Unidades Entomológicas y de Bioensayo que realizan los Estudios de Eficacia Biológica y Susceptibilidad de los Insecticidas	No aplica	30	Mide el cumplimiento de las Unidades Entomológicas y de Bioensayo que realizan los Estudios de Eficacia Biológica y Susceptibilidad de los Insecticidas	1
5	Dengue	7.2.1	Proceso	Número de entidades con estudios serológicos de intoxicación por Carbamatos y medición de niveles de Colinesterasa al personal	No aplica	31	Mide el número de estudios serológicos de intoxicación por Carbamatos y medición de niveles de Colinesterasa realizados al personal que aplica Insecticidas	1
5	Dengue	7.3.1	Proceso	Número de Localidades prioritarias	Número de Localidades prioritarias	100	Mide trimestralmente el cumplimiento en las acciones de control larvario en las localidades prioritarias	100
5	Dengue	7.3.2	Proceso	Número de Localidades prioritarias con Acciones de Nebulización Espacial en UBV	Número de Localidades prioritarias	100	Mide trimestralmente el cumplimiento de nebulización espacial en localidades prioritarias	100
5	Dengue	7.3.3	Proceso	Número de Localidades Prioritarias con acciones de Rociado Intradomiciliar	Número de Localidades Prioritarias	100	Mide trimestral el porcentaje de localidades con acciones de rociado residual intradomiciliar	100
5	Dengue	8.1.1	Proceso	Número de Semanas con Captura de Información en Plataforma	No aplica	48	Mide la regularidad en el reporte semanal de actividades mediante el porcentaje de registro en Plataforma de manera trimestral	48
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	1.1.1	Proceso	Número de contactos de caso pulmonar con confirmación bacteriológica de TB notificados (nuevos y previamente tratados) niñas y niños menores de 5 años con tratamiento para ITBL	Total de contactos de caso pulmonar con confirmación bacteriológica de TB notificados (nuevos y previamente tratados) niñas y niños menores de 5 años. X 100.	63	Contactos de caso pulmonar con confirmación bacteriológica de TB notificados (nuevos y previamente tratados) niñas y niños menores de 5 años.	63
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	1.1.2	Proceso	Número de baciloscopias realizadas a casos nuevos, en prevalencia y en vigilancia postratamiento	Número de baciloscopias programadas a casos nuevos, en prevalencia y vigilancia postratamiento x 100	100	Porcentaje de baciloscopias realizadas a casos nuevos, en prevalencia y en vigilancia postratamiento	100
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	1.2.1	Proceso	Número de histopatologías realizadas a casos nuevos y prevalentes	Total de casos prevalentes	100	Cumplir el 100% de las histopatologías de los casos nuevos y en prevalencia de los casos de lepra	100
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	1.3.1	Proceso	Número de Jornadas Dermatológicas	No aplica	44	Realizar actividades de búsqueda mediante la realización de Jornadas Dermatológicas en las entidades	1
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	2.1.1	Proceso	Número de casos nuevos de TBP confirmados bacteriológicamente (BK o Cultivo +) que ingresan a tratamiento primario acordado, los que terminan y los que curan (Éxito)	Número de casos nuevos de TBP confirmados bacteriológicamente (BK o Cultivo +) que ingresan a tratamiento primario acordado x 100.	86	Porcentaje de casos nuevos de TBP confirmada bacteriológicamente que ingresa a tratamiento primario acordado los que terminan y los que curan (Éxito de tratamiento).	86

3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	3.1.1	Proceso	Número de casos TB TF nuevos y previamente tratados que se les realizó una prueba de sensibilidad al diagnóstico, incluye resultados de pruebas moleculares (Xpert MTB/RIF) así como de pruebas fenotípicas convencionales	/Número de casos nuevos y previamente tratados notificados X 100	30	Este indicador valorará la cobertura de pruebas a sensibilidad a fármacos al momento del diagnóstico, realizadas por métodos moleculares o convencionales en casos nuevos o previamente tratados (Reingresos y recaídas) a todos los probables de TB TF.	30
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1	Proceso	Escriba aquí la descripción del numerador	Número de casos programados con diagnóstico de resistencia a fármacos en el año X 100	90	El indicador evalúa el porcentaje de casos de TB con resistencia a fármacos que reciben esquema de tratamiento con fármacos antituberculosis de 2da línea.	90
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.1.1	Resultado	Sumatoria de porcentaje de emergencias en salud atendidas (brotes y desastres) en menos 24 hrs.	32	90	Porcentaje de emergencias en salud atendidas con oportunidad.	90
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1	Resultado	Kits de reservas estratégicas integrados.	No aplica	96	Integración de Kits de reservas estratégicas.	3
5	Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones Respiratorias Agudas (Neumonías, Influenza y COVID-19)	1.1.1	Resultado	Número de casos nuevos de Influenza	Total de población del año evaluado x 100,000	2	Reducción de la tasa de incidencia de INFLUENZA, comparada con el año 2020	2
5	Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones Respiratorias Agudas (Neumonías, Influenza y COVID-19)	1.1.3	Resultado	Número de casos nuevos de neumonía adquirida en la comunidad	Total de población del año evaluado x 100,000	2	Reducción de la tasa de incidencia de neumonía adquirida en la comunidad, comparada con el año 2020	2
5	Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones Respiratorias Agudas (Neumonías, Influenza y COVID-19)	2.1.1	Proceso	Número de materiales de promoción impresos y distribuidos	No aplica	3	Determina el porcentaje de materiales para su impresión y difusión para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas	3
5	Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones Respiratorias Agudas (Neumonías, Influenza y COVID-19)	3.1.1	Proceso	Número de eventos de capacitación con enfoque en la prevención y tratamiento de casos de neumonía, influenza y COVID-19 realizados	No aplica	2	Determina la realización de eventos de capacitación con enfoque en la prevención y atención de Influenza, neumonía y COVID-19.	2
6	Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas	2.1.1	Proceso	Cursos y talleres realizados	No aplica	2	Se refiere a las actividades de educación continua para que el personal de salud adquiera las competencias necesarias para la atención integral del paciente con asma y EPOC.	2
6	Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas	2.3.1	Resultado	Número de personas con factores de riesgo para Asma y EPOC estudiadas con espirometría	Total de personas con factor de riesgo para desarrollar asma y EPOC programadas	70	Porcentaje de personas con factor de riesgo para asma y/o EPOC que fueron estudiadas con prueba de espirometría	70
6	Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas	2.3.2	Resultado	Número de pacientes con diagnóstico de EPOC y que ingresaron a tratamiento.	Total de pacientes con diagnóstico de EPOC.	60	Porcentaje de pacientes con EPOC que cuentan con prueba de espirometría y evaluación clínica para establecer su diagnóstico con ingreso a tratamiento	60

6	Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas	2.3.3	Resultado	Número de pacientes con EPOC en tratamiento y no presentan exacerbación en el periodo.	Total de pacientes con EPOC con seis o más meses en tratamiento	60	Porcentaje de pacientes con EPOC con al menos 6 meses en tratamiento y no presenten exacerbaciones en el periodo.	60
6	Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas	2.3.4	Resultado	Número de pacientes con diagnóstico de asma que ingresaron a tratamiento.	Total de pacientes con diagnóstico de asma.	30	Porcentaje de pacientes con asma que cuentan con prueba de función pulmonar y evaluación clínica para establecer su diagnóstico e ingresaron a tratamiento.	30
6	Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas	2.3.5	Resultado	Número de pacientes con asma con tres meses o más en tratamiento y no presentan crisis en el periodo.	Total de pacientes con asma con tres o más meses en tratamiento.	60	Porcentaje de pacientes con asma con al menos tres meses en tratamiento y no presentan crisis en el periodo.	60
7	Enfermedades Cardiometabólicas	1.1.1	Estructura	Número de personal contratado	Número de personal programado	100	Número de profesionales de la salud contratados para el programa de Cardiometabólicas	100
7	Enfermedades Cardiometabólicas	2.1.1	Proceso	Número de detecciones de HTA realizadas en población de 20 años y más en la Secretaría de Salud	Total de población programada de 20 años y más en la Secretaría de Salud	16	Corresponde al porcentaje de detecciones realizadas de HTA en la población de 20 años y más en la Secretaría de Salud	16
7	Enfermedades Cardiometabólicas	2.1.2	Proceso	Número de detecciones de DM realizadas en población de 20 años y más en la Secretaría de Salud	Total de población programada de 20 años y más en la Secretaría de Salud	16	Corresponde al porcentaje de detecciones realizadas de DM en la población de 20 años y más en la Secretaría de Salud	16
7	Enfermedades Cardiometabólicas	2.1.3	Proceso	Número de detecciones de obesidad realizadas en la población de 20 años y más en la Secretaría de Salud	Total de población programada de 20 años y más en la Secretaría de Salud	16	Corresponde al porcentaje de detecciones realizadas de Obesidad realizadas en la población de 20 años y más en la Secretaría de Salud	16
7	Enfermedades Cardiometabólicas	3.1.2	Proceso	Número de pacientes con obesidad en control (alcanzaron pérdida mayor o igual al 5% del peso corporal basal) en población de 20 años o más de la Secretaría de Salud	Número de pacientes con obesidad en tratamiento en población de 20 años y más de la Secretaría de Salud	9	Se refiere al porcentaje de pacientes con obesidad en control (alcanzaron pérdida mayor o igual al 5% del peso corporal basal) en población de 20 años y más	9
7	Enfermedades Cardiometabólicas	3.1.3	Proceso	Número de pacientes con DM que alcanzan el control con hemoglobina glucosilada (HbA1c) menor al 7% y/o glucosa plasmática en ayuno de 70-130mg/dl	Número de pacientes con DM en tratamiento en el primer nivel de atención en población de 20 años y más en la Secretaría de Salud	9	Se refiere al porcentaje de pacientes con DM en tratamiento en el primer nivel de atención que alcanzan el control con hemoglobina glucosilada (HbA1c) menor al 7% y/o glucosa plasmática en ayuno de 70-130mg/dl	9
7	Enfermedades Cardiometabólicas	3.1.4	Proceso	Número de pacientes con HTA en el primer nivel de atención que alcanzan el control con T/A <140/90mmHg en población de 20 años y más en la Secretaría de Salud	Número de pacientes con HTA en tratamiento en población de 20 años y más en la Secretaría de Salud	20	Se refiere al porcentaje de pacientes con HTA en tratamiento en el primer nivel de atención que alcanzan el control con T/A <140/90mmHg en población de 20 años y más en la Secretaría de Salud	20
7	Enfermedades Cardiometabólicas	3.2.1	Proceso	Número de pacientes con DM en tratamiento a los que se les realizó revisión de pies	Número de pacientes con DM en tratamiento que acudieron a consulta	80	Porcentaje de pacientes con DM a los que se les realizó revisión de pies	80

7	Enfermedades Cardiometabólicas	5.1.1	Resultado	Número de profesionales del primer nivel de atención capacitados en materia de cardiometabólicas	Número de profesionales del primer nivel de atención programados para capacitación en materia de cardiometabólicas	80	Número de profesionales de la salud del primer nivel de atención que se capacitaron en materia de cardiometabólicas	80
8	Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento	1.1.1	Proceso	Número de personal capacitado a nivel gerencial o directivo en las entidades federativas en atención a la persona mayor	Número de participantes programados	100	Son el número de personas capacitados a nivel gerencial o directivo en las entidades federativas en atención a la persona mayor	100
8	Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento	3.2.1	Resultado	Número de personas mayores que se les realiza detección (tamizaje) para incontinencia urinaria	Número de personas mayores que acuden de primera vez en el periodo en primer nivel de atención	30	Es el porcentaje de mujeres y hombres de 60 años y más, a quienes se les realiza detección (tamizaje) de incontinencia urinaria.	30
8	Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento	5.1.1	Resultado	Es el número de adultos mayores con detecciones (por tamizaje) realizadas de depresión	Es el número de personas mayores en unidades de primer nivel de atención	40	Es el número de mujeres y hombres de 60 años y más, a quienes se les realiza detección (tamizaje) de depresión	40
8	Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento	6.2.1	Resultado	Número de mujeres y hombres de 50 años y más que se les realiza la detección para riesgo de fracturas por osteoporosis	Número de mujeres y hombres de 50 años y más que acuden a la consulta de primera vez en el periodo en primer nivel de atención;	30	Son las personas de 50 años y más con detección de riesgo de fractura por osteoporosis	30
8	Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento	7.2.1	Resultado	Número de adultos mayores que se les da tratamiento no farmacológico para síndrome de caídas en el primer nivel de atención	Número de personas mayores con detección positiva de síndrome de caídas	40	Son el número de mujeres y hombres de 60 años y más que se les da tratamiento no farmacológico para síndrome de caídas en el primer nivel de atención	40
8	Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento	7.3.1	Resultado	Número de personas mayores que se les realiza detección (por tamizaje) para alteraciones de memoria	Número de personas mayores que acuden de primera vez en el periodo en primer nivel de atención	40	Es el número de mujeres y hombres de 60 años y más, a quienes se les detecta (por tamizaje) alteraciones de la memoria.	40
9	Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	3.1.1	Resultado	Número de unidades aplicativas con servicio odontológico que cuentan con material educativo y didáctico de salud bucal.	No aplica	4,279	Se contemplan las unidades aplicativas que reciben material educativo y didáctico en materia de salud bucal.	416
9	Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	4.2.1	Resultado	Campañas de salud bucal realizadas durante el año.	No aplica	62	Participación del programa de salud bucal durante las Jornadas Nacionales de Salud Pública.	2
9	Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	5.1.1	Resultado	Actividades preventivas extramuros realizadas.	No aplica	22,686,397	Contempla la aplicación del esquema básico de prevención de salud bucal para preescolares y escolares, así como actividades preventivas a población en general. (SBE01, 02, 06, 07, 11, 15, 19, 20, 22, 24, 25, 29, 30, 31, 32, 33, 47, 48, 49 y 50)	2,743,228
9	Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	9.1.1	Resultado	Número de actividades preventivas y curativas realizadas.	No aplica	26,431,394	Se contemplan actividades preventivas y curativas que se realicen en unidades aplicativas. (todas las variables del apartado SBI, excepto SBI27 (tratamiento integral terminado).	2,860,810

9	Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	9.2.2	Resultado	Número de aplicaciones de barniz de flúor.	No aplica	1,688,715	Corresponde a la aplicación de barniz de flúor intra y extramuros, así como en Jornadas Nacionales de Salud Pública.	450,345
9	Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	10.1.1	Resultado	Número de cursos de capacitación estomatológica realizados.	No aplica	57	Cursos de capacitación realizados al personal estatal, jurisdiccional y operativo sobre las principales estrategias del programa de salud bucal.	2
9	Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	11.1.1	Resultado	Número de visitas de supervisión realizadas.	No aplica	5,310	Supervisiones realizadas al personal odontológico de las jurisdicciones y unidades aplicativas.	416
9	Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	11.1.2	Resultado	Informe de evaluación y seguimiento.	No aplica	124	Apoyo al Responsable Estatal en supervisión y evaluación de las estrategias del programa, así como dar seguimiento a las actividades de prevención.	4
9	Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	12.1.1	Resultado	Número de consultas estomatológicas realizadas.	No aplica	3,534,201	Se contempla el total de consultas de primera vez y subsecuente del servicio estomatológico. (CPP06 y 13)	317,914
9	Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	13.1.1	Resultado	Número de tratamientos restaurativos atraumáticos realizados.	No aplica	34,277	Aplicación del tratamiento restaurativo atraumático a personas en comunidades que carecen de servicios odontológicos.	6,047
10	Prevención y Control de Enfermedades Diarréicas Agudas	2.1.1	Proceso	Campañas de prevención realizadas.	No aplica	32	Realización de campañas estatales de prevención de diarreas para población general.	1
10	Prevención y Control de Enfermedades Diarréicas Agudas	2.1.2	Proceso	Campañas de prevención realizadas en las zonas prioritarias seleccionadas.	No aplica	64	Realización de campañas de prevención de diarreas en zonas prioritarias seleccionadas.	2
10	Prevención y Control de Enfermedades Diarréicas Agudas	2.2.1	Proceso	Operativos preventivos realizados en zonas prioritarias identificadas.	No aplica	64	Realizar operativos preventivos en áreas de riesgo para diarreas, por ejemplo: en las zonas prioritarias seleccionadas, ferias, periodos vacacionales, zonas con aislamientos de V cholera, fiestas religiosas, grandes eventos, etc.	3
10	Prevención y Control de Enfermedades Diarréicas Agudas	2.3.1	Proceso	Número de cursos de capacitación realizados.	Número de cursos de capacitación programados	100	Mide el porcentaje de capacitaciones realizadas a personal de salud en jurisdicciones sanitarias en cada entidad, de acuerdo a los criterios establecidos como prioritarios.	2
10	Prevención y Control de Enfermedades Diarréicas Agudas	3.1.1	Proceso	Supervisiones realizadas	No aplica	64	Supervisión a las jurisdicciones sanitarias y niveles locales para verificar la operación del programa.	4

R00 CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	TIPO DE INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	META FEDERAL	INDICADOR	META ESTATAL
1	Vacunación Universal	1.1.1	Resultado	Población menor de un año de edad que recibe las dosis de vacunas correspondientes al esquema completo de vacunación en el periodo a reportar.	Población de menores de un año de edad de responsabilidad para la Secretaría de Salud en el periodo a reportar.	90	Expresa el porcentaje alcanzado de esquema completos en niñas y niños menores de 1 año de edad.	90
1	Vacunación Universal	1.1.3	Resultado	Población de seis años de edad a la que se le aplicó la segunda dosis de vacuna SRP en el periodo a reportar	Población de seis años de edad de responsabilidad para la Secretaría de Salud en la D.P.R.I., en el periodo a reportar	95	Expresa el porcentaje alcanzado con la aplicación de vacuna SRP en población de seis años de edad	95
1	Vacunación Universal	1.2.1	Resultado	Población de un año de edad que recibe las dosis de vacunas correspondientes al esquema completo de vacunación en el periodo a reportar.	Población de un año de edad de responsabilidad para la Secretaría de Salud en el periodo a reportar.	90	Expresa el porcentaje alcanzado de esquema completos de vacunación en niñas y niños de 1 año de edad.	90
1	Vacunación Universal	1.3.1	Resultado	Población de 4 años de edad a la que se le aplicó una dosis de vacuna DPT en el periodo a reportar.	Población de cuatro años de edad, de responsabilidad para la Secretaría de Salud en la D.P.R.I.	95	Expresa el porcentaje alcanzado con la aplicación de vacuna DPT en población de cuatro años de edad	95
1	Vacunación Universal	1.3.2	Resultado	Población de mujeres embarazadas a quienes se les aplica una dosis de Tdpa en un periodo de tiempo determinado	Población de mujeres embarazadas, responsabilidad de la Secretaría de Salud en la D.P.R.I., en el periodo a reportar	95	Expresa el porcentaje alcanzado con la aplicación de vacuna Tdpa en las mujeres embarazadas en un periodo determinado	95
1	Vacunación Universal	2.1.1	Resultado	Población con dosis aplicada de vacuna contra influenza estacional en un periodo determinado	Total de población meta a vacunar con la vacuna contra influenza Estacional de Responsabilidad Institucional para la Secretaría de Salud	70	Se refiere a las dosis de Vacuna de Influenza Estacional aplicadas durante el último trimestre del 2022	70
1	Vacunación Universal	5.1.2	Proceso	Personal de salud operativo del primer nivel de atención bajo responsabilidad de los Servicios de Salud, capacitado.	Personal de salud operativo del primer nivel de atención bajo responsabilidad de los servicios de salud adscrito a unidades ubicadas en municipios de atención prioritaria.	90	Permite conocer el porcentaje del personal de salud bajo responsabilidad de los servicios de salud en municipios de atención prioritaria del estado, que han sido capacitados en temas de atención integrada en la infancia y vacunación.	90

2	Atención a la Salud de la Adolescencia	2.3.1	Proceso	Total de población de 10 a 19 años de edad atendida	Total de población de 10 a 19 años de edad programada	90	Población adolescente que reciben talleres de nutrición, salud mental y activación física, para que estén en posibilidades de adquirir estilos de vida saludable	90
2	Atención a la Salud de la Adolescencia	3.5.1	Proceso	Número de adolescentes en seguimiento por mala nutrición	Número total de adolescentes detectados con mala nutrición	45	Mide el número de adolescentes detectados con problemas de mala nutrición: bajo peso, sobrepeso y obesidad que están recibiendo atención.	45
3	Atención a la Salud en la Infancia	1.1.1	Proceso	Número de niños menores de cinco años con EDA de primera vez que reciben tratamiento con Plan A	Denominador: Número de niños menores de cinco años con EDA de primera vez.	95	Es el número de NN menores de 5 años que recibieron tratamiento para EDA con plan A de hidratación.	95
3	Atención a la Salud en la Infancia	1.2.1	Proceso	Número de niños menores de cinco años con IRA de primera vez que reciben tratamiento sintomático	Número de niños menores de cinco años con IRA de primera vez.	70	Es el número de NN menores de 5 años que recibieron tratamiento para IRA con tratamiento sintomático	70
3	Atención a la Salud en la Infancia	1.3.1	Proceso	Niñas y niños menores de 24 meses con anemia detectados por primera vez en el año.	Niñas y niños menores de 24 meses que acuden a las unidades de salud por primera vez en el año.	50	Este indicador permitirá identificar el porcentaje de detección de anemia por deficiencia de hierro en niñas y niños menores de 24 meses que acuden a las unidades de salud del primer nivel de atención.	50
3	Atención a la Salud en la Infancia	2.1.1	Proceso	Número de niñas y niños desde un mes de nacidos a 5 años 11 meses 29 días de edad evaluados mediante la prueba EDI de primera vez en la vida durante la consulta de niño sano .	Total de NN menores de 6 años que acudió a consulta de niño sano de primera vez en el año.	50	Número de niñas y niños desde 1 mes de nacidos a 5 años 11 meses 29 días de edad evaluados en su desarrollo con la aplicación de la prueba EDI.	50
3	Atención a la Salud en la Infancia	2.2.1	Proceso	Número de niñas y niños que acudieron a los talleres de estimulación temprana de primera vez en el año.	Niñas y niños con resultado normal (verde) y rezago (amarillo) en la evaluación del desarrollo EDI .	50	Niñas y niños a partir de 1 mes de nacidos a 5 años 11 meses 29 días, que acudieron por primera vez en el año al servicio de estimulación temprana.	50
3	Atención a la Salud en la Infancia	3.1.1	Resultado	Número de niñas y niños menores de seis meses con lactancia materna exclusiva	Numero de niñas y niños menores de 6 meses en control nutricional con cualquier diagnóstico (NPT)	55	Niñas y niños menores de seis meses de edad alimentados con lactancia materna exclusiva.	55
3	Atención a la Salud en la Infancia	8.2.1	Proceso	Personal de salud operativo del primer nivel de atención bajo responsabilidad de los servicios de salud, capacitado	Personal de salud operativo del primer nivel de atención bajo responsabilidad de los servicios de salud.	18	Permite conocer el porcentaje de personal de salud bajo responsabilidad de los servicios de salud del estado, que ha sido capacitado en temas de atención integrada en la infancia	18
3	Atención a la Salud en la Infancia	10.1.1	Proceso	Número de supervisiones realizadas al Programa de Atención a la Salud de la infancia en el año	Número de supervisiones programadas al programa de Atención a la Salud de la Infancia en el año	80	es el número de supervisiones realizadas al Programa de Atención a la Salud de la infancia en el año	80

ÍNDICE: Representado por: Número de Estrategia. Número de Línea de Acción y Número de Actividad General.

ANEXO 5

Relación de insumos federales enviados en especie por "LOS PROGRAMAS" en materia de Salud Pública.

310 DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL (PESOS)
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	8.2.1.3	Ramo 12-Apoyo Federal	Servicio de impresion de documentos oficiales para la prestacion de serv. Pub. Descripción complementaria: Cartilla Nacional de Salud Mujer de 20 a 59 años de edad	3.02	136,500	412,230.00
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	8.2.1.3	Ramo 12-Apoyo Federal	Servicio de impresion de documentos oficiales para la prestacion de serv. Pub. Descripción complementaria: Cartilla Nacional de Salud Niñas y Niños de 0 a 9 años de edad	3.02	316,500	955,830.00
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	8.2.1.3	Ramo 12-Apoyo Federal	Servicio de impresion de documentos oficiales para la prestacion de serv. Pub. Descripción complementaria: Cartilla Nacional de Salud Hombre de 20 a 59 años	2.78	80,000	222,400.00
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	8.2.1.3	Ramo 12-Apoyo Federal	Servicio de impresion de documentos oficiales para la prestacion de serv. Pub. Descripción complementaria: Cartilla Nacional de Salud Adolescentes de 10 a 19 años de edad	2.79	69,500	193,905.00
TOTAL							1,784,365.00

313 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL (PESOS)
SIN DATOS							

315 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL (PESOS)
SIN DATOS							

316 DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL (PESOS)
2	Vigilancia en Salud Pública por Laboratorio	1.1.2.28	Ramo 12-Apoyo Federal	Otros productos químicos de laboratorio Descripción complementaria: Reactivos y Biológicos en general elaborados por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos a solicitud de los Laboratorios Estatales de Salud Pública.	1.00	78,669	78,669.00
TOTAL							78,669.00

K00 CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL VIH/SIDA

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL (PESOS)
1	VIH y otras ITS	1.9.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Condón masculino. De hule látex. Envase con 100 piezas. Descripción complementaria: Clave: 060.308.0177	90.09	14,665	1,321,169.85
1	VIH y otras ITS	1.9.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Gel. Lubricante a base de agua. Envase con 2 a 60 g.	6.96	176,057	1,225,356.72
1	VIH y otras ITS	1.9.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Condón femenino. De poliuretano o látex lubricado con dos anillos flexibles en los extremos. Envase con 1, 2 ó 3 piezas en empaque individual. Descripción complementaria: Clave: 060.308.0227	10.34	39,624	409,712.16
1	VIH y otras ITS	5.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Pruebas Rápidas. Inmunoanálisis para la detección del antígeno p24 de HIV-1 y anticuerpos al HIV-1 y HIV-2. Inmunoanálisis cualitativo in vitro con lectura visual para la detección simultánea del antígeno (Ag) no inmunocomplejo p24 del HIV-1 en forma libre y anticuerpos (Ab) a HIV-1 y HIV-2 en sangre humana. 10 tarjetas de prueba recubiertas de antígeno HIV1/2 recombinante y péptidos sintéticos, anticuerpos al antígeno p24 y avidina. TATC. Descripción complementaria: Prueba VIH Ag/Ac (4ta). Clave 080.829.5539	91.64	2,985	273,545.40
1	VIH y otras ITS	5.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Pruebas Rápidas. Prueba rápida inmunocromatográfica para la determinación cualitativa de anticuerpos IgM/IgG anti HIV-1 y HIV-2 simultáneamente en suero, sangre, plasma o sangre total humana. Con lanceta retráctil con 3 niveles de punción, pipeta de toma y solución de corrimiento y sensibilidad igual o superior al 99% y especificidad igual o superior al 98% para VIH, de acuerdo con el certificado de evaluación diagnóstica del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica, o en su caso algún otro organismo internacional como la FDA, EMA o la Organización Mundial de la Salud. Pieza. Descripción complementaria: Clave: 080.980.0001	43.92	33,400	1,466,928.00
1	VIH y otras ITS	5.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Pruebas Rápidas. Prueba rápida para la determinación cualitativa de anticuerpos IgG por inmunocromatografía, contra el virus de la Inmunodeficiencia Humana tipo 1 (VIH-1) y tipo 2 (VIH-2) en fluido oral, sangre capilar, sangre total y plasma. Para uso como prueba de tamizaje. Requiere prueba confirmatoria. Equipo para 25 pruebas. TATC. Descripción complementaria: Clave: 080.829.5406	55.56	1,200	66,672.00
1	VIH y otras ITS	8.10.1.2	Ramo 12-Apoyo Federal	Valganciclovir. Comprimido Cada Comprimido contiene: Clorhidrato de valganciclovir equivalente a 450 mg de valganciclovir. Envase con 60 Comprimidos Descripción complementaria: Clave: 010.000.4373.00 (Costo sin IVA)	898.90	63	56,630.70
1	VIH y otras ITS	8.10.1.4	Ramo 12-Apoyo Federal	Reactivo y Juego de Reactivos para Pruebas Específicas. Reactivos para la detección de compuestos de ADN de Mycobacterium tuberculosis y mutaciones asociadas a resistencia a rifampicina del gen rpoB, mediante PCR semicuantitativa, integrada y en tiempo real, en muestras de esputo y sedimentos preparados 10 Cartuchos RTC. Descripción complementaria: Clave: 080.784.7991 Cada pieza incluye 10 cartuchos RTC (Costo con IVA)	20,880.00	34	709,920.00
1	VIH y otras ITS	11.6.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Pruebas Rápidas. Prueba rápida inmunocromatográfica para la determinación de anticuerpos de Treponema pallidum en suero o plasma humano. Con sensibilidad no menor al 95% y una especificidad no menor al 98% de acuerdo con el certificado de evaluación diagnóstica del Instituto de Diagnóstico y Referencia	46.40	36,225	1,680,840.00

				Epidemiológicos o en su caso algún otro organismo internacional como la FDA, EMA, o la Organización Mundial de la Salud. Requiere prueba confirmatoria. Envase para mínimo 20 pruebas. Descripción complementaria: Clave 080.829.5463. Las cantidades son por pruebas			
1	VIH y otras ITS	12.3.1.2	Ramo 12-Apoyo Federal	Sucedaneo De Leche Humana De Pretermino. Polvo Contenido en: Kilocalorías Unidad kcal 100g Mín. 400 Máx 525 100kcal Mín 100.0 Máx 100.0 100ml Mín 64 Máx 85 Lípidos Unidad g 100g Mín. 19.2 Máx 31.5 100kcal Mín4.80 Máx 6.00 100ml Mín 3.072 Máx 5.1 Acido linoleico Unidad mg 100g Mín. 1200 Máx 7350 100kcal Mín300.00 Máx 1400.00 100ml Mín 192 Máx 1190 Ac alfa Linolénico Unidad mg 100g Mín. 200 Máx SE* 100kcal Mín50.00 Máx SE* 100ml Mín 32 Máx SE* Relac A. Linoleico/ A. á Linolenico 100g Mín. 5:1 Máx 15:1 100kcal Mín5:1 Máx 15:1 100ml Mín 5:1 Máx 15:1 Acido araquidónico Unidad % 100g Mín. 1.60 Máx 3.675 100kcal Mín0.40 Máx 0.70 100ml Mín 0.256 Máx 0.595 Acido DHA** Unidad % 100g Mín. 1.40 Máx 2.625 100kcal Mín 0.35 Máx 0.50 100ml Mín 0.224 Máx 0.425 Relac Aa/DHA 100g Mín. 1.5:1 Máx 2:1 100kcal Mín1.5:1 Máx 2:1 100ml Mín 1.5:1 Máx 2:1 Proteínas Unidad g 100g Mín. 9.60 Máx 15.75 100kcal Mín 2.40 Máx 3.00 100ml Mín 1.536 Máx 2.55 Taurina Unidad mg 100g Mín. 20.00 Máx 63 100kcal Mín 5.00 Máx 12.00 100ml Mín 3.2 Máx 10.2 Hidratos de carbono*** Unidad g 100g Mín. 38.80 Máx 73.5 100kcal Mín 9.70 Máx 14.00 100ml Mín 6.208 Máx 11.9 Sodio Unidad mg 100g Mín. 144.00 Máx 315 100kcal Mín36.00 Máx 60.00 100ml Mín 23.04 Máx 51 Potasio Unidad mg 100g Mín. 376.00 Máx 840 100kcal Mín 94.00 Máx 160.00 100ml Mín 60.16 Máx 136 Cloruros Unidad mg 100g Mín. 240.00 Máx 840 100kcal Mín 60.00 Máx 160.00 100ml Mín 38.4 Máx 136 Calcio Unidad mg 100g Mín. 380.00 Máx 735 100kcal Mín 95.00 Máx 140.00 100ml Mín 60.8 Máx 119 Fósforo Unidad mg 100g Mín. 208.00 Máx 525 100kcal Mín 52.00 Máx 100.00 100ml Mín 33.28 Máx 85 Relación Ca/P 100g Mín. 1.7:1 Máx 2:1 100kcal Mín 1.7:1 Máx 2:1 100ml Mín 1.7:1 Máx 2:1 Vitamina A Unidad U.I. 100g Mín. 2800.00 Máx 6583.5 100kcal Mín 700.00 Máx 1254.00 100ml Mín 448 Máx 1065.9 Vitamina A ER (Retinol) Unidad ?g 100g Mín. 816.00 Máx 1995 100kcal Mín 204.00 Máx 380.00 100ml Mín 130.56 Máx 323 Vitamina D Unidad U.I. 100g Mín. 292.00 Máx 525 100kcal Mín 73.00 Máx 100.00 100ml Mín 46.72 Máx 85 Vitamina E (Alfa Tocoferol) Unidad U.I. 100g Mín. 12.00 Máx 63 100kcal Mín 3.00 Máx 12.00 100ml Mín 1.92 Máx 10.2 Vitamina K Unidad ?g 100g Mín. 32.80 Máx 131.25 100kcal Mín 8.20 Máx 25.00 100ml Mín 5.248 Máx 21.25 Vitamina C Unidad mg 100g Mín. 53.60 Máx 194.25 100kcal Mín 13.40 Máx 37.00 100ml Mín 8.576 Máx 31.45 Vitamina B1 (tiamina) Unidad ?g 100g Mín. 240.00 Máx 1312.5 100kcal Mín 60.00 Máx 250.00 100ml Mín 38.4 Máx 212.5 Vitamina B2 (riboflavina) Unidad ?g 100g Mín. 560.00 Máx 2625 100kcal Mín 140.00 Máx 500.00 100ml Mín 89.6 Máx 425 Niacina Unidad ?g 100g Mín. 4000.00 Máx 7875 100kcal Mín 1000.00 Máx 1500.00 100ml Mín 640 Máx 1275 Vitamina B6 (piridoxina) Unidad ?g 100g Mín. 300.00 Máx 918.75 100kcal Mín 75.00 Máx 175.00 100ml Mín 48 Máx 148.75 Acido fólico Unidad ?g 100g Mín. 148.00 Máx 262.5 100kcal Mín 37.00 Máx 50.00 100ml Mín 23.68 Máx 42.5 Acido pantoténico Unidad ?g 100g Mín. 1800.00 Máx 9975 100kcal Mín 450.00 Máx 1900.00 100ml Mín 288 Máx 1615 Vitamina B12 (cianocobalamina) Unidad ?g 100g Mín. 0.80 Máx 7.875 100kcal Mín 0.20 Máx 1.50 100ml Mín 0.128 Máx 1.275 Biotina Unidad ?g 100g Mín. 8.80 Máx 52.5 100kcal Mín 2.20 Máx 10.00 100ml Mín 1.408 Máx 8.5 Colina Unidad mg 100g Mín. 30.00 Máx 262.5 100kcal Mín 7.50 Máx 50.00 100ml Mín 4.8 Máx 42.5 Mioinositol Unidad mg 100g Mín. 16.00 Máx 210 100kcal Mín 4.00 Máx 40.00 100ml Mín 2.56 Máx 34 Magnesio Unidad mg 100g Mín. 28.00 Máx 78.75 100kcal Mín 7.00 Máx 15.00 100ml Mín 4.48 Máx 12.75 Hierro Unidad mg 100g Mín. 6.80 Máx 15.75 100kcal Mín 1.70	95.00	140	13,300.00

				<p>Máx 3.00 100ml Mín 1.088 Máx 2.55 Yodo Unidad ?g 100g Mín. 24.00 Máx 236.25 100kcal Mín 6.00 Máx 45.00 100ml Mín 3.84 Máx 38.25 Cobre Unidad ?g 100g Mín. 360.00 Máx 630 100kcal Mín 90.00 Máx 120.00 100ml Mín 57.6 Máx 102 Zinc Unidad mg 100g Mín. 4.40 Máx 7.875 100kcal Mín 1.10 Máx 1.50 100ml Mín 0.704 Máx 1.275 Manganeseo Unidad ?g 100g Mín. 28.00 Máx 131.25 100kcal Mín 7.00 Máx 25.00 100ml Mín 4.48 Máx 21.25 Selenio Unidad ?g 100g Mín. 7.20 Máx 26.25 100kcal Mín 1.80 Máx 5.00 100ml Mín 1.152 Máx 4.25 Nucleótidos Unidad mg 100g Mín. 7.60 Máx 84 100kcal Mín 1.90 Máx 16.00 100ml Mín 1.216 Máx 13.6 Cromo Unidad ?g 100g Mín. 6.00 Máx 52.5 100kcal Mín 1.50 Máx 10.00 100ml Mín 0.96 Máx 8.5 Molibdeno Unidad ?g 100g Mín. 6.00 Máx 52.5 100kcal Mín 1.50 Máx 10.00 100ml Mín 0.96 Máx 8.5 Dilución 16% Envase con 450 a 454 g y medida de 4.40 a 5.37 g. * Aunque no existe un nivel superior de recomendación siempre deberá conservar la relación de ácido linoleico/ácido linolenico. **DHA: Acido Docosahexanoico. *** La lactosa y polímeros de glucosa deben ser los hidratos de carbono preferidos, sólo podrán añadirse almidones naturalmente exentos de gluten precocidos y/o gelatinizados hasta un máximo de 30% del contenido total de hidratos de carbono y hasta un máximo de 2 g/100ml.</p> <p>Descripción complementaria: Clave: 030.000.0003.00</p>			
1	VIH y otras ITS	12.3.1.2	Ramo 12-Apoyo Federal	<p>Fórmula para lactantes (Sucedáneo de Leche Humana de Término). Polvo o líquido. Energía - Mínimo /100 mL: 60 kcal Máximo /100 mL: 70 kcal. Energía - Mínimo /100 mL: 250 kcal Máximo /100 mL: 295 kcal. Vitaminas. Vitamina A (expresados en retinol): Mínimo/100 kcal: 200 U.I. o 60 µg, Máximo/100 kcal: 600 U.I. o 180 g. NSR/100 kcal En caso de productos en polvo debería procurarse conseguir NSR más bajo Vitamina D: Mínimo/100 kcal: 1 µg o 40 U.I., Máximo/100 kcal: 2.5 µg o 100 U.I. En caso de productos en polvo debería procurarse conseguir NSR más bajo. Vitamina C (Ac. ascórbico): Mínimo/100 kcal: 10 mg, Máximo/100 kcal: S. E., NSR/100 kcal: 70 mg. Vitamina B Tiamina (B1) Mínimo/100 kcal: 60 µg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 300 µg. Riboflavina (B2): Mínimo/100 kcal: 80 µg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal 500 µg. Niacina (B3): Mínimo/100 kcal: 300 µg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 1 500 µg. Piridoxina (B6): Mínimo/100 kcal: 35 µg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 175 µg. Ácido fólico (B9): Mínimo/100 kcal: 10 µg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 50 µg. Ácido pantoténico (B5): Mínimo/100 kcal: 400 µg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 2 000 µg. Cianocobalamina (B12): Mínimo/100 kcal: 0,1 µg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 1,5 µg. Biotina (H): Mínimo/100 kcal: 1,5 µg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 10 µg. Vitamina K1: Mínimo/100 kcal: 4 µg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 27 µg. Vitamina E (alfa tocoferol equivalente): Mínimo/100 kcal: 0,5 mg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 5 mg. Nutrimientos inorgánicos (minerales y elementos traza): Sodio (Na): Mínimo/100 kcal: 20 mg Máximo/100 kcal: 60 mg NSR/100 kcal: -. Potasio (K): Mínimo/100 kcal: 60 mg Máximo/100 kcal: 180 mg NSR/100 kcal: -. Cloro (Cl): Mínimo/100 kcal: 50 mg Máximo/100 kcal: 160 mg NSR/100 kcal: -. Calcio (Ca): Mínimo/100 kcal: 50 mg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 140 mg. Fósforo (P): Mínimo/100 kcal: 25 mg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 100 mg. La relación Ca:P: Mínimo/100 kcal: 1:1 Máximo/100 kcal: 2:1. Magnesio (Mg): Mínimo/100 kcal: 5 mg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 15 mg. Hierro (Fe): Mínimo/100 kcal: 1 mg Máximo/100 kcal: 2 mg. Yodo (I): Mínimo/100 kcal: 10 µg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 60 µg. Cobre (Cu): Mínimo/100 kcal: 35 µg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 120 µg. Cinc (Zn): Mínimo/100 kcal: 0,5 mg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 1,5 mg. Manganeseo (Mn): Mínimo/100 kcal: 1 µg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 100 µg. Selenio (Se): Mínimo/100 kcal: 1 µg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 9 µg.</p>	35.20	2,668	93,913.60

				<p>Colina: Mínimo/100 kcal: 14 mg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 50 mg. Mionositol (Inositol): Mínimo/100 kcal: 4 mg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 40 mg. L-Carnitina (Carnitina): Mínimo/100 kcal: 1.2 mg Máximo/100 kcal: 2.3 mg. Taurina: Mínimo/100 kcal: 4.7 mg Máximo/100 kcal: 12 mg. Nucleótidos **: Mínimo/100 kcal: 1.9 mg Máximo/100 kcal: 16 mg NSR/100 kcal: -. Fuente de proteína Contendrá los aminoácidos esenciales. Leche de vaca Proteínas Totales: Mínimo/100 kcal 1,8 g Máximo/100 kcal: 3,0 g NSR/100 kcal: -. Lípidos y ácidos grasos: Grasas: Mínimo/100 kcal: 4,4 g Máximo/100 kcal: 6 g NSR/100 kcal: -. ARA: Mínimo/100 kcal: 7 mg Máximo/100 kcal: S.E. DHA: Mínimo/100 kcal : 7 mg Máximo/100 kcal: S.E. NSR/100 kcal: (0,5 % de los ácidos grasos). Relación ARA: DHA: Mínimo/100 kcal: 1:1 Máximo/100 kcal: 2:1. Acido linoléico: Mínimo/100 kcal: 300 mg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 1 400 mg. Acido alfa-linolénico: Mínimo/100 kcal : 50 mg Máximo/100 kcal: S. E. -. Hidratos de carbono. Hidratos de carbono: Mínimo/100 kcal: 9 g Máximo/100 kcal: 14 g NSR/100 kcal: -. Disposiciones Generales La proporción de ácido linoleico/alfa-linolénico mínimo 5:1, máximo 15:1 De manera opcional, la fuente de proteína podrá contener los aminoácidos esenciales (valina, leucina, isoleucina, treonina, lisina, metionina, fenilalanina y triptofano, y otros, regulados en la NORMA Oficial Mexicana NOM-131-SSA1- 2012) y en caso de ser adicionados se listarán en la ficha técnica. El contenido de ácidos grasos trans no será superior al 3% del contenido total de ácidos grasos en las fórmulas para lactantes. En las fórmulas para lactantes sólo podrán añadirse almidones naturalmente exentos de gluten precocidos y/o gelatinizados hasta un máximo de 30% del contenido total de hidratos de carbono y hasta un máximo de 2 g/100 ml. En las fórmulas para lactantes debe evitarse el uso de sacarosa, así como la adición de fructosa como ingrediente, salvo cuando sea necesario por justificación tecnológica. En las fórmulas para lactantes podrán añadirse otros nutrimentos/ingredientes normalmente presentes en la leche materna o humana en cantidad suficiente con la finalidad de lograr el efecto nutrimental o fisiológico de ésta, sobre la base de las cantidades presentes en la leche materna y para asegurarse que sea adecuado como fuente única de la nutrición del lactante. Su idoneidad e inocuidad debe estar demostrada científicamente. Se debe contar con evidencia científica que demuestre la utilidad de los nutrimentos/ingredientes opcionales que se utilicen y estar a disposición de la Secretaría de Salud cuando ésta lo solicite. Las fórmulas que contengan más de 1,8 g de proteínas por cada 100 kcal, deben incrementar el contenido de piridoxina en al menos 15 µg de piridoxina por cada gramo de proteína arriba de dicho valor. En la fórmula lista para ser consumida de acuerdo con las instrucciones descritas en la etiqueta. Si se añade ácido docosahexaenoico (DHA), el contenido de ácido araquidónico debe ser al menos el mismo que el de DHA y el contenido de ácido eicosapentaenoico (EPA) no debe exceder el contenido de DHA. ** Opcional S.E. Sin Especificación NSR: Nivel Superior de Referencia. Envase desde 360 g hasta 454 g polvo y medida dosificadora.</p> <p>Descripción complementaria: Clave: 030.000.0011.00</p>			
TOTAL							7,317,988.43

Nota: La fuente de información para estimar los medicamentos antirretrovirales con recursos del Fondo de Salud para el Bienestar del Instituto de Salud para el Bienestar, será el Sistema de Administración Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR), por tanto, es obligatorio el uso del Sistema en las Entidades Federativas y que estas mantengan sus existencias y necesidades de medicamentos actualizadas a los cortes que establece el Centro Nacional para la Prevención y

el Control del VIH/SIDA.

L00 CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL (PESOS)
2	Prevención y Control del Cáncer	4.3.2.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Reactivos y Juegos de reactivos para pruebas específicas Reactivos completos para la cuantificación de ácidos nucleicos de los siguientes microorganismos: Virus de Inmunodeficiencia Humana, de la Hepatitis B, Hepatitis C, Virus del Papiloma Humano, Citomegalovirus, Chlamydia trachomatis y Mycobacterium tuberculosis. Equipo para mínimo 10 pruebas. RTC. Descripción complementaria: Reactivos completos para la cuantificación de ácidos nucleicos de Virus de Papiloma Humano por PCR	369.24	25,380	9,371,311.20
TOTAL							9,371,311.20

000 CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL (PESOS)
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	4.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Tiletamina-Zolazepam al 10% (Uso veterinario) Descripción complementaria: Con 5 ml de diluyente.	520.00	686	356,720.00
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	4.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Clorhidrato de Xilacina al 2% (Uso veterinario)	139.00	273	37,947.00
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	4.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Amoxicilina (como trihidrato de amoxicilina) 150 mg, vehículo c.b.p. 1 ml. Frasco de 100 ml (Uso veterinario). Frasco con 100 ml	499.00	69	34,431.00
2	Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores e Intoxicación por Veneno de Artrópodos						
5	Dengue	7.3.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Plaguicidas (insecticidas) Descripción complementaria: Larvicida biorracional al 37.4%, caja con 24 tarros de 500 gramos cada uno	19,518.25	10	195,182.50
5	Dengue	7.3.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Plaguicidas (insecticidas) Descripción complementaria: Larvicida biorracional al 2.5%, caja con dos sacos de 10 kilos cada uno	36,700.00	24	880,800.00
5	Dengue	7.3.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Plaguicidas (insecticidas) Descripción complementaria: Regulador de Crecimiento al 1.3% en Saco de 18.18 kilogramos	34,776.80	7	243,437.60
5	Dengue	7.3.2.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Plaguicidas (insecticidas) Descripción complementaria: Adulticida Piretroide al 1.73% en base oleosa, caja con dos bidones de 10 litros	20,800.77	50	1,040,038.50
5	Dengue	7.3.2.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Plaguicidas (insecticidas) Descripción complementaria: Adulticida Neonicotinoide al 3% + Piretroide al 0.75%, tambos de 208 litros	195,700.00	3	587,100.00
5	Dengue	7.3.3.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Plaguicidas (insecticidas) Descripción complementaria: Insecticida carbamato al 80%, caja con 20 bolsas resellables de aluminio Contenido: 5 sobres hidrosolubles de producto formulado de 125 gramos cada uno	15,952.92	25	398,823.00
5	Dengue	7.3.3.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Plaguicidas (insecticidas)	32,549.38	10	325,493.80

					Descripción complementaria: Adulticida piretroide al 10% en cufilete de 200 sobres de 62.5 gramos cada uno			
	5	Dengue	7.3.3.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Plaguicidas (insecticidas) Descripción complementaria: Insecticida organofosforado de acción residual al 28.16%, caja con 12 frascos de 833 mililitros	14,964.00	25	374,100.00
3		Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	2.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (sustancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Pediátrico combinado, Fase Intensiva (R75mg/H 50 mg/Z 150 mg) caja con 84 tabletas dispersables	177.32	9	1,595.88
3		Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	2.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (sustancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Rifampicina, cápsula de 150mg, caja con 100 cápsulas	232.82	120	27,938.40
3		Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	2.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (sustancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Etambutol HCl 400 mg, caja con 672 tabletas	544.12	31	16,867.72
3		Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	2.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (sustancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Pirazinamida 400 mg, caja c/672 tabletas	351.85	40	14,074.00
3		Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	2.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (sustancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Pediátrico combinado, Fase Sostén (R75mg/H 50 mg) caja con 84 tabletas dispersables	147.77	7	1,034.39
3		Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	2.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (sustancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Rifampicina, cápsula de 300mg, caja de 100 cápsulas	364.31	174	63,389.94
3		Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (sustancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Levofloxacin, tableta 250 mg	0.53	3,550	1,881.50
3		Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Imipenem y cilastatina. Solución Inyectable Cada frasco ampula con polvo contiene: Imipenem monohidratado equivalente a 500 mg de imipenem. Cilastatina sódica equivalente a 500 mg de cilastatina. Envase con un frasco ampula	71.00	1	71.00
3		Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (sustancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Bedaquiline tableta 100 mg	36.08	752	27,132.16
3		Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (sustancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Cicloserina, cápsula 250 mg	5.25	10	52.50
3		Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (sustancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Clofazimina, cápsula 100 mg	9.89	1,248	12,342.72
3		Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (sustancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Etambutol HCl, tableta 400 mg	0.68	312	212.16
3		Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (sustancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Linezolid, tableta 600 mg	14.84	1,063	15,774.92
3		Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Amikacina. Solución Inyectable. Cada ampolla o frasco ampula contiene: Sulfato de amikacina equivalente a 500 mg de amikacina.	6.23	10	62.30

	(Tuberculosis y Lepra)			Envase con 1 ampolleta o frasco ampula con 2 ml.			
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (substancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Isoniazida 300 mg, tableta	0.40	10	4.00
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (substancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Moxifloxacino, tableta 400 mg	4.99	208	1,037.92
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (substancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Bedaquiline tableta 100 mg	37.91	10	379.10
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (substancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Delamanid, tableta 50 mg	53.03	10	530.30
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (substancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Prothionamida, tableta 250 mg	2.13	208	443.04
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (substancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Pirazinamida, tableta 400 mg	0.44	260	114.40
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (substancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Amoxicilina + ácido Clavulánico tableta 500 mg /125 mg	2.60	10	26.00
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Amoxicilina / ácido clavulánico. Tableta Cada Tableta contiene: amoxicilina trihidratada equivalente a 500 mg de amoxicilina. Clavulanato de potasio equivalente a 125 mg de ácido clavulánico. Envase con 12 Tabletas.	32.00	720	23,040.00
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Doxiciclina. Cápsula o Tableta Cada Cápsula o Tableta contiene: Hiclado de doxiciclina equivalente a 100 mg de doxiciclina. Envase con 10 Cápsulas o Tabletas.	8.48	450	3,816.00
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Metformina. Tableta Cada Tableta contiene: Clorhidrato de metformina 850 mg Envase con 30 Tabletas.	7.51	360	2,703.60
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Naproxeno. Tableta Cada Tableta contiene: Naproxeno 250 mg Envase con 30 Tabletas.	10.26	450	4,617.00
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Azítromicina. Tableta Cada Tableta contiene: Azitromicina dihidratada equivalente a 500 mg de azitromicina Envase con 4 Tabletas.	17.00	450	7,650.00
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Amoxicilina / ácido clavulánico. Suspensión Oral Cada frasco con polvo contiene: Amoxicilina trihidratada equivalente a 1.5 g de amoxicilina. Clavulanato de potasio equivalente a 375 mg de ácido clavulánico. Envase con 60 ml, cada 5 ml con 125 mg de amoxicilina y 31.25 mg ácido clavulánico.	16.00	720	11,520.00
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Azítromicina. Suspensión. Cada 5 ml de suspensión contienen: Azitromicina 200 mg. Frasco con polvo para reconstituir 10 ml.	152.75	450	68,737.50
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Diclofenaco. Cápsula o gragea de liberación prolongada. Cada gragea contiene: Diclofenaco sódico 100 mg Envase con 20 Cápsulas o Grageas.	5.00	180	900.00
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Difenhidramina. Jarabe. Cada 100 mililitros contienen: Clorhidrato de difenhidramina 250 mg. Envase con 60 ml.	3.67	90	330.30
4	Atención de Urgencias	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Trimetoprima-sulfametoxazol. Comprimido o Tableta Cada Comprimido o Tableta contiene: Trimetoprima 80 mg Sulfametoxazol	7.39	450	3,325.50

	Epidemiológicas y Desastres			400 mg Envase con 20 Comprimidos o Tabletas.			
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Jeringas. Para extraer sangre o inyectar sustancias, con pivote tipo luer lock, de polipropileno, volumen de 5 ml y aguja calibre 21 G y 32 mm de longitud. Estéril. Envase con 100 piezas.	74.99	15	1,124.85
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Butilhioscina o hioscina. Gragea o Tableta Cada Gragea o Tableta contiene: Bromuro de butilhioscina o butilbromuro de hioscina 10 mg Envase con 10 Grageas o Tabletas.	6.84	180	1,231.20
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Butilhioscina o hioscina. Solución Inyectable Cada ampolleta contiene: Bromuro de butilhioscina o butilbromuro de hioscina 20 mg Envase con 3 ampolletas de 1 ml.	9.77	180	1,758.60
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Clorfenamina. Tableta. Cada tableta contiene: Maleato de clorfenamina 4.0 mg Envase con 20 Tabletas.	6.50	180	1,170.00
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Metronidazol. Suspensión Oral Cada 5 ml contienen: Benzoilo de metronidazol equivalente a 250 mg de metronidazol. Envase con 120 ml y dosificador.	7.60	270	2,052.00
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Metronidazol. Tableta Cada Tableta contiene: Metronidazol 500 mg Envase con 30 Tabletas.	10.58	270	2,856.60
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Albendazol. Tableta Cada Tableta contiene: albendazol 200 mg Envase con 2 Tabletas.	3.28	900	2,952.00
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Ambroxol. Solución Cada 100 ml contienen: Clorhidrato de ambroxol 300 mg Envase con 120 ml y dosificador.	5.15	450	2,317.50
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Electrolitos Orales. Polvo (Fórmula de osmolaridad Baja) Cada sobre con polvo contiene: Glucosa anhidra o glucosa 13.5 g Cloruro de potasio 1.5 g Cloruro de sodio 2.6 g Citrato trisódico dihidratado 2.9 g Envase con 20.5 g	2.42	5,400	13,068.00
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Gilbenciamida. Tableta Cada tableta contiene: Gilbenciamida 5 mg. Envase con 50 tabletas.	3.50	360	1,260.00
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Paracetamol. Solución oral cada ml contiene: paracetamol 100 mg. envase con 15 ml, gotero calibrado a 0.5 y 1 ml, integrado o adjunto al envase que sirve de tapa.	3.77	1,350	5,089.50
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Salbutamol. Jarabe Cada 5 ml contienen: Sulfato de salbutamol equivalente a 2 mg de salbutamol Envase con 60 ml.	15.97	45	718.65
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Bencilpenicilina benzatínica compuesta. Suspensión Inyectable Cada frasco ampula con polvo contiene: Benzatina bencilpenicilina equivalente a 600 000 UI de bencilpenicilina Bencilpenicilina procaínica equivalente a 300 000 UI de bencilpenicilina Bencilpenicilina cristalina equivalente a 300 000 UI de bencilpenicilina Envase con un frasco ampula y diluyente con 3 ml.	11.67	900	10,503.00
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Dicloxacilina. Cápsula o comprimido. Cada cápsula o comprimido contiene: Dicloxacilina sódica 500 mg Envase con 20 Cápsulas o Comprimidos.	25.00	90	2,250.00
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Itraconazol. Cápsula Cada Cápsula contiene: Itraconazol 100 mg Envase con 15 Cápsulas.	31.00	270	8,370.00
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Óxido de zinc. Pasta Cada 100 g contienen: Óxido de zinc 25. 0 g Envase con 30 g.	7.19	900	6,471.00
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Trimetoprima-sulfametoxazol. Suspensión Oral Cada 5 ml contienen: Trimetoprima 40 mg Sulfametoxazol 200 mg Envase con 120 ml y dosificador.	6.90	450	3,105.00
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Albendazol. Suspensión Oral Cada frasco contiene: albendazol 400 mg Envase con 20 ml.	3.14	900	2,826.00
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Metamizol sodico. Comprimido cada comprimido contiene: metamizol	3.16	180	568.80

	Epidemiológicas y Desastres			sódico 500 mg. envase con 10 comprimidos.			
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Metoclopramida. Tableta Cada Tableta contiene: Clorhidrato de metoclopramida 10 mg Envase con 20 Tabletas.	3.80	450	1,710.00
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Nafazolina. Solución Oftálmica Cada ml contiene: Clorhidrato de Nafazolina 1 mg Envase con gotero integral con 15 ml.	30.00	1,800	54,000.00
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Neomicina, polimixina b y gramicidina. Solución Oftálmica Cada ml contiene: Sulfato de Neomicina equivalente a 1.75 mg de Neomicina. Sulfato de Polimixina B equivalente a 5 000 U de Polimixina B. Gramicidina 25 µg Envase con gotero integral con 15 ml.	30.50	900	27,450.00
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Clioquinol. Crema Cada g contiene: Clioquinol 30 mg Envase con 20 g.	4.30	900	3,870.00
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Cloranfenicol. Solución oftálmica. Cada ml contiene: Cloranfenicol levógiro 5 mg Envase con gotero integral con 15 ml.	25.00	900	22,500.00
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Metoprolol. Tableta Cada Tableta contiene: Tartrato de metoprolol 100 mg Envase con 20 Tabletas.	5.02	90	451.80
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Miconazol. Crema Cada gramo contiene: Nitrato de miconazol 20 mg Envase con 20 g.	3.95	900	3,555.00
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Aluminio y magnesio. Suspensión Oral Cada 100 ml contienen: Hidróxido de aluminio 3.7 g Hidróxido de magnesio 4.0 g o trisilicato de magnesio: 8.9 g Envase con 240 ml y dosificador.	16.90	450	7,605.00
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Amlodipino. Tableta o Cápsula Cada Tableta o Cápsula contiene: Besilato o Maleato de amlodipino equivalente a 5 mg de amlodipino. Envase con 30 Tabletas o Cápsulas.	7.15	90	643.50
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Enalapril. Cápsula o tableta. Cada cápsula o tableta contiene: Maleato de enalapril 10 mg. Envase con 30 cápsulas o tabletas.	4.69	360	1,688.40
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Isosorbida. Tableta Cada Tableta contiene: Dinitrato de isosorbida 10 mg Envase con 20 Tabletas.	4.50	90	405.00
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Pantoprazol o rabeprazol u omeprazol. Tableta o Gragea o Cápsula Cada Tableta o Gragea o Cápsula contiene: Pantoprazol 40 mg o Rabeprazol sódico 20 mg u omeprazol 20 mg Envase con 7 Tabletas o Grageas o Cápsulas	4.12	450	1,854.00
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Paracetamol. Tableta cada tableta contiene: paracetamol 500 mg. envase con 10 tabletas.	4.10	1,800	7,380.00
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Salbutamol. Suspensión en aerosol. Cada inhalador contiene: Salbutamol 20 mg o Sulfato de salbutamol equivalente a 20 mg de salbutamol Envase con inhalador con 200 dosis de 100 µg.	3.43	45	154.35
TOTAL							4,988,637.40

R00 CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL (PESOS)
1	Vacunación Universal	1.1.1.5	Ramo 12-Apoyo Federal	Vacuna Contra Difteria, Tos Ferina, Tetanos, Hepatitis B, Poliomieltis Y Haemophilus Influenzae Tipo B. Suspension Inyectable. Cada frasco ampula con 0.5 ml contiene: Toxide diftérico no menos de 20 UI Toxide tetánico no menos de 40 UI Toxide pertussis 25 µg Hemaglutinina filamentosa 25 µg Poliovirus tipo 1 inactivado (Mahoney) 40 U Poliovirus tipo 2 inactivado (MEF1) 8 U Poliovirus tipo 3 inactivado (Saukett) 32 U Antígeno de superficie del virus de Hepatitis B 10 µg Polisacárido capsular de Haemophilus influenzae tipo b 12 µg Conjugado a la proteína tetánica 22-36 µg Envase con 10 frascos ampula con 1 dosis de 0.5 ml cada uno. Descripción complementaria: Vacuna Hexavalente, clave	273.46	268,200	73,341,167.40

				020.000.6135.00 Capturado en dosis y precio por dosis			
1	Vacunación Universal	2.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Vacuna antiinfluenza. Suspensión Inyectable. Cada dosis de 0.5 ml contiene:Fracciones antigénicas purificadas de virus de influenza inactivados correspondientes a las cepas autorizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el periodo pre-invernal e invernal de los años correspondientes del hemisferio norte. Envase con 1 frasco ampula con 5 ml cada uno (10 dosis). Descripción complementaria: Vacuna contra la Influenza Estacional. Envase con 1 frasco ampula con 5 ml cada uno (10 dosis) Clave 020.000.3822.01	677.24	96,551	65,388,199.24
TOTAL							138,729,366.64

Gran total							162,270,337.67
-------------------	--	--	--	--	--	--	-----------------------

NOTA: La descripción del objeto para el que serán utilizados los insumos que se indican en el presente anexo, se encuentran identificados en el Módulo de Reportes-Presupuestación-Ramo 12, (Formato Reporte de ramo 12 por entidad federativa, programa, fuente de financiamiento e insumo, bien o servicio), del Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas, SIAFFASPE, los cuales serán consumidos conforme a las metas e indicadores de cada Programa

Relación de insumos federales enviados en especie por "LOS PROGRAMAS" en materia de Salud Pública financiados con la fuente de financiamiento del ANEXO 4-INSUMOS.

L00 CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	CONCEPTO	CANTIDAD (VOLUMEN)
SIN DATOS					

O00 CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	CONCEPTO	CANTIDAD (VOLUMEN)
SIN DATOS					

R00 CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	CONCEPTO	CANTIDAD (VOLUMEN)
SIN DATOS					

GRAN TOTAL (PESOS)					0.00
---------------------------	--	--	--	--	-------------

NOTA: Para el programa de Planificación Familiar y Anticoncepción a cargo del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; los programas de Enfermedades Cardiometabólicas, Micobacteriosis, Dengue y Zoonosis a cargo del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades; y para el programa de Vacunación, a cargo del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, tendrán como fuente de financiamiento adicional recursos de presupuesto INSABI, y los recursos adicionales.

ÍNDICE: Representado por: Número de Estrategia, Número de Línea de Acción, Número de Actividad General y Número de Acción Específica.#

APÉNDICE

La información de la distribución de los recursos presupuestarios del ramo 33, Aportación Estatal, y Otra, así como los del Instituto de Salud para el Bienestar, INSABI, ANEXO 4- INSUMOS y el Fondo de Salud para el Bienestar, FIDEICOMISO INSABI, no forman parte de los recursos federales ministrados por "LA SECRETARÍA" a "LA ENTIDAD" con motivo del presente convenio, se colocan sólo para efectos de la evaluación de la eficiencia y eficacia de "LOS PROGRAMAS".

Resumen de recursos por fuente de financiamiento

(Monto pesos)

No.	UNIDAD RESPONSABLE / PROGRAMA DE ACCIÓN	SPPS RAMO 12		SUBTOTAL	RAMO 33 RECURSOS FINANCIEROS FASSA - P FASSA - C RECTORÍA	APORTACIÓN ESTATAL RECURSOS FINANCIEROS	OPORTUNIDADES RECURSOS FINANCIEROS	OTRA RECURSOS FINANCIEROS	SUBTOTAL	INSABI			SUBTOTAL	TOTAL
		RECURSOS FINANCIEROS CASSCO CAUSES	INSUMOS							ANEXO 4 – INSUMOS Y PRESUPUESTOS RECURSOS FINANCIEROS	SMS XXI – INSABI (PRESUPUESTOS E INSUMOS) RECURSOS FINANCIEROS	FIDEICOMISO INSABI RECURSOS FINANCIEROS		
310 DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD														
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	6,102,246.00	1,784,365.00	7,886,611.00	3,226,007.50	0.00	0.00	0.00	3,226,007.50	0.00	0.00	0.00	0.00	11,112,618.50
Total:		6,102,246.00	1,784,365.00	7,886,611.00	3,226,007.50	0.00	0.00	0.00	3,226,007.50	0.00	0.00	0.00	0.00	11,112,618.50
313 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL														
1	Salud Mental y Adicciones	687,402.75	0.00	687,402.75	7,000.00	0.00	0.00	0.00	7,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	694,402.75
1	Salud Mental	687,402.75	0.00	687,402.75	7,000.00	0.00	0.00	0.00	7,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	694,402.75
2	Adicciones	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Total:		687,402.75	0.00	687,402.75	7,000.00	0.00	0.00	0.00	7,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	694,402.75
315 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES														
1	Seguridad Vial	617,700.00	0.00	617,700.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	617,700.00
2	Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables	425,000.00	0.00	425,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	425,000.00
Total:		1,042,700.00	0.00	1,042,700.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,042,700.00
316 DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA														
1	Emergencias en Salud	1,885,026.00	0.00	1,885,026.00	28,484,902.98	0.00	0.00	0.00	28,484,902.98	0.00	0.00	0.00	0.00	30,369,928.98
1	Emergencias	942,513.00	0.00	942,513.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	942,513.00
2	Monitoreo	942,513.00	0.00	942,513.00	28,484,902.98	0.00	0.00	0.00	28,484,902.98	0.00	0.00	0.00	0.00	29,427,415.98
2	Vigilancia en Salud Pública por Laboratorio	1,479,708.00	78,669.00	1,558,377.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,558,377.00
Total:		3,364,734.00	78,669.00	3,443,403.00	28,484,902.98	0.00	0.00	0.00	28,484,902.98	0.00	0.00	0.00	0.00	31,928,305.98
K00 CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL VIH/SIDA														
1	VIH y otras ITS	1,529,690.00	7,317,988.43	8,847,678.43	48,408,683.26	0.00	0.00	0.00	48,408,683.26	0.00	0.00	0.00	0.00	57,256,361.69
2	Virus de Hepatitis C	434,480.00	0.00	434,480.00	642,886.54	0.00	0.00	0.00	642,886.54	0.00	0.00	0.00	0.00	1,077,366.54
Total:		1,964,170.00	7,317,988.43	9,282,158.43	49,051,569.80	0.00	0.00	0.00	49,051,569.80	0.00	0.00	0.00	0.00	58,333,728.23
L00 CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA														
1	Salud Sexual y Reproductiva	26,205,395.39	0.00	26,205,395.39	7,971,465.60	39,000.00	0.00	0.00	8,010,465.60	0.00	0.00	0.00	0.00	34,215,860.99
1	SSR para Adolescentes	4,956,122.00	0.00	4,956,122.00	3,843,500.00	0.00	0.00	0.00	3,843,500.00	0.00	0.00	0.00	0.00	8,799,622.00
2	PF y Anticoncepción	4,152,908.78	0.00	4,152,908.78	1,485,248.60	0.00	0.00	0.00	1,485,248.60	0.00	0.00	0.00	0.00	5,638,157.38
3	Salud Materna	10,358,675.25	0.00	10,358,675.25	457,000.00	0.00	0.00	0.00	457,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	10,815,675.25

No.	UNIDAD RESPONSABLE / PROGRAMA DE ACCIÓN	SPPS RAMO 12		SUBTOTAL	RAMO 33 RECURSOS FINANCIEROS FASSA - P FASSA - C RECTORÍA	APORTACIÓN ESTATAL RECURSOS FINANCIEROS	OPORTUNIDADES RECURSOS FINANCIEROS	OTRA RECURSOS FINANCIEROS	SUBTOTAL	INSABI			SUBTOTAL	TOTAL
		RECURSOS FINANCIEROS CASSCO CAUSES	INSUMOS							ANEXO 4 – INSUMOS Y PRESUPUESTOS RECURSOS FINANCIEROS	SMS XXI – INSABI (PRESUPUESTOS E INSUMOS) RECURSOS FINANCIEROS	FIDEICOMISO INSABI RECURSOS FINANCIEROS		
4	Salud Perinatal	3,240,224.36	0.00	3,240,224.36	1,644,603.00	0.00	0.00	0.00	1,644,603.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4,884,827.36
5	Aborto Seguro	1,586,890.00	0.00	1,586,890.00	430,160.00	0.00	0.00	0.00	430,160.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2,017,050.00
6	Violencia de Género	1,910,575.00	0.00	1,910,575.00	110,954.00	39,000.00	0.00	0.00	149,954.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2,060,529.00
2	Prevención y Control del Cáncer	2,435,154.42	9,371,311.20	11,806,465.62	69,321,550.00	0.00	0.00	0.00	69,321,550.00	0.00	0.00	0.00	0.00	81,128,015.62
3	Igualdad de Género	1,653,447.00	0.00	1,653,447.00	115,000.00	0.00	0.00	0.00	115,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,768,447.00
Total:		30,293,996.81	9,371,311.20	39,665,308.01	77,408,015.60	39,000.00	0.00	0.00	77,447,015.60	0.00	0.00	0.00	0.00	117,112,323.61
000 CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES														
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	49,860.00	429,098.00	478,958.00	80,834,372.87	0.00	0.00	0.00	80,834,372.87	0.00	0.00	0.00	0.00	81,313,330.87
2	Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores e Intoxicación por Veneno de Artrópodos	448,067.50	4,044,975.40	4,493,042.90	214,832,501.30	0.00	0.00	0.00	214,832,501.30	0.00	0.00	0.00	0.00	219,325,544.20
1	Paludismo	157,890.00	0.00	157,890.00	293,521.63	0.00	0.00	0.00	293,521.63	0.00	0.00	0.00	0.00	451,411.63
2	Enfermedad de Chagas	0.00	0.00	0.00	539,567.71	0.00	0.00	0.00	539,567.71	0.00	0.00	0.00	0.00	539,567.71
3	Leishmaniasis	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
4	Intoxicación por Artrópodos	0.00	0.00	0.00	295,850.10	0.00	0.00	0.00	295,850.10	0.00	0.00	0.00	0.00	295,850.10
5	Dengue	290,177.50	4,044,975.40	4,335,152.90	213,703,561.86	0.00	0.00	0.00	213,703,561.86	0.00	0.00	0.00	0.00	218,038,714.76
6	Vigilancia Post Oncocercosis	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	0.00	184,964.35	184,964.35	6,907,860.58	0.00	0.00	5,054,184.82	11,962,045.40	0.00	0.00	0.00	0.00	12,147,009.75
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	123,329.50	329,599.65	452,929.15	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	452,929.15
5	Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones Respiratorias Agudas (Neumonías, Influenza y COVID-19)	0.00	0.00	0.00	560,963.68	0.00	0.00	5,178,677.23	5,739,640.91	0.00	0.00	0.00	0.00	5,739,640.91
6	Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas	200,684.47	0.00	200,684.47	2,233,549.20	0.00	0.00	5,629,615.70	7,863,164.90	0.00	0.00	0.00	0.00	8,063,849.37
7	Enfermedades Cardiometaabólicas	10,553,420.00	0.00	10,553,420.00	13,215,015.00	0.00	0.00	0.00	13,215,015.00	0.00	0.00	0.00	0.00	23,768,435.00
8	Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento	0.00	0.00	0.00	2,360,000.00	0.00	0.00	0.00	2,360,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2,360,000.00
9	Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	199,380.00	0.00	199,380.00	152,195,645.17	0.00	0.00	0.00	152,195,645.17	0.00	0.00	0.00	0.00	152,395,025.17
10	Prevención y Control de Enfermedades Diarréicas Agudas	6,380.00	0.00	6,380.00	530,098.15	0.00	0.00	0.00	530,098.15	0.00	0.00	0.00	0.00	536,478.15

No.	UNIDAD RESPONSABLE / PROGRAMA DE ACCIÓN	SPPS RAMO 12		SUBTOTAL	RAMO 33	APORTACIÓN ESTATAL	OPORTUNIDADES	OTRA	SUBTOTAL	INSABI			SUBTOTAL	TOTAL
		RECURSOS FINANCIEROS CASSCO CAUSES	INSUMOS		RECURSOS FINANCIEROS FASSA - P FASSA - C RECTORÍA	RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS FINANCIEROS		ANEXO 4 – INSUMOS Y PRESUPUESTOS	SMS XXI – INSABI (PRESUPUESTOS E INSUMOS)	FIDEICOMISO INSABI		
					RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS FINANCIEROS		RECURSOS FINANCIEROS				
Total:		11,581,121.47	4,988,637.40	16,569,758.87	473,670,005.95	0.00	0.00	15,862,477.75	489,532,483.70	0.00	0.00	0.00	0.00	506,102,242.57
R00 CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA														
1	Vacunación Universal	1,934,327.00	138,729,366.64	140,663,693.64	315,448,846.75	0.00	0.00	0.00	315,448,846.75	0.00	0.00	0.00	0.00	456,112,540.39
2	Atención a la Salud de la Adolescencia	0.00	0.00	0.00	746,118.00	0.00	0.00	0.00	746,118.00	0.00	0.00	0.00	0.00	746,118.00
3	Atención a la Salud en la Infancia	0.00	0.00	0.00	70,076,671.42	0.00	0.00	0.00	70,076,671.42	0.00	0.00	0.00	0.00	70,076,671.42
4	Diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer en menores de 18 años	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Total:		1,934,327.00	138,729,366.64	140,663,693.64	386,271,636.17	0.00	0.00	0.00	386,271,636.17	0.00	0.00	0.00	0.00	526,935,329.81
Gran Total:		56,970,698.03	162,270,337.67	219,241,035.70	1,018,119,138.00	39,000.00	0.00	15,862,477.75	1,034,020,615.75	0.00	0.00	0.00	0.00	1,253,261,651.45

NOTA: La descripción detallada de los insumos/servicios a adquirir o contratar con los recursos que se indican en el presente Apéndice, se encuentran identificados en los siguientes módulos del *Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas, SIAFFASPE*: Módulo de Reportes-Presupuestación-Ramo 12 (Formato Reporte de ramo 12 por entidad federativa, programa, fuente de financiamiento e insumo, bien o servicio); Módulo de Reportes-Presupuestación-Ramo 33 (Formato Reporte de ramo 33 por entidad federativa, programa, fuente de financiamiento e insumo, bien o servicio) y Módulo de Presupuestación-INSABI-Insumos-Captura y Validación.

SEGUNDA. “LAS PARTES” acuerdan que, salvo por lo expresamente estipulado en el presente instrumento jurídico, todas las demás obligaciones del “CONVENIO PRINCIPAL” permanecerán sin cambio alguno, por lo que reconocen y ratifican la plena vigencia y obligatoriedad del “CONVENIO PRINCIPAL”.

TERCERA. “LAS PARTES” convienen en que la ejecución del presente instrumento no constituye una novación de cualquier obligación establecida en el “CONVENIO PRINCIPAL”.

CUARTA. “LAS PARTES” convienen en que, para la interpretación y cumplimiento del presente Convenio, será aplicable el derecho federal vigente y se someten irrevocablemente a la jurisdicción de los tribunales federales competentes en la Ciudad de México, renunciando a cualquier otra jurisdicción que, en razón de su domicilio presente o futuro o por cualquier otra razón, les pudiera corresponder.

QUINTA. El presente Convenio Modificatorio empezará surtir efectos a partir de la fecha de su firma, y se mantendrá en vigor hasta el 31 de diciembre de 2022.

Estando enteradas las partes del contenido y alcance legal del presente Convenio Modificatorio, lo firman por cuadruplicado a los un día del mes de junio de dos mil veintidós.- Por la Secretaría: Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Dr. **Hugo López Gatell Ramírez.**- Rúbrica.- Director General de Promoción de la Salud, Dr. **Ricardo Cortés Alcalá.**- Rúbrica.- Director General de Epidemiología, Dr. **Gabriel García Rodríguez.**- Rúbrica.- Secretaria Técnica del Consejo Nacional de Salud Mental, Mtra. **Diana Iris Tejadilla Orozco.**- Rúbrica.- Secretaria Técnica del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes, Dra. **Ana Lucía de la Garza Barroso.**- Rúbrica.- Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Dra. **Karla Berdichevsky Feldman.**- Rúbrica.- Director General del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, Dr. **Ruy López Ridaura.**- Rúbrica.- Directora General del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA, Dra. **Alethse De La Torre Rosas.**- Rúbrica.- Director de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Dr. **José Luis Díaz Ortega.**- Rúbrica.- Director General de Información en Salud, Dr. **Dwight Daniel Dyer Leal.**- Rúbrica.- Director General del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, Dr. **Jorge Enrique Trejo Gómora.**- Rúbrica.- Director General de los Servicios de Atención Psiquiátrica, Dr. **Juan Manuel Quijada Gaytán.**- Rúbrica.- Comisionado Nacional contra las Adicciones, Dr. **Gady Zabicky Siro.**- Rúbrica.- Por la Entidad: Secretaria de Planeación y Finanzas, Act. **María Teresa Castro Corro.**- Rúbrica.- Titular de la Unidad de Administración y Finanzas de la Secretaría de Salud y Coordinadora de Planeación y Evaluación de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, Lic. **María Cecilia Hernández Galván.**- Rúbrica.- Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, Dr. **José Antonio Martínez García.**- Rúbrica.- Coordinador de Servicios de Salud de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, Dr. **José Fernando Huerta**

Romano.- Rúbrica.

SEGUNDO Convenio Modificatorio al Convenio Específico en materia de ministración de subsidios para el fortalecimiento de acciones de salud pública en las entidades federativas, que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Querétaro.

02-CM-AFASPE-QRO/2022

SEGUNDO CONVENIO MODIFICATORIO AL CONVENIO ESPECÍFICO EN MATERIA DE MINISTRACIÓN DE SUBSIDIOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE ACCIONES DE SALUD PÚBLICA EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS, SUSCRITO EL 01 DE MARZO DE 2022, 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 DEL DR. HUGO LÓPEZ-GATELL RAMÍREZ, SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD, ASISTIDO POR EL DR. RICARDO CORTÉS ALCALÁ, DIRECTOR GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD; EL DR. GABRIEL GARCÍA RODRÍGUEZ, DIRECTOR GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA; LA MTRA. DIANA IRIS TEJADILLA OROZCO, SECRETARIA TÉCNICA DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL; LA DRA. ANA LUCÍA DE LA GARZA BARROSO, SECRETARIA TÉCNICA DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES; LA DRA. KARLA BERDICHEVSKY FELDMAN, DIRECTORA GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA; EL DR. RUY LÓPEZ RIDAURA, DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES; LA DRA. ALETHSE DE LA TORRE ROSAS, DIRECTORA GENERAL DEL CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL VIH/SIDA; EL DR. JOSÉ LUIS DÍAZ ORTEGA, DIRECTOR DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA DEL CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA; EL DR. DWIGHT DANIEL DYER LEAL, DIRECTOR GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD; EL DR. JORGE ENRIQUE TREJO GÓMORA, DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA; EL DR. JUAN MANUEL QUIJADA GAYTÁN; DIRECTOR GENERAL DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA Y EL DR. GADY ZABICKY SIROT; COMISIONADO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES; Y POR LA OTRA PARTE, EL ESTADO DE QUERÉTARO, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ "LA ENTIDAD", REPRESENTADO POR LA DRA. MARÍA MARTINA PÉREZ RENDÓN, SECRETARIA DE SALUD DEL PODER EJECUTIVO DEL ESTADO Y COORDINADORA GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO Y EL L.A. GUSTAVO ARTURO LEAL MAYA, SECRETARIO DE FINANZAS DEL PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE QUERÉTARO, A LAS QUE AL ACTUAR DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ "LAS PARTES", CONFORME A LOS ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

ANTECEDENTES

I. Con fecha 01 de marzo de 2022 "LA SECRETARÍA" y "LA ENTIDAD", celebraron el CONVENIO ESPECÍFICO EN MATERIA DE MINISTRACIÓN DE SUBSIDIOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE ACCIONES DE SALUD PÚBLICA EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS, con el objeto de ministrar recursos presupuestarios federales, en carácter de subsidios, así como insumos federales a "LA ENTIDAD", para coordinar su participación con "LA SECRETARÍA", en términos de lo previsto en los artículos 9 y 13, apartado B de la Ley General de Salud, en la ejecución de "LOS PROGRAMAS", que comprende la realización de intervenciones para el cumplimiento de metas de cada uno de ellos, a fin de contribuir con "LA ENTIDAD", a su adecuada instrumentación así como fortalecer la integralidad de las acciones de prevención y promoción de la salud, documento que en adelante se denominará "CONVENIO PRINCIPAL".

II. Con fecha 30 de mayo de 2022, "LA SECRETARÍA" y "LA ENTIDAD", celebraron el Convenio Modificatorio al Convenio Específico en Materia de Ministración de Subsidios para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas, con el objeto de modificar las cláusulas Octava; Novena, fracción IX y XXIV; Décima Tercera; así como el Anexo 1 del "CONVENIO PRINCIPAL".

III. Que de conformidad con lo dispuesto en el Acuerdo por el que se adscriben orgánicamente las unidades administrativas y órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación con fecha 19 de agosto de 2020, la Dirección General de Información en Salud, el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, los Servicios de Atención Psiquiátrica y la Comisión Nacional contra las Adicciones, pasaron al tramo de control de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

IV. Que los Servicios de Atención Psiquiátrica y la Comisión Nacional contra las Adicciones, en coordinación con el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental, tienen a su cargo la operación del Programa de Acción Específico "Salud Mental y Adicciones 2020-2024" el cual, forma parte de "LOS PROGRAMAS" señalados en el "CONVENIO PRINCIPAL" y establece como principales objetivos: Consolidar la rectoría en salud mental y adicciones en el modelo de atención primaria de salud integral (APS-I) con un enfoque comunitario, intercultural, derechos humanos, perspectiva de género y sensible a la línea de la vida; Ampliar los servicios de salud mental y adicciones en el Sistema Nacional de Salud; así como Garantizar el acceso equitativo de la población a servicios integrales de atención en salud mental y adicciones.

V. Que el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, tiene a su cargo la operación del Programa de Acción Específico “Acceso Universal a Sangre, Hemocomponentes y Células Troncales Hematopoyéticas seguros 2020-2024” cuyos objetivos prioritarios son: primero “Incrementar la seguridad sanguínea”, segundo “Garantizar el acceso universal a la sangre” y tercero “Evaluar la calidad y capacidad técnica”, mismos que se desarrollan mediante las estrategias prioritarias consistentes en el fomento a la cultura de la promoción de la donación voluntaria y altruista con pertinencia cultural y de género, basada en investigación científica y articulando cooperación interinstitucional del todo el Sistema Nacional de Salud; mejorar y ampliar la infraestructura del Sistema Nacional de Salud, mediante la regionalización y territorialización de los servicios de sangre y Diseñar y operar el Sistema Nacional de Biovigilancia, respectivamente. Destacando dentro de sus funciones principales la de promover la celebración de acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas, así como con organismos e instituciones públicas, privadas y sociales, para lograr la autosuficiencia, seguridad, cobertura, calidad y acceso equitativo de sangre, componentes sanguíneos y células progenitoras hematopoyéticas.

VI. Que la Dirección General de Información en Salud, es la Unidad Administrativa responsable de entre otras funciones, coordinar el Sistema de Información Estadística de la Secretaría y del Sistema Nacional de Salud y elaborar, difundir y vigilar la normatividad para normar los procesos de diseño, captación, integración, procesamiento y difusión de la estadística en salud que requieran las unidades administrativas de la Secretaría y otras dependencias y entidades con la finalidad de contar con información de calidad para una eficiente toma de decisiones en materia de Salud Pública a nivel nacional, incluyendo lo relativo a la promoción de la salud, prevención y control de enfermedades, salud mental y adicciones, así como de la vigilancia epidemiológica.

VII. Que dicha Unidad Administrativa y Órganos Administrativos Desconcentrados, en adelante “UNIDADES TÉCNICAS”, tienen a su cargo los siguientes Programas de Acción Específicos, Programas Presupuestarios y/o interacción con “LA ENTIDAD”, a los cuales, en lo subsecuente se les denominará “PROGRAMAS TÉCNICOS”:

Unidad Administrativa/Órgano Administrativo Desconcentrado	Programa de Acción Específico y/o Programa Presupuestario	Clave del Programa Presupuestario con el que se relaciona
Comisión Nacional contra las Adicciones	Salud Mental y Adicciones / Prevención y Atención contra las Adicciones	E025
Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea	Acceso Universal a Sangre y Hemocomponentes y Células Troncales Hematopoyéticas seguros / Asistencia Social y Protección del Paciente	P013
Servicios de Atención Psiquiátrica	Salud Mental y Adicciones / Atención a la Salud	E023
Dirección General de Información en Salud	Rectoría en Salud	P012

VIII. En razón de lo anterior y toda vez que, las “UNIDADES TÉCNICAS”, realizan acciones de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades y adicciones, así como, para la generación de información estadística en salud, conforme a sus respectivos ámbitos de competencia; y con el objetivo de fortalecer la integralidad de las acciones en materia de salud pública, que contribuyen a garantizar el acceso a los servicios de salud de la población a nivel nacional, se considera indispensable su integración al “CONVENIO PRINCIPAL”, con la finalidad de dar únicamente seguimiento a través de informes generados en el SIAFFASPE, al grado de avance y cumplimiento de los objetivos, estrategias, líneas de acción, actividades e indicadores establecidos en sus respectivos “PROGRAMAS TÉCNICOS”, así como coordinar su participación y cooperación técnica con “LA ENTIDAD”, en términos de lo previsto en los artículos 9 y 13, apartado B de la Ley General de Salud.

IX. Que, en la Cláusula DÉCIMA CUARTA, denominada MODIFICACIONES AL CONVENIO, del “CONVENIO PRINCIPAL”, las partes acordaron, a la letra: “... que el presente Convenio Específico podrá modificarse de común acuerdo y por escrito, sin alterar su estructura y en estricto apego a las disposiciones jurídicas aplicables. Las modificaciones al Convenio Específico obligarán a sus signatarios a partir de la fecha de su firma y deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación y en el órgano de difusión oficial de “LA ENTIDAD”.

X. Que “LAS PARTES” han determinado, modificar el “CONVENIO PRINCIPAL”, con la finalidad de integrar a la Unidad Administrativa y Órganos Administrativos Desconcentrados, a que se hace referencia en los Antecedentes III, IV, V y VI del presente instrumento jurídico, así como para ajustar los montos de los recursos presupuestarios federales y/o insumos federales ministrados a “LA ENTIDAD”, conforme a los siguientes términos.

DECLARACIONES

I. “LA SECRETARÍA” declara que:

I.1. Se reproducen y ratifican las declaraciones I.1, I.2 y I.5 insertas en el “CONVENIO PRINCIPAL”.

II. “LA ENTIDAD”, declara que:

II.1. Se reproducen y ratifican las declaraciones insertas en el “CONVENIO PRINCIPAL”.

III. “LAS PARTES” declaran que:

III.1. Se reconocen mutuamente el carácter y las facultades con las que comparecen a la celebración del presente instrumento.

III.2. Están de acuerdo en celebrar el presente Convenio Modificatorio, de conformidad con los términos y condiciones que se estipulan en el mismo, al tenor de las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA: OBJETO. - El presente instrumento, tiene por objeto modificar las declaraciones I.3 y I.4 del Apartado I “LA SECRETARÍA”; las cláusulas Primera, en lo que respecta a la Tabla de su párrafo tercero; Segunda, párrafos primero, segundo y sexto; Tercera numeral 5; Séptima; Décima, fracciones VI y X; los Anexos 1, 2, 3, 4, 5 y el Apéndice del “CONVENIO PRINCIPAL”, así como adicionar una cláusula como Décima Primera recorriendo las subsecuentes, para quedar como sigue:

“ I. “LA SECRETARÍA” declara que:

I.1. a I.2. ...

I.3. Las Direcciones Generales de Información en Salud, Promoción de la Salud y de Epidemiología, así como los Secretariados Técnicos de los Consejos Nacionales de Salud Mental y para la Prevención de Accidentes, son unidades administrativas de la Secretaría de Salud, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2, apartado B, fracciones VIII, XII, XVII Bis, XIX y XXI, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, con las atribuciones que se contienen en los artículos 24, 28, 32 Bis 2, 35 y 35 Bis 2 del citado Reglamento; asimismo los centros nacionales de Equidad de Género y Salud Reproductiva; la Transfusión Sanguínea; de Programas Preventivos y Control de Enfermedades; para la Prevención y el Control del VIH/SIDA; y para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, así como los Servicios de Atención Psiquiátrica son órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud, de conformidad con lo establecido en el artículo 2, apartado C, fracciones II, IV, VII, VIII, IX y XIV, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, con las atribuciones que se contienen en los artículos 36, 37, 38, 40, 42, 45, 46, 47 y 48 del citado Reglamento; de igual forma la Comisión Nacional contra las Adicciones de conformidad con el artículo 2, apartado C, fracción VII Bis del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y en observancia a la publicación del Decreto en el Diario Oficial de la Federación del 20 de julio de 2016 por el que se modifica la denominación, objeto, organización y funcionamiento del Órgano Desconcentrado Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, para transformarse en la Comisión Nacional Contra las Adicciones, reviste el carácter de Órgano Administrativo Desconcentrado de la Secretaría de Salud, con las atribuciones señaladas en el citado Decreto; todos ellos adscritos a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de conformidad con el *Acuerdo por el que se adscriben orgánicamente las unidades administrativas y órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud*, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de agosto de 2020, cuyos titulares se encuentran plenamente facultados para suscribir el presente Convenio Específico y acreditan sus cargos mediante sus respectivos nombramientos que en copia fotostática se acompañan como parte del Anexo 1 del presente instrumento. De acuerdo con lo establecido en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, a las Unidades Administrativas y Órganos Administrativos Desconcentrados, adscritos a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, les corresponde, entre otras atribuciones, proponer las políticas y estrategias nacionales de los programas de prevención y control de enfermedades, de salud mental y adicciones, promoción de la salud, de transfusión sanguínea y vigilancia epidemiológica, así como de estadística en información en salud; participar en el ámbito de sus respectivas competencias en la instrumentación del Sistema Nacional de Salud; promover la celebración de acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas; y proponer o definir los mecanismos que permitan el control en el suministro y la distribución oportuna, suficiente y de calidad del material y los insumos utilizados en “LOS PROGRAMAS”.

I.4.Cada una de las Unidades Administrativas y Órganos Administrativos Desconcentrados adscritos a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, cuentan con la disponibilidad técnica y presupuestaria correspondiente para hacer frente a los compromisos derivados de la suscripción del presente instrumento, de conformidad con el Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2022.

I.5. ...”

“PRIMERA. OBJETO. -...

...

...

NO.	UNIDAD RESPONSABLE / PROGRAMA DE ACCIÓN	CLAVE DEL PROGRAMA PRESUPUESTARIO	MONTO MÁXIMO A CARGO DE "LA SECRETARÍA" (Pesos)		
			RECURSOS PRESUPUESTARIOS FEDERALES	INSUMOS FEDERALES	TOTAL
310 DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD					
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	P018, U008	4,336,573.50	140,425.00	4,476,998.50
Subtotal			4,336,573.50	140,425.00	4,476,998.50
313 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL					
1	Salud Mental y Adicciones	P018	240,744.79	0.00	240,744.79
	1 Salud Mental	P018	240,744.79	0.00	240,744.79
	2 Adicciones		0.00	0.00	0.00
Subtotal			240,744.79	0.00	240,744.79
315 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES					
1	Seguridad Vial	P018	378,500.00	0.00	378,500.00
2	Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables	P018	425,000.00	0.00	425,000.00
Subtotal			803,500.00	0.00	803,500.00
316 DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA					
1	Emergencias en Salud	U009	1,464,935.00	0.00	1,464,935.00
	1 Emergencias	U009	732,467.50	0.00	732,467.50
	2 Monitoreo	U009	732,467.50	0.00	732,467.50
2	Vigilancia en Salud Pública por Laboratorio	P018, U009	1,062,440.00	70,904.00	1,133,344.00
Subtotal			2,527,375.00	70,904.00	2,598,279.00
K00 CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL VIH/SIDA					
1	VIH y otras ITS	P016	1,644,700.82	2,544,201.25	4,188,902.07
2	Virus de Hepatitis C	P016	434,480.00	0.00	434,480.00
Subtotal			2,079,180.82	2,544,201.25	4,623,382.07
L00 CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA					
1	Salud Sexual y Reproductiva	P020	19,994,655.85	0.00	19,994,655.85
	1 SSR para Adolescentes	P020	2,774,544.00	0.00	2,774,544.00
	2 PF y Anticoncepción	P020	3,300,415.30	0.00	3,300,415.30
	3 Salud Materna	P020	6,079,098.25	0.00	6,079,098.25
	4 Salud Perinatal	P020	2,336,832.30	0.00	2,336,832.30
	5 Aborto Seguro	P020	2,451,490.00	0.00	2,451,490.00
	6 Violencia de Género	P020	3,052,276.00	0.00	3,052,276.00
2	Prevención y Control del Cáncer	P020	5,152,363.63	3,221,951.52	8,374,315.15
3	Igualdad de Género	P020	865,447.00	0.00	865,447.00
Subtotal			26,012,466.48	3,221,951.52	29,234,418.00
O00 CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES					
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	P018, U009	132,960.00	94,865.00	227,825.00
2	Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores e Intoxicación por Veneno de Artrópodos	U009	784,335.50	2,092,632.75	2,876,968.25
	1 Paludismo	U009	264,771.00	0.00	264,771.00
	2 Enfermedad de Chagas		0.00	0.00	0.00
	3 Leishmaniasis		0.00	0.00	0.00

4	Intoxicación por Artrópodos		0.00	0.00	0.00
5	Dengue	U009	519,564.50	2,092,632.75	2,612,197.25
6	Vigilancia Post Oncocercosis		0.00	0.00	0.00
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	P018	0.00	42,177.67	42,177.67
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres		0.00	0.00	0.00
5	Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones Respiratorias Agudas (Neumonías, Influenza y COVID-19)		0.00	0.00	0.00
6	Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas	U009	98,557.83	0.00	98,557.83
7	Enfermedades Cardiometabólicas	U008	3,399,369.00	0.00	3,399,369.00
8	Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento	U008	778,320.00	0.00	778,320.00
9	Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	U009	204,730.00	0.00	204,730.00
10	Prevención y Control de Enfermedades Diarréicas Agudas	U009	84,650.00	0.00	84,650.00
Subtotal			5,482,922.33	2,229,675.42	7,712,597.75
R00 CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA					
1	Vacunación Universal	E036	2,008,719.00	36,066,980.26	38,075,699.26
2	Atención a la Salud de la Adolescencia		0.00	0.00	0.00
3	Atención a la Salud en la Infancia		0.00	0.00	0.00
4	Diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer en menores de 18 años		0.00	0.00	0.00
Subtotal			2,008,719.00	36,066,980.26	38,075,699.26
Total de recursos federales a ministrar a "LA ENTIDAD"			43,491,481.92	44,274,137.45	87,765,619.37

...

...

..."

"SEGUNDA. - MINISTRACIÓN. - Para el cumplimiento del objeto del presente instrumento, "LA SECRETARÍA", con cargo a su presupuesto, ministrará a "LA ENTIDAD", recursos federales con el carácter de subsidios, hasta por la cantidad de \$87,765,619.37 (OCHENTA Y SIETE MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS DIECINUEVE PESOS 37/100 M.N), para la realización de las intervenciones y el cumplimiento de las metas que contemplan "LOS PROGRAMAS".

Los recursos presupuestarios federales por un monto de \$43,491,481.92 (CUARENTA Y TRES MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y UNO PESOS 92/100 M.N), se radicarán a la Secretaría de Finanzas del Poder Ejecutivo de "LA ENTIDAD", en la cuenta bancaria productiva específica que ésta establezca para tal efecto, en forma previa a la entrega de los recursos, en la institución de crédito bancaria que la misma determine, informando de ello a "LA SECRETARÍA". Los recursos presupuestarios a que se hace alusión, se ministrarán conforme al calendario establecido en el Anexo 3 del presente instrumento. Será requisito indispensable que "LA SECRETARÍA" cuente con el original del presente Convenio, debidamente suscrito y el registro de la cuenta bancaria en el Sistema de Contabilidad y Presupuesto (SICOP) de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

...

...

...

Los insumos federales que suministre "LA SECRETARÍA" a "LA ENTIDAD", por un monto total de \$44,274,137.45 (CUARENTA Y CUATRO MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL CIENTO TREINTA Y SIETE PESOS 45/100 M.N), serán entregados directamente a los Servicios de Salud del Estado de Querétaro.

...

..."

“TERCERA. VERIFICACIÓN DEL DESTINO DE LOS RECURSOS FEDERALES. ...

1. a 4. ...

5. “LA SECRETARÍA”, a través de las Unidades Administrativas u Órganos Administrativos Desconcentrados responsables de cada uno de “LOS PROGRAMAS”, practicará, cuando lo considere necesario, visitas de supervisión o reuniones de seguimiento, las cuales podrán ser virtuales o presenciales a efecto de observar los avances de “LOS PROGRAMAS”, así como el destino, aplicación, ejecución y comprobación de los recursos presupuestarios e insumos federales ministrados a “LA ENTIDAD”.

“LA ENTIDAD” queda obligada a la entrega del formato de certificación del gasto que se obtenga del Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas, en adelante, “SIAFFASPE”, así como a exhibir la documentación original comprobatoria y justificatoria del gasto, que sustente y fundamente la aplicación de los recursos citados en la Cláusula Primera del presente instrumento.

6. ...”

“SÉPTIMA. DOCUMENTOS PARA EL EJERCICIO Y COMPROBACIÓN DE RECURSOS. - Los requisitos y especificaciones para el ejercicio y comprobación de recursos ministrados a través del presente Convenio, establecidos en los Criterios para la Contratación de Personal con Recursos del Ramo 12, 2022, Criterios para la Contratación de Servicios Integrales para llevar a cabo reuniones de trabajo y talleres en línea para la operación de los Programas de Acción Específicos, 2022; así como en los Criterios para la Comprobación del Gasto, 2022, registrados en el “SIAFFASPE”, forman parte integrante del presente instrumento y son de carácter obligatorio para “LAS PARTES” por lo que, en caso de incumplimiento a lo establecido en dichos Criterios, “LA SECRETARÍA” a través de sus Unidades Administrativas y Órganos Administrativos Desconcentrados responsables de cada uno de “LOS PROGRAMAS”, en observancia a lo dispuesto en la Cláusula Décima Segunda del presente instrumento, y conforme a sus respectivos ámbitos de competencia, podrá informar a las instancias de fiscalización federal y estatal dicho incumplimiento, para los efectos legales a que haya lugar.”

“DÉCIMA. OBLIGACIONES DE “LA SECRETARÍA”. -...

I. a V. ...

VI. Practicar, cuando lo considere necesario, visitas de supervisión o reuniones de seguimiento, las cuales podrán ser virtuales o presenciales y serán coordinadas por la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud conforme al calendario que para tal efecto se establezca, como mecanismo para asegurar la aplicación de los recursos federales ministrados y el cumplimiento del objeto del presente instrumento, sin perjuicio de que las Unidades Administrativas u Órganos Administrativos Desconcentrados puedan realizar visitas de supervisión de carácter técnico, las cuales podrán ser virtuales o presenciales de conformidad con lo establecido en el numeral 5 de la Cláusula Tercera del presente Convenio.

VII. a IX. ...

X. Realizar, en el ámbito de su competencia, el control, vigilancia, seguimiento y evaluación de los recursos presupuestarios federales e insumos federales que en virtud de este instrumento serán ministrados y suministrados, respectivamente, a “LA ENTIDAD” de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables en materia del ejercicio del gasto público federal, lo anterior, sin perjuicio de las acciones de verificación, control, evaluación y fiscalización a que hace referencia la Cláusula Décima Segunda del presente instrumento.

XI. a XVI. ...”

“DÉCIMA PRIMERA. DE LA COOPERACIÓN TÉCNICA Y SEGUIMIENTO A LOS “PROGRAMAS TÉCNICOS”. - Las “UNIDADES TÉCNICAS” tendrán la obligación de registrar de manera anual en el SIAFFASPE dentro del Módulo habilitado para ello, la información correspondiente al grado de avance y cumplimiento en los objetivos, estrategias, líneas de acción, actividades e indicadores establecidos en sus “PROGRAMAS TÉCNICOS”, para su respectivo seguimiento.

Asimismo, las “UNIDADES TÉCNICAS” deberán proporcionar la cooperación técnica que les sea requerida, conforme al ámbito de sus respectivas competencias, integrando la información solicitada por “LA SECRETARÍA” o “LA ENTIDAD”.

“DÉCIMA SEGUNDA. ACCIONES DE CONTROL, VIGILANCIA, SUPERVISIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.- Los recursos presupuestarios federales e insumos que ministre “LA SECRETARÍA” a “LA ENTIDAD” con motivo del presente instrumento no pierden su carácter federal, por lo que el control, vigilancia, supervisión, seguimiento y evaluación, corresponderá a “LA SECRETARÍA”, a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, así como a las instancias de fiscalización federales que correspondan en sus respectivos ámbitos de competencia, sin perjuicio de las acciones de control, vigilancia, supervisión, seguimiento y

evaluación que, en coordinación con las instancias de fiscalización federales, realicen los órganos de fiscalización de “LA ENTIDAD” y se llevarán a cabo de conformidad con las disposiciones jurídicas vigentes en materia del ejercicio del gasto público federal.”

“DÉCIMA TERCERA. RELACIÓN LABORAL.- Queda expresamente estipulado por “LAS PARTES”, que el personal contratado, empleado o comisionado por cada una de ellas para dar cumplimiento al presente instrumento jurídico, guardará relación laboral únicamente con aquella que lo contrató, empleó o comisionó, por lo que asumen plena responsabilidad por este concepto, sin que en ningún caso, la otra parte pueda ser considerada como patrón sustituto o solidario, obligándose en consecuencia, cada una de ellas, a sacar a la otra, en paz y a salvo, frente a cualquier reclamación, demanda o sanción, 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.”

“DÉCIMA CUARTA. VIGENCIA. - El presente Convenio Específico comenzará a surtir sus efectos a partir de la fecha de su suscripción y se mantendrán en vigor hasta el 31 de diciembre de 2022.”

“DÉCIMA QUINTA. MODIFICACIONES AL CONVENIO. - “LAS PARTES” acuerdan que el presente Convenio Específico podrá modificarse de común acuerdo y por escrito, sin alterar su estructura y en estricto apego a las disposiciones jurídicas aplicables. Las modificaciones al Convenio Específico obligarán a sus signatarios a partir de la fecha de su firma y deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación y en el órgano de difusión oficial de “LA ENTIDAD”.

En caso de contingencias para la realización de “LOS PROGRAMAS” previstos en este instrumento, “LAS PARTES” acuerdan tomar las medidas necesarias que permitan afrontar dichas contingencias. En todo caso, las medidas acordadas serán formalizadas mediante la suscripción del convenio modificatorio correspondiente.”

“DÉCIMA SEXTA. CAUSAS DE TERMINACIÓN. - El presente Convenio Específico podrá darse por terminado de manera anticipada en los supuestos estipulados en “EL ACUERDO MARCO”.”

“DÉCIMA SÉPTIMA. CAUSAS DE RESCISIÓN. - El presente Convenio Específico podrá rescindirse administrativamente en su totalidad, o bien, de forma parcial, por cada una de las Unidades Administrativas u Órganos Administrativos Desconcentrados en lo concerniente a “LOS PROGRAMAS” que les corresponda, por las causas que señala “EL ACUERDO MARCO”.”

“DÉCIMA OCTAVA. OBLIGATORIEDAD DEL ACUERDO MARCO. - Para el cumplimiento del objeto del presente Convenio Específico, “LAS PARTES” convienen en sujetarse expresamente a las estipulaciones de “EL ACUERDO MARCO”, cuyo contenido se tiene por reproducido en el presente instrumento como si a la letra se insertasen, así como a las demás disposiciones jurídicas aplicables.”

ANEXO 1

SEGUNDO CONVENIO MODIFICATORIO AL CONVENIO ESPECÍFICO EN MATERIA DE MINISTRACIÓN DE SUBSIDIOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE ACCIONES DE SALUD PÚBLICA EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS QUE CELEBRAN, EL EJECUTIVO FEDERAL, POR CONDUCTO DE “LA SECRETARÍA”, Y EL ESTADO DE QUERÉTARO POR CONDUCTO DE “LA ENTIDAD”.

Copias fotostáticas simples de los nombramientos de los titulares de “LA SECRETARÍA”

1	...	...
2	...	...
3	...	...
4	...	...
5	...	...
6	...	...
7	...	...
8	...	...
9	...	...
10	Dr. Dwight Daniel Dyer Leal	Director General de información en Salud
11	Dr. Jorge Enrique Trejo Gómora	Director General del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea
12	Dr. Juan Manuel Quijada Gaytán	Director General de los Servicios de Atención Psiquiátrica
13	Dr. Gady Zabicky Sirot	Comisionado Nacional contra las Adicciones

...
...”

SALUD**SECRETARÍA DE SALUD**

Nombramiento No. LD-002/2020

Código 12-613-1-M1C029P-0000108-E-L-K

LIC. DWIGHT DANIEL DYER LEAL

P R E S E N T E.

Con fundamento en los artículos 2, apartado B, fracción VIII, 7, fracciones XXIV y XXV y 24 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; 2, fracción XII del Reglamento de la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal, así como los numerales 152, fracción I, inciso b) subinciso ii y 162 del "Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en las materias de Recursos Humanos y del Servicio Profesional de Carrera, así como el Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Recursos Humanos y Organización y el Manual del Servicio Profesional de Carrera", me permito hacer de su conocimiento que a partir de esta fecha, he tenido a bien nombrarle

DIRECTOR GENERAL**DE INFORMACIÓN EN SALUD**

Dicha designación se formula con el carácter de servidor público de libre designación, rango de Dirección General, adscrito a la Dirección General de Información en Salud.

Al aceptar la encomienda, usted ha protestado guardar la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en los términos del artículo 128 y las leyes que de ella emanen, asimismo adquiere el compromiso de desempeñarla al límite de su capacidad y esfuerzo, debiendo siempre actuar con eficiencia, lealtad y honradez en el desempeño de la misma.

Ciudad de México, a 1 de noviembre de 2020.

EL SECRETARIO DE SALUD

Rúbrica

DR. JORGE CARLOS ALCOCER VARELA

SALUD**SECRETARÍA DE SALUD**

Nombramiento No. LD-001/2020

Código 12-I00-1-M1C029P-0000035-E-L-V

DR. JORGE ENRIQUE TREJO GÓMORA

P R E S E N T E.

Con fundamento en los artículos 2, apartado C, fracción IV, 7, fracciones XV, XXIV y XXV y 42 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; 2, fracción XII del Reglamento de la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal, así como los numerales 152, fracción I, inciso b), subinciso ii y 162 del "Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en las materias de Recursos Humanos y del Servicio Profesional de Carrera, así como el Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Recursos Humanos y Organización y el Manual del Servicio Profesional de Carrera", me permito hacer de su conocimiento que a partir de esta fecha, he tenido a bien nombrarlo

DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO NACIONAL**DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA**

Dicha designación se formula con el carácter de servidor público de libre designación, rango de Dirección General, adscrito al Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.

Al aceptar la encomienda, usted ha protestado guardar la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en los términos del artículo 128 y las leyes que de ella emanen, asimismo adquiere el compromiso de desempeñarla al límite de su capacidad y esfuerzo, debiendo siempre actuar con eficiencia, lealtad y honradez en el desempeño de la misma.

Ciudad de México, a 1 de septiembre de 2020.

EL SECRETARIO DE SALUD

Rúbrica

DR. JORGE CARLOS ALCOCER VARELA

SALUD**SECRETARÍA DE SALUD**

Nombramiento No. LD-001 /2019

Código 12-N00-1-M1C026P-0000044-E-L-V

DR. JUAN MANUEL QUIJADA GAYTAN

P R E S E N T E.

Con fundamento en los artículos 2, apartado C, fracción XIV, 7, fracciones XV, XXIV y XXV y 48 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; 2, fracción XII del Reglamento de la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal, así como en los numerales 152, fracción I, inciso b), subinciso ii y 162 del "Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en las materias de Recursos Humanos y del Servicio Profesional de Carrera, así como el Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Recursos Humanos y Organización y el Manual del Servicio Profesional de Carrera", me permito hacer de su conocimiento que a partir de esta fecha, he tenido a bien nombrarlo

DIRECTOR GENERAL DE LOS**SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA**

Dicha designación se formula con el carácter de servidor público de libre designación, rango de Dirección General, adscrito a los Servicios de Atención Psiquiátrica.

Al aceptar la encomienda, usted ha protestado guardar la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en los términos del artículo 128 y las leyes que de ella emanen, asimismo adquiere el compromiso de desempeñarla al límite de su capacidad y esfuerzo, debiendo siempre actuar con eficiencia, lealtad y honradez en el desempeño de la misma.

Ciudad de México, a 16 de febrero de 2019.

EL SECRETARIO DE SALUD

Rúbrica.

DR. JORGE CARLOS ALCOCER VARELA

C. Gady Zabicky Sirot,

Presente.

Andrés Manuel López Obrador, *Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la facultad que me confiere el artículo 89, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y con fundamento en el artículo 4, fracción II del Decreto por el que se modifica la denominación, objeto, organización y funcionamiento del órgano desconcentrado Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, para transformarse en la Comisión Nacional contra las Adicciones como un órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud, he tenido a bien nombrarlo Comisionado Nacional contra las Adicciones.*

Rúbrica

Ciudad de México, a 16 de mayo de 2019.

ANEXO 2

Identificación de fuentes de financiamiento de "LOS PROGRAMAS" en materia de Salud Pública

310 DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	ORIGEN DE LOS RECURSOS PRESUPUESTARIOS (PESOS)									TOTAL
		SPPS/ INTERVENCIONES/RAMO 12		SUBTOTAL	INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR						
		CASSCO	CAUSES		ANEXO 4 RECURSOS PRESUPUESTALES	ANEXO 4 INSUMOS	SUBTOTAL	FIDEICOMISO INSABI INSUMOS	FIDEICOMISO INSABI PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO	SUBTOTAL	
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	4,336,573.50	0.00	4,336,573.50	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4,336,573.50
TOTALES		4,336,573.50	0.00	4,336,573.50	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4,336,573.50

313 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	ORIGEN DE LOS RECURSOS PRESUPUESTARIOS (PESOS)									TOTAL
		SPPS/ INTERVENCIONES/RAMO 12		SUBTOTAL	INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR						
		CASSCO	CAUSES		ANEXO 4 RECURSOS PRESUPUESTALES	ANEXO 4 INSUMOS	SUBTOTAL	FIDEICOMISO INSABI INSUMOS	FIDEICOMISO INSABI PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO	SUBTOTAL	
1	Salud Mental y Adicciones	0.00	240,744.79	240,744.79	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	240,744.79
1	Salud Mental	0.00	240,744.79	240,744.79	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	240,744.79
2	Adicciones	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
TOTALES		0.00	240,744.79	240,744.79	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	240,744.79

315 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	ORIGEN DE LOS RECURSOS PRESUPUESTARIOS (PESOS)									TOTAL
		SPPS/ INTERVENCIONES/RAMO 12		SUBTOTAL	INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR						
		CASSCO	CAUSES		ANEXO 4 RECURSOS PRESUPUESTALES	ANEXO 4 INSUMOS	SUBTOTAL	FIDEICOMISO INSABI INSUMOS	FIDEICOMISO INSABI PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO	SUBTOTAL	
1	Seguridad Vial	378,500.00	0.00	378,500.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	378,500.00
2	Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables	425,000.00	0.00	425,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	425,000.00
TOTALES		803,500.00	0.00	803,500.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	803,500.00

316 DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	ORIGEN DE LOS RECURSOS PRESUPUESTARIOS (PESOS)									TOTAL
		SPPS/ INTERVENCIONES/RAMO 12		SUBTOTAL	INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR						
		CASSCO	CAUSES		ANEXO 4 RECURSOS PRESUPUESTALES	ANEXO 4 INSUMOS	SUBTOTAL	FIDEICOMISO INSABI INSUMOS	FIDEICOMISO INSABI PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO	SUBTOTAL	
1	Emergencias en Salud	1,464,935.00	0.00	1,464,935.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,464,935.00
	1 Emergencias	732,467.50	0.00	732,467.50	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	732,467.50
	2 Monitoreo	732,467.50	0.00	732,467.50	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	732,467.50
2	Vigilancia en Salud Pública por Laboratorio	1,062,440.00	0.00	1,062,440.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,062,440.00
TOTALES		2,527,375.00	0.00	2,527,375.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2,527,375.00

K00 CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL VIH/SIDA

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	ORIGEN DE LOS RECURSOS PRESUPUESTARIOS (PESOS)									TOTAL
		SPPS/ INTERVENCIONES/RAMO 12		SUBTOTAL	INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR						
		CASSCO	CAUSES		ANEXO 4 RECURSOS PRESUPUESTALES	ANEXO 4 INSUMOS	SUBTOTAL	FIDEICOMISO INSABI INSUMOS	FIDEICOMISO INSABI PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO	SUBTOTAL	
1	VIH y otras ITS	1,644,700.82	0.00	1,644,700.82	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,644,700.82
2	Virus de Hepatitis C	434,480.00	0.00	434,480.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	434,480.00
TOTALES		2,079,180.82	0.00	2,079,180.82	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2,079,180.82

L00 CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	ORIGEN DE LOS RECURSOS PRESUPUESTARIOS (PESOS)									TOTAL
		SPPS/ INTERVENCIONES/RAMO 12		SUBTOTAL	INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR						
		CASSCO	CAUSES		ANEXO 4 RECURSOS PRESUPUESTALES	ANEXO 4 INSUMOS	SUBTOTAL	FIDEICOMISO INSABI INSUMOS	FIDEICOMISO INSABI PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO	SUBTOTAL	
1	Salud Sexual y Reproductiva	4,316,267.59	15,678,388.26	19,994,655.85	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	19,994,655.85
	1 SSR para Adolescentes	1,777,886.02	996,657.98	2,774,544.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2,774,544.00
	2 PF y Anticoncepción	0.00	3,300,415.30	3,300,415.30	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3,300,415.30
	3 Salud Materna	1,709,953.57	4,369,144.68	6,079,098.25	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	6,079,098.25

	4	Salud Perinatal	828,428.00	1,508,404.30	2,336,832.30	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2,336,832.30
	5	Aborto Seguro	0.00	2,451,490.00	2,451,490.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2,451,490.00
	6	Violencia de Género	0.00	3,052,276.00	3,052,276.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3,052,276.00
	2	Prevención y Control del Cáncer	0.00	5,152,363.63	5,152,363.63	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5,152,363.63
	3	Igualdad de Género	865,447.00	0.00	865,447.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	865,447.00
	TOTALES		5,181,714.59	20,830,751.89	26,012,466.48	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	26,012,466.48

000 CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	ORIGEN DE LOS RECURSOS PRESUPUESTARIOS (PESOS)									TOTAL
		SPPS/ INTERVENCIONES/RAMO 12		SUBTOTAL	INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR						
		CASSCO	CAUSES		ANEXO 4 RECURSOS PRESUPUESTALES	ANEXO 4 INSUMOS	SUBTOTAL	FIDEICOMISO INSABI INSUMOS	FIDEICOMISO INSABI PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO	SUBTOTAL	
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	132,960.00	0.00	132,960.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	132,960.00
2	Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores e Intoxicación por Veneno de Artrópodos	784,335.50	0.00	784,335.50	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	784,335.50
1	Paludismo	264,771.00	0.00	264,771.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	264,771.00
2	Enfermedad de Chagas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
3	Leishmaniasis	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
4	Intoxicación por Artrópodos	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
5	Dengue	519,564.50	0.00	519,564.50	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	519,564.50
6	Vigilancia Post Oncocercosis	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
5	Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones Respiratorias Agudas (Neumonías, Influenza y COVID-19)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
6	Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas	0.00	98,557.83	98,557.83	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	98,557.83
7	Enfermedades Cardiometaabólicas	100,000.00	3,299,369.00	3,399,369.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3,399,369.00

8	Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento	0.00	778,320.00	778,320.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	778,320.00
9	Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	204,730.00	0.00	204,730.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	204,730.00
10	Prevención y Control de Enfermedades Diarréicas Agudas	75,450.00	9,200.00	84,650.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	84,650.00
TOTALES		1,297,475.50	4,185,446.83	5,482,922.33	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5,482,922.33

R00 CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	ORIGEN DE LOS RECURSOS PRESUPUESTARIOS (PESOS)									TOTAL
		SPPS/ INTERVENCIONES/RAMO 12		SUBTOTAL	INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR						
		CASSCO	CAUSES		ANEXO 4 RECURSOS PRESUPUESTALES	ANEXO 4 INSUMOS	SUBTOTAL	FIDEICOMISO INSABI INSUMOS	FIDEICOMISO INSABI PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO	SUBTOTAL	
1	Vacunación Universal	0.00	2,008,719.00	2,008,719.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2,008,719.00
2	Atención a la Salud de la Adolescencia	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
3	Atención a la Salud en la Infancia	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
4	Diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer en menores de 18 años	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
TOTALES		0.00	2,008,719.00	2,008,719.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2,008,719.00

GRAN TOTAL

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	ORIGEN DE LOS RECURSOS PRESUPUESTARIOS (PESOS)									TOTAL
		SPPS/ INTERVENCIONES/RAMO 12		SUBTOTAL	INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR						
		CASSCO	CAUSES		ANEXO 4 RECURSOS PRESUPUESTALES	ANEXO 4 INSUMOS	SUBTOTAL	FIDEICOMISO INSABI INSUMOS	FIDEICOMISO INSABI PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO	SUBTOTAL	
		16,225,819.41	27,265,662.51	43,491,481.92	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	43,491,481.92

NOTA: La descripción detallada de los insumos/servicios a adquirir o contratar con los recursos que se indican en el presente anexo, se encuentran identificados en el Módulo de Reportes-Presupuestación-Ramo 12, (Formato Reporte de ramo 12 por entidad federativa, programa, fuente de financiamiento e insumo, bien o servicio) del Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas, SIAFFASPE.

ANEXO 3

Calendario de Ministraciones

(Pesos)

310 DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	
	Marzo	1,228,461.00
	Julio	3,108,112.50
	Subtotal de ministraciones	4,336,573.50
	U008 / OB010	3,540,260.00
	P018 / CS010	796,313.50
	Subtotal de programas institucionales	4,336,573.50
	Total	4,336,573.50

313 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	
1	Salud Mental y Adicciones	
	1.1 Salud Mental	
	Marzo	0.00
	Julio	240,744.79
	Subtotal de ministraciones	240,744.79
	P018 / SSM30	240,744.79
	Subtotal de programas institucionales	240,744.79
	1.2 Adicciones	
	Marzo	0.00
	Subtotal de ministraciones	0.00
	Total Programa	240,744.79
	Total	240,744.79

315 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	
1	Seguridad Vial	
	Marzo	0.00
	Julio	378,500.00
	Subtotal de ministraciones	378,500.00
	P018 / AC020	378,500.00
	Subtotal de programas institucionales	378,500.00
2	Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables	
	Marzo	0.00
	Julio	425,000.00
	Subtotal de ministraciones	425,000.00
	P018 / AC040	425,000.00
	Subtotal de programas institucionales	425,000.00
	Total	803,500.00

316 DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	
1	Emergencias en Salud	
	1.1 Emergencias	
	Marzo	216,360.00
	Julio	516,107.50
	Subtotal de ministraciones	732,467.50
	U009 / EE030	732,467.50
	Subtotal de programas institucionales	732,467.50
	1.2 Monitoreo	
	Marzo	249,942.00
	Julio	482,525.50
	Subtotal de ministraciones	732,467.50
	U009 / EE030	732,467.50
	Subtotal de programas institucionales	732,467.50
	Total Programa	1,464,935.00
2	Vigilancia en Salud Pública por Laboratorio	
	Marzo	1,062,440.00
	Subtotal de ministraciones	1,062,440.00
	U009 / EE040	1,062,440.00
	Subtotal de programas institucionales	1,062,440.00
	Total	2,527,375.00

K00 CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL VIH/SIDA

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	
1	VIH y otras ITS	
	Marzo	614,734.82
	Julio	1,029,966.00
	Subtotal de ministraciones	1,644,700.82
	P016 / VH030	1,644,700.82
	Subtotal de programas institucionales	1,644,700.82
2	Virus de Hepatitis C	
	Marzo	130,344.00
	Julio	304,136.00
	Subtotal de ministraciones	434,480.00
	P016 / VH030	434,480.00
	Subtotal de programas institucionales	434,480.00
	Total	2,079,180.82

L00 CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	
1	Salud Sexual y Reproductiva	
	1.1 SSR para Adolescentes	
	Marzo	2,230,533.00
	Julio	544,011.00
	Subtotal de ministraciones	2,774,544.00
	P020 / SR010	2,774,544.00
	Subtotal de programas institucionales	2,774,544.00
	1.2 PF y Anticoncepción	
	Marzo	2,485,531.30
	Julio	814,884.00
	Subtotal de ministraciones	3,300,415.30
	P020 / SR020	3,300,415.30
	Subtotal de programas institucionales	3,300,415.30
	1.3 Salud Materna	
	Marzo	4,193,090.25
	Julio	1,886,008.00
	Subtotal de ministraciones	6,079,098.25
	P020 / AP010	6,079,098.25
	Subtotal de programas institucionales	6,079,098.25
	1.4 Salud Perinatal	
	Marzo	2,090,068.30
	Julio	246,764.00
	Subtotal de ministraciones	2,336,832.30
	P020 / AP010	2,336,832.30
	Subtotal de programas institucionales	2,336,832.30
	1.5 Aborto Seguro	
	Marzo	1,381,981.00
	Julio	1,069,509.00
	Subtotal de ministraciones	2,451,490.00
	P020 / MJ030	2,451,490.00
	Subtotal de programas institucionales	2,451,490.00
	1.6 Violencia de Género	
	Marzo	2,083,161.00
	Julio	969,115.00
	Subtotal de ministraciones	3,052,276.00
	P020 / MJ030	3,052,276.00
	Subtotal de programas institucionales	3,052,276.00
	Total Programa	19,994,655.85

2	Prevención y Control del Cáncer	
	Marzo	4,497,770.63
	Julio	654,593.00
	Subtotal de ministraciones	5,152,363.63
	P020 / CC010	5,152,363.63
	Subtotal de programas institucionales	5,152,363.63
3	Igualdad de Género	
	Marzo	630,349.00
	Julio	235,098.00
	Subtotal de ministraciones	865,447.00
	P020 / MJ040	865,447.00
	Subtotal de programas institucionales	865,447.00
	Total	26,012,466.48

000 CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	
	Marzo	0.00
	Julio	132,960.00
	Subtotal de ministraciones	132,960.00
	U009 / EE070	132,960.00
	Subtotal de programas institucionales	132,960.00
2	Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores e Intoxicación por Veneno de Artrópodos	
	2.1 Paludismo	
	Marzo	0.00
	Julio	264,771.00
	Subtotal de ministraciones	264,771.00
	U009 / EE020	264,771.00
	Subtotal de programas institucionales	264,771.00
	2.2 Enfermedad de Chagas	
	Marzo	0.00
	Subtotal de ministraciones	0.00
	2.3 Leishmaniasis	
	Marzo	0.00
	Subtotal de ministraciones	0.00
	2.4 Intoxicación por Artrópodos	
	Marzo	0.00
	Subtotal de ministraciones	0.00

2.5 Dengue		
Marzo		0.00
Julio		519,564.50
Subtotal de ministraciones		519,564.50
U009 / EE020		519,564.50
Subtotal de programas institucionales		519,564.50
2.6 Vigilancia Post Oncocercosis		
Marzo		0.00
Subtotal de ministraciones		0.00
Total Programa		784,335.50
3 Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)		
Marzo		0.00
Subtotal de ministraciones		0.00
4 Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres		
Marzo		0.00
Subtotal de ministraciones		0.00
5 Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones Respiratorias Agudas (Neumonías, Influenza y COVID-19)		
Marzo		0.00
Subtotal de ministraciones		0.00
6 Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas		
Marzo		0.00
Julio		98,557.83
Subtotal de ministraciones		98,557.83
U009 / EE060		98,557.83
Subtotal de programas institucionales		98,557.83
7 Enfermedades Cardiometabólicas		
Marzo		843,516.00
Julio		2,555,853.00
Subtotal de ministraciones		3,399,369.00
U008 / OB010		3,399,369.00
Subtotal de programas institucionales		3,399,369.00
8 Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento		
Marzo		233,496.00
Julio		544,824.00
Subtotal de ministraciones		778,320.00
U008 / OB010		778,320.00
Subtotal de programas institucionales		778,320.00

9	Prevenición, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	
	Marzo	61,110.00
	Julio	143,620.00
	Subtotal de ministraciones	204,730.00
	U009 / EE080	204,730.00
	Subtotal de programas institucionales	204,730.00
10	Prevenición y Control de Enfermedades Diarréicas Agudas	
	Marzo	0.00
	Julio	84,650.00
	Subtotal de ministraciones	84,650.00
	U009 / EE010	84,650.00
	Subtotal de programas institucionales	84,650.00
	Total	5,482,922.33

R00 CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	
1	Vacunación Universal	
	Marzo	607,857.00
	Julio	1,400,862.00
	Subtotal de ministraciones	2,008,719.00
	E036 / VA010	2,008,719.00
	Subtotal de programas institucionales	2,008,719.00
2	Atención a la Salud de la Adolescencia	
	Marzo	0.00
	Subtotal de ministraciones	0.00
3	Atención a la Salud en la Infancia	
	Marzo	0.00
	Subtotal de ministraciones	0.00
4	Diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer en menores de 18 años	
	Marzo	0.00
	Subtotal de ministraciones	0.00
	Total	2,008,719.00
	Gran total	43,491,481.92

NOTA: La descripción detallada de los insumos/servicios a adquirir o contratar con los recursos que se indican en el presente anexo, se encuentran identificados en el Módulo de Reportes-Presupuestación-Ramo 12, (Formato Reporte de ramo 12 por entidad federativa, programa, fuente de financiamiento e insumo, bien o servicio) del Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas, SIAFFASPE.

ANEXO 4

Programas-Indicadores-Metas de “LOS PROGRAMAS” en materia de Salud Pública.

310 DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	TIPO DE INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	META FEDERAL	INDICADOR	META ESTATAL
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	1.1.1	Proceso	Número de redes estatales que han implementado un programa de trabajo en el año t	Número de Redes estatales de municipios por la salud en el año t	72	Mide las Redes Estatales de Municipios por la Salud que implementan (elaboración, ejecución, control) un programa de trabajo en materia de salud pública, se refiere al seguimiento que los miembros de las redes municipales activas dan a los avances del programa de trabajo anual de la red y generaran un informe trimestral de los avances. Se considera una red activa aquella que se ha instalado, que cuenta con su acta de instalación firmada. Los miembros de las redes una vez instaladas, elaboran un programa de trabajo anual que considera actividades que incidan en la respuesta a los problemas de salud locales priorizados.	100
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	1.2.1	Proceso	número de políticas públicas saludables que inciden en los problemas de salud pública con la participación de otros sectores, gobiernos y ciudadanía	número total de políticas públicas en salud en las entidades federativas programadas	80	Porcentaje de políticas públicas saludables que inciden en los problemas de salud pública con la participación de otros sectores, gobiernos y la ciudadanía	80
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	2.1.1	Proceso	Número de municipios que implementaron un programa de trabajo con acciones intersectoriales y de salud pública en el año t.	Número total de municipios en el año t.	28	Mide el porcentaje de municipios que están implementando un Programa de Trabajo con acciones intersectoriales y de salud pública para incidir en los principales problemas de salud a nivel local.	100
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	3.1.1	Resultado	Número de comunidades de 500 a 2500 habitantes certificadas como saludables y en caso de prioridad de salud pública en localidades urbanas	Total de comunidades de 500 a 2500 habitantes certificadas como saludables y en caso de prioridad de salud pública en localidades urbanas	100	Mide la cobertura de comunidades que lograron certificación mediante el trabajo participativo de los integrantes de ésta (Personas, familias, instituciones, OSC) para mejorar su salud a través del control de los determinantes sociales de la salud.	100
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	3.2.1	Proceso	Número de entornos certificados como saludables en los lugares donde intervenga el Programa	Total de entornos programados para certificar como saludables en los lugares donde intervenga el Programa	100	Mide los entornos certificados como saludables, que se requieren para cumplir con la certificación de comunidades y municipios ubicados en zonas prioritarias en las que se realicen acciones integradas de salud pública	100

1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	3.3.1	Resultado	Número de ferias de promoción de la salud para población indígena con pertinencia cultural y lingüística realizadas	No aplica	35	Número de ferias de promoción de la salud para población indígena con pertinencia cultural y lingüística	2
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	4.1.1	Resultado	Número de escuelas que cumplen con los criterios de certificación como promotoras de la salud	Total de escuelas publicas certificadas de nivel basico programadas a nivel estatal*100	2	Porcentaje de escuelas publicas de nivel básico que cumplieron con los criterios de certificación para ser escuelas promotoras de la salud	100
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	7.2.1	Resultado	Número de ferias de promoción de salud para población migrante realizadas	No aplica	42	Número de ferias de promoción de salud para población migrante	4
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	8.1.1	Proceso	Consultas con Atención Integrada de Línea de Vida	Consultas otorgadas en los Servicios de Salud Estatales	72	Número de Consultas con Atención Integrada de Línea de Vida	50
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	8.2.1	Proceso	Población no derechohabiente que recibe Cartilla Nacional de Salud	Cartillas Nacionales de Salud entregadas a la población	80	Cobertura de población no derechohabiente que recibe Cartilla Nacional de Salud	80
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	8.3.1	Proceso	Número de usuarios de los Servicios Estatales de Salud que presentan en la consulta otorgada la Cartilla Nacional de Salud	Total de las consultas otorgadas a la población usuaria de los Servicios Estatales de Salud	68	Porcentaje de usuarios de los Servicios Estatales de Salud que presentan en la consulta otorgada la Cartilla Nacional de Salud	50
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	9.1.1	Resultado	La sumatoria de los puntos de los determinantes positivos de la salud del cuestionario POST intervención – la sumatoria de los puntos de los determinantes positivos de la salud del cuestionario PRE-INTERVENCIÓN	La sumatoria de los puntos de los determinantes positivos de la salud del cuestionario PRE-INTERVENCIÓN	10	El indicador mide la variación de los determinantes positivos de la salud en la población pre y post intervención.	10
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	9.2.1	Proceso	Número estrategias educativas realizadas para la promoción de estilos de vida saludables	Total de estrategias educativas programadas	100	Mide el porcentaje de las estrategias educativas de promoción de la salud para el fomento de estilos de vida saludable dirigidas a la población,	100
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	9.3.1	Resultado	La sumatoria de los puntos de los determinantes ambientales positivos de la salud del diagnóstico POST intervención – la sumatoria de los puntos de los determinantes ambientales positivos de la salud del diagnóstico PRE-INTERVENCIÓN	La sumatoria de los puntos de los determinantes ambientales positivos de la salud del diagnóstico PRE-INTERVENCIÓN	10	Mide la variación de los determinantes ambientales positivos en los entornos laborales intervenidos	10
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	11.1.1	Estructura	Número de jurisdicciones sanitarias que realizan jornadas nacionales de salud pública	Total de jurisdicciones sanitarias que realizan jornadas de salud pública	100	Porcentaje de Jornadas Nacionales de Salud Pública realizadas en las jurisdicciones sanitarias	100
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	12.3.1	Resultado	Número de campañas en temas de salud pública implementadas en medios digitales	Total de campañas en temas de salud pública implementadas en medios digitales programadas * 100	90	Mide el número de entidades federativas que al menos realizaron una campaña em temas de salud pública en medios digitales, con incremento de al menos 3 indicadores KPI	3

1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	18.1.1	Proceso	Personal de salud capacitado que opera y entrega de servicios de promoción de la salud a la población	Personal de salud que opera y entrega de servicios de promoción de la salud a la población programado para recibir capacitación	80	Mide el porcentaje de personal que concluye capacitación	80
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	18.2.1	Proceso	Personas que intervienen en el Programa, capacitadas y que obtienen constancia, presentan carta descriptiva o lista de asistencia	Total de personas que intervienen en el Programa, capacitadas y que obtienen constancia, presentan carta descriptiva o lista de asistencia	100	Mide la proporción de personas capacitadas, que intervienen en el programa y obtienen constancia, presentan carta descriptiva o lista de asistencia de temas relacionados con la salud pública y promoción de la salud.	100
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	18.3.1	Proceso	Número de autoridades municipales capacitadas en temas de salud pública en el año t	Número de municipios que han implementado un programa de trabajo municipal de promoción de la salud en el año t	5	La razón es la relación entre el número de autoridades municipales (personal del municipio con toma decisión en los asuntos del ayuntamiento, tales como presidente municipal, síndicos, regidores, directores o responsables de áreas del ayuntamiento), que ha recibido capacitación en temas de salud pública, con respecto a los municipios que están implementado de un programa de trabajo municipal de promoción de la salud en la solución de problemas de salud local.	5
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	18.4.1	Resultado	Promotores de Salud Hablantes de Lengua Indígena capacitados con Programa Individual de Trabajo Elaborado	No aplica	55	Promotores de salud hablantes de lengua indígena con programas de trabajo implementados en comunidades indígenas	2
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	20.1.1	Proceso	Numero de servicios estatales de salud que tienen un 80% de cumplimiento en sus procesos, indicadores y metas programadas de políticas de salud pública y promoción de la salud.	Total de Servicios Estatales de Salud	80	Mide el cumplimiento de los procesos, indicadores y metas del programa	80
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	21.1.1	Resultado	Número de estrategias de mercadotecnia en salud evaluadas con impacto positivo en los estilos de vida saludables de la población destinataria	Total de estrategias de mercadotecnia en salud implementadas en el año * 100	20	Mide las estrategias de mercadotecnia en salud evaluadas con influencia positiva en los comportamientos y estilos de vida saludables de la población destinataria	1

313 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	TIPO DE INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	META FEDERAL	INDICADOR	META ESTATAL
1	Salud Mental y Adicciones							
1	Salud Mental	3.1.1	Resultado	Material informativo	No aplica	542,071	e material informativo (impreso y digital) difundido a sobre promoción de salud mental e identificación de signos y síntomas de las condiciones de salud mental, adicciones y signos de alerta de conducta suicida.	900
1	Salud Mental	3.2.2	Resultado	Unidades de salud con abasto suficiente de medicamentos esenciales para el tratamiento de trastornos mentales	No aplica	565	Refiere el número de unidades de salud con medicamentos esenciales para el tratamiento de los trastornos mentales	1

315 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	TIPO DE INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	META FEDERAL	INDICADOR	META ESTATAL
1	Seguridad Vial	1.1.1	Resultado	Total de mediciones de factores de riesgo realizadas.	No aplica	32	Las entidades federativas realizarán el levantamiento de datos correspondiente a la identificación de factores de riesgo en el ámbito de ocurrencia seleccionado de acuerdo con sus necesidades identificadas en los perfiles epidemiológicos y muestras seleccionadas, con la finalidad de establecer acciones de prevención de lesiones en materia de seguridad vial.	1
1	Seguridad Vial	3.1.1	Proceso	Número de municipios prioritarios que aplican controles de alcoholimetría.	Total de Municipios Prioritarios (197)	80	La aplicación de puntos de control de alcoholimetría se refiere a la instalación de operativos en donde realicen pruebas diagnósticas de alcohol en aire expirado a conductores de vehículos motorizados mediante el uso de equipos de alcoholimetría.	4
1	Seguridad Vial	4.3.1	Proceso	Población civil con habilidades en primera respuesta.	No aplica	25,000	Población civil con habilidades en Primera Respuesta.	1,000
1	Seguridad Vial	5.1.1	Proceso	Total de población que reciben pláticas de sensibilización sobre seguridad vial.	No aplica	1,691,539	Población sensibilizada mediante pláticas sobre prevención de accidentes.	30,664
1	Seguridad Vial	5.2.1	Proceso	Número de campañas sobre prevención de accidentes viales difundidas en las entidades federativas.	No aplica	19	Mide el número de campañas activas de prevención accidentes viales en las entidades federativas.	1
2	Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables	1.1.1	Resultado	Total de mediciones de factores de riesgo realizadas.	No aplica	30	Las entidades federativas realizarán el levantamiento de datos correspondiente a la	1

							identificación de factores de riesgo en el ámbito de ocurrencia seleccionado de acuerdo con sus necesidades identificadas, con la finalidad de establecer acciones de prevención de lesiones accidentales.	
2	Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables	3.1.1	Resultado	Número de acciones de sensibilización sobre prevención de lesiones accidentales realizadas.	No aplica	96	Las entidades federativas realizarán acciones de sensibilización de acuerdo al grupo de edad de pertenencia, con la finalidad de que puedan identificar los principales factores de riesgo para la ocurrencia de lesiones accidentales.	3
2	Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables	3.2.1	Resultado	Número de entidades federativas que realizan acciones de prevención de lesiones accidentales, a través de la difusión de material educativo y de promoción de la salud.	No aplica	32	Mide el número de entidades federativas que difunden material educativo y de promoción de la salud, para la prevención de lesiones accidentales (ahogamientos, asfixias, caídas, envenenamientos e intoxicaciones y quemaduras).	1
2	Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables	3.3.1	Resultado	Número de entidades federativas que difundieron a través de diferentes medios de comunicación, campañas de prevención de lesiones accidentales (ahogamientos, asfixias, caídas, envenenamientos e intoxicaciones y quemaduras).	No aplica	32	Mide el número de entidades federativas que difunden, a través de diferentes medios de comunicación, acciones de prevención de lesiones accidentales (ahogamientos, asfixias, caídas, envenenamientos e intoxicaciones y quemaduras).	1

316 DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	TIPO DE INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	META FEDERAL	INDICADOR	META ESTATAL
1	Emergencias en Salud							
1	Emergencias	1.1.1	Proceso	Número de UIES estatales operando en el año bajo la normatividad establecida.	Número de UIES programadas por año	90	UIES en operación bajo la normatividad establecida.	90
1	Emergencias	2.1.1	Proceso	Número de Servicios estatales de Sanidad Internacional en operación bajo la normatividad establecida.	Número de servicios Estatales de Sanidad Internacional programados para operar en el año.	90	Servicios Estatales de Sanidad Internacional en operación bajo la normatividad establecida.	90
2	Monitoreo	1.1.1	Proceso	Número de sistemas de Vigilancia Epidemiológica evaluados	26 Sistemas de Vigilancia epidemiológica Vigentes.	80	Evaluación de los Sistemas que integran el SINAVE durante el ejercicio 2022	80
2	Monitoreo	1.1.2	Proceso	Número de Reportes de Información Epidemiológica mensual publicados.	Número de reportes de información epidemiológicos programados para su publicación	100	Información Epidemiológica Actualizada y Publicada periódicamente	100

2	Vigilancia en Salud Pública por Laboratorio	1.1.2	Proceso	Índice de desempeño alcanzado por el LESP	Índice de desempeño máximo esperado por el LESP	100	Identificar áreas de oportunidad en la operación de los Laboratorios Estatales de Salud Pública para tomar acciones que conlleven, a la mejora a través de los indicadores de concordancia, cumplimiento, desempeño técnico y competencia técnica. El reto es mantener o incrementar el índice de desempeño nacional año con año.	100
2	Vigilancia en Salud Pública por Laboratorio	3.1.1	Proceso	Número de eventos de capacitación realizados	Número de eventos de capacitación programados	100	Este indicador mide el porcentaje de cumplimiento del programa de capacitación anual a la RNLSP, con la finalidad de fortalecer las competencias técnicas del capital humano para elevar la calidad de la información emitida, así como la correcta y oportuna toma de decisiones.	100

K00 CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL VIH/SIDA

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	TIPO DE INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	META FEDERAL	INDICADOR	META ESTATAL
1	VIH y otras ITS	1.2.1	Proceso	Número de servicios especializados en VIH e ITS con la estrategia de PrEP implementada.	Número de servicios especializados en VIH e ITS con la estrategia de PrEP programada.	100	Es el porcentaje de servicios especializados en VIH e ITS (Capasits y SAIHs) con implementación de la PrEP, con respecto a los servicios especializados programados.	100
1	VIH y otras ITS	1.8.1	Proceso	Número de trabajadores de salud de los Servicios Especializados en VIH e ITS, que aprobaron los cursos en VIH seleccionados.	Número de trabajadores de salud de los Servicios Especializados en VIH e ITS.	100	Se refiere a la proporción de personal de salud que trabaja en los Servicios Especializados en VIH e ITS que aprobaron los cursos seleccionados*, con respecto al personal de salud que trabaja en los Servicios Especializados en VIH e ITS. *Reducción de Daños y Riesgos asociados a VIH, VHC y consumo de sustancia. Lenguaje incluyente libre de estigma y discriminación para prestadores de servicios de salud.	100
1	VIH y otras ITS	1.9.1	Proceso	Condomes entregados a personas viviendo con VIH en los CAPASITS y SAIHs en la Secretaría de Salud	Personas de 15 a 60 años en tratamiento antirretroviral en la Secretaría de Salud	112	Mide el número de condones entregados a las personas viviendo VIH que acuden a los Servicios Especializados de Atención Integral (SAIH y Capasits) de la Secretaría de Salud, durante un año.	112
1	VIH y otras ITS	5.1.1	Proceso	Personas viviendo con VIH que se diagnostican e incorporan por primera vez a atención (sin tratamiento antirretroviral previamente) cuyo primer recuento de linfocitos CD4 es menor a 200 células/µl, en la Secretaría de Salud.	Personas viviendo con VIH que se diagnostican e incorporan por primera vez a atención (sin tratamiento antirretroviral previamente) que tuvieron su primer recuento de linfocitos CD4 en el periodo, en la Secretaría de Salud.	100	Es la proporción de personas viviendo con VIH que se diagnostican e incorporan por primera vez a atención (no tratadas anteriormente) con un recuento de linfocitos CD4 menor a 200 células/µl, con respecto al total de las personas viviendo con VIH diagnosticadas e incorporadas a atención en el periodo, en la Secretaría de Salud.	100

1	VIH y otras ITS	8.2.1	Resultado	Personas viviendo con VIH con 6 meses o más en tratamiento antirretroviral con carga viral suprimida (<1,000 copias/ml) en el último año, en la Secretaría de Salud.	Personas viviendo con VIH con 6 meses o más en tratamiento antirretroviral en el último año, en la Secretaría de Salud.	95	Mide el impacto del tratamiento antirretroviral en las personas viviendo con VIH con 6 meses o más en tratamiento con carga viral suprimida (<1000 copias/ml) en el último año, en la Secretaría de Salud.	95
1	VIH y otras ITS	8.10.1	Proceso	Personas en TAR con diagnóstico de TB activa en tratamiento en la Secretaría de Salud.	Personas con diagnóstico de TB activa y VIH en la Secretaría de Salud.	90	Es el porcentaje de personas en TAR con diagnóstico de TB activa en tratamiento para ésta en la Secretaría de Salud, respecto del total del personas con diagnóstico de TB activa y VIH en TAR en la Secretaría de Salud, en el periodo.	90
1	VIH y otras ITS	11.6.1	Proceso	Detecciones de sífilis en personas en tratamiento antirretroviral en el año, en la Secretaría de Salud.	Personas de 15 a 60 años que se encuentran en tratamiento antirretroviral en el año, en la Secretaría de Salud.	1	Mide el número de detecciones de sífilis realizadas por persona en tratamiento antirretroviral de 15 a 60 años al año, en la Secretaría de Salud.	1
1	VIH y otras ITS	12.3.1	Proceso	Mujeres embarazadas viviendo con VIH, bajo tratamiento antirretroviral, con carga viral indetectable (<50 copias/ml), en la Secretaría de Salud.	Mujeres embarazadas viviendo con VIH, bajo tratamiento antirretroviral.	90	Se refiere a la proporción de mujeres embarazadas viviendo con VIH, bajo tratamiento antirretroviral, con carga viral indetectable (<50 copias/ml), en la Secretaría de Salud.	90
2	Virus de Hepatitis C	5.2.1	Proceso	Número de trabajadores de salud del programa de hepatitis C que trabaja en los Servicios Especializados en VIH e ITS que aprobaron el curso en VHC seleccionado.	Número de trabajadores de salud del programa de hepatitis C que trabaja en los Servicios Especializados en VIH e ITS.	100	Se refiere a la proporción de personal del programa de hepatitis C que trabaja en los Servicios Especializados en VIH e ITS que aprobaron los cursos seleccionados*, con respecto al personal del programa de hepatitis C que trabaja en los Servicios Especializados en VIH e ITS. *Curso vinculado al programa de Hepatitis C Reducción de Daños y Riesgos asociados a VIH, VHC y consumo de sustancia.	100
2	Virus de Hepatitis C	8.6.1	Proceso	Personas diagnosticadas con VHC* que están en tratamiento antiviral en la Secretaría de Salud. *carga viral de VHC positiva	Personas diagnosticadas con VHC* no derechohabientes. *carga viral de VHC positiva	90	Se refiere al proporción de personas que reciben tratamiento antiviral, respecto de las personas que han sido diagnosticadas con VHC en el periodo, en la Secretaría de Salud.	90

L00 CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	TIPO DE INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	META FEDERAL	INDICADOR	META ESTATAL
1	Salud Sexual y Reproductiva							
1	SSR para Adolescentes	1.1.1	Proceso	Total de campañas y estrategias de IEC realizadas para la adecuada difusión de los derechos sexuales y reproductivos.	No aplica	96	Se refiere a las campañas lanzadas con el objetivo de difundir y promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas adolescentes	3

1	SSR para Adolescentes	1.2.1	Estructura	Total de docentes formados como capacitadores en temas de salud sexual y reproductiva	No aplica	2,875	Corresponde al número de docentes que han sido formados como replicadores de temas de salud sexual y reproductiva para adolescentes.	50
1	SSR para Adolescentes	1.3.1	Proceso	Total de Promotores y brigadistas juveniles voluntarios activos x100	Total de Promotores y brigadistas juveniles voluntarios registrados	80	Corresponde al porcentaje de Promotores y brigadistas juveniles voluntarios activos, respecto del total de promotores registrados al periodo de evaluación.	80
1	SSR para Adolescentes	2.1.1	Proceso	Total de supervisiones realizadas en Jurisdicciones Sanitarias y unidades de salud	No aplica	294	Se refiere a las visitas de supervisión realizadas a jurisdicciones sanitarias y unidades médicas durante el año	8
1	SSR para Adolescentes	2.2.1	Estructura	Total de personas capacitadas para proporcionar atención en salud sexual y reproductiva para población adolescente.	No aplica	2,744	Número de personas que laboran en centros de salud de primer nivel de atención, capacitadas y sensibilizadas para proporcionar atención en salud sexual y reproductiva para población adolescente	60
1	SSR para Adolescentes	2.3.1	Proceso	Número de jurisdicciones sanitarias con al menos una unidad de primer nivel con atención amigable para adolescentes	Total de Jurisdicciones Sanitarias en el estado	100	Número de Jurisdicciones Sanitarias con al menos una unidad de primer nivel que proporciona atención amigable para adolescentes	100
1	SSR para Adolescentes	2.4.1	Proceso	Total de consultas de primera vez, otorgadas a adolescentes en servicios amigables	Número de servicios amigables en operación	26	Corresponde al número de atenciones de primera vez que se proporcionan a población adolescente por mes en los Servicios Amigables	68
1	SSR para Adolescentes	2.5.1	Estructura	Total de servicios amigables nuevos durante el periodo	No aplica	143	Número de servicios amigables incorporados a la red de atención durante el año en los Servicios Estatales de Salud	3
1	SSR para Adolescentes	2.5.2	Estructura	Número de municipios que cuentan con al menos un servicio amigable de salud sexual y reproductiva para adolescente x 100	Total Municipios en el estado	73	Porcentaje de municipios que cuentan con al menos un servicio amigable para la atención de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente	100
1	SSR para Adolescentes	2.5.3	Proceso	Numero de servicios amigables itinerantes que proporcionan atención en SSRA	No aplica	32	Número de servicios amigables itinerantes otorgando el paquete básico de SSRA en localidades seleccionadas	1
1	SSR para Adolescentes	2.5.4	Proceso	Número de Municipios visitados durante el año con el servicio amigable itinerante (Edusex)	Total Municipios registrados	49	Se refiere al número de municipios que fueron visitados mediante el Servicio Amigable Itinerante (Edusex) al menos una vez durante el año	100
1	SSR para Adolescentes	3.1.1	Resultado	Total de mujeres adolescentes menores de 20 años que son usuarias activas de métodos anticonceptivos en la Secretaría de Salud	Total de mujeres adolescentes menores de 15 a 19 años de edad con vida sexual activa, responsabilidad de la Secretaría de Salud	66	Porcentaje de mujeres adolescentes con vida sexual activa, que son usuarias activas de métodos anticonceptivos, y pertenecen a la población responsabilidad de la Secretaría de Salud	56

1	SSR para Adolescentes	3.2.1	Resultado	Mujeres adolescentes que aceptan un método anticonceptivo de larga duración, otorgado durante el post evento obstétrico x 100	Mujeres adolescentes a la que se les atendió un evento obstétrico	80	Porcentaje de mujeres adolescentes de 15 a 19 años que posterior a algún evento obstétrico, aceptan un método anticonceptivo de larga duración, excepto condón.	78
1	SSR para Adolescentes	3.3.1	Proceso	Total de servicios amigables que favorecen el acceso a servicios de aborto seguro para adolescentes	No aplica	32	Se refiere al número de servicios amigables para adolescentes que cuentan con personal de salud proporcionando atención en aborto seguro con medicamentos	1
2	PF y Anticoncepción	1.1.1	Proceso	Número de nuevas aceptantes de métodos anticonceptivos en la institución (consultas de primera vez), incluye usuarias de condón masculino y femenino	No aplica	645,341	Corresponde al número de nuevas aceptantes de métodos anticonceptivos en la Secretaría de Salud, registradas en consulta externa durante el año (no incluye oclusiones tubéricas bilaterales ni vasectomías)	9,642
2	PF y Anticoncepción	1.2.1	Resultado	Número de mujeres usuarias activas de habla indígena (que utilizan un método anticonceptivo) responsabilidad de la secretaria de salud	No aplica	283,299	Corresponde al número de mujeres en edad fértil de habla indígena que utilizan un método anticonceptivo proporcionado o aplicado en la Secretaría de Salud	2,342
2	PF y Anticoncepción	1.4.1	Proceso	Promedio de condones masculinos proporcionados en la Secretaría de Salud durante el año.	Número de usuarios activos de condones masculinos	53	Señala el número de condones masculinos que se otorgan al año en promedio por cada usuario activo de este método en la Secretaría de Salud	70
2	PF y Anticoncepción	2.1.1	Resultado	Número de mujeres usuarias activas de métodos anticonceptivos aplicados o proporcionados en la Secretaría de Salud	No aplica	4,618,331	Corresponde al total de mujeres en edad fértil que utilizan un método anticonceptivo proporcionado o aplicado en la Secretaría de Salud	91,600
2	PF y Anticoncepción	2.1.2	Estructura	Número de servicios activos de telemedicina	No aplica	32	Corresponde al servicio de atención a distancia que se encuentre operando en los servicios estatales de salud	1
2	PF y Anticoncepción	2.2.1	Proceso	Número de personas capacitadas durante el año en temas de Planificación Familiar.	No aplica	6,507	Se refiere al número de personal capacitado respecto al número de personas a capacitar en el año (meta)	209
2	PF y Anticoncepción	2.3.1	Proceso	Número de visitas de supervisión realizadas a las jurisdicciones sanitarias y unidades médicas	No aplica	541	Visitas de supervisión de la situación de abasto de anticonceptivos realizadas a jurisdicciones sanitarias y unidades médicas durante el año	8
2	PF y Anticoncepción	2.4.1	Proceso	Cobertura de aceptantes de un método anticonceptivo (DIU, OTB, IMPLANTES y Hormonales) durante el post-evento obstétrico y el puerperio	No aplica	75	Cobertura de mujeres atendidas por algún evento obstétrico durante el año (parto, aborto o cesárea) que adoptan un método anticonceptivo durante los 42 días posteriores a la atención del evento.	87
2	PF y Anticoncepción	2.5.1	Resultado	(Número de usuarias activas de ARAP (DIU, SIU, Implante subdérmico) al final del año en curso.)*100	Número de usuarias activas de ARAP (DIU, SIU, Implante subdérmico) al final del año anterior más número de usuarias nuevas de ARAP (DIU, SIU, Implante subdérmico) durante el año en curso.	80	Muestra el porcentaje de mujeres que iniciaron el año con un ARAP ó adoptaron un ARAP durante el año y se mantienen activas al final del año	93

2	PF y Anticoncepción	2.6.1	Estructura	Número de unidades médicas con servicios de planificación familiar instalados para la atención de mujeres con alto riesgo obstétrico (incluye centros de salud y hospitales).	No aplica	117	Corresponde al número de centros de salud y hospitales con alta demanda de atención de enfermedades concomitantes (diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer, sobrepeso, etc.) que cuentan con al menos un consultorio habilitado para la prestación de servicios de planificación familiar y anticoncepción para mujeres con alto riesgo obstétrico.	2
2	PF y Anticoncepción	2.7.1	Resultado	Vasectomías realizadas	No aplica	42,208	Número de vasectomías realizadas a hombres con paridad satisfecha, responsabilidad de la Secretaría de Salud	828
2	PF y Anticoncepción	2.8.1	Estructura	Número de jurisdicciones sanitarias con al menos un servicio de vasectomía sin bisturí en operación	No aplica	217	Corresponde al número de jurisdicciones sanitarias que cuentan con al menos un servicio de vasectomía sin bisturí con personal acreditado para realizar este procedimiento quirúrgico	4
3	Salud Materna	1.1.1	Proceso	Número de pláticas de educación para la salud, durante el embarazo y el puerperio.	No aplica	120,001	Número de pláticas de educación para la salud, durante el embarazo y el puerperio.	2,149
3	Salud Materna	1.2.1	Resultado	Total de atenciones otorgadas por brigadistas	No aplica	653,400	Promedio de atenciones otorgadas por personal brigadista	21,600
3	Salud Materna	1.3.1	Proceso	Número de campañas de promoción de atención a la salud materna.	No aplica	32	Número de campañas de promoción de atención a la salud materna.	1
3	Salud Materna	2.1.1	Resultado	Número de mujeres que tuvieron consulta de atención pregestacional	Número de mujeres con consulta prenatal, por 100	100	Proporción de mujeres con atención pregestacional.	100
3	Salud Materna	2.2.1	Resultado	Número de consultas de atención prenatal de primera vez en el primer trimestre	Total de consultas de atención prenatal de primera vez en cualquier trimestre de gestación.	60	Proporción de consultas de atención prenatal de primera vez otorgadas durante el primer trimestre	60
3	Salud Materna	2.4.1	Proceso	Número de entidades federativas que tienen implementada la estrategia estatal y su difusión en cada unidad médica hospitalaria	No aplica	32	Estrategia de disminución de cesárea, basada en el análisis de la cesárea con los criterios de Robson establecida	1
3	Salud Materna	2.5.1	Resultado	Total de defunciones de mujeres por causas maternas en un año determinado	Total de recién nacidos vivos registrados en los certificados de nacimiento para el mismo periodo por 100,000.	800	Mide indirectamente la efectividad de las acciones de prevención y atención oportuna de complicaciones en mujeres embarazadas, parturientas y puerperas de acuerdo con la normatividad aplicable	25
3	Salud Materna	2.6.1	Proceso	Total de mujeres puerperas que reciben un método anticonceptivo de larga duración y alta efectividad	Total de mujeres con evento obstétrico	80	Mujeres en el puerperio que aceptan y reciben anticoncepción post evento obstétrico de larga duración y alta efectividad	80

3	Salud Materna	2.7.1	Proceso	Número de mujeres que tuvieron un evento obstétrico y recibieron por lo menos una consulta de atención en el puerperio	Total de mujeres que tuvieron un evento obstétrico	90	Proporción de mujeres postevento obstétrico que reciben consulta en el puerperio	90
3	Salud Materna	2.8.1	Proceso	Número de entidades federativas que tienen implementada la estrategia	Total de entidades federativas, por 100	100	Proporción de entidades federativas con estrategia de abordaje de la pérdida gestacional y depresión posparto.	100
3	Salud Materna	2.9.1	Proceso	Número de personas recién nacidas por parto con apego inmediato al seno materno	Número de personas recién nacidas por parto x 100	90	Porcentaje de personas recién nacidas por parto, con apego inmediato al seno materno	90
3	Salud Materna	3.1.1	Proceso	Número de entidades federativas que implementaron el proyecto prioritario.	No aplica	32	Implementación del proyecto prioritario de atención integral del proceso reproductivo, en al menos una unidad de atención obstétrica	1
3	Salud Materna	3.2.1	Proceso	Total de Comités Estatales de Referencia y Contrarreferencia obstétrica instalados	No aplica	32	Número de Comités Estatales de Referencia y Contra referencia obstétrica instalados	1
3	Salud Materna	3.4.1	Proceso	Número de entidades federativas con estrategia elaborada	No aplica	32	Número de entidades federativas con estrategia para la atención de mujeres embarazadas migrantes o en contexto de desastre, elaborada y difundida	1
3	Salud Materna	3.5.1	Proceso	Total de casos analizados en el seno del Comité de Prevención Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal	No aplica	384	Número de casos sesionados a nivel estatal en el seno del Comité de Prevención Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal	12
3	Salud Materna	3.6.1	Resultado	Número casos de mortalidad materna analizados	Número de casos de mortalidad materna registrados	100	Proporción de casos de mortalidad materna analizados en el Comité de Prevención Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal	100
4	Salud Perinatal	1.1.1	Resultado	Número de personas recién nacidas sin derechohabencia con peso menor a los 2500 gr, en el periodo	Número de personas recién nacidas sin derechohabencia en el periodo	5	Personas recién nacidas sin derechohabencia con peso menor a los 2500 gr, en el periodo	5
4	Salud Perinatal	1.2.1	Resultado	Número de BLH y/o Lactarios en la Entidad Federativa que reportan productividad mensual	Número total de BLH y/o Lactarios en la Entidad Federativa	85	Proporción de mujeres donadoras del total de mujeres atendidas en bancos de leche humana	85
4	Salud Perinatal	1.3.1	Proceso	Número de reportes realizados de campañas de promoción de la lactancia materna (SMLM, Día donación, semanas de salud pública).	Número de reportes a realizar de campañas de promoción de la lactancia materna (SMLM, Día donación, semanas de salud pública).	100	Porcentaje de reportes emitido para la Actividades de promoción de la lactancia materna	100
4	Salud Perinatal	2.1.1	Proceso	Personal capacitado en Reanimación neonatal en el periodo	No aplica	3,600	Porcentaje de profesionales de la salud capacitados en Reanimación neonatal	100

4	Salud Perinatal	2.2.1	Proceso	Unidades hospitalarias de la SSA con atención obstétrica con Nominación a la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña	Unidades hospitalarias de la SSA con atención obstétrica	32	Porcentaje de hospitales en las entidades federativas nominados en IHANN	1
4	Salud Perinatal	2.3.1	Resultado	Número de personas recién nacidas sin derechohabiencia con tamiz auditivo en el periodo	Número de personas recién nacidas sin derechohabiencia en el periodo	80	Cobertura de tamiz auditivo	80
4	Salud Perinatal	2.4.1	Resultado	Número de personas recién nacidas sin derechohabiencia con tamiz metabólico	Número de personas recién nacidas sin derechohabiencia en el periodo	90	Cobertura de tamiz metabólico	90
4	Salud Perinatal	2.5.1	Resultado	Personal de salud capacitado que participa en el BLH y/o lactarios	Personal de salud que participa en el BLH y/o lactarios	80	Porcentaje de personal capacitado en BLH y/o Lactarios	80
4	Salud Perinatal	3.1.1	Proceso	Centros de Salud en los Servicios Estatales de Salud con nominación como Unidades Amigas del Niño y de la Niña	Centros de Salud en los Servicios Estatales de Salud	32	Porcentaje de centros de salud de la SSA Nominados como unidades amigas del Niño y de la Niña	1
4	Salud Perinatal	3.2.1	Proceso	Personal de salud capacitado que participa en el proceso de toma de tamiz metabólico	Personal de salud que participa en el proceso de toma de tamiz metabólico	80	Porcentaje de personal capacitado en el proceso de tamiz metabólico	80
4	Salud Perinatal	3.3.1	Proceso	Número de Comités de mortalidad materna y perinatal instalados en el estado, que realizan análisis de la morbilidad y mortalidad perinatal	Número de Comités de mortalidad materna y perinatal instalados en el estado	90	Porcentaje de Comités de mortalidad materna y perinatal instalados en el estado, que realizan análisis de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal	90
4	Salud Perinatal	3.4.1	Proceso	Número de profesionales de la salud capacitados en el manejo de CPESMMMP que participan en el análisis de la morbilidad y mortalidad perinatal	Número de profesionales de la salud que participan en el análisis de la mortalidad perinatal	90	Porcentaje de profesionales de la salud capacitados en el manejo de CPESMMMP que participan en el análisis de la morbilidad y mortalidad perinatal	90
5	Aborto Seguro	1.1.1	Proceso	Materiales de comunicación difundidos con la población y el personal de salud	No aplica	32	Materiales de comunicación difundidos entre la población y el personal de salud, a partir de la elaboración y diseño estrategias de comunicación para informar sobre el derecho al acceso y atención del aborto seguro.	1
5	Aborto Seguro	1.1.2	Proceso	Número de líneas telefónicas contratadas	No aplica	32	Número de líneas telefónicas habilitadas para otorgar atención y referencia a la población y personal de salud acerca de los Servicios de Aborto Seguro	1
5	Aborto Seguro	2.1.1	Proceso	Número de personal médico operativo capacitado para brindar los servicios de aborto seguro	No aplica	96	Es el personal medico operativo capacitado para brindar los servicios de aborto seguro.	3

5	Aborto Seguro	2.2.1	Proceso	Número de personal médico que se incorpora para garantizar los procedimientos de aborto seguro.	No aplica	64	Es el número de personal médico que se incorpora para garantizar los procedimientos de aborto seguro.	6
5	Aborto Seguro	2.3.1	Proceso	Número de espacios equipados y en operación dentro de las unidades de salud para otorgar los servicios de aborto seguro.	No aplica	32	Son los espacios que se equiparon en las unidades de salud para otorgar los servicios de aborto seguro.	4
5	Aborto Seguro	2.3.2	Resultado	Número de servicios aborto seguro habilitados	No aplica	32	Número de servicios aborto seguro habilitados	1
5	Aborto Seguro	3.2.1	Proceso	Número de supervisiones realizadas en las unidades de salud para verificar la implementación de los mecanismos de rutas de atención y referencia a los servicios de aborto seguro.	No aplica	256	Son las acciones de monitoreo y seguimiento a las unidades de salud para verificar la implementación de las rutas de atención y referencia para favorecer el acceso a los servicios de aborto seguro.	8
6	Violencia de Género	1.1.1	Proceso	Número de materiales de comunicación de promoción de una vida libre de violencia difundidos entre la población y el personal de salud	No aplica	128	Número de materiales de comunicación de promoción de una vida libre de violencia difundidos entre la población y el personal de salud	4
6	Violencia de Género	1.3.1	Proceso	Número de talleres de prevención de la violencia dirigidos a Promotores juveniles	No aplica	192	Número de talleres de prevención de la violencia dirigidos a Promotores juveniles	6
6	Violencia de Género	1.3.2	Proceso	Grupos formados para prevención de la violencia en población adolescente	No aplica	512	Mide el número de grupos formados para prevenir la violencia de género, así como los grupos formados para prevención de la violencia en el noviazgo, dirigidos a la población adolescente	16
6	Violencia de Género	2.1.1	Resultado	Porcentaje de cobertura de atención especializada a mujeres víctimas de violencia familiar severa	Número de mujeres de 15 años y más unidas en situación de violencia familiar y de género severa, estimadas para su atención en los servicios especializados	23	Número de mujeres de 15 años y más unidas en situación de violencia familiar y de género severa atendidas en servicios especializados respecto del número de mujeres programadas para su atención.	24
6	Violencia de Género	2.1.2	Proceso	Número de supervisiones PRESENCIALES a la operación de la NOM-046-SSA2-2005 en en los servicios esenciales y especializados de salud	No aplica	128	Número de supervisiones PRESENCIALES a la operación de la NOM-046-SSA2-2005 en en los servicios esenciales y especializados de salud	4
6	Violencia de Género	2.2.1	Proceso	Número de herramientas de detección de la violencia que resultaron positivas.	Número de herramientas de detección aplicadas	26	Número de herramientas de detección de la violencia familiar y de género que resultaron positivas respecto de las programadas para su aplicación en mujeres de 15 años y más unidas.	26
6	Violencia de Género	2.4.1	Proceso	Número de talleres brindados sobre IVE	No aplica	32	Número de talleres brindados sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo	1

6	Violencia de Género	2.4.2	Proceso	Número de personas capacitadas en NOM-046 VIRTUAL	No aplica	25,600	Número de personas capacitadas en NOM-046 VIRTUAL	800
6	Violencia de Género	2.4.3	Resultado	Número de talleres brindados sobre NOM-046 presencial	No aplica	32	Número de talleres brindados sobre NOM-046 PRESENCIAL	1
6	Violencia de Género	2.4.4	Resultado	Número de talleres brindados sobre Atención inmediata a víctimas de violación sexual dirigido a personal de enfermería	No aplica	32	Número de talleres brindados sobre Atención inmediata a víctimas de violación sexual dirigido a personal de enfermería	1
6	Violencia de Género	2.5.1	Proceso	Número de diagnósticos realizados	No aplica	10	Número de diagnósticos Intercultural elaborados en comunidades con población indígena	1
6	Violencia de Género	3.2.1	Proceso	Número de grupos formados para reeducación de víctimas de violencia de pareja	No aplica	512	Número de grupos formados para reeducación de víctimas de violencia de pareja	16
6	Violencia de Género	3.2.2	Proceso	Número de grupos formados para la reeducación de agresores de violencia de pareja.	No aplica	512	Número de grupos formados para la reeducación de agresores de violencia de pareja	16
6	Violencia de Género	3.4.1	Proceso	Número de talleres de Buen Trato y medidas para evitar la violencia obstétrica	No aplica	192	Número de talleres de buen trato y medidas para evitar la violencia obstétrica	6
6	Violencia de Género	3.4.2	Resultado	Número de Hospitales con la Estrategia de Prevención y Atención para la Eliminación de la Violencia Obstétrica y Promoción del Buen Trato implementada	No aplica	32	Número de Hospitales con la Estrategia de Prevención y Atención para la Eliminación de la Violencia Obstétrica y Promoción del Buen Trato implementada	1
2	Prevención y Control del Cáncer	2.1.3	Resultado	Mujeres tamizadas con prueba de VPH de 35 a 64 años en 5 años	Mujeres de 35 a 64 años responsabilidad de la Ssa	23	Cobertura de tamizaje con prueba de VPH	31
2	Prevención y Control del Cáncer	2.1.4	Resultado	Número de mujeres de 18 años y más, tamizadas en los CAPASITS	Total de mujeres mayores de 18 años registradas en los CAPASITS	70	Cobertura de tamizaje para cáncer de cuello uterino mujeres viviendo con VIH	70
2	Prevención y Control del Cáncer	2.1.5	Resultado	Mujeres de 25 a 39 años de edad con exploración clínica de mamas en el periodo a evaluar	Mujeres de 25 a 39 años responsabilidad de la Ssa.	29	Cobertura de tamizaje con exploración clínica de mamas	29
2	Prevención y Control del Cáncer	2.1.6	Resultado	Mujeres tamizadas con mastografía de 40 a 69 años en dos años.	Mujeres de 40 a 69 años responsabilidad de la Ssa.	12	Cobertura de tamizaje con mastografía	21
2	Prevención y Control del Cáncer	2.1.7	Resultado	Mujeres tamizadas con citología cervical de 25 a 34 años en 3 años	Mujeres de 25 a 34 años responsabilidad de la Ssa	11	Cobertura de tamizaje con citología cervical	10
2	Prevención y Control del Cáncer	2.1.8	Resultado	Mujeres a las que se les realizó citología y/o prueba de VPH y que viven en zona rural	Mujeres de 25 a 64 años en 3 y 5 años (citología y prueba de VPH respectivamente) responsabilidad de la Ssa que viven en zona rural	63	Cobertura de tamizaje con citología cervical y PVPH en zona rural	70

2	Prevención y Control del Cáncer	2.3.1	Proceso	Mujeres con citología anormal y PVPH positiva con evaluación colposcópica	Total de mujeres con citología anormal y PVPH positiva	80	Porcentaje de casos con evaluación colposcópica	80
2	Prevención y Control del Cáncer	2.3.2	Resultado	Casos tratados en clínicas de colposcopia	Total de casos con LIEAG	80	Porcentaje de tratamientos otorgados en casos de LIEAG	80
2	Prevención y Control del Cáncer	2.3.3	Resultado	Mujeres con resultado BIRADS 4 y 5 que cuentan con evaluación diagnóstica	Total de mujeres con resultado BIRADS 4 y 5	90	Proporción de mujeres con BIRADS 4 y 5 evaluadas con evaluación diagnóstica	90
2	Prevención y Control del Cáncer	3.1.1	Resultado	Mujeres con diagnóstico confirmado de cáncer de mama o cuello uterino con atención en centro oncológico	Mujeres con diagnóstico confirmado de cáncer de mama o de cuello uterino	85	Proporción de mujeres con cáncer que recibieron atención en centro oncológico	85
2	Prevención y Control del Cáncer	3.1.3	Proceso	Informe realizado en seguimiento a mujeres viviendo con cáncer de mama y de cuello uterino, 2022, en tratamiento en centro oncológico	Informe programado	100	Informe que contempla el seguimiento a mujeres con cáncer de mama y cuello uterino en centro oncológico	100
2	Prevención y Control del Cáncer	3.1.4	Resultado	Mujeres con biopsia para confirmación de cáncer de mama que cuentan con al menos una sesión de primera vez con acompañamiento emocional	Mujeres con biopsia para confirmación de cáncer de mama	80	Proporción de mujeres que recibieron acompañamiento emocional al momento de la confirmación diagnóstica	80
2	Prevención y Control del Cáncer	4.2.4	Estructura	No. de "sistemas de imagen" funcionales, con póliza de mantenimiento y control de calidad vigente	Total de "sistemas de imagen"	80	Proporción de sistemas de imagen funcionales con pólizas de mantenimiento vigentes	80
2	Prevención y Control del Cáncer	4.3.2	Proceso	Pruebas utilizadas de manera adecuada* en el año a evaluar	Pruebas otorgadas para su uso* en el año a evaluar	97	Proporción de pruebas de VPH utilizadas de manera adecuada	97
2	Prevención y Control del Cáncer	5.1.1	Proceso	Supervisiones realizadas que cuenten con informe/minuta de supervisión entregado en tiempo y forma.	Supervisiones programadas	90	Proporción de supervisiones realizadas con informe de supervisión	90
2	Prevención y Control del Cáncer	5.2.4	Proceso	Unidades que enviaron informes mensuales de control de calidad rutinario	Unidades dentro del programa de control de calidad rutinario	100	Proporción de unidades con control de calidad rutinario	100
3	Igualdad de Género	1.1.1	Proceso	Número de atenciones brindadas a mujeres en los CEI	No aplica	78,280	Número de atenciones brindadas a mujeres en los Centros de Entrenamiento Infantil (CEI)	2,280
3	Igualdad de Género	1.2.2	Proceso	Número de unidades de salud que cuentan con mecanismos incluyentes dirigidos a grupos en condición de vulnerabilidad	No aplica	176	Número de unidades de salud que cuentan con mecanismos incluyentes dirigidos a grupos en condición de vulnerabilidad.	5
3	Igualdad de Género	1.4.1	Proceso	Número total de personal de unidades de salud, oficinas centrales y jurisdiccionales capacitado	No aplica	6,592	Número de personas de unidades de salud, oficinas centrales y jurisdiccionales capacitadas en materia de derechos humanos, no discriminación, inclusión y pertinencia cultural en salud	240
3	Igualdad de Género	4.2.1	Proceso	Actividades para prevenir, atender y dar seguimiento a posibles casos de hostigamiento y acoso sexual	Actividades programadas para prevenir, atender y dar seguimiento a posibles casos de hostigamiento y acoso sexual	100	Porcentaje de actividades realizadas para prevenir, atender y dar seguimiento a posibles casos de hostigamiento y acoso sexual respecto a lo programado	100

000 CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	TIPO DE INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	META FEDERAL	INDICADOR	META ESTATAL
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	3.1.1	Proceso	Número de profilaxis antirrábicas humanas iniciadas por agresión o contacto por perro o gato doméstico	Total de agresiones o contacto con perro o gato doméstico por 100	10	Brindar la profilaxis antirrábica humana a toda persona expuesta al virus de la rabia por agresión o contacto de perro o gato doméstico, que lo requiera.	10
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	3.1.2	Estructura	Número de profilaxis antirrábicas iniciadas en personas agredidas o en contacto con animales silvestres así como con domésticos de interés económico	Número de personas agredidas o en contacto con animales silvestres así como con domésticos de interés económico	100	Se busca iniciar la profilaxis antirrábica al 100% de las personas agredidas o en contacto con animales silvestres así como por domésticos de interés económico.	100
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	3.1.3	Resultado	Número de casos de rabia humana transmitido por perro registrados	Número de casos de rabia humana transmitida por perro estimados	100	Se busca mantener al país sin casos de rabia humana transmitido por perro	100
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	4.1.1	Proceso	Perros y gatos vacunados contra la rabia	Meta de perros y gatos a vacunarse contra la rabia	90	Perros y gatos vacunados contra la rabia	90
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	4.2.1	Proceso	Perros y gatos esterilizados quirúrgicamente	Meta anual de perros y gatos a vacunarse contra la rabia	5	Perros y gatos esterilizados quirúrgicamente en relación al universo anual de animales a vacunarse contra la rabia.	5
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	4.3.1	Proceso	Número de muestras de cerebros enviadas al laboratorio, correspondientes a reservorios sospechosos (con signología sugestiva a rabia) o probables (animal sospechoso con antecedente de contacto con otro animal sugestivo a rabia o confirmado) de padecer rabia y/o perros y gatos que mueran durante observación clínica.	Número reportado de reservorios sospechosos (con signología sugestiva a rabia) o probables (animal sospechoso con antecedente de contacto con otro animal sugestivo a rabia o confirmado) de padecer rabia y/o perros y gatos que mueran durante observación clínica.	90	Se busca conocer la circulación del virus de la Rabia en zonas que propicien su transmisión al ser humano, mediante el envío de muestras de cerebro de animales reservorios sospechosos o probables de padecer rabia y/o perros y gatos que mueran durante observación clínica.	90
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	5.2.1	Proceso	Casos Probables que cumplen con la definición operacional con tratamiento	Casos Probables que cumplen con la definición operacional	100	Número de pacientes que cumplen con la definición operacional de caso probable de brucelosis y que reciben tratamiento específico	100
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	7.1.1	Proceso	Número de casos probables de rickettsiosis que reciben tratamiento, reportados en el SEVE en el trimestre.	Número de casos probables de rickettsiosis reportados en el SEVE en el trimestre.	100	Mide la cobertura de tratamientos ministrados a pacientes probables de padecer FMMR u otras rickettsiosis.	100
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	9.1.1	Resultado	Total de pacientes diagnosticados clínicamente o con presencia de proglótitos con Teniasis con tratamiento	Total de pacientes diagnosticados clínicamente o con presencia de proglótitos con Teniasis	100	Evitar la transmisión de teniosis, ministrando el tratamiento de manera oportuna en pacientes portadores del parásito.	100

2 Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores e Intoxicación por Veneno de Artrópodos									
1	Paludismo	1.1.1	Proceso	Número de personal de salud capacitado en paludismo sin exclusión de género	Total de personal de salud en el estado que realiza actividades de prevención y control de paludismo	100	Cuantifica el porcentaje del personal de salud capacitado en paludismo sin exclusión de género.	100	
1	Paludismo	2.1.1	Proceso	Total de gotas gruesa tomadas a casos probables de paludismo	Total de casos probables de paludismo reportados	100	Toma de gota gruesa a todos los casos probables de paludismo para confirmación diagnóstica	100	
1	Paludismo	3.1.1	Proceso	Número de localidades de riesgo trabajadas en la Eliminación y modificación de hábitats y criaderos del vector	Total de localidades de riesgo existentes	100	Estima la cobertura de localidades de riesgo trabajadas en la Eliminación y modificación de hábitats y criaderos de los anofelinos	100	
1	Paludismo	5.1.1	Proceso	Número de pacientes positivos a paludismo que recibieron tratamiento específico.	Número total de pacientes positivos a paludismo	100	Total de casos de paludismo que recibieron tratamiento farmacológico	100	
1	Paludismo	8.1.1	Proceso	Número de reuniones del El Comité Técnico Estatal de Certificación para la eliminación del paludismo realizadas	Número de reuniones del El Comité Técnico Estatal de Certificación para la eliminación del paludismo programadas	100	Contar con Comité Técnico Estatal de Certificación para la eliminación del paludismo que sesione bimestralmente	100	
2	Enfermedad de Chagas	2.3.1	Proceso	Número de pruebas de tamizaje que son tomadas y confirmadas serológicamente en centros de transfusión sanguínea.	Número de pruebas de tamizaje doblemente reactivas en centros de transfusión sanguínea.	90	Cuantifica la proporción de pruebas de tamizaje que son tomadas y confirmadas serológicamente en centros de transfusión sanguínea.	90	
2	Enfermedad de Chagas	2.6.1	Proceso	Número de capacitaciones realizadas	Número de capacitaciones programadas	100	Mejorar el conocimiento sobre el abordaje de la Enfermedad de Chagas en los diferentes ámbitos de competencia.	100	
2	Enfermedad de Chagas	5.1.1	Proceso	Número de niños menores de 15 años con tamizaje para detección de T. cruzi que vivan en localidades con vector intradomiciliario	Número de niños menores de 15 años que vivan en localidades con vector intradomiciliario	90	Determinar el riesgo de transmisión vectorial intradomiciliaria, así como identificar los focos de transmisión activa.	90	
4	Intoxicación por Artrópodos	1.2.1	Proceso	Número de localidades prioritarias con rociado residual intradomiciliar	Número de Localidades Prioritarias	100	Control químico de alacranes y arañas a través del rociado residual intradomiciliar en localidades prioritarias	2	
4	Intoxicación por Artrópodos	2.2.1	Proceso	Número de casos de IPPA tratados en los primeros 30 minutos de ocurrido el accidente	Total de casos tratados	100	Mejorar el acceso oportuno a los Servicios de Salud mediante la capacitación para la ministración de faboterápicos específicos en la misma localidad en donde ocurra el accidente	100	
4	Intoxicación por Artrópodos	2.3.1	Proceso	Número de casos de agresión por araña violinista tratados dentro de las primeras 6 horas de ocurrido el accidente	Total de casos tratados	100	Mejorar el acceso oportuno a los Servicios de Salud mediante la capacitación para la ministración de faboterápicos específicos en la misma localidad en donde ocurra el accidente	100	
4	Intoxicación por Artrópodos	2.4.1	Proceso	Número de casos de agresión por araña viuda negra tratados dentro de las	Total de casos tratados	100	Mejorar el acceso oportuno a los Servicios de Salud mediante la capacitación para la ministración	100	

					primeras 6 horas de ocurrido el accidente			de fáboterápicos específicos en la misma localidad en donde ocurra el accidente	
5	Dengue	1.2.1	Proceso	Número de Capacitaciones Realizadas	Número de Capacitaciones Programadas	32	Verifica la actualización al personal médico de primer y segundo nivel para el manejo adecuado de pacientes con Dengue, con base en los lineamientos vigentes	1	
5	Dengue	3.1.1	Proceso	Localidades Prioritarias con Ovitrapas	Número de Localidades Prioritarias	100	Mide semanalmente la variación de los principales indicadores de ovitrampas en las Localidades Prioritarias	7	
5	Dengue	7.3.1	Proceso	Número de Localidades prioritarias	Número de Localidades prioritarias	100	Mide trimestralmente el cumplimiento en las acciones de control larvario en las localidades prioritarias	9	
5	Dengue	7.3.2	Proceso	Número de Localidades prioritarias con Acciones de Nebulización Espacial en UBV	Número de Localidades prioritarias	100	Mide trimestralmente el cumplimiento de nebulización espacial en localidades prioritarias	9	
5	Dengue	7.3.3	Proceso	Número de Localidades Prioritarias con acciones de Rociado Intradomiciliar	Número de Localidades Prioritarias	100	Mide trimestral el porcentaje de localidades con acciones de rociado residual intradomiciliar	9	
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	1.1.1	Proceso	Número de contactos de caso pulmonar con confirmación bacteriológica de TB notificados (nuevos y previamente tratados) niñas y niños menores de 5 años con tratamiento para ITBL	Total de contactos de caso pulmonar con confirmación bacteriológica de TB notificados (nuevos y previamente tratados) niñas y niños menores de 5 años. X 100.	63	Contactos de caso pulmonar con confirmación bacteriológica de TB notificados (nuevos y previamente tratados) niñas y niños menores de 5 años.	63	
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	1.1.2	Proceso	Número de baciloscopias realizadas a casos nuevos, en prevalencia y en vigilancia postratamiento	Número de baciloscopias programadas a casos nuevos, en prevalencia y vigilancia postratamiento x 100	100	Porcentaje de baciloscopias realizadas a casos nuevos, en prevalencia y en vigilancia postratamiento	100	
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	1.2.1	Proceso	Número de histopatologías realizadas a casos nuevos y prevalentes	Total de casos prevalentes	100	Cumplir el 100% de las histopatologías de los casos nuevos y en prevalencia de los casos de lepra	100	
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	1.3.1	Proceso	Número de Jornadas Dermatológicas	No aplica	44	Realizar actividades de búsqueda mediante la realización de Jornadas Dermatológicas en las entidades	1	
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	2.1.1	Proceso	Número de casos nuevos de TBP confirmados bacteriológicamente (BK o Cultivo +) que ingresan a tratamiento primario acortado, los que terminan y los que curan (Éxito)	Número de casos nuevos de TBP confirmados bacteriológicamente (BK o Cultivo +) que ingresan a tratamiento primario acortado x 100.	86	Porcentaje de casos nuevos de TBP confirmada bacteriológicamente que ingresa a tratamiento primario acortado los que terminan y los que curan (Éxito de tratamiento).	86	
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	3.1.1	Proceso	Número de casos TB TF nuevos y previamente tratados que se les realizo una prueba de sensibilidad al diagnóstico, incluye resultados de pruebas	/Número de casos nuevos y previamente tratados notificados X 100	30	Este indicador valorará la cobertura de pruebas a sensibilidad a fármacos al momento del diagnóstico, realizadas por métodos moleculares o convencionales en casos nuevos o	30	

				moleculares (Xpert MTB/RIF) así como de pruebas fenotípicas convencionales			previamente tratados (Reingresos y recaídas) a todos los probables de TB TF.	
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1	Proceso	Escriba aquí la descripción del numerador	Número de casos programados con diagnóstico de resistencia a fármacos en el año X 100	90	El indicador evalúa el porcentaje de casos de TB con resistencia a fármacos que reciben esquema de tratamiento con fármacos antituberculosis de 2da línea.	90
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.1.1	Resultado	Sumatoria de porcentaje de emergencias en salud atendidas (brotes y desastres) en menos 24 hrs.	32	90	Porcentaje de emergencias en salud atendidas con oportunidad.	90
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1	Resultado	Kits de reservas estratégicas integrados.	No aplica	96	Integración de Kits de reservas estratégicas.	3
5	Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones Respiratorias Agudas (Neumonías, Influenza y COVID-19)	1.1.1	Resultado	Número de casos nuevos de Influenza	Total de población del año evaluado x 100,000	2	Reducción de la tasa de incidencia de INFLUENZA, comparada con el año 2020	2
5	Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones Respiratorias Agudas (Neumonías, Influenza y COVID-19)	1.1.3	Resultado	Número de casos nuevos de neumonía adquirida en la comunidad	Total de población del año evaluado x 100,000	2	Reducción de la tasa de incidencia de neumonía adquirida en la comunidad, comparada con el año 2020	2
5	Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones Respiratorias Agudas (Neumonías, Influenza y COVID-19)	2.1.1	Proceso	Número de materiales de promoción impresos y distribuidos	No aplica	3	Determina el porcentaje de materiales para su impresión y difusión para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas	3
5	Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones Respiratorias Agudas (Neumonías, Influenza y COVID-19)	3.1.1	Proceso	Número de eventos de capacitación con enfoque en la prevención y tratamiento de casos de neumonía, influenza y COVID-19 realizados	No aplica	2	Determina la realización de eventos de capacitación con enfoque en la prevención y atención de Influenza, neumonía y COVID-19.	2
6	Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas	2.1.1	Proceso	Cursos y talleres realizados	No aplica	2	Se refiere a las actividades de educación continua para que el personal de salud adquiera las competencias necesarias para la atención integral del paciente con asma y EPOC.	2
6	Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas	2.3.1	Resultado	Número de personas con factores de riesgo para Asma y EPOC estudiadas con espirometría	Total de personas con factor de riesgo para desarrollar asma y EPOC programadas	70	Porcentaje de personas con factor de riesgo para asma y/o EPOC que fueron estudiadas con prueba de espirometría	70
6	Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas	2.3.2	Resultado	Número de pacientes con diagnóstico de EPOC y que ingresaron a tratamiento.	Total de pacientes con diagnóstico de EPOC.	60	Porcentaje de pacientes con EPOC que cuentan con prueba de espirometría y evaluación clínica para establecer su diagnóstico con ingreso a tratamiento	60
6	Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas	2.3.3	Resultado	Número de pacientes con EPOC en tratamiento y no presentan exacerbación en el periodo.	Total de pacientes con EPOC con seis o más meses en tratamiento	60	Porcentaje de pacientes con EPOC con al menos 6 meses en tratamiento y no presenten exacerbaciones en el periodo.	60

6	Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas	2.3.4	Resultado	Número de pacientes con diagnóstico de asma y que ingresaron a tratamiento.	Total de pacientes con diagnóstico de asma.	30	Porcentaje de pacientes con asma que cuentan con prueba de función pulmonar y evaluación clínica para establecer su diagnóstico e ingresaron a tratamiento.	30
6	Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas	2.3.5	Resultado	Número de pacientes con asma con tres meses o más en tratamiento y no presentan crisis en el periodo.	Total de pacientes con asma con tres o más meses en tratamiento.	60	Porcentaje de pacientes con asma con al menos tres meses en tratamiento y no presentan crisis en el periodo.	60
7	Enfermedades Cardiometabólicas	1.1.1	Estructura	Número de personal contratado	Número de personal programado	100	Número de profesionales de la salud contratados para el programa de Cardiometabólicas	100
7	Enfermedades Cardiometabólicas	2.1.1	Proceso	Número de detecciones de HTA realizadas en población de 20 años y más en la Secretaría de Salud	Total de población programada de 20 años y más en la Secretaría de Salud	16	Corresponde al porcentaje de detecciones realizadas de HTA en la población de 20 años y más en la Secretaría de Salud	16
7	Enfermedades Cardiometabólicas	2.1.2	Proceso	Número de detecciones de DM realizadas en población de 20 años y más en la Secretaría de Salud	Total de población programada de 20 años y más en la Secretaría de Salud	16	Corresponde al porcentaje de detecciones realizadas de DM en la población de 20 años y más en la Secretaría de Salud	16
7	Enfermedades Cardiometabólicas	2.1.3	Proceso	Número de detecciones de obesidad realizadas en la población de 20 años y más en la Secretaría de Salud	Total de población programada de 20 años y más en la Secretaría de Salud	16	Corresponde al porcentaje de detecciones realizadas de Obesidad realizadas en la población de 20 años y más en la Secretaría de Salud	16
7	Enfermedades Cardiometabólicas	3.1.2	Proceso	Número de pacientes con obesidad en control (alcanzaron pérdida mayor o igual al 5% del peso corporal basal) en población de 20 años o más de la Secretaría de Salud	Número de pacientes con obesidad en tratamiento en población de 20 años y más de la Secretaría de Salud	9	Se refiere al porcentaje de pacientes con obesidad en control (alcanzaron pérdida mayor o igual al 5% del peso corporal basal) en población de 20 años y más	9
7	Enfermedades Cardiometabólicas	3.1.3	Proceso	Número de pacientes con DM que alcanzan el control con hemoglobina glucosilada (HbA1c) menor al 7% y/o glucosa plasmática en ayuno de 70-130mg/dl	Número de pacientes con DM en tratamiento en el primer nivel de atención en población de 20 años y más en la Secretaría de Salud	9	Se refiere al porcentaje de pacientes con DM en tratamiento en el primer nivel de atención que alcanzan el control con hemoglobina glucosilada (HbA1c) menor al 7% y/o glucosa plasmática en ayuno de 70-130mg/dl	9
7	Enfermedades Cardiometabólicas	3.1.4	Proceso	Número de pacientes con HTA en el primer nivel de atención que alcanzan el control con T/A <140/90mmHg en población de 20 años y más en la Secretaría de Salud	Número de pacientes con HTA en tratamiento en población de 20 años y más en la Secretaría de Salud	20	Se refiere al porcentaje de pacientes con HTA en tratamiento en el primer nivel de atención que alcanzan el control con T/A <140/90mmHg en población de 20 años y más en la Secretaría de Salud	20
7	Enfermedades Cardiometabólicas	3.2.1	Proceso	Número de pacientes con DM en tratamiento a los que se les realizó revisión de pies	Número de pacientes con DM en tratamiento que acudieron a consulta	80	Porcentaje de pacientes con DM a los que se les realizó revisión de pies	80
7	Enfermedades Cardiometabólicas	5.1.1	Resultado	Número de profesionales del primer nivel de atención capacitados en materia de cardiometabólicas	Número de profesionales del primer nivel de atención programados para capacitación en materia de cardiometabólicas	80	Número de profesionales de la salud del primer nivel de atención que se capacitaron en materia de cardiometabólicas	80

8	Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento	1.1.1	Proceso	Número de personal capacitado a nivel gerencial o directivo en las entidades federativas en atención a la persona mayor	Número de participantes programados	100	Son el número de personas capacitados a nivel gerencial o directivo en las entidades federativas en atención a la persona mayor	100
8	Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento	1.3.1	Resultado	Número de personas mayores que se les realiza detección (tamizaje) para riesgo de caídas	Número de personas mayores que acuden de primera vez en el periodo en primer nivel de atención	30	Son el número de mujeres y hombres de 60 años y más, a quienes se les realiza detección (tamizaje) de riesgo de caídas.	30
8	Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento	1.4.1	Resultado	Número actividades realizadas en la atención e intervención gerontológica a personas mayores	Población sujeta a programa	90	Son las actividades de atención gerontológica a las personas adultas mayores y las intervenciones no farmacológicas realizadas por el licenciado en gerontología como son las pláticas de educación y promoción para la salud y talleres personalizados y grupales	90
8	Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento	2.3.1	Resultado	Número de adultos mayores que se les da tratamiento no farmacológico para alteraciones de memoria en el primer nivel de atención	Número de adultos mayores con detección positiva de alteraciones de memoria	40	Es el número de mujeres y hombres de 60 años y más, a quienes se les realiza tratamiento no farmacológico para alteraciones de la memoria que resulte favorable.	40
8	Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento	3.1.1	Resultado	Número de supervisiones realizadas por la entidad federativa sobre el avance de las acciones establecidas en minuta por el programa a través de reuniones y seguimiento de acuerdos	No aplica	90	Son las acciones dirigidas a la persona mayor en la entidad federativa a través de la evaluación generada por minuta y seguimiento de los acuerdos y compromisos.	90
8	Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento	3.2.1	Resultado	Número de personas mayores que se les realiza detección (tamizaje) para incontinencia urinaria	Número de personas mayores que acuden de primera vez en el periodo en primer nivel de atención	30	Es el porcentaje de mujeres y hombres de 60 años y más, a quienes se les realiza detección (tamizaje) de incontinencia urinaria.	30
8	Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento	3.3.1	Proceso	Número de personal multidisciplinario de salud capacitado en primer nivel de atención en las entidades federativas en atención a la persona mayor.	Número de participantes programados	10	Son el número de personal multidisciplinario de salud capacitado en primer nivel de atención en las entidades federativas en atención a la persona mayor.	10
8	Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento	5.1.1	Resultado	Es el número de adultos mayores con detecciones (por tamizaje) realizadas de depresión	Es el número de personas mayores en unidades de primer nivel de atención	40	Es el número de mujeres y hombres de 60 años y más, a quienes se les realiza detección (tamizaje) de depresión	40
8	Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento	6.1.1	Resultado	Número de unidades de primer nivel de atención que cuentan con el cartel para prevenir la discriminación y el maltrato hacia las personas mayores.	Número de unidades de primer nivel con programación de la difusión del cartel	40	Es el número de carteles realizados en las unidades de salud para la difusión de mensajes de carácter informativo visual dirigidos al personal de salud sobre el tema de "Atención a la persona mayor sin discriminación", por lo menos realizar uno al mes.	40
8	Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento	6.3.1	Proceso	Número de personas satisfechas y no satisfechas con el servicio de atención a las personas mayores en el primer nivel de atención	No aplica	40	Es el número de personas satisfechas y no satisfechas con el servicio de atención a las personas mayores en el primer nivel de atención, para prevenir la discriminación y el maltrato hacia las personas mayores.	40

8	Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento	7.1.1	Proceso	Número de personal de salud directivo que realice curso de la OPS sobre el desarrollo de la estrategia de cuidados de Largo plazo	Número de participantes programados	100	Son el número de personal de salud directivo que realice el curso de la OPS sobre el desarrollar la estrategia de Cuidados de Largo Plazo.	100
8	Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento	7.3.1	Resultado	Número de personas mayores que se les realiza detección (por tamizaje) para alteraciones de memoria	Número de personas mayores que acuden de primera vez en el periodo en primer nivel de atención	40	Es el número de mujeres y hombres de 60 años y más, a quienes se les detecta (por tamizaje) alteraciones de la memoria.	40
9	Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	3.1.1	Resultado	Número de unidades aplicativas con servicio odontológico que cuentan con material educativo y didáctico de salud bucal.	No aplica	4,279	Se contemplan las unidades aplicativas que reciben material educativo y didáctico en materia de salud bucal.	147
9	Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	4.2.1	Resultado	Campañas de salud bucal realizadas durante el año.	No aplica	62	Participación del programa de salud bucal durante las Jornadas Nacionales de Salud Pública.	2
9	Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	5.1.1	Resultado	Actividades preventivas extramuros realizadas.	No aplica	22,686,397	Contempla la aplicación del esquema básico de prevención de salud bucal para preescolares y escolares, así como actividades preventivas a población en general. (SBE01, 02, 06, 07, 11, 15, 19, 20, 22, 24, 25, 29, 30, 31, 32, 33, 47, 48, 49 y 50)	317,073
9	Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	9.1.1	Resultado	Número de actividades preventivas y curativas realizadas.	No aplica	26,431,394	Se contemplan actividades preventivas y curativas que se realicen en unidades aplicativas. (todas las variables del apartado SBI, excepto SBI27 (tratamiento integral terminado).	740,478
9	Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	9.2.2	Resultado	Número de aplicaciones de barniz de flúor.	No aplica	1,688,715	Corresponde a la aplicación de barniz de flúor intra y extramuros, así como en Jornadas Nacionales de Salud Pública.	87,100
9	Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	10.1.1	Resultado	Número de cursos de capacitación estomatológica realizados.	No aplica	57	Cursos de capacitación realizados al personal estatal, jurisdiccional y operativo sobre las principales estrategias del programa de salud bucal.	2
9	Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	11.1.1	Resultado	Número de visitas de supervisión realizadas.	No aplica	5,310	Supervisiones realizadas al personal odontológico de las jurisdicciones y unidades aplicativas.	147
9	Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	11.1.2	Resultado	Informe de evaluación y seguimiento.	No aplica	124	Apoyo al Responsable Estatal en supervisión y evaluación de las estrategias del programa, así como dar seguimiento a las actividades de prevención.	4
9	Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	12.1.1	Resultado	Número de consultas estomatológicas realizadas.	No aplica	3,534,201	Se contempla el total de consultas de primera vez y subsecuente del servicio estomatológico. (CPP06 y 13)	83,023
10	Prevención y Control de Enfermedades Diarréicas Agudas	2.1.1	Proceso	Campañas de prevención realizadas.	No aplica	32	Realización de campañas estatales de prevención de diarreas para población general.	1

10	Prevención y Control de Enfermedades Diarréicas Agudas	2.1.2	Proceso	Campañas de prevención realizadas en las zonas prioritarias seleccionadas.	No aplica	64	Realización de campañas de prevención de diarreas en zonas prioritarias seleccionadas.	2
10	Prevención y Control de Enfermedades Diarréicas Agudas	2.2.1	Proceso	Operativos preventivos realizados en zonas prioritarias identificadas.	No aplica	64	Realizar operativos preventivos en áreas de riesgo para diarreas, por ejemplo: en las zonas prioritarias seleccionadas, ferias, periodos vacacionales, zonas con aislamientos de V cholera, fiestas religiosas, grandes eventos, etc.	2
10	Prevención y Control de Enfermedades Diarréicas Agudas	2.3.1	Proceso	Número de cursos de capacitación realizados.	Número de cursos de capacitación programados	100	Mide el porcentaje de capacitaciones realizadas a personal de salud en jurisdicciones sanitarias en cada entidad, de acuerdo a los criterios establecidos como prioritarios.	2
10	Prevención y Control de Enfermedades Diarréicas Agudas	3.1.1	Proceso	Supervisiones realizadas	No aplica	64	Supervisión a las jurisdicciones sanitarias y niveles locales para verificar la operación del programa.	2

R00 CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	TIPO DE INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	META FEDERAL	INDICADOR	META ESTATAL
1	Vacunación Universal	1.1.1	Resultado	Población menor de un año de edad que recibe las dosis de vacunas correspondientes al esquema completo de vacunación en el periodo a reportar.	Población de menores de un año de edad de responsabilidad para la Secretaría de Salud en el periodo a reportar.	90	Expresa el porcentaje alcanzado de esquema completos en niñas y niños menores de 1 año de edad.	90
1	Vacunación Universal	1.1.3	Resultado	Población de seis años de edad a la que se le aplicó la segunda dosis de vacuna SRP en el periodo a reportar	Población de seis años de edad de responsabilidad para la Secretaría de Salud en la D.P.R.I., en el periodo a reportar	95	Expresa el porcentaje alcanzado con la aplicación de vacuna SRP en población de seis años de edad	95
1	Vacunación Universal	1.2.1	Resultado	Población de un año de edad que recibe las dosis de vacunas correspondientes al esquema completo de vacunación en el periodo a reportar.	Población de un año de edad de responsabilidad para la Secretaría de Salud en el periodo a reportar.	90	Expresa el porcentaje alcanzado de esquema completos de vacunación en niñas y niños de 1 año de edad.	90
1	Vacunación Universal	1.3.1	Resultado	Población de 4 años de edad a la que se le aplicó una dosis de vacuna DPT en el periodo a reportar.	Población de cuatro años de edad, de responsabilidad para la Secretaría de Salud en la D.P.R.I.	95	Expresa el porcentaje alcanzado con la aplicación de vacuna DPT en población de cuatro años de edad	95
1	Vacunación Universal	1.3.2	Resultado	Población de mujeres embarazadas a quienes se les aplica una dosis de Tdpa en un periodo de tiempo determinado	Población de mujeres embarazadas, responsabilidad de la Secretaría de Salud en la D.P.R.I., en el periodo a reportar	95	Expresa el porcentaje alcanzado con la aplicación de vacuna Tdpa en las mujeres embarazadas en un periodo determinado	95
1	Vacunación Universal	2.1.1	Resultado	Población con dosis aplicada de vacuna contra influenza estacional en un periodo determinado	Total de población meta a vacunar con la vacuna contra influenza Estacional de Responsabilidad Institucional para la Secretaría de Salud	70	Se refiere a las dosis de Vacuna de Influenza Estacional aplicadas durante el último trimestre del 2022	70

1	Vacunación Universal	5.1.2	Proceso	Personal de salud operativo del primer nivel de atención bajo responsabilidad de los Servicios de Salud, capacitado.	Personal de salud operativo del primer nivel de atención bajo responsabilidad de los servicios de salud adscrito a unidades ubicadas en municipios de atención prioritaria.	90	Permite conocer el porcentaje del personal de salud bajo responsabilidad de los servicios de salud en municipios de atención prioritaria del estado, que han sido capacitados en temas de atención integrada en la infancia y vacunación.	90
2	Atención a la Salud de la Adolescencia	2.3.1	Proceso	Total de población de 10 a 19 años de edad atendida	Total de población de 10 a 19 años de edad programada	90	Población adolescente que reciben talleres de nutrición, salud mental y activación física, para que estén en posibilidades de adquirir estilos de vida saludable	90
2	Atención a la Salud de la Adolescencia	3.5.1	Proceso	Número de adolescentes en seguimiento por mala nutrición	Número total de adolescentes detectados con mala nutrición	45	Mide el número de adolescentes detectados con problemas de mala nutrición: bajo peso, sobrepeso y obesidad que están recibiendo atención.	45
3	Atención a la Salud en la Infancia	1.1.1	Proceso	Número de niños menores de cinco años con EDA de primera vez que reciben tratamiento con Plan A	Denominador: Número de niños menores de cinco años con EDA de primera vez.	95	Es el número de NN menores de 5 años que recibieron tratamiento para EDA con plan A de hidratación.	95
3	Atención a la Salud en la Infancia	1.2.1	Proceso	Número de niños menores de cinco años con IRA de primera vez que reciben tratamiento sintomático	Número de niños menores de cinco años con IRA de primera vez.	70	Es el número de NN menores de 5 años que recibieron tratamiento para IRA con tratamiento sintomático	70
3	Atención a la Salud en la Infancia	1.3.1	Proceso	Niñas y niños menores de 24 meses con anemia detectados por primera vez en el año.	Niñas y niños menores de 24 meses que acuden a las unidades de salud por primera vez en el año.	50	Este indicador permitirá identificar el porcentaje de detección de anemia por deficiencia de hierro en niñas y niños menores de 24 meses que acuden a las unidades de salud del primer nivel de atención.	50
3	Atención a la Salud en la Infancia	2.1.1	Proceso	Número de niñas y niños desde un mes de nacidos a 5 años 11 meses 29 días de edad evaluados mediante la prueba EDI de primera vez en la vida durante la consulta de niño sano .	Total de NN menores de 6 años que acudió a consulta de niño sano de primera vez en el año.	50	Número de niñas y niños desde 1 mes de nacidos a 5 años 11 meses 29 días de edad evaluados en su desarrollo con la aplicación de la prueba EDI.	50
3	Atención a la Salud en la Infancia	3.1.1	Resultado	Número de niñas y niños menores de seis meses con lactancia materna exclusiva	Numero de niñas y niños menores de 6 meses en control nutricional con cualquier diagnóstico (NPT)	55	Niñas y niños menores de seis meses de edad alimentados con lactancia materna exclusiva.	55
3	Atención a la Salud en la Infancia	8.2.1	Proceso	Personal de salud operativo del primer nivel de atención bajo responsabilidad de los servicios de salud, capacitado	Personal de salud operativo del primer nivel de atención bajo responsabilidad de los servicios de salud.	18	Permite conocer el porcentaje de personal de salud bajo responsabilidad de los servicios de salud del estado, que ha sido capacitado en temas de atención integrada en la infancia	18

ÍNDICE: Representado por: Número de Estrategia. Número de Línea de Acción y Número de Actividad General.

ANEXO 5

Relación de insumos federales enviados en especie por "LOS PROGRAMAS" en materia de Salud Pública.

310 DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL (PESOS)
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	8.2.1.3	Ramo 12-Apoyo Federal	Servicio de impresion de documentos oficiales para la prestacion de serv. Pub. Descripción complementaria: Cartilla Nacional de Salud Mujer de 20 a 59 años de edad	3.02	23,000	69,460.00
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	8.2.1.3	Ramo 12-Apoyo Federal	Servicio de impresion de documentos oficiales para la prestacion de serv. Pub. Descripción complementaria: Cartilla Nacional de Salud Hombre de 20 a 59 años	2.78	18,000	50,040.00
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	8.2.1.3	Ramo 12-Apoyo Federal	Servicio de impresion de documentos oficiales para la prestacion de serv. Pub. Descripción complementaria: Cartilla Nacional de Salud Adolescentes de 10 a 19 años de edad	2.79	7,500	20,925.00
TOTAL							140,425.00

313 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL (PESOS)
SIN DATOS							

315 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL (PESOS)
SIN DATOS							

316 DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL (PESOS)
2	Vigilancia en Salud Pública por Laboratorio	1.1.2.28	Ramo 12-Apoyo Federal	Otros productos químicos de laboratorio Descripción complementaria: Reactivos y Biológicos en general elaborados por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos a solicitud de los Laboratorios Estatales de Salud Pública.	1.00	70,904	70,904.00
TOTAL							70,904.00

K00 CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL VIH/SIDA

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL (PESOS)
1	VIH y otras ITS	1.9.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Condón masculino. De hule látex. Envase con 100 piezas. Descripción complementaria: Clave: 060.308.0177	90.09	5,339	480,990.51
1	VIH y otras ITS	1.9.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Gel. Lubricante a base de agua. Envase con 2 a 60 g.	6.96	50,182	349,266.72

1	VIH y otras ITS	1.9.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Condón femenino. De poliuretano o látex lubricado con dos anillos flexibles en los extremos. Envase con 1, 2 ó 3 piezas en empaque individual. Descripción complementaria: Clave: 060.308.0227	10.34	8,268	85,491.12
1	VIH y otras ITS	5.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Pruebas Rápidas. Prueba rápida inmunocromatográfica para la determinación cualitativa de anticuerpos IgM/IgG anti HIV-1 y HIV-2 simultáneamente en suero, sangre, plasma o sangre total humana. Con lanceta retráctil con 3 niveles de punción, pipeta de toma y solución de corrimiento y sensibilidad igual o superior al 99% y especificidad igual o superior al 98% para VIH, de acuerdo con el certificado de evaluación diagnóstica del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica, o en su caso algún otro organismo internacional como la FDA, EMA o la Organización Mundial de la Salud. Pieza. Descripción complementaria: Clave: 080.980.0001	43.92	11,025	484,218.00
1	VIH y otras ITS	5.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Pruebas Rápidas. Inmunoanálisis para la detección del antígeno p24 de HIV-1 y anticuerpos al HIV-1 y HIV-2. Inmunoanálisis cualitativo in vitro con lectura visual para la detección simultánea del antígeno (Ag) no inmunocomplejo p24 del HIV-1 en forma libre y anticuerpos (Ab) a HIV-1 y HIV-2 en sangre humana. 10 tarjetas de prueba recubiertas de antígeno HIV1/2 recombinante y péptidos sintéticos, anticuerpos al antígeno p24 y avidina. TATC. Descripción complementaria: Prueba VIH Ag/Ac (4ta). Clave 080.829.5539	91.64	2,235	204,815.40
1	VIH y otras ITS	5.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Pruebas Rápidas. Prueba rápida para la determinación cualitativa de anticuerpos IgG por inmunocromatografía, contra el virus de la Inmunodeficiencia Humana tipo 1 (VIH-1) y tipo 2 (VIH-2) en fluido oral, sangre capilar, sangre total y plasma. Para uso como prueba de tamizaje. Requiere prueba confirmatoria. Equipo para 25 pruebas. TATC. Descripción complementaria: Clave: 080.829.5406	55.56	900	50,004.00
1	VIH y otras ITS	8.10.1.2	Ramo 12-Apoyo Federal	Valganciclovir. Comprimido Cada Comprimido contiene: Clorhidrato de valganciclovir equivalente a 450 mg de valganciclovir. Envase con 60 Comprimidos Descripción complementaria: Clave: 010.000.4373.00 (Costo sin IVA)	898.90	7	6,292.30
1	VIH y otras ITS	8.10.1.4	Ramo 12-Apoyo Federal	Reactivo y Juego de Reactivos para Pruebas Específicas. Reactivos para la detección de compuestos de ADN de Mycobacterium tuberculosis y mutaciones asociadas a resistencia a rifampicina del gen rpoB, mediante PCR semicuantitativa, integrada y en tiempo real, en muestras de esputo y sedimentos preparados 10 Cartuchos RTC. Descripción complementaria: Clave: 080.784.7991 Cada pieza incluye 10 cartuchos RTC (Costo con IVA)	20,880.00	12	250,560.00
1	VIH y otras ITS	11.6.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Pruebas Rápidas. Prueba rápida inmunocromatográfica para la determinación de anticuerpos de Treponema pallidum en suero o plasma humano. Con sensibilidad no menor al 95% y una especificidad no menor al 98% de acuerdo con el certificado de evaluación diagnóstica del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos o en su caso algún otro organismo internacional como la FDA, EMA, o la Organización Mundial de la Salud. Requiere prueba confirmatoria. Envase para mínimo 20 pruebas. Descripción complementaria: Clave 080.829.5463. Las cantidades son por pruebas	46.40	13,100	607,840.00
1	VIH y otras ITS	12.3.1.2	Ramo 12-Apoyo Federal	Sucedaneo De Leche Humana De Pretermino. Polvo Contenido en: Kilocalorías Unidad kcal 100g Mín. 400 Máx 525 100kcal Mín 100.0 Máx 100.0 100ml Mín 64 Máx 85 Lípidos Unidad g 100g Mín. 19.2 Máx 31.5 100kcal Mín4.80 Máx 6.00 100ml Mín 3.072 Máx 5.1 Acido	95.00	32	3,040.00

				linoleico Unidad mg 100g Min. 1200 Máx 7350 100kcal Min300.00			
				Máx 1400.00 100ml Min 192 Máx 1190 Ac alfa Linolénico Unidad mg 100g Min. 200 Máx SE* 100kcal Min50.00 Máx SE* 100ml Min 32 Máx SE* Relac A. Linoleico/ A. á Linolenico 100g Min. 5:1 Máx 15:1 100kcal Min5:1 Máx 15:1 100ml Min 5:1 Máx 15:1 Acido araquidónico Unidad % 100g Min. 1.60 Máx 3.675 100kcal Min0.40 Máx 0.70 100ml Min 0.256 Máx 0.595 Acido DHA** Unidad % 100g Min. 1.40 Máx 2.625 100kcal Min 0.35 Máx 0.50 100ml Min 0.224 Máx 0.425 Relac Aa/DHA 100g Min. 1.5:1 Máx 2:1 100kcal Min1.5:1 Máx 2:1 100ml Min 1.5:1 Máx 2:1 Proteínas Unidad g 100g Min. 9.60 Máx 15.75 100kcal Min 2.40 Máx 3.00 100ml Min 1.536 Máx 2.55 Taurina Unidad mg 100g Min. 20.00 Máx 63 100kcal Min 5.00 Máx 12.00 100ml Min 3.2 Máx 10.2 Hidratos de carbono*** Unidad g 100g Min. 38.80 Máx 73.5 100kcal Min 9.70 Máx 14.00 100ml Min 6.208 Máx 11.9 Sodio Unidad mg 100g Min. 144.00 Máx 315 100kcal Min36.00 Máx 60.00 100ml Min 23.04 Máx 51 Potasio Unidad mg 100g Min. 376.00 Máx 840 100kcal Min 94.00 Máx 160.00 100ml Min 60.16 Máx 136 Cloruros Unidad mg 100g Min. 240.00 Máx 840 100kcal Min 60.00 Máx 160.00 100ml Min 38.4 Máx 136 Calcio Unidad mg 100g Min. 380.00 Máx 735 100kcal Min 95.00 Máx 140.00 100ml Min 60.8 Máx 119 Fósforo Unidad mg 100g Min. 208.00 Máx 525 100kcal Min 52.00 Máx 100.00 100ml Min 33.28 Máx 85 Relación Ca/P 100g Min. 1.7:1 Máx 2:1 100kcal Min 1.7:1 Máx 2:1 100ml Min 1.7:1 Máx 2:1 Vitamina A Unidad U.I. 100g Min. 2800.00 Máx 6583.5 100kcal Min 700.00 Máx 1254.00 100ml Min 448 Máx 1065.9 Vitamina A ER (Retinol) Unidad ?g 100g Min. 816.00 Máx 1995 100kcal Min 204.00 Máx 380.00 100ml Min 130.56 Máx 323 Vitamina D Unidad U.I. 100g Min. 292.00 Máx 525 100kcal Min 73.00 Máx 100.00 100ml Min 46.72 Máx 85 Vitamina E (Alfa Tocoferol) Unidad U.I. 100g Min. 12.00 Máx 63 100kcal Min 3.00 Máx 12.00 100ml Min 1.92 Máx 10.2 Vitamina K Unidad ?g 100g Min. 32.80 Máx 131.25 100kcal Min 8.20 Máx 25.00 100ml Min 5.248 Máx 21.25 Vitamina C Unidad mg 100g Min. 53.60 Máx 194.25 100kcal Min 13.40 Máx 37.00 100ml Min 8.576 Máx 31.45 Vitamina B1 (tiamina) Unidad ?g 100g Min. 240.00 Máx 1312.5 100kcal Min 60.00 Máx 250.00 100ml Min 38.4 Máx 212.5 Vitamina B2 (riboflavina) Unidad ?g 100g Min. 560.00 Máx 2625 100kcal Min 140.00 Máx 500.00 100ml Min 89.6 Máx 425 Niacina Unidad ?g 100g Min. 4000.00 Máx 7875 100kcal Min 1000.00 Máx 1500.00 100ml Min 640 Máx 1275 Vitamina B6 (piridoxina) Unidad ?g 100g Min. 300.00 Máx 918.75 100kcal Min 75.00 Máx 175.00 100ml Min 48 Máx 148.75 Acido fólico Unidad ?g 100g Min. 148.00 Máx 262.5 100kcal Min 37.00 Máx 50.00 100ml Min 23.68 Máx 42.5 Acido pantoténico Unidad ?g 100g Min. 1800.00 Máx 9975 100kcal Min 450.00 Máx 1900.00 100ml Min 288 Máx 1615 Vitamina B12 (cianocobalamina) Unidad ?g 100g Min. 0.80 Máx 7.875 100kcal Min 0.20 Máx 1.50 100ml Min 0.128 Máx 1.275 Biotina Unidad ?g 100g Min. 8.80 Máx 52.5 100kcal Min 2.20 Máx 10.00 100ml Min 1.408 Máx 8.5 Colina Unidad mg 100g Min. 30.00 Máx 262.5 100kcal Min 7.50 Máx 50.00 100ml Min 4.8 Máx 42.5 Mioinositol Unidad mg 100g Min. 16.00 Máx 210 100kcal Min 4.00 Máx 40.00 100ml Min 2.56 Máx 34 Magnesio Unidad mg 100g Min. 28.00 Máx 78.75 100kcal Min 7.00 Máx 15.00 100ml Min 4.48 Máx 12.75 Hierro Unidad mg 100g Min. 6.80 Máx 15.75 100kcal Min 1.70 Máx 3.00 100ml Min 1.088 Máx 2.55 Yodo Unidad ?g 100g Min. 24.00 Máx 236.25 100kcal Min 6.00 Máx 45.00 100ml Min 3.84 Máx 38.25 Cobre Unidad ?g 100g Min. 360.00 Máx 630 100kcal Min 90.00 Máx 120.00 100ml Min 57.6 Máx 102 Zinc Unidad mg 100g Min. 4.40 Máx 7.875 100kcal Min 1.10 Máx 1.50 100ml Min 0.704 Máx 1.275 Manganeso Unidad ?g 100g Min. 28.00 Máx 131.25 100kcal Min 7.00 Máx 25.00 100ml Min 4.48 Máx 21.25 Selenio Unidad ?g 100g Min. 7.20 Máx 26.25 100kcal Min 1.80 Máx 5.00 100ml Min 1.152 Máx 4.25 Nucleótidos Unidad mg 100g Min. 7.60 Máx 84 100kcal Min 1.90 Máx 16.00 100ml Min 1.216 Máx 13.6 Cromo Unidad ?g 100g Min.			

				6.00 Máx 52.5 100kcal Mín 1.50 Máx 10.00 100ml Mín 0.96 Máx 8.5			
				Molibdeno Unidad ?g 100g Mín. 6.00 Máx 52.5 100kcal Mín 1.50 Máx 10.00 100ml Mín 0.96 Máx 8.5 Dilución 16% Envase con 450 a 454 g y medida de 4.40 a 5.37 g. * Aunque no existe un nivel superior de recomendación siempre deberá conservar la relación de ácido linoleico/ácido linolenico. **DHA: Acido Docosahecanoico. *** La lactosa y polímeros de glucosa deben ser los hidratos de carbono preferidos, sólo podrán añadirse almidones naturalmente exentos de gluten precocidos y/o gelatinizados hasta un máximo de 30% del contenido total de hidratos de carbono y hasta un máximo de 2 g/100ml. Descripción complementaria: Clave: 030.000.0003.00			
1	VIH y otras ITS	12.3.1.2	Ramo 12-Apoyo Federal	Fórmula para lactantes (Sucedáneo de Leche Humana de Término). Polvo o líquido. Energía - Mínimo /100 mL: 60 kcal Máximo /100 mL: 70 kcal. Energía - Mínimo /100 mL: 250 kcal Máximo /100 mL: 295 kcal. Vitaminas. Vitamina A (expresados en retinol): Mínimo/100 kcal: 200 U.I. o 60 µg, Máximo/100 kcal: 600 U.I. o 180 µg. NSR/100 kcal En caso de productos en polvo debería procurarse conseguir NSR más bajo Vitamina D: Mínimo/100 kcal: 1 µg o 40 U.I., Máximo/100 kcal: 2,5 µg o 100 U.I. En caso de productos en polvo debería procurarse conseguir NSR más bajo. Vitamina C (Ac. ascórbico): Mínimo/100 kcal: 10 mg, Máximo/100 kcal: S. E., NSR/100 kcal: 70 mg. Vitamina B Tiamina (B1) Mínimo/100 kcal: 60 µg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 300 µg. Riboflavina (B2): Mínimo/100 kcal: 80 µg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal 500 µg. Niacina (B3): Mínimo/100 kcal: 300 µg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 1 500 µg. Piridoxina (B6): Mínimo/100 kcal: 35 µg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 175 µg. Ácido fólico (B9): Mínimo/100 kcal: 10 µg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 50 µg. Ácido pantoténico (B5): Mínimo/100 kcal: 400 µg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 2 000 µg. Cianocobalamina (B12): Mínimo/100 kcal: 0,1 µg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 1,5 µg. Biotina (H): Mínimo/100 kcal: 1,5 µg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 10 µg. Vitamina K1: Mínimo/100 kcal: 4 µg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 27 µg. Vitamina E (alfa tocoferol equivalente): Mínimo/100 kcal: 0,5 mg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 5 mg. Nutrientes inorgánicos (minerales y elementos traza): Sodio (Na): Mínimo/100 kcal: 20 mg Máximo/100 kcal: 60 mg NSR/100 kcal: -. Potasio (K): Mínimo/100 kcal: 60 mg Máximo/100 kcal: 180 mg NSR/100 kcal: -. Cloro (Cl): Mínimo/100 kcal: 50 mg Máximo/100 kcal: 160 mg NSR/100 kcal: -. Calcio (Ca): Mínimo/100 kcal: 50 mg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 140 mg. Fósforo (P): Mínimo/100 kcal: 25 mg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 100 mg. La relación Ca:P: Mínimo/100 kcal: 1:1 Máximo/100 kcal: 2:1. Magnesio (Mg): Mínimo/100 kcal: 5 mg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 15 mg. Hierro (Fe): Mínimo/100 kcal: 1 mg Máximo/100 kcal: 2 mg. Yodo (I): Mínimo/100 kcal: 10 µg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 60 µg. Cobre (Cu): Mínimo/100 kcal: 35 µg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 120 µg. Cinc (Zn): Mínimo/100 kcal: 0,5 mg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 1,5 mg. Manganeso (Mn): Mínimo/100 kcal: 1 µg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 100 µg. Selenio (Se): Mínimo/100 kcal: 1 µg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 9 µg. Colina: Mínimo/100 kcal: 14 mg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 50 mg. Mioinositol (Inositol): Mínimo/100 kcal: 4 mg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 40 mg. L-Carnitina (Carnitina): Mínimo/100 kcal: 1,2 mg Máximo/100 kcal: 2,3 mg. Taurina: Mínimo/100 kcal: 4,7 mg Máximo/100 kcal: 12 mg. Nucleótidos **): Mínimo/100 kcal: 1,9 mg Máximo/100 kcal: 16 mg NSR/100 kcal: -. Fuente de proteína Contendrá los aminoácidos esenciales. Leche de vaca Proteínas Totales: Mínimo/100 kcal 1,8 g Máximo/100 kcal: 3,0 g NSR/100 kcal: -. Lípidos y ácidos grasos: Grasas: Mínimo/100 kcal: 4,4 g Máximo/100 kcal: 6 g NSR/100 kcal: -. ARA: Mínimo/100 kcal: 7 mg	35.20	616	21,683.20

				Máximo/100 kcal: S.E. DHA: Mínimo/100 kcal : 7 mg Máximo/100 kcal: S.E. NSR/100 kcal: (0,5 % de los ácidos grasos). Relación ARA:			
				DHA: Mínimo/100 kcal: 1:1 Máximo/100 kcal: 2:1. Ácido linoléico: Mínimo/100 kcal: 300 mg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 1 400 mg. Ácido alfa-linolénico: Mínimo/100 kcal : 50 mg Máximo/100 kcal: S. E. -. Hidratos de carbono. Hidratos de carbono: Mínimo/100 kcal: 9 g Máximo/100 kcal: 14 g NSR/100 kcal: -. Disposiciones Generales La proporción de ácido linoleico/alfa-linolénico mínimo 5:1, máximo 15:1 De manera opcional, la fuente de proteína podrá contener los aminoácidos esenciales (valina, leucina, isoleucina, treonina, lisina, metionina, fenilalanina y triptofano, y otros, regulados en la NORMA Oficial Mexicana NOM-131-SSA1- 2012) y en caso de ser adicionados se listarán en la ficha técnica. El contenido de ácidos grasos trans no será superior al 3% del contenido total de ácidos grasos en las fórmulas para lactantes. En las fórmulas para lactantes sólo podrán añadirse almidones naturalmente exentos de gluten precocidos y/o gelatinizados hasta un máximo de 30% del contenido total de hidratos de carbono y hasta un máximo de 2 g/100 ml. En las fórmulas para lactantes debe evitarse el uso de sacarosa, así como la adición de fructosa como ingrediente, salvo cuando sea necesario por justificación tecnológica. En las fórmulas para lactantes podrán añadirse otros nutrimentos/ingredientes normalmente presentes en la leche materna o humana en cantidad suficiente con la finalidad de lograr el efecto nutrimental o fisiológico de ésta, sobre la base de las cantidades presentes en la leche materna y para asegurarse que sea adecuado como fuente única de la nutrición del lactante. Su idoneidad e inocuidad debe estar demostrada científicamente. Se debe contar con evidencia científica que demuestre la utilidad de los nutrimentos/ingredientes opcionales que se utilicen y estar a disposición de la Secretaría de Salud cuando ésta lo solicite. Las fórmulas que contengan más de 1,8 g de proteínas por cada 100 kcal, deben incrementar el contenido de piridoxina en al menos 15 µg de piridoxina por cada gramo de proteína arriba de dicho valor. En la fórmula lista para ser consumida de acuerdo con las instrucciones descritas en la etiqueta. Si se añade ácido docosahexaenoico (DHA), el contenido de ácido araquidónico debe ser al menos el mismo que el de DHA y el contenido de ácido eicosapentaenoico (EPA) no debe exceder el contenido de DHA. ** Opcional S.E. Sin Especificación NSR: Nivel Superior de Referencia. Envase desde 360 g hasta 454 g polvo y medida dosificadora. Descripción complementaria: Clave: 030.000.0011.00			
TOTAL							2,544,201.25

Nota: La fuente de información para estimar los medicamentos antirretrovirales con recursos del Fondo de Salud para el Bienestar del Instituto de Salud para el Bienestar, será el Sistema de Administración Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR), por tanto, es obligatorio el uso del Sistema en las Entidades Federativas y que estas mantengan sus existencias y necesidades de medicamentos actualizadas a los cortes que establece el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA.

L00 CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

No.	PROGRAMA	INDICE	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL (PESOS)
2	Prevención y Control del Cáncer	4.3.2.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Reactivos y Juegos de reactivos para pruebas específicas Reactivos completos para la cuantificación de ácidos nucleicos de los siguientes microorganismos: Virus de Inmunodeficiencia Humana, de la Hepatitis B, Hepatitis C, Virus del Papiloma Humano, Citomegalovirus, Chlamydia trachomatis y Mycobacterium tuberculosis. Equipo para mínimo 10 pruebas. RTC. Descripción complementaria: Reactivos completos para la cuantificación de ácidos nucleicos de Virus de Papiloma Humano por	368.56	8,742	3,221,951.52

				PCR			
				TOTAL			3,221,951.52

000 CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL (PESOS)
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	4.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Clorhidrato de Xilacina al 2% (Uso veterinario)	139.00	60	8,340.00
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	4.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Tiletamina-Zolazepam al 10% (Uso veterinario) Descripción complementaria: Con 5 ml de diluyente.	520.00	152	79,040.00
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	4.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Amoxicilina (como trihidrato de amoxicilina) 150 mg, vehículo c.b.p. 1 ml. Frasco de 100 ml (Uso veterinario). Frasco con 100 ml	499.00	15	7,485.00
2	Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores e Intoxicación por Veneno de Artrópodos						
5	Dengue	7.3.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Plaguicidas (insecticidas) Descripción complementaria: Larvicida biorracional al 2.5%, caja con dos sacos de 10 kilos cada uno	36,700.00	7	256,900.00
5	Dengue	7.3.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Plaguicidas (insecticidas) Descripción complementaria: Larvicida biorracional al 37.4%, caja con 24 tarros de 500 gramos cada uno	19,518.25	5	97,591.25
5	Dengue	7.3.2.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Plaguicidas (insecticidas) Descripción complementaria: Adulticida Piretroide al 1.73% en base oleosa, caja con dos bidones de 10 litros	20,800.77	50	1,040,038.50
5	Dengue	7.3.3.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Plaguicidas (insecticidas) Descripción complementaria: Insecticida carbamato al 80%, caja con 20 bolsas resellables de aluminio Contenido: 5 sobres hidrosolubles de producto formulado de 125 gramos cada uno	15,952.92	25	398,823.00
5	Dengue	7.3.3.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Plaguicidas (insecticidas) Descripción complementaria: Insecticida organofosforado de acción residual al 28.16%, caja con 12 frascos de 833 mililitros	14,964.00	20	299,280.00
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	2.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (substancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Rifampicina, cápsula de 150mg, caja con 100 cápsulas	232.82	34	7,915.88
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	2.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (substancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Etambutol HCl 400 mg, caja con 672 tabletas	544.12	9	4,897.08
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	2.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (substancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Pirazinamida 400 mg, caja c/672 tabletas	351.85	11	3,870.35
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	2.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (substancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Pediátrico combinado, Fase Sostén (R75mg/H 50 mg) caja con 84 tabletas dispersables	147.77	5	738.85
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	2.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (substancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Rifampicina, cápsula de 300mg, caja de 100 cápsulas	364.31	49	17,851.19
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	2.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (substancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Pediátrico combinado, Fase Intensiva (R75mg/H 50 mg/Z 150 mg) caja con 84 tabletas dispersables	177.32	6	1,063.92
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (substancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Bedaquiline tableta 100 mg	37.91	10	379.10
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (substancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Bedaquiline tableta 100 mg	36.08	10	360.80
3	Programa Nacional de Prevención y	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (substancias y productos farmaceuticos)	0.53	416	220.48

	Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)			Descripción complementaria: Levofloxacin, tableta 250 mg			
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Imipenem y cilastatina. Solución Inyectable Cada frasco ampula con polvo contiene: Imipenem monohidratado equivalente a 500 mg de imipenem. Cilastatina sódica equivalente a 500 mg de cilastatina. Envase con un frasco ampula	71.00	1	71.00
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (sustancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Delamanid, tableta 50 mg	53.03	10	530.30
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (sustancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Prothionamida, tableta 250 mg	2.13	10	21.30
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Amikacina. Solución Inyectable. Cada ampolla o frasco ampula contiene: Sulfato de amikacina equivalente a 500 mg de amikacina. Envase con 1 ampolla o frasco ampula con 2 ml.	6.23	10	62.30
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (sustancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Cicloserina, cápsula 250 mg	5.25	10	52.50
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (sustancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Clofazimina, cápsula 100 mg	9.89	104	1,028.56
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (sustancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Etambutol HCl, tableta 400 mg	0.68	10	6.80
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (sustancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Isoniazida 300 mg, tableta	0.40	10	4.00
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (sustancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Moxifloxacin, tableta 400 mg	4.99	10	49.90
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (sustancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Amoxicilina + ácido Clavulánico tableta 500 mg /125 mg	2.60	10	26.00
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (sustancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Linezolid, tableta 600 mg	14.84	204	3,027.36
TOTAL							2,229,675.42

R00 CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL (PESOS)
1	Vacunación Universal	1.1.1.5	Ramo 12-Apoyo Federal	Vacuna Contra Difteria, Tos Ferina, Tetanos, Hepatitis B, Poliomieltis Y Haemophilus Influenzae Tipo B. Suspension Inyectable. Cada frasco ampula con 0.5 ml contiene: Toxoide diftérico no menos de 20 UI Toxoide tetánico no menos de 40 UI Toxoide pertussis 25 µg Hemaglutinina filamentosa 25 µg Poliovirus tipo 1 inactivado (Mahoney) 40 U Poliovirus tipo 2 inactivado (MEF1) 8 U Poliovirus tipo 3 inactivado (Saukett) 32 U Antígeno de superficie del virus de Hepatitis B 10 µg Polisacárido capsular de Haemophilus influenzae tipo b 12 µg Conjugado a la proteína tetánica 22-36 µg Envase con 10 frascos ampula con 1 dosis de 0.5 ml cada uno. Descripción complementaria: Vacuna Hexavalente, clave 020.000.6135.00 Capturado en dosis y precio por dosis	273.46	76,380	20,886,645.66
1	Vacunación Universal	2.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Vacuna antiinfluenza. Suspensión Inyectable. Cada dosis de 0.5 ml	677.24	22,415	15,180,334.60

				contiene:Fracciones antigénicas purificadas de virus de influenza inactivados correspondientes a las cepas autorizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el periodo pre-invernal e invernal de los años correspondientes del hemisferio norte. Envase con 1 frasco ampula con 5 ml cada uno (10 dosis). Descripción complementaria: Vacuna contra la Influenza Estacional. Envase con 1 frasco ampula con 5 ml cada uno (10 dosis) Clave 020.000.3822.01			
TOTAL							36,066,980.26

Gran total							44,274,137.45
-------------------	--	--	--	--	--	--	----------------------

NOTA: La descripción del objeto para el que serán utilizados los insumos que se indican en el presente anexo, se encuentran identificados en el Módulo de Reportes-Presupuestación-Ramo 12, (Formato Reporte de ramo 12 por entidad federativa, programa, fuente de financiamiento e insumo, bien o servicio), del Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas, SIAFFASPE, los cuales serán consumidos conforme a las metas e indicadores de cada Programa

Relación de insumos federales enviados en especie por "LOS PROGRAMAS" en materia de Salud Pública financiados con la fuente de financiamiento del ANEXO 4-INSUMOS.

L00 CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	CONCEPTO	CANTIDAD (VOLUMEN)
SIN DATOS					

O00 CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	CONCEPTO	CANTIDAD (VOLUMEN)
SIN DATOS					

R00 CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	CONCEPTO	CANTIDAD (VOLUMEN)
SIN DATOS					

GRAN TOTAL (PESOS)					0.00
---------------------------	--	--	--	--	-------------

NOTA: Para el programa de Planificación Familiar y Anticoncepción a cargo del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; los programas de Enfermedades Cardiometabólicas, Micobacteriósisis, Dengue y Zoonosis a cargo del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades; y para el programa de Vacunación, a cargo del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, tendrán como fuente de financiamiento adicional recursos de

presupuesto INSABI, y los recursos adicionales.

ÍNDICE: Representado por: *Número de Estrategia. Número de Línea de Acción, Número de Actividad General y Número de Acción Específica.*

APÉNDICE

La información de la distribución de los recursos presupuestarios del ramo 33, Aportación Estatal, y Otra, así como los del Instituto de Salud para el Bienestar, INSABI, ANEXO 4- INSUMOS y el Fondo de Salud para el Bienestar, FIDEICOMISO INSABI, no forman parte de los recursos federales ministrados por “LA SECRETARÍA” a “LA ENTIDAD” con motivo del presente convenio, se colocan sólo para efectos de la evaluación de la eficiencia y eficacia de “LOS PROGRAMAS”.

Resumen de recursos por fuente de financiamiento

(Monto pesos)

No.	UNIDAD RESPONSABLE / PROGRAMA DE ACCIÓN	SPPS RAMO 12		SUBTOTAL	RAMO 33 RECURSOS FINANCIEROS FASSA - P FASSA - C RECTORÍA	APORTACIÓN ESTATAL RECURSOS FINANCIEROS	OPORTUNIDADES RECURSOS FINANCIEROS	OTRA RECURSOS FINANCIEROS	SUBTOTAL	INSABI			SUBTOTAL	TOTAL
		RECURSOS FINANCIEROS CASSCO CAUSES	INSUMOS							ANEXO 4 – INSUMOS Y PRESUPUESTOS RECURSOS FINANCIEROS	SMS XXI – INSABI (PRESUPUESTO S E INSUMOS) RECURSOS FINANCIEROS	FIDEICOMISO INSABI RECURSOS FINANCIEROS		
310 DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD														
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	4,336,573.50	140,425.00	4,476,998.50	1,426,560.00	0.00	0.00	0.00	1,426,560.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5,903,558.50
Total:		4,336,573.50	140,425.00	4,476,998.50	1,426,560.00	0.00	0.00	0.00	1,426,560.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5,903,558.50
313 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL														
1	Salud Mental y Adicciones	240,744.79	0.00	240,744.79	1,196,249.00	0.00	0.00	0.00	1,196,249.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,436,993.79
1	Salud Mental	240,744.79	0.00	240,744.79	1,196,249.00	0.00	0.00	0.00	1,196,249.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,436,993.79
2	Adicciones	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Total:		240,744.79	0.00	240,744.79	1,196,249.00	0.00	0.00	0.00	1,196,249.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,436,993.79
315 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES														
1	Seguridad Vial	378,500.00	0.00	378,500.00	98,400.00	0.00	0.00	0.00	98,400.00	0.00	0.00	0.00	0.00	476,900.00
2	Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables	425,000.00	0.00	425,000.00	31,395.00	0.00	0.00	0.00	31,395.00	0.00	0.00	0.00	0.00	456,395.00
Total:		803,500.00	0.00	803,500.00	129,795.00	0.00	0.00	0.00	129,795.00	0.00	0.00	0.00	0.00	933,295.00
316 DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA														
1	Emergencias en Salud	1,464,935.00	0.00	1,464,935.00	2,017,266.92	0.00	0.00	0.00	2,017,266.92	0.00	0.00	0.00	0.00	3,482,201.92
1	Emergencias	732,467.50	0.00	732,467.50	1,833,866.92	0.00	0.00	0.00	1,833,866.92	0.00	0.00	0.00	0.00	2,566,334.42
2	Monitoreo	732,467.50	0.00	732,467.50	183,400.00	0.00	0.00	0.00	183,400.00	0.00	0.00	0.00	0.00	915,867.50
2	Vigilancia en Salud Pública por Laboratorio	1,062,440.00	70,904.00	1,133,344.00	723,329.56	0.00	0.00	0.00	723,329.56	0.00	0.00	0.00	0.00	1,856,673.56
Total:		2,527,375.00	70,904.00	2,598,279.00	2,740,596.48	0.00	0.00	0.00	2,740,596.48	0.00	0.00	0.00	0.00	5,338,875.48
K00 CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL VIH/SIDA														
1	VIH y otras ITS	1,644,700.82	2,544,201.25	4,188,902.07	3,297,800.00	0.00	0.00	0.00	3,297,800.00	0.00	0.00	0.00	0.00	7,486,702.07
2	Virus de Hepatitis C	434,480.00	0.00	434,480.00	130,100.00	0.00	0.00	0.00	130,100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	564,580.00
Total:		2,079,180.82	2,544,201.25	4,623,382.07	3,427,900.00	0.00	0.00	0.00	3,427,900.00	0.00	0.00	0.00	0.00	8,051,282.07
L00 CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA														
1	Salud Sexual y Reproductiva	19,994,655.85	0.00	19,994,655.85	4,330,310.00	0.00	0.00	0.00	4,330,310.00	0.00	0.00	0.00	0.00	24,324,965.85

No.	UNIDAD RESPONSABLE / PROGRAMA DE ACCIÓN		SPPS RAMO 12		SUBTOTAL	RAMO 33	APORTACIÓN ESTATAL	OPORTUNIDADES	OTRA	SUBTOTAL	INSABI			SUBTOTAL	TOTAL
			RECURSOS FINANCIEROS CASCO CAUSES	INSUMOS		RECURSOS FINANCIEROS FASSA - P FASSA - C RECTORIA	RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS FINANCIEROS		ANEXO 4 – INSUMOS Y PRESUPUESTOS	SMS XXI – INSABI (PRESUPUESTO S E INSUMOS)	FIDEICOMISO INSABI		
							RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS FINANCIEROS		RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS FINANCIEROS		
1	SSR para Adolescentes	2,774,544.00	0.00	2,774,544.00	397,240.00	0.00	0.00	0.00	397,240.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3,171,784.00	
2	PF y Anticoncepción	3,300,415.30	0.00	3,300,415.30	795,449.00	0.00	0.00	0.00	795,449.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4,095,864.30	
3	Salud Materna	6,079,098.25	0.00	6,079,098.25	1,333,300.00	0.00	0.00	0.00	1,333,300.00	0.00	0.00	0.00	0.00	7,412,398.25	
4	Salud Perinatal	2,336,832.30	0.00	2,336,832.30	1,008,000.00	0.00	0.00	0.00	1,008,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3,344,832.30	
5	Aborto Seguro	2,451,490.00	0.00	2,451,490.00	563,100.00	0.00	0.00	0.00	563,100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3,014,590.00	
6	Violencia de Género	3,052,276.00	0.00	3,052,276.00	233,221.00	0.00	0.00	0.00	233,221.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3,285,497.00	
2	Prevención y Control del Cáncer	5,152,363.63	3,221,951.52	8,374,315.15	7,018,112.00	0.00	0.00	0.00	7,018,112.00	0.00	0.00	0.00	0.00	15,392,427.15	
3	Igualdad de Género	865,447.00	0.00	865,447.00	987,250.00	0.00	0.00	0.00	987,250.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,852,697.00	
Total:		26,012,466.48	3,221,951.52	29,234,418.00	12,335,672.00	0.00	0.00	0.00	12,335,672.00	0.00	0.00	0.00	0.00	41,570,090.00	
000 CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES															
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	132,960.00	94,865.00	227,825.00	6,044,777.00	0.00	0.00	0.00	6,044,777.00	0.00	0.00	0.00	0.00	6,272,602.00	
2	Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores e Intoxicación por Veneno de Artrópodos	784,335.50	2,092,632.75	2,876,968.25	15,825,851.00	0.00	0.00	0.00	15,825,851.00	0.00	0.00	0.00	0.00	18,702,819.25	
1	Paludismo	264,771.00	0.00	264,771.00	2,824,237.00	0.00	0.00	0.00	2,824,237.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3,089,008.00	
2	Enfermedad de Chagas	0.00	0.00	0.00	131,163.00	0.00	0.00	0.00	131,163.00	0.00	0.00	0.00	0.00	131,163.00	
3	Leishmaniasis	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
4	Intoxicación por Artrópodos	0.00	0.00	0.00	2,878,986.00	0.00	0.00	0.00	2,878,986.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2,878,986.00	
5	Dengue	519,564.50	2,092,632.75	2,612,197.25	9,991,465.00	0.00	0.00	0.00	9,991,465.00	0.00	0.00	0.00	0.00	12,603,662.25	
6	Vigilancia Post Oncocercosis	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	0.00	42,177.67	42,177.67	1,674,400.00	0.00	0.00	0.00	1,674,400.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,716,577.67	
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	0.00	0.00	0.00	1,116,017.96	0.00	0.00	0.00	1,116,017.96	0.00	0.00	0.00	0.00	1,116,017.96	
5	Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones Respiratorias Agudas (Neumonías, Influenza y COVID-19)	0.00	0.00	0.00	118,300.00	0.00	0.00	0.00	118,300.00	0.00	0.00	0.00	0.00	118,300.00	
6	Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas	98,557.83	0.00	98,557.83	404,600.00	0.00	0.00	0.00	404,600.00	0.00	0.00	0.00	0.00	503,157.83	
7	Enfermedades Cardiometabólicas	3,399,369.00	0.00	3,399,369.00	14,856,726.00	0.00	0.00	0.00	14,856,726.00	0.00	0.00	0.00	0.00	18,256,095.00	
8	Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento	778,320.00	0.00	778,320.00	699,513.00	0.00	0.00	0.00	699,513.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,477,833.00	
9	Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	204,730.00	0.00	204,730.00	39,014,714.88	0.00	0.00	0.00	39,014,714.88	0.00	0.00	0.00	0.00	39,219,444.88	

No.	UNIDAD RESPONSABLE / PROGRAMA DE ACCIÓN	SPPS RAMO 12		SUBTOTAL	RAMO 33	APORTACIÓN ESTATAL	OPORTUNIDADES	OTRA	SUBTOTAL	INSABI			SUBTOTAL	TOTAL
		RECURSOS FINANCIEROS CASSCO CAUSES	INSUMOS		RECURSOS FINANCIEROS FASSA - P FASSA - C RECTORIA	RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS FINANCIEROS		ANEXO 4 – INSUMOS Y PRESUPUESTOS	SMS XXI – INSABI (PRESUPUESTO S E INSUMOS)	FIDEICOMISO INSABI		
										RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS FINANCIEROS		
10	Prevención y Control de Enfermedades Diarréicas Agudas	84,650.00	0.00	84,650.00	156,941.55	0.00	0.00	0.00	156,941.55	0.00	0.00	0.00	0.00	241,591.55
Total:		5,482,922.33	2,229,675.42	7,712,597.75	79,911,841.39	0.00	0.00	0.00	79,911,841.39	0.00	0.00	0.00	0.00	87,624,439.14
R00 CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA														
1	Vacunación Universal	2,008,719.00	36,066,980.26	38,075,699.26	3,858,554.00	0.00	0.00	0.00	3,858,554.00	0.00	0.00	0.00	0.00	41,934,253.26
2	Atención a la Salud de la Adolescencia	0.00	0.00	0.00	59,380.00	0.00	0.00	0.00	59,380.00	0.00	0.00	0.00	0.00	59,380.00
3	Atención a la Salud en la Infancia	0.00	0.00	0.00	491,758.00	0.00	0.00	0.00	491,758.00	0.00	0.00	0.00	0.00	491,758.00
4	Diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer en menores de 18 años	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Total:		2,008,719.00	36,066,980.26	38,075,699.26	4,409,692.00	0.00	0.00	0.00	4,409,692.00	0.00	0.00	0.00	0.00	42,485,391.26
Gran Total:		43,491,481.92	44,274,137.45	87,765,619.37	105,578,305.87	0.00	0.00	0.00	105,578,305.87	0.00	0.00	0.00	0.00	193,343,925.24

NOTA: La descripción detallada de los insumos/servicios a adquirir o contratar con los recursos que se indican en el presente Apéndice, se encuentran identificados en los siguientes módulos del Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas, SIAFFASPE: Módulo de Reportes-Presupuestación-Ramo 12 (Formato Reporte de ramo 12 por entidad federativa, programa, fuente de financiamiento e insumo, bien o servicio); Módulo de Reportes-Presupuestación-Ramo 33 (Formato Reporte de ramo 33 por entidad federativa, programa, fuente de financiamiento e insumo, bien o servicio) y Módulo de Presupuestación-INSABI-Insumos-Captura y Validación.

SEGUNDA. “LAS PARTES” acuerdan que, salvo por lo expresamente estipulado en el presente instrumento jurídico, todas las demás obligaciones del “CONVENIO PRINCIPAL” permanecerán sin cambio alguno, por lo que reconocen y ratifican la plena vigencia y obligatoriedad del “CONVENIO PRINCIPAL”.

TERCERA. “LAS PARTES” convienen en que la ejecución del presente instrumento no constituye una novación de cualquier obligación establecida en el “CONVENIO PRINCIPAL”.

CUARTA. “LAS PARTES” convienen en que, para la interpretación y cumplimiento del presente Convenio, será aplicable el derecho federal vigente y se someten irrevocablemente a la jurisdicción de los tribunales federales competentes en la Ciudad de México, renunciando a cualquier otra jurisdicción que, en razón de su domicilio presente o futuro o por cualquier otra razón, les pudiera corresponder.

QUINTA. El presente Convenio Modificadorio empezará surtir efectos a partir de la fecha de su firma, y se mantendrá en vigor hasta el 31 de diciembre de 2022.

Estando enteradas las partes del contenido y alcance legal del presente Convenio Modificadorio, lo firman por cuadruplicado a los un día del mes de junio de dos mil veintidós.- Por la Secretaría: Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Dr. **Hugo López Gatell Ramírez.**- Rúbrica.- Director General de Promoción de la Salud, Dr. **Ricardo Cortés Alcalá.**- Rúbrica.- Director General de Epidemiología, Dr. **Gabriel García Rodríguez.**- Rúbrica.- Secretaria Técnica del Consejo Nacional de Salud Mental, Mtra. **Diana Iris Tejadilla Orozco.**- Rúbrica.- Secretaria Técnica del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes, Dra. **Ana Lucía de la Garza Barroso.**- Rúbrica.- Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Dra. **Karla Berdichevsky Feldman.**- Rúbrica.- Director General del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, Dr. **Ruy López Ridaura.**- Rúbrica.- Directora General del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA, Dra. **Alethse De La Torre Rosas.**- Rúbrica.- Director de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Dr. **José Luis Díaz Ortega.**- Rúbrica.- Director General de Información en Salud, Dr. **Dwight Daniel Dyer Leal.**- Rúbrica.- Director General del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, Dr. **Jorge Enrique Trejo Gómora.**- Rúbrica.- Director General de los Servicios de Atención Psiquiátrica, Dr. **Juan Manuel Quijada Gaytán.**- Rúbrica.- Comisionado Nacional contra las Adicciones, Dr. **Gady Zabicky Siro.**- Rúbrica.- Por la Entidad: Secretaria de Salud del Poder Ejecutivo del Estado y

Coordinadora General de Servicios de Salud del Estado de Querétaro, Dra. **María Martina Pérez Rendón**.- Rúbrica.- Secretario de Finanzas del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro, L.A. **Gustavo Arturo Leal Maya**.- Rúbrica.

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

EXTRACTO del Acuerdo por el que se expiden los lineamientos para la certificación de casos de niñas, niños y adolescentes en situación de exposición o abandono y para decretar su susceptibilidad de adopción del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

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.

EXTRACTO DEL ACUERDO POR EL QUE SE EXPIDEN LOS LINEAMIENTOS PARA LA CERTIFICACIÓN DE CASOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE EXPOSICIÓN O ABANDONO Y PARA DECRETAR SU SUSCEPTIBILIDAD DE ADOPCIÓN DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA.

NURIA MARÍA FERNÁNDEZ ESPRESATE, Titular del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 1o., párrafos segundo y tercero, 4o., párrafo noveno de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción IV, 30 Bis 1, 30 Bis 3 y 122, fracción X de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes; 4o., fracción I, inciso d) y 9, fracción XIV de la Ley de Asistencia Social; 59, fracción V, de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales; 4 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; y 10, fracciones XVI y XVII, y 17, fracción XXVI, del Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia; tengo a bien expedir el siguiente ACUERDO; mismo que tiene como propósito establecer las bases para llevar a cabo la Certificación prevista en el artículo 30 Bis 1 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, en los casos de personas menores de edad que se encuentren en situación de exposición o abandono y para decretar su susceptibilidad de adopción.

La versión íntegra; está disponible en la siguiente dirección electrónica:

http://sitios.dif.gob.mx/normateca/wp-content/Archivos/Procuraduria/lin_certificacion.pdf

Página DOF:

www.dof.gob.mx/2022/DIF/LineamientosCertificacion.pdf

Lo anterior en cumplimiento a la normatividad antes mencionada, así como al artículo 4 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, en relación con el último párrafo del artículo segundo del "ACUERDO que modifica al diverso por el que se instruye a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como a la Procuraduría General de la República a abstenerse de emitir regulación en las materias que se indican, publicado el 10 de agosto de 2010."; y artículos 2o. y 3o., fracción III, de la Ley del Diario Oficial de la Federación y Gacetas Gubernamentales.

Ciudad de México, a 29 de agosto de 2022.- La Titular del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, **Nuria María Fernández Espresate**.- Rúbrica.

(R.- 525895)

PODER JUDICIAL

SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACION

SENTENCIA dictada por el Tribunal Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación en la Acción de Inconstitucionalidad 168/2021, así como los Votos Aclaratorio de la señora Ministra Ana Margarita Ríos Farjat y Concurrente del señor Ministro Presidente Arturo Zaldívar Lelo de Larrea.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Suprema Corte de Justicia de la Nación.- Secretaría General de Acuerdos.

ACCIÓN DE INCONSTITUCIONALIDAD 168/2021

**PROMOVENTE: COMISIÓN NACIONAL DE LOS
DERECHOS HUMANOS**

VISTO BUENO

SR/A. MINISTRA/O

PONENTE: MINISTRO JUAN LUIS GONZÁLEZ ALCÁNTARA CARRANCÁ

COTEJÓ

SECRETARIOS: MONSERRAT CID CABELLO Y OMAR CRUZ CAMACHO

COLABORÓ: GABRIELA MELGOSA GONZÁLEZ

Ciudad de México. El Tribunal Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en sesión correspondiente al siete de junio de dos mil veintidós, emite la siguiente:

SENTENCIA

Mediante la cual se resuelve la acción de inconstitucionalidad 168/2021, promovida por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en contra de los artículos 5, fracción X, en su porción normativa “*e involuntario*”, 7, fracción V, en sus porciones normativas “*en el caso de internamiento involuntario*” y “*o se compruebe que el tratamiento es el más indicado para atender las necesidades del paciente*”; 49, fracción II, en su porción “*o representen un riesgo inmediato para sí mismos o para los demás*”; y 52, todos de la Ley de Salud Mental del Estado de Puebla, expedida mediante Decreto publicado el doce de octubre de dos mil veintiuno en el Periódico Oficial de dicha entidad.

ANTECEDENTES Y TRÁMITE DE LA DEMANDA

1. **Presentación del escrito inicial.** El once de noviembre de dos mil veintiuno, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos presentó acción de inconstitucionalidad y señaló como autoridades demandadas a los Poderes Ejecutivo y Legislativo, ambos del Estado de Puebla.
2. **Conceptos de invalidez.** En su escrito inicial, la Comisión accionante expuso un único concepto de invalidez:
 - a. Señaló que la regulación impugnada involucra a personas que viven con alguna alteración de la salud mental, mismas que forman parte del universo de las discapacidades intelectuales, mentales y/o psicosociales, por lo que el ordenamiento debe analizarse a la luz del modelo social de discapacidad propuesto por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
 - b. Posteriormente, expuso los parámetros relativos al contexto de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y mental; al derecho a la igualdad y no discriminación de las personas con discapacidad; al derecho al reconocimiento de la personalidad y capacidad jurídicas de las personas con discapacidad; al derecho a la protección de la salud y al consentimiento informado de las personas con discapacidad.
 - c. Finalmente esgrime los argumentos por los que tilda de inconstitucionales las normas, mismos que se dividen en tres tópicos:
 - d. Inconstitucionalidad de los artículos 5, fracción X, en su porción normativa “*e involuntario*”, y 52, que regulan el internamiento involuntario. Aduce que la Ley impugnada contempla el ingreso voluntario, de emergencia, por orden de autoridad y el involuntario. Sin embargo, no obstante que los ingresos de emergencia e involuntario pueden confundirse, no son iguales. Una primera nota distintiva se infiere en que el internamiento de emergencia se enfoca en casos excepcionales en que la salud e integridad de la persona están siendo afectadas por una situación particular, por lo que no puede postergarse la atención médica, y ésta podrá llevarse sin el consentimiento de la persona, y una vez que la situación que afectaba la salud de la persona ha sido controlada, se le informará para que su internamiento pase a la calidad de voluntario.

- e. Lo anterior no acontece en el internamiento involuntario, ya que implica que la persona no puede decidir al respecto, pues la ley considera que se encuentra impedida para hacerlo en virtud de una incapacidad transitoria o permanente, es decir, la norma desconoce la capacidad de decisión de la persona. Aunado a que la norma no establece una duración o periodo mínimo de internamiento, como sí se desprende del internamiento de emergencia.
- f. Sentado lo anterior, centra su argumento en que el internamiento involuntario, como sistema integral, es inconstitucional por justificar su procedencia sin el consentimiento de la persona usuaria por incapacidad transitoria o permanente. Arguye que los artículos 5, fracción X, en su porción impugnada y 52, que contemplan este internamiento involuntario, transgreden los derechos de reconocimiento de la capacidad jurídica, libertad y consentimiento informado de las personas con discapacidad mental, intelectual y/o psicosocial.
- g. Señala que a la luz de los artículos 5 y 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, no existe justificación para realizar diferencias respecto del reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad frente a las demás. De ahí que en todo momento, y de manera específica en los temas relacionados con su salud y los tratamientos médicos recomendados, ese sector de la población tiene la capacidad de decidir de manera autónoma e independiente si quiere continuar o no con un tratamiento determinado, como lo son los internamientos en hospitales psiquiátricos, la medicación o cualquier otro aspecto vinculado con su salud.
- h. Además, aduce que la observancia de ese derecho incluye el respeto del derecho a la libertad y a la seguridad personal previsto en el artículo 14 del referido ordenamiento convencional, ya que la negación de su capacidad y su privación en instituciones contra su voluntad, sin su consentimiento o con el consentimiento del sustituto en la adopción de decisiones, se constituye como una privación arbitraria de la libertad.
- i. Las normas impugnadas transgreden los derechos humanos de las personas que viven con un trastorno mental y de comportamiento, en términos de los artículos 12 y 14 de la referida Convención, derivado de que el internamiento involuntario se fundamenta en el modelo médico rehabilitador, proteccionista y asistencialista de la discapacidad, pues permite que sea una persona distinta quien decida sobre la solicitud y procedencia de la medida y no propiamente la persona que será internada, vulnerando su derecho a decidir de manera independiente respecto de su situación personal, libertad y salud.
- j. Advierte que la norma *ipso facto* desconoce la capacidad jurídica de las personas con discapacidad que viven con alguna deficiencia transitoria o permanente, considerándolas como personas incapaces de tomar sus propias decisiones, de ahí que el legislador poblano tiene la obligación de reconocer y respetar en todo momento la capacidad de tomar decisiones de las personas con algún trastorno mental y de comportamiento, y al no hacerlo, impidió la manifestación de su voluntad respecto de un tema fundamental en su vida como lo es la salud. Ello, pues del análisis de la ley impugnada, no se desprende ningún otro artículo encaminado a salvaguardar la voluntad de las personas sometidas a este tipo de internamiento, y en todo caso, de proporcionar acceso a un sistema de apoyo proporcional a las necesidades en la toma de decisiones.
- k. En ese sentido, señala que pese a que existen casos severos en los que conocer la voluntad de las personas puede parecer imposible, lo cierto es que las autoridades, particularmente médicas, tienen la obligación de llevar a cabo todas las medidas posibles para buscar obtenerla a través de un sistema de apoyo integrado por personas cercanas a la persona, profesionistas en la salud, psicólogos, psiquiatras, abogados, que a través de un trabajo multidisciplinario pudieran desentrañar su voluntad, y en caso de que no diera resultado, a través de las personas más cercanas, procurar que las decisiones se tomen conforme a la experiencia de vida de la persona y sus intereses en general, sin que se llegue a una influencia indebida.
- l. Argumenta la evidencia de que el desconocimiento de la capacidad jurídica no tiene una justificación válida derivado del nuevo paradigma de la discapacidad, pues existen medidas encaminadas a conocer su voluntad aún en los casos más severos en los que el apoyo sea más intenso. En consecuencia, no tiene cabida en ningún ordenamiento jurídico la sustitución de la voluntad de esas personas respecto a cualquier tema que les pudiera afectar directamente.

- m. Inconstitucionalidad del artículo 7, fracción V, en sus porciones normativas “en el caso de internamiento involuntario” y “o se compruebe que el tratamiento es el más indicado para atender las necesidades del paciente”, por transgredir el consentimiento informado de cualquier tratamiento médico. La Comisión accionante señala que tal disposición vulnera el derecho al consentimiento informado de las personas con discapacidad, y, en consecuencia, su derecho a la salud.
- n. El consentimiento informado implica que todos los tratamientos médicos deben ser informados y consentidos por los pacientes conforme a la explicación dada por el médico tratante, respetando la voluntad de los pacientes en todo momento respecto de si quieren o no continuar con dicho tratamiento. Por tanto, se conforma de dos derechos, el derecho a la información y la libertad de elección.
- o. Señala que el consentimiento informado tiene que ser analizado e interpretado conforme los artículos 5, 12 y 25 de la Convención, por lo que respecto a cualquier tratamiento médico tiene que ser: respetado y garantizado en igualdad de condiciones que las demás personas; se debe respetar la voluntad de la persona a quien se le encomienda algún tratamiento; y el acceso al derecho a la protección de la salud debe ser sobre la base de un consentimiento libre e informado.
- p. El artículo impugnado establece el derecho al consentimiento informado de las personas con discapacidad representada como un trastorno mental y del comportamiento, sin embargo, exceptúa dicho consentimiento cuando se trate de internamiento involuntario o se compruebe que el tratamiento es el más indicado para atender las necesidades del paciente.
- q. Lo anterior desconoce la capacidad de tomar decisiones de forma independiente por el hecho de vivir con discapacidad, así, el legislador local estableció de manera general y sin considerar algún tipo de medida o apoyo para conocer la voluntad de las personas que serán sometidas a internamiento involuntario, respecto a cuestiones relacionadas con su salud, transgrediendo los derechos al consentimiento informado, a la libertad personal, dignidad, vida privada y el acceso a la información.
- r. Esto, pues las personas tienen el derecho a decidir de manera independiente, conforme a sus intereses personales, en el desarrollo de su vida y salud, sobre si quieren o no someterse a determinado tratamiento médico, pues existe un gran número de variables que intervienen en esa decisión, como diferentes tratamientos médicos que, a juicio de las personas, sólo será aquél que consideren sea el más adecuado o al que quieren y estén dispuestas a llevar a cabo.
- s. Además, respecto a la porción normativa “o se compruebe que el tratamiento es el más indicado para atender las necesidades del paciente”, también resulta una norma demasiado amplia, permitiendo la discrecionalidad al personal médico para que, conforme a su arbitrio, estime qué tratamiento recomendado es el adecuado, sin antes consultarlo con el paciente o sus familiares.
- t. Inconstitucionalidad de los artículos 49, fracción II, en su porción “o representen un riesgo inmediato para sí mismos o para los demás”, y 52, párrafo primero, en su porción “y que debido a dicho trastorno existe un peligro grave o inmediato para sí mismo o para terceros”, por lenguaje discriminatorio. La Comisión accionante señala que el artículo 49 regula el internamiento de emergencia, mismo que tendrá lugar cuando se requiera atención urgente o “representen un riesgo inmediato para sí mismos o para los demás”, lo que constituye una discriminación indirecta, pues refuerza los estereotipos y estigmas en torno a las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y mental que han predominado históricamente, toda vez que se parte de una premisa basada en la “peligrosidad” de dicho sector.
- u. Respecto al artículo 52, párrafo primero, en su porción “y que debido a dicho trastorno existe un peligro grave o inmediato para sí mismo o para terceros”, aduce que adolece del mismo vicio, pues admite el internamiento involuntario basado en estimaciones de “peligrosidad” perpetuando estereotipos y estigmas en torno a las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y mental.
- v. El artículo 52 en su totalidad se encuentra permeado de estereotipos, estigmas y prejuicios que excluyen, segregan, aíslan y desconocen la dignidad humana de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y mental, pues permite que se silencie y confine a esta población con el ánimo de invisibilizarla y evitar que “molesten o importunen” al resto de la sociedad.

- w. Además, en el caso de las discapacidades psicosocial, intelectual y mental se tienen concepciones relativas a violencia, sensación de peligro, incapacidad para tomar decisiones, desesperanza, entre otros, mismas que se proyectan en las porciones normativas impugnadas, por lo que bastaba que el legislador local estableciera que el ingreso de emergencia tendría lugar cuando se requiera asistencia urgente.
 - x. En consecuencia, se impone a las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y mental, atribuciones que trastocan su dignidad humana y desconocen su autonomía humana, así como su capacidad para tomar decisiones.
3. **Admisión y trámite.** El Ministro Presidente formó y registró el expediente de esta acción de inconstitucionalidad en el momento oportuno y ordenó su turno al Ministro Instructor, por proveído de diecisiete de noviembre de dos mil veintiuno, el cual admitió el presente medio de control y realizó los requerimientos y trámites ordenados por ley, mediante acuerdo de diecinueve de noviembre del mismo año.
4. **Informe del Poder Legislativo del Estado de Puebla.** El poder local argumentó, en síntesis:
- a. Cuestión Previa. Señaló que los principios de conservación de la norma y el derecho son criterios hermenéuticos que debe considerar el juzgador constitucional al momento de valorar la posibilidad de expulsar una norma del ordenamiento jurídico. Ello, pues no debe perderse de vista el principio democrático que es fundamento de la ley ordinaria como de la propia Constitución, razón por la que los tribunales constitucionales únicamente deberán recurrir a la expulsión del orden jurídico como medida *in extremis*, esto es, primero deberán agotar todas las herramientas interpretativas y jurisdiccionales a su alcance para salvar la constitucionalidad de una norma impugnada, incluida la interpretación conforme.
 - b. Aduce que la completitud del orden jurídico implica que éste debe encontrar siempre una respuesta y se caracteriza por la aversión a las lagunas jurídicas. En ese sentido, si bien las más recientes elaboraciones de la teoría del derecho reconocen la existencia de diversas lagunas jurídicas, poco a poco alzan las voces respecto de la función integradora del juzgador constitucional mediante el colmado de lagunas.
 - c. Por otro lado, está la coherencia del orden jurídico, que se impone sobre un tribunal constitucional, en la medida que debe tener especial cuidado en no resolver o interpretar el sistema jurídico de manera que pueda devenir en incoherencias y contradicciones que le resten eficacia.
 - d. Lo anterior, aplicado al caso concreto, implicará que este Tribunal no debe simplemente anular una disposición sin tener cuidado suficiente de asumir la consecuencia interpretativa que implicará la laguna jurídica resultante, y, por lo tanto, deberá dar efectos a las sentencias de invalidez que procuren evitar dicho vacío, o en todo caso, llevar a cabo un ejercicio interpretativo que así lo evite.
 - e. Argumentos para sostener la validez de la norma. Aduce que de una interpretación literal del artículo 4 constitucional se desprende que será la ley la que definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 constitucional.
 - f. En ese sentido, inserta un cuadro comparativo de la ley impugnada con la Ley General de Salud para concluir que, toda vez que se trata de una facultad concurrente, el Congreso local armonizó los artículos impugnados con la Ley General de Salud respecto del tratamiento de personas con discapacidad intelectual, mental o psicosocial, por lo que, en todo caso, la accionante debió impugnar la Ley General.
 - g. Respecto del internamiento involuntario, es necesario precisar que cuando se realiza el internamiento de una persona con problemas de salud mental, quizá no se afecte su libertad, pues no es lo mismo recluir a un delincuente o a un enfermo contagioso que internar a una persona con problemas de salud mental sin voluntad. Tal afirmación requiere una matización. El internamiento involuntario afecta sin duda la libertad (deambulatoria) de la persona. Otra cosa es que el sujeto internado no sea él mismo "libre", es decir, que carezca de la capacidad de autogobierno que precisamente legitima la privación física de su libertad, luego entonces, un elemento fundamental es la voluntad de la persona.

- h. Así, no tiene razón la accionante de impugnar la inconstitucionalidad de los artículos 5, fracción X, y 52 de la Ley de Salud Mental del Estado de Puebla, pues señala que hay una omisión legislativa, lo cual no acontece, ya que la ley impugnada reconoce a las personas con discapacidad su personalidad jurídica, además de que en la ley impugnada se han adoptado medidas para el apoyo y salvaguardias que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica.
- i. En otro tema, respecto a la transgresión al consentimiento informado contenido en la porción impugnada del artículo 7, fracción V, la accionante no tiene razón, ya que si se lee el artículo en su integridad, queda claro que en su fracción II se dispone que las personas que padezcan un trastorno mental serán tratados con respeto a su dignidad, cultura, valores y sin discriminación, lo que se corrobora con su fracción VII, que dispone que el tratamiento que reciba la persona con trastorno mental esté basado en un plan prescrito individualmente con historial clínico y revisado periódicamente y conforme a los principios médicos científicamente aceptados, como lo dispone la diversa fracción III.
- j. El artículo 7, fracción V, impugnado, da cabal cumplimiento al artículo 4 constitucional, al establecer en su fracción I que es un derecho de las personas que padezcan un trastorno mental y del comportamiento recibir atención de calidad y continuidad en materia de salud mental, garantizando su derecho a la salud. Asimismo, tampoco se transgrede el artículo 73, fracción XVI, constitucional.
- k. Derivado de todo lo anterior, el artículo 7, fracción V, tampoco viola lo dispuesto en el artículo 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- l. En otro tenor, la accionante impugna la inconstitucionalidad de los artículos 49 y 52 por utilizar un lenguaje discriminatorio, sin embargo, no le asiste la razón, pues lo que las porciones impugnadas establecen es para darle una atención a los pacientes que sufren de un problema de salud mental y en ninguna parte se desprende que sirvan para confinar a esa población con el ánimo de invisibilizarla y evitar que molesten o importunen, a través de estereotipos o estigmas que los excluyen, segreguen, aíslen y desconocen la dignidad humana.
- m. El espíritu de la ley es que se dé una atención integral a los pacientes con problemas de salud mental, ya que se prevé que el problema que tengan pueda representar un riesgo inmediato para sí mismos o para los demás, y que debido a dicho trastorno existe un peligro grave o inmediato para sí mismo o para terceros, lo que debe analizarse en todo el contexto de los artículos impugnados.
- n. Asimismo, es criterio jurisprudencial de la Primera Sala de este Alto Tribunal, que los conceptos jurídicos no escapan a la indeterminación que es propia y natural del lenguaje, cuya abstracción adquiere un sentido preciso cuando se contextualizan en las circunstancias específicas de los casos concretos. En estos casos, el legislador, por no ser omnisciente y desconocer de antemano todas las combinaciones y circunstancias futuras de aplicación, se ve en la necesidad de emplear conceptos jurídicos indeterminados cuyas condiciones de aplicación no puedan preverse en todo su alcance posible porque la solución de un asunto concreto depende de la apreciación particular de las circunstancias que concurren, lo cual no significa que necesariamente la norma se torne insegura o inconstitucional.
- o. Por otro lado, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se refiere a personas que sufren cualquier tipo de discapacidad, es decir, no es una regulación específica para personas con discapacidad mental, intelectual o psicosocial.
- p. La Ley de Salud Mental del Estado no pretende transgredir lo dispuesto en el artículo 14 de la citada Convención, pues no prevé ni establece una privación ilegal o arbitraria de la libertad de una persona con discapacidad, sino que, prevé puntualmente una serie de requisitos estrictos que, excepcionalmente, pueden justificar la reclusión involuntaria de una persona con discapacidad mental o intelectual, y solo cuando sea necesario para su propia protección o la de terceros. Dichos requisitos son garantías en favor de las personas con discapacidad mental o intelectual, que aseguran que no se les podrá recluir arbitrariamente y menos aún, de manera ilegal, lo que origina que sea una norma justa.
- q. La ley impugnada tampoco prevé la aplicación de tratamientos médico-psiquiátricos forzosos. Únicamente establece la reclusión involuntaria en caso de que ello sea estrictamente necesario para la seguridad de la persona enferma o de terceros. La ley no permite la reclusión involuntaria basada únicamente en la discapacidad de una persona.

- r. Así, la Convención no prohíbe la reclusión involuntaria, lo que prohíbe es que ésta sea ilegal o arbitraria, lo que no acontece en el caso.
- s. Manifestado lo anterior, puede darse una indeseada reclusión ilegal o arbitraria, no obstante, esto será un problema de aplicación de la ley, de estricta legalidad y no de convencionalidad ni constitucionalidad.
- t. En ese tenor, el Estado debe contar con las herramientas para proteger a la población, ya sea porque la persona puede infringirse autolesiones, o que pueda agredir a terceros. De acuerdo con la legislación penal de la mayoría de los países en un “Estado de Derecho”, padecer una enfermedad mental constituye una excluyente de responsabilidad (inimputabilidad) en caso de haber cometido un delito, lo que significa que pese a que se trate de un delincuente extremadamente peligroso, no se puede recluir en una cárcel pero sí se puede internar en un centro de salud mental, aún en contra de su voluntad, y de hecho debe hacerse, en beneficio de la seguridad del propio enfermo, y especialmente, de otras personas a quienes podría dañar.

5. **Informe del Poder Ejecutivo del Estado de Puebla.** El poder local argumentó, en síntesis:

- a. Reiteró los argumentos de la cuestión previa vertidos por el poder legislativo en su informe, relativos a los principios de conservación de la norma y el derecho, la interpretación conforme y la completitud y coherencia del orden jurídico.
- b. La promulgación y publicación de las normas impugnadas no es inconstitucional o inconventional, ya que el Gobernador del Estado cuenta con dichas atribuciones de conformidad con la Constitución local y la Ley Orgánica del Poder Legislativo del Estado.
- c. De conformidad con los artículos 1, 4, 73, fracción XVI, y 124, constitucionales, y con el capítulo VII de la Ley General de Salud, es que se crea la Ley de Salud Mental del Estado de Puebla.
- d. El derecho a la salud está reconocido en el artículo 4 constitucional, que 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 que dispone el artículo 73, fracción XVI, de la propia constitución.
- e. Dicha Ley reglamentaria es la Ley General de Salud, que en su artículo 3, fracción VI, establece que se considera a la salud mental como materia de salubridad general.
- f. Asimismo, de una comparativa entre la ley local impugnada y la Ley General de Salud, se advierte claramente la armonización que existe entre ambas, por lo que se da cumplimiento al mandato contenido en el artículo 4 constitucional. Así, al ser la Ley General de Salud la que establece los lineamientos a seguir en materia de salubridad general, queda claro que con la emisión de la norma impugnada se respetó el parámetro de regularidad constitucional, ya que, conforme al principio de materias concurrentes, la ley general de la materia constituye el parámetro de validez para el estudio de constitucionalidad de las leyes del estado de Puebla en materia de salud.
- g. Por otro lado, el derecho a la salud es un principio constitucional que debe ser garantizado para cumplir con la responsabilidad de todos los poderes públicos de asegurar el ejercicio de los derechos de hombres y mujeres en condiciones de igualdad y no discriminación, por tanto, la ley impugnada se creó con apego al artículo 1 constitucional y a los artículos 7 y 11 de la constitución local.
- h. Los artículos impugnados se encuentran armonizados con la Constitución Federal, tratados internacionales, la Constitución Estatal y las leyes que de ella emanan. La Ley de Salud Mental del Estado de Puebla, en sus artículos 1 y 3 reconoce y establece el respeto a los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y del comportamiento, imponiendo una obligación a las autoridades en materia de salud, a garantizar y velar el cumplimiento de ese derecho mediante estrategias, acciones y políticas transversales.
- i. En su artículo 5 se definen una serie de principios de la ley, y en su artículo 7 se establecen los derechos de las personas que padezcan un trastorno mental y del comportamiento, por lo que queda en evidencia que los derechos de las personas con alguna discapacidad mental están salvaguardados, incluido el derecho de audiencia, a través de la participación y el consentimiento informado.
- j. Respecto al tratamiento e internamiento involuntarios, la accionante hace precisiones equivocadas al afirmar y no justificar que se violan los principios de igualdad y no discriminación de las personas con trastornos mentales y del comportamiento. Ello, porque la autoridad omitió desarrollar conceptos de invalidez o argumentos dirigidos a demostrar dicha inconstitucionalidad, debiéndose actualizar la causal de improcedencia prevista en la fracción VIII, del artículo 19 de la Ley Reglamentaria.

- k. Se precisa que el artículo 14 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se refiere de manera general a personas con cualquier tipo de discapacidad, no a una regulación específica para personas con discapacidad mental, intelectual o psicosocial. Esto adquiere relevancia si se toma en cuenta que la Ley General de Salud sí tiene destinatario específico, estableciendo el internamiento involuntario como medida extraordinaria, tomando en consideración la naturaleza de esta discapacidad, en la cual, a diferencia de otras, sí puede llegar a generar un riesgo en la vida y bienestar del sujeto en cuestión, así como de las personas que lo rodean.
 - l. Es relevante aclarar que el internamiento involuntario actúa como un mecanismo extraordinario y de emergencia para “suplir” la incapacidad temporal o permanente del paciente para manifestar su voluntad y consentimiento con el tratamiento médico prescrito. Sin embargo, en ningún momento pretende ser un mecanismo para contradecir la voluntad del paciente y en ningún caso deberá ser interpretado como tal. Esto es, el internamiento involuntario de ninguna manera deberá ser utilizado en contra de la voluntad del paciente, es decir, no es un internamiento forzoso.
 - m. Así, el legislador local no estableció una privación ilegal o arbitraria de la libertad de una persona con discapacidad, sino que, previó puntualmente una serie de requisitos estrictos que, excepcionalmente pueden justificar la reclusión involuntaria de una persona que vive con una discapacidad mental o intelectual, y solo cuando sea necesario para su propia protección o la de terceros, estos requisitos son garantías en favor de las personas que sufren una discapacidad mental o intelectual, que aseguran que no se les podrá recluir arbitrariamente, y menos aún de manera ilegal.
 - n. Adicionalmente, de conformidad con el artículo 53 de la norma impugnada, el internamiento involuntario se debe notificar a los familiares o al representante legal, al juez de la causa, a quien el paciente indique o si es un menor o el internamiento es por orden de una autoridad, también se debe notificar a la Fiscalía. También, el artículo 54 establece una serie de requisitos para que un internamiento pueda realizarse.
 - o. En ese sentido, el legislador se apegó estrictamente a la norma general, estableciendo requisitos y obligaciones para las autoridades en materia de salud, así como a los médicos especialistas en el ramo. Uno de dichos requisitos es la intervención de la autoridad judicial que implica una “remisión normativa” a los criterios jurisprudenciales y convencionales en materia de discapacidad, de manera que las medidas de internación involuntaria que se prevén en la ley sean efectivamente aplicables al caso concreto y garanticen los derechos humanos del paciente. Así, lo que deberá hacer la autoridad judicial -por indicación de la propia ley- es verificar que esto sea así.
 - p. En ese orden de ideas, por la continua evolución y mejor comprensión de los criterios en materia de derechos humanos, no resulta necesario ni conveniente que la ley impugnada defina a detalle las cuestiones que deberá ponderar el juez en cada caso, pues éstas serán diferentes y dadas a cada situación.
 - q. En conclusión, la ley impugnada de ninguna forma prevé la aplicación de tratamientos médico-psiquiátricos forzosos, sólo establece la reclusión involuntaria en caso de que ello sea estrictamente necesario para la seguridad de la persona enferma o de terceros, pues también es obligación de las autoridades el garantizar la seguridad tanto de la persona enferma como de quienes pudieran resentir un posible daño producto de alguna acción del sujeto que presente esta discapacidad.
6. **Pedimento de la Fiscalía General de la República.** Esta representación no formuló pedimento en este asunto.
 7. **Alegatos.** El Poder Ejecutivo del Estado de Puebla y la Comisión Nacional de Derechos Humanos formularon alegatos mediante escritos presentados de manera electrónica el veinticinco de febrero de dos mil veintidós y en la Oficina de Certificación Judicial y Correspondencia de esta Suprema Corte de Justicia de la Nación el dos de marzo del citado año, respectivamente.
 8. **Cierre de la instrucción.** El ocho de marzo de dos mil veintidós, habiéndose llevado a cabo el trámite legal correspondiente y al advertir que había concluido el plazo para formular alegatos, se declaró cerrada la instrucción del asunto y se envió el expediente al Ministro instructor para la elaboración del proyecto de resolución.

I. COMPETENCIA

9. Este Tribunal Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación es competente para resolver la presente acción de inconstitucionalidad, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 105, fracción II, inciso g), de la Constitución Federal¹ y 10, fracción I, de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación², toda vez que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos plantea la posible vulneración a diversos derechos humanos de las personas con discapacidad reconocidos en la Constitución Federal y en los tratados internacionales.

II. PRECISIÓN DE LAS NORMAS RECLAMADAS

10. Del escrito de demanda se advierte que la Comisión accionante impugna los artículos 5, fracción X, en su porción normativa “*e involuntario*”, 7, fracción V, en sus porciones normativas “*en el caso de internamiento involuntario*” y “*o se compruebe que el tratamiento es el más indicado para atender las necesidades del paciente*”, 49, fracción II, en su porción “*o representen un riesgo inmediato para sí mismos o para los demás*”, y 52, todos de la Ley de Salud Mental del Estado de Puebla, expedida mediante Decreto publicado el doce de octubre de dos mil veintiuno en el Periódico Oficial de dicha entidad. Normas cuyo contenido es el siguiente:

ARTÍCULO 5

Son principios de la Ley:

- I. El respeto irrestricto a los Derechos Humanos de las personas con trastornos mentales y del comportamiento;
- II. La universalidad en el acceso al tratamiento de todas las personas con trastornos mentales y del comportamiento, en condiciones de igualdad efectiva y no discriminación, en los términos establecidos por esta Ley y demás disposiciones aplicables;
- III. La prevención de los trastornos mentales y del comportamiento con carácter prioritario para el Sistema Estatal de Salud;
- IV. El carácter público de las prestaciones que señala esta Ley;
- V. Dar la atención a las personas que padezcan trastornos mentales y del comportamiento, en forma integral;
- VI. La transversalidad de las políticas de atención a las personas con trastornos mentales y del comportamiento;
- VII. La valoración de las necesidades de las personas con trastornos mentales y del comportamiento, atendiendo a los criterios de equidad para garantizar la igualdad;
- VIII. Confidencialidad;
- IX. Consentimiento informado del paciente;
- X. Tratamiento voluntario e involuntario en entornos hospitalarios;
- XI. Tratamiento en atención comunitaria;
- XII. Competencia técnica;
- XIII. Acreditación para los profesionales en salud mental, y
- XIV. Derechos y participación de las familias y los usuarios de salud mental.

¹ **Artículo 105.-** La Suprema Corte de Justicia de la Nación conocerá, en los términos que señale la ley reglamentaria, de los asuntos siguientes: [...]

II.- De las acciones de inconstitucionalidad que tengan por objeto plantear la posible contradicción entre una norma de carácter general y esta Constitución.

Las acciones de inconstitucionalidad podrán ejercitarse, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de publicación de la norma, por: [...]

g). - La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en contra de leyes de carácter federal o de las entidades federativas, así como de tratados internacionales celebrados por el Ejecutivo Federal y aprobados por el Senado de la República, que vulneren los derechos humanos consagrados en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que México sea parte. Asimismo, los organismos de protección de los derechos humanos equivalentes en las entidades federativas, en contra de leyes expedidas por las Legislaturas; [...].

² **Artículo 10.** La Suprema Corte de Justicia conocerá funcionando en Pleno:

I. De las controversias constitucionales y acciones de inconstitucionalidad a que se refieren las fracciones I y II del artículo 105 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; [...].

ARTÍCULO 7

Son derechos de las personas que padezcan un trastorno mental y del comportamiento:

- I. Recibir atención de calidad y continuidad en materia de salud mental;
- II. Ser tratado con respeto a su dignidad, cultura, valores y sin discriminación;
- III. Recibir un tratamiento conforme a los principios médicos científicamente aceptados;
- IV. Contar con un representante que cuide en todo momento sus intereses;
- V. Consentimiento informado de la persona o su representante, en relación al tratamiento a recibir. Sólo se exceptuará en el caso de internamiento involuntario, cuando se trate de caso urgente o se compruebe que el tratamiento es el más indicado para atender las necesidades del paciente;
- VI. A que le sean impuestas únicamente las restricciones necesarias para garantizar su protección y la de terceros. En todo momento, se deberá procurar que el internamiento sea lo menos restrictivo posible y que el tratamiento a recibir sea lo menos agresivo posible;
- VII. A que el tratamiento que reciba esté basado en un plan prescrito individualmente con historial clínico y revisado periódicamente;
- VIII. A no ser sometido a tratamientos irreversibles o que modifiquen la integridad de la persona;
- IX. A ser tratado y atendido en su comunidad o lo más cerca posible al lugar en donde habiten sus familiares o amigos, y
- X. A la confidencialidad de la información sobre su persona.

ARTÍCULO 49

El ingreso de las personas usuarias a las unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica podrá ser voluntario, de emergencia o por orden de autoridad competente y se ajustará a los procedimientos siguientes:

- I. El ingreso voluntario requiere de la indicación del médico tratante y de la autorización de la persona usuaria, ambas por escrito, informando a sus familiares o a su representante legal;
- II. El ingreso de emergencia se presenta en el caso de personas con trastornos mentales y del comportamiento severos que requieran atención urgente o representen un riesgo inmediato para sí mismos o para los demás, requiere la indicación de un médico psiquiatra y la autorización de un familiar responsable, tutor o representante legal, ambas por escrito. En caso necesario, la persona usuaria puede ingresar por indicación escrita del médico a cargo del servicio de admisión de la Unidad Hospitalaria. En cuanto las condiciones de la persona usuaria lo permitan, deberá ser informado de su situación de internamiento, para que, en su caso, su condición cambie a la de ingreso voluntario, y
- III. El ingreso por orden de autoridad se lleva a cabo cuando lo solicita una Autoridad Judicial siempre y cuando el usuario lo amerite de acuerdo con el examen médico psiquiátrico.

ARTÍCULO 52

Será involuntario el internamiento, cuando por encontrarse la persona impedida para solicitarlo por sí misma, por incapacidad transitoria o permanente, sea solicitado por un familiar, tutor, representante legal o, a falta de los anteriores, otra persona interesada, que en caso de urgencia solicite el servicio y siempre que exista la intervención de un médico calificado, que determine la existencia de un trastorno mental y del comportamiento y que debido a dicho trastorno existe un peligro grave o inmediato para sí mismo o para terceros.

La decisión de internar a una persona deberá ser notificada a su representante, así como a la autoridad judicial.

El internamiento involuntario será revisado por la autoridad judicial a petición de la persona internada o de su representante. La resolución de la autoridad judicial deberá estar fundada en dictamen pericial y, en caso de que se resuelva la terminación del internamiento, deberá establecer un plazo para que se ejecute la misma. En todo caso, durante dicho procedimiento deberá garantizarse la defensa de los intereses de la persona internada.

III. OPORTUNIDAD

11. El artículo 60 de la Ley Reglamentaria de las fracciones I y II del artículo 105 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos³ dispone que el plazo para la presentación de la acción de inconstitucionalidad será de treinta días naturales y el cómputo respectivo deberá hacerse a partir del día siguiente al en que se hubiere publicado la norma impugnada en el correspondiente medio oficial. Asimismo, señala que si el último día del plazo fuere inhábil, la demanda podrá presentarse el primer día hábil siguiente.
12. Las normas impugnadas se publicaron en el Periódico Oficial del Estado de Puebla el doce de octubre de dos mil veintiuno. Por tanto, el plazo de impugnación transcurrió del miércoles trece de octubre al jueves once de noviembre de dos mil veintiuno. Consecuentemente, dado que la acción de inconstitucionalidad se interpuso ante la Oficina de Certificación Judicial y Correspondencia de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, el once de noviembre del citado año, resulta inconcusos que es oportuna su promoción.

IV. LEGITIMACIÓN

13. De conformidad con el artículo 105, fracción II, inciso g), constitucional, la promovente cuenta con legitimación para interponer la acción de inconstitucionalidad porque plantea la posible contradicción entre la ley de una entidad federativa y distintos derechos humanos consagrados en la Constitución Federal y en tratados internacionales de los que México es parte. Debido a que hace valer la transgresión a los derechos de reconocimiento de la capacidad jurídica, libertad, consentimiento informado y no discriminación de las personas con discapacidad.
14. El escrito inicial de la acción de inconstitucionalidad 168/2021 está firmado por María del Rosario Piedra Ibarra, quien demostró tener el carácter de Presidenta de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos mediante acuerdo de designación correspondiente emitido el doce de noviembre de dos mil diecinueve por la Presidenta y el Secretario de la Mesa Directiva de la Cámara de Senadores del Congreso de la Unión.
15. La representación legal de la Presidenta de la referida Comisión está prevista en el artículo 15, fracciones I y XI, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como en el numeral 18 del Reglamento Interno de la misma Comisión⁴.
16. En consecuencia, al ser la Comisión Nacional de los Derechos Humanos un órgano legitimado para ejercer la acción de inconstitucionalidad en este supuesto, y habiéndose promovido por quien cuenta con facultades para representar a dicho órgano, debe reconocerse la legitimación activa en este medio de control constitucional.

V. CAUSAS DE IMPROCEDENCIA Y SOBRESIMIENTO

V.1. Primera causal de improcedencia

17. El Poder Ejecutivo local argumenta que la promulgación y publicación de las normas impugnadas no es inconstitucional o inconveniente, ya que cuenta con dichas atribuciones de conformidad con la Constitución local y la Ley Orgánica del Poder Legislativo del Estado.
18. Argumento que, si bien no es propiamente una causa de improcedencia, debe desestimarse, pues lo cierto es que el Ejecutivo local, al tener injerencia en el proceso legislativo de las normas impugnadas para otorgarles plena validez y eficacia, se encuentra invariablemente implicado en la emisión de la norma, por lo que debe responder por la validez de sus actos. Apoya lo anterior, la jurisprudencia P./J. 38/2010, de rubro: "ACCIÓN DE INCONSTITUCIONALIDAD. DEBE DESESTIMARSE LA CAUSA DE IMPROCEDENCIA PLANTEADA POR EL PODER EJECUTIVO LOCAL EN QUE ADUCE QUE AL PROMULGAR Y PUBLICAR LA NORMA IMPUGNADA SÓLO ACTUÓ EN CUMPLIMIENTO DE SUS FACULTADES".⁵

³ **Artículo 60.** El plazo para ejercitar la acción de inconstitucionalidad será de treinta días naturales contados a partir del día siguiente a la fecha en que la ley o tratado internacional impugnado sean publicados en el correspondiente medio oficial. Si el último día del plazo fuese inhábil, la demanda podrá presentarse el primer día hábil siguiente.

En materia electoral, para el cómputo de los plazos, todos los días son hábiles.

⁴ **Artículo 15.** El Presidente de la Comisión Nacional tendrá las siguientes facultades y obligaciones: I. Ejercer la representación legal de la Comisión Nacional; [...].

XI. Promover las acciones de inconstitucionalidad, en contra de leyes de carácter federal, estatal y del Distrito Federal, así como de tratados internacionales celebrados por el Ejecutivo Federal y aprobados por el Senado de la República, que vulneren los derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los tratados internacionales de los que México sea parte, y [...].

Artículo 18. (Órgano Ejecutivo). La Presidencia es el órgano ejecutivo de la Comisión Nacional. Está a cargo de un presidente, al cual le corresponde ejercer, de acuerdo con lo establecido en la Ley, las funciones directivas de la Comisión Nacional y su representación legal. [...].

⁵ Cuyo texto es el siguiente: "Si en una acción de inconstitucionalidad el Poder Ejecutivo Local plantea que dicho medio de control constitucional debe sobreseerse por lo que a dicho Poder corresponde, en atención a que la promulgación y publicación de la norma impugnada las realizó conforme a las facultades que para ello le otorga algún precepto, ya sea de la Constitución o de alguna ley local, debe

V.2. Segunda causal de improcedencia

19. Por otro lado, el mismo Poder Ejecutivo local argumenta que respecto al tratamiento e internamiento involuntarios, la Comisión accionante hace precisiones equivocadas al afirmar y no justificar que se violan los principios de igualdad y no discriminación de las personas con trastornos mentales y del comportamiento. Ello, porque omitió desarrollar conceptos de invalidez o argumentos dirigidos a demostrar dicha inconstitucionalidad, debiéndose actualizar la causal de improcedencia prevista en la fracción VIII, del artículo 19 de la Ley Reglamentaria.
20. Dicha causal es infundada, pues como se advierte en el escrito inicial de demanda, la Comisión accionante aduce en esencia que con el internamiento involuntario en hospitales de atención médico-psiquiatra se vulneran los derechos al reconocimiento de la capacidad jurídica, la libertad y consentimiento informado de las personas con discapacidad mental, intelectual y/o psicosocial; y por otro lado, argumentó que se transgrede el derecho a la no discriminación de estas personas por considerar el internamiento o el tratamiento médico a seguir, atendiendo a su peligrosidad, perpetuando así estereotipos. Lo cual, transgrede lo dispuesto en nuestra Constitución Federal y en los tratados internacionales.

VI. ESTUDIO DE FONDO

VI.1. Consideraciones previas

21. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos impugnó diversos artículos de la Ley de Salud Mental del Estado de Puebla por considerar, esencialmente, que con el internamiento involuntario en hospitales de atención médico-psiquiatra se vulneran los derechos al reconocimiento de la capacidad jurídica, la libertad y consentimiento informado de las personas con discapacidad mental, intelectual y/o psicosocial; y, por otro lado, argumentó que se transgrede el derecho a la no discriminación de estas personas por considerar el internamiento o el tratamiento médico a seguir, atendiendo a su peligrosidad, perpetuando así estereotipos. Asimismo, dicha Comisión estableció las razones por las cuales el presente asunto debe ser analizado a la luz del modelo social de discapacidad propuesto en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ello porque considera que la regulación impugnada involucra a personas que viven con alguna alteración de la salud mental, mismas que forman parte del universo de las discapacidades intelectuales, mentales y/o psicosociales.
22. Sin embargo, llama la atención de este Tribunal Pleno que el proceso legislativo que culminó con la promulgación de la ley impugnada no contó con una consulta específica y estrecha a las personas con discapacidad, siendo que esta consulta está ordenada por el artículo 4.3 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad con motivo de todas las leyes y políticas públicas relacionadas con dichas personas que expidan las autoridades del Estado Mexicano.⁶
23. La Suprema Corte de Justicia considera que, en términos del artículo 71 de la Ley Reglamentaria⁷, se debe suplir la queja de los conceptos de invalidez planteados en la demanda y entrar al estudio de los efectos de la posible falta de consulta. Por las razones que se exponen a continuación, concluimos que existe ausencia de una consulta previa a las personas con discapacidad y que ésta invalida la Ley de Salud Mental del Estado de Puebla en su totalidad, expedida mediante Decreto publicado el doce de octubre de dos mil veintiuno en el Periódico Oficial de dicha entidad.

desestimarse la causa de improcedencia planteada, pues dicho argumento no encuentra cabida en alguna de las causales previstas en el artículo 19 de la Ley Reglamentaria de las Fracciones I y II del Artículo 105 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, al cual remite el numeral 65 del mismo ordenamiento, este último, en materia de acciones de inconstitucionalidad. Lo anterior es así, porque el artículo 61, fracción II, de la referida Ley, dispone que en el escrito por el que se promueva la acción de inconstitucionalidad deberán señalarse los órganos legislativo y ejecutivo que hubieran emitido y promulgado las normas generales impugnadas y su artículo 64, primer párrafo, señala que el Ministro instructor dará vista al órgano legislativo que hubiere emitido la norma y al ejecutivo que la hubiere promulgado, para que dentro del plazo de 15 días rindan un informe que contenga las razones y fundamentos tendentes a sostener la validez de la norma general impugnada o la improcedencia de la acción. Esto es, al tener injerencia en el proceso legislativo de las normas generales para otorgarle plena validez y eficacia, el Poder Ejecutivo Local se encuentra invariablemente implicado en la emisión de la norma impugnada en la acción de inconstitucionalidad, por lo que debe responder por la conformidad de sus actos frente a la Constitución General de la República". Visible en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, Tomo XXXI, abril de dos mil diez, página 1419 y registro 164865.

⁶ **Artículo 4.3 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.** En la elaboración y aplicación de legislación y políticas para hacer efectiva la presente Convención, y en otros procesos de adopción de decisiones sobre cuestiones relacionadas con las personas con discapacidad, los Estados Partes celebrarán consultas estrechas y colaborarán activamente con las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan.

⁷ **Artículo 71 de la Ley Reglamentaria.** Al dictar sentencia, la Suprema Corte de Justicia de la Nación deberá corregir los errores que advierta en la cita de los preceptos invocados y suplirá los conceptos de invalidez planteados en la demanda. La Suprema Corte de Justicia de la Nación podrá fundar su declaratoria de inconstitucionalidad en la violación de cualquier precepto constitucional, haya o no sido invocado en el escrito inicial. Igualmente, la Suprema Corte de Justicia de la Nación podrá fundar su declaración de invalidez en la violación de los derechos humanos consagrados en cualquier tratado internacional del que México sea parte, haya o no sido invocado en el escrito inicial.

VI.2. Violación de estudio preferente. Consulta a personas con discapacidad

24. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad establece como principios generales, entre otros, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, igualdad de oportunidades, igualdad por razón de género, tanto en personas adultas como en menores de edad, no discriminación, accesibilidad, así como la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad.⁸ Además, dispone como obligaciones generales de los Estados tomar medidas legislativas pertinentes en la elaboración y aplicación de la legislación y políticas para hacer efectiva la Convención. Los Estados deberán celebrar consultas estrechas y colaborarán activamente con las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con discapacidad a través de las organizaciones que las representan.⁹
25. Por su parte, este Tribunal Pleno ha desarrollado el derecho a la consulta previa en materia de discapacidad a través de distintos precedentes mediante los cuales se ha pronunciado sobre esta obligación convencional.
26. Al resolver la **acción de inconstitucionalidad 33/2015**¹⁰, el Pleno determinó que la consulta previa en materia de derechos de personas con discapacidad es una formalidad esencial del procedimiento

⁸ **Artículo 3.** Principios generales.

Los principios de la presente Convención serán:

- El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas;
- La no discriminación;
- La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;
- El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;
- La igualdad de oportunidades;
- La accesibilidad;
- La igualdad entre el hombre y la mujer;
- El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

⁹ **Artículo 4.** Obligaciones generales.

1. Los Estados Partes se comprometen a asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad. A tal fin, los Estados Partes se comprometen a:

- Adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean pertinentes para hacer efectivos los derechos reconocidos en la presente Convención;
- Tomar todas las medidas pertinentes, incluidas medidas legislativas, para modificar o derogar leyes, reglamentos, costumbres y prácticas existentes que constituyan discriminación contra las personas con discapacidad;
- Tener en cuenta, en todas las políticas y todos los programas, la protección y promoción de los derechos humanos de las personas con discapacidad;
- Abstenerse de actos o prácticas que sean incompatibles con la presente Convención y velar por que las autoridades e instituciones públicas actúen conforme a lo dispuesto en ella;
- Tomar todas las medidas pertinentes para que ninguna persona, organización o empresa privada discrimine por motivos de discapacidad;
- Emprender o promover la investigación y el desarrollo de bienes, servicios, equipo e instalaciones de diseño universal, con arreglo a la definición del artículo 2 de la presente Convención, que requieran la menor adaptación posible y el menor costo para satisfacer las necesidades específicas de las personas con discapacidad, promover su disponibilidad y uso, y promover el diseño universal en la elaboración de normas y directrices;
- Emprender o promover la investigación y el desarrollo, y promover la disponibilidad y el uso de nuevas tecnologías, incluidas las tecnologías de la información y las comunicaciones, ayudas para la movilidad, dispositivos técnicos y tecnologías de apoyo adecuadas para las personas con discapacidad, dando prioridad a las de precio asequible;
- Proporcionar información que sea accesible para las personas con discapacidad sobre ayudas a la movilidad, dispositivos técnicos y tecnologías de apoyo, incluidas nuevas tecnologías, así como otras formas de asistencia y servicios e instalaciones de apoyo;
- Promover la formación de los profesionales y el personal que trabajan con personas con discapacidad respecto de los derechos reconocidos en la presente Convención, a fin de prestar mejor la asistencia y los servicios garantizados por esos derechos.

2. Con respecto a los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas hasta el máximo de sus recursos disponibles y, cuando sea necesario, en el marco de la cooperación internacional, para lograr, de manera progresiva, el pleno ejercicio de estos derechos, sin perjuicio de las obligaciones previstas en la presente Convención que sean aplicables de inmediato en virtud del derecho internacional.

3. En la elaboración y aplicación de legislación y políticas para hacer efectiva la presente Convención, y en otros procesos de adopción de decisiones sobre cuestiones relacionadas con las personas con discapacidad, los Estados Partes celebrarán consultas estrechas y colaborarán activamente con las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan.

4. Nada de lo dispuesto en la presente Convención afectará a las disposiciones que puedan facilitar, en mayor medida, el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad y que puedan figurar en la legislación de un Estado Parte o en el derecho internacional en vigor en dicho Estado. No se restringirán ni derogarán ninguno de los derechos humanos y las libertades fundamentales reconocidos o existentes en los Estados Partes en la presente Convención de conformidad con la ley, las convenciones y los reglamentos, los reglamentos o la costumbre con el pretexto de que en la presente Convención no se reconocen esos derechos o libertades o se reconocen en menor medida.

5. Las disposiciones de la presente Convención se aplicarán a todas las partes de los Estados federales sin limitaciones ni excepciones.

¹⁰ Resuelta el dieciocho de febrero de dos mil dieciséis, por mayoría de ocho votos de los Ministros Gutiérrez Ortiz Mena, Cossío Díaz por la invalidez de la totalidad de la ley, Franco González Salas obligado por la mayoría, Zaldivar Lelo de Larrea obligado por la mayoría, Pardo Rebolledo, Medina Mora I., Laynez Potisek y Pérez Dayán, respecto del considerando sexto, relativo al estudio, en su punto 1: violación a los derechos humanos de igualdad y no discriminación, a la libertad de profesión y oficio, así como al trabajo digno y socialmente útil, consistente en declarar la invalidez de los artículos 3, fracción III, 10, fracción VI, en la porción normativa "al igual que de los certificados de habilitación de su condición", 16, fracción VI, en la porción normativa "los certificados de habilitación"; y 17, fracción VIII, de la Ley General para la Atención y Protección a Personas con la Condición de Espectro Autista. Los Ministros Luna Ramos, Piña Hernández y Presidente Aguilar Morales votaron en contra y anunciaron sendos votos particulares. El Ministro Cossío Díaz anunció voto concurrente. Los señores Ministros Franco González Salas, Zaldivar Lelo de Larrea y Pardo Rebolledo reservaron su derecho de formular sendos votos concurrentes.

- legislativo cuya exigibilidad se actualiza cuando las acciones estatales objeto de la propuesta incidan en los intereses y/o derechos esos grupos.
27. En dicho asunto se sostuvo que la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad involucra a la sociedad civil, y más concretamente, a las organizaciones representativas de las personas con discapacidad, en las acciones estatales que incidan en esos grupos, ya que éstas tienen un impacto directo en la realidad, al reunir información concreta sobre presuntas violaciones de los derechos humanos de personas con discapacidad, y colaboran para que la discapacidad sea vista como un tema fundamental de derechos humanos.
28. En la **acción de inconstitucionalidad 101/2016**¹¹, el Tribunal Pleno invalidó la Ley para la Atención Integral de las Personas con Síndrome de Down para el Estado de Morelos al determinar que existió una ausencia absoluta de consulta a las personas con discapacidad. En el caso no se efectuó una consulta estrecha en la que participaran activamente las personas con discapacidad en torno a una legislación que les afectaba directamente.
29. En ese precedente, se señaló el deber convencional del derecho a la consulta de las personas con discapacidad. Además, refirió que incluso con anterioridad a la Convención, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, en la Observación General Número 5, adoptada el nueve de diciembre de mil novecientos noventa y cuatro, se pronunció respecto de la necesidad de consultar a grupos representativos de las personas con discapacidad sobre decisiones que les conciernen¹². En el mismo sentido, en el ámbito interamericano, la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad dispone la participación de representantes de organizaciones de personas con discapacidad que trabajan en el campo o en su caso de personas con discapacidad.¹³
30. Después, al fallar la **acción de inconstitucionalidad 68/2018**¹⁴, el Tribunal Pleno invalidó preceptos de la Ley para la Inclusión de Personas con Discapacidad en el Estado y Municipios de San Luis Potosí al considerar que existió una ausencia absoluta de consulta.
31. En ese precedente se destacaron algunas cuestiones del contexto en el que surge la obligación de consulta a personas con discapacidad y su importancia en la lucha del movimiento de personas con discapacidad por exigir sus derechos. Se señaló que parte de las razones de esa exigencia consiste en superar un modelo rehabilitador de discapacidad –donde las personas con estas condiciones son sujetos pasivos a la ayuda que se les brinda– favoreciendo un modelo social en el que la causa de discapacidad es el contexto que la genera. Entonces, la ausencia de una consulta en cuestiones relacionadas con discapacidad significaría no considerarlas en la definición de sus propias necesidades volviendo, de alguna forma, a un modelo rehabilitador o asistencialista.

En dicho asunto se declaró la invalidez de los artículos 3, fracción III, 10, fracción VI –únicamente en la porción normativa que señala: “al igual que de los certificados de habilitación de su condición”, 16, fracción VI –sólo en la porción normativa que señala: “los certificados de habilitación”, y 17, fracción VIII, de la Ley General para la Atención y Protección a Personas con la Condición del Espectro Autista, publicada en el Diario Oficial de la Federación el treinta de abril de dos mil quince, por ser contrarios a los derechos humano de igualdad, libertad de profesión y oficio, así como al trabajo digno y socialmente útil, pues la circunstancia de que se pretenda requerir a las personas con la condición de espectro autista, un documento que avale sus aptitudes para poder ingresar al sector laboral y productivo, se traduce en una medida que lejos de coadyuvar a su integración a la sociedad en general y al empleo en particular, constituye un obstáculo injustificado para poder acceder a una vida productiva en las mismas condiciones y oportunidades que el resto de la población.

¹¹ Resuelta el veintisiete de agosto de dos mil diecinueve, por unanimidad de diez votos de los señores Ministros Gutiérrez Ortiz Mena, González Alcántara Carrancá, Esquivel Mossa, Franco González Salas, Aguilar Morales, Piña Hernández, Medina Mora I., Laynez Potisek, Pérez Dayán y Presidente Zaldívar Lelo de Larrea. La señora Ministra Esquivel Mossa anunció voto concurrente en relación con los efectos.

¹² “14. Además, la comunidad internacional ha reconocido en todo momento que la adopción de decisiones y la aplicación de programas en esta esfera deben hacerse a base de estrechas consultas con grupos representativos de las personas interesadas, y con la participación de dichos grupos. Por esa razón las Normas Uniformes recomiendan que se haga todo lo posible por facilitar el establecimiento de comités nacionales de coordinación, o de órganos análogos, para que actúen como puntos de convergencia respecto de las cuestiones relativas a la discapacidad. De esta manera los gobiernos tendrían en cuenta las Directrices de 1990 para el establecimiento y desarrollo de comités nacionales de coordinación en la esfera de la discapacidad u órganos análogos.”

A/C.3/46/4, anexo I. También está en el informe sobre la Reunión Internacional sobre el papel y las funciones de los comités nacionales de coordinación en la esfera de la discapacidad en los países en desarrollo, Beijing, 5 a 11 de noviembre de 1990 (CSDHA/DDP/NDC/4). Véase también la resolución 1991/8 del Consejo Económico y Social, y la resolución 46/96 de la Asamblea General, de 16 de diciembre de 1991.

¹³ Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad.

ARTÍCULO V

1. Los Estados parte promoverán, en la medida en que sea compatible con sus respectivas legislaciones nacionales, la participación de representantes de organizaciones de personas con discapacidad, organizaciones no gubernamentales que trabajan en este campo o, si no existieren dichas organizaciones, personas con discapacidad, en la elaboración, ejecución y evaluación de medidas y políticas para aplicar la presente Convención. [...].

¹⁴ Resuelta el veintisiete de agosto de dos mil diecinueve, por mayoría de nueve votos de los señores Ministros Gutiérrez Ortiz Mena, González Alcántara Carrancá, Franco González Salas, Aguilar Morales en contra de las consideraciones, Piña Hernández, Medina Mora I., Laynez Potisek en contra de las consideraciones, Pérez Dayán en contra de las consideraciones y Presidente Zaldívar Lelo de Larrea, respecto del apartado VI, relativo al estudio, consistente en declarar la invalidez Decreto 1033, mediante el cual se reforman los artículos 11, fracción XVII, y 40, fracción I, de la Ley para la Inclusión de las Personas con Discapacidad en el Estado y Municipios de San Luis Potosí, y se adiciona la fracción XVIII al referido artículo 11, publicado en el Periódico Oficial “Plan de San Luis” de dicha entidad federativa el veintisiete de julio de dos mil dieciocho. La señora Ministra Esquivel Mossa votó en contra. El señor Ministro Aguilar Morales anunció voto concurrente.

32. También se señaló que el derecho a la consulta se relaciona estrechamente con los principios generales de autonomía e independencia que rigen la Convención (artículo 3.a), su derecho de igualdad ante la ley (artículo 12) y su derecho a la participación (artículos 3.c y 29) que se plasmó en el lema del movimiento de personas con discapacidad: “Nada de nosotros sin nosotros”. El derecho a la consulta es uno de los pilares de la Convención, puesto que el proceso de creación de dicho tratado fue justamente uno de participación genuina y efectiva, colaboración y consulta estrecha con las personas con discapacidad. La Convención fue resultado de todas las opiniones ahí vertidas. Ello aseguró la calidad de la Convención y su pertinencia para esas personas.¹⁵
33. Posteriormente, al resolver la **acción de inconstitucionalidad 1/2017**,¹⁶ el Tribunal Pleno invalidó la Ley para la Atención y Protección de las Personas con la Condición del Espectro Autista y/o Trastornos del Neurodesarrollo del Estado de Nuevo León en su totalidad, a pesar de haberse impugnado únicamente algunos de sus artículos, pues consideró que el proceso legislativo que culminó con la promulgación de la Ley impugnada no contó con una consulta específica y estrecha a las personas con condición del espectro autista y trastornos del neurodesarrollo. Si bien en este caso existió un proceso de mesas de diálogo con organizaciones que se especializan en el tema, éste fue deficiente pues no se ajustó a todos los requisitos que deben cumplir las consultas previas a las personas con discapacidad.
34. En ese asunto, el Tribunal señaló que: a) no se realizó una convocatoria abierta, pública, incluyente y accesible que sería necesaria para procurar la participación de las personas con discapacidad, en ese caso personas con condición del espectro autista y sus organizaciones; b) no se fijó un procedimiento para recibir y procesar las participaciones de las personas con dicha condición, ni que éste se les haya comunicado mediante la convocatoria; c) con independencia de la insuficiente convocatoria, tampoco se verificó la participación de las personas con tal condición ni sus organizaciones en las mesas de trabajo.
35. Al resolver la **acción de inconstitucionalidad 41/2018 y su acumulada 42/2018**¹⁷, esta Suprema Corte invalidó la Ley para la Atención Integral de las Personas con Síndrome de Down de la Ciudad de México al no haberse celebrado una consulta a las personas con Síndrome de Down, a las organizaciones que conforman ni a las que las representan.
36. En este precedente, el Tribunal Pleno se pronunció sobre los elementos mínimos para cumplir con la obligación convencional sobre consulta a personas con discapacidad partiendo esencialmente de lo previsto en la propia Convención, incluyendo su preámbulo, de la interpretación que de su artículo 4.3 ha realizado el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la Organización de las Naciones Unidas, así como de otros instrumentos internacionales en la materia, sin perjuicio de que los órganos legislativos puedan ampliar los lineamientos para la participación.
37. Así, del Preámbulo de la mencionada Convención se consideró conveniente tener presentes los incisos e), i), m), n), o), t) y v), que establecen lo siguiente:

“Los Estados Partes en la presente Convención,

(...)

e) Reconociendo que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás,

i) Reconociendo además la diversidad de las personas con discapacidad,

(...)

¹⁵ Comité sobre los Derechos de Personas con Discapacidad, *Observación General Número 7 sobre la participación de las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan, en la aplicación y el seguimiento de la Convención*, nueve de noviembre de dos mil dieciocho, párrafo 1.

¹⁶ Resuelta el uno de octubre de dos mil diecinueve, por mayoría de ocho votos de los señores Ministros Gutiérrez Ortiz Mena apartándose de las consideraciones, Esquivel Mossa, Aguilar Morales apartándose de las consideraciones, Pardo Rebolledo, Medina Mora I., Laynez Potisek, Pérez Dayán y Presidente Zaldívar Lelo de Larrea, respecto del apartado VI, relativo al estudio, consistente en declarar la invalidez del Decreto Núm. 174 por el que se crea la Ley para la Atención y Protección de las Personas con la Condición del Espectro Autista y/o Trastornos del Neurodesarrollo del Estado de Nuevo León, publicado en el Periódico Oficial de dicha entidad federativa el diecisiete de diciembre de dos mil dieciséis. El señor Ministro González Alcántara Carrancá votó en contra y anunció voto particular. Los señores Ministros Gutiérrez Ortiz Mena, Aguilar Morales, Pardo Rebolledo, Medina Mora I. y Presidente Zaldívar Lelo de Larrea reservaron su derecho de formular sendos votos concurrentes.

¹⁷ Resuelta el veintiuno de abril de dos mil veinte, por unanimidad de once votos de los señores Ministros Gutiérrez Ortiz Mena, González Alcántara Carrancá, Esquivel Mossa, Franco González Salas, Aguilar Morales, Pardo Rebolledo, Piña Hernández, Ríos Farjat, Laynez Potisek, Pérez Dayán y Presidente Zaldívar Lelo de Larrea, respecto del considerando quinto, relativo al estudio de fondo, consistente en declarar la invalidez de la Ley para la Atención Integral de las Personas con Síndrome de Down de la Ciudad de México, expedida mediante decreto publicado en la Gaceta Oficial de dicha entidad federativa el cinco de marzo de dos mil dieciocho. Los señores Ministros González Alcántara Carrancá, Franco González Salas, Pardo Rebolledo, Piña Hernández y Presidente Zaldívar Lelo de Larrea reservaron su derecho de formular sendos votos concurrentes.

m) Reconociendo el valor de las contribuciones que realizan y pueden realizar las personas con discapacidad al bienestar general y a la diversidad de sus comunidades, y que la promoción del pleno goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales por las personas con discapacidad y de su plena participación tendrán como resultado un mayor sentido de pertenencia de estas personas y avances significativos en el desarrollo económico, social y humano de la sociedad y en la erradicación de la pobreza,

n) Reconociendo la importancia que para las personas con discapacidad reviste su autonomía e independencia individual, incluida la libertad de tomar sus propias decisiones,

o) Considerando que las personas con discapacidad deben tener la oportunidad de participar activamente en los procesos de adopción de decisiones sobre políticas y programas, incluidos los que les afectan directamente,

t) Destacando el hecho de que la mayoría de las personas con discapacidad viven en condiciones de pobreza y reconociendo, a este respecto, la necesidad fundamental de mitigar los efectos negativos de la pobreza en las personas con discapacidad,

(...)

v) Reconociendo la importancia de la accesibilidad al entorno físico, social, económico y cultural, a la salud y la educación y a la información y las comunicaciones, para que las personas con discapacidad puedan gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales,

(...).”

38. Se señaló que de los incisos reproducidos se obtienen elementos conforme a los cuales debe interpretarse la realización de la consulta a personas con discapacidad prevista en la misma Convención, en tanto que se reconoce que estas personas deben tener la oportunidad de participar plena, efectivamente, en igualdad de condiciones y de manera activa en los procesos de adopción de decisiones sobre políticas y programas, incluidos los que les afectan directamente, teniendo en cuenta la importancia que para ellas tiene su autonomía e independencia individual, incluyendo la libertad de tomar sus propias decisiones, así como la diversidad de las personas con discapacidad y que gran parte de ellas viven en condiciones de pobreza, así como la trascendencia de la accesibilidad que se debe garantizar, tanto al entorno físico, social, económico y cultural, a la salud, a la educación, a la información y a las comunicaciones, para que puedan gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales.

39. De esta forma, en el precedente citado se determinó que la participación de las personas con discapacidad debe ser:

- **Previa, pública, abierta y regular.** El órgano legislativo debe establecer reglas, plazos razonables y procedimientos en una convocatoria en la que se informe de manera amplia, accesible y por distintos medios la manera en que las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan podrán participar tanto en el proyecto de iniciativa como en el proceso legislativo dentro del cual se debe garantizar su participación de manera previa al dictamen y ante el Pleno del órgano deliberativo durante la discusión, por lo cual deben especificarse en las convocatorias los momentos de participación.
- **Estrecha y con participación preferentemente directa de las personas con discapacidad.** Las personas con discapacidad no deben ser representadas, sino que, en todo caso, deben contar con la asesoría necesaria para participar sin que se sustituya su voluntad, es decir, que puedan hacerlo tanto de forma individual, como por conducto de las organizaciones de personas con discapacidad, además de que también se tome en cuenta a las niñas y niños con discapacidad, así como a las organizaciones que representan a las personas con discapacidad.
- **Accesible.** Las convocatorias deben realizarse con lenguaje comprensible, en formato de lectura fácil y lenguaje claro, así como adaptadas para ser entendible de acuerdo con las necesidades por el tipo de discapacidad, por distintos medios, incluidos los sitios web de los órganos legislativos, mediante formatos digitales accesibles y ajustes razonables cuando se requiera, como, por ejemplo, los macrotipos, la interpretación en lengua de señas, el braille y la comunicación táctil. Además de que las instalaciones de los órganos parlamentarios también deben ser accesibles a las personas con discapacidad.

Aunado a ello, el órgano legislativo debe garantizar que la iniciativa, los dictámenes correspondientes y los debates ante el Pleno del órgano legislativo se realicen con este mismo formato, a efecto de que se posibilite que las personas con discapacidad comprendan el contenido de la iniciativa y se tome en cuenta su opinión, dando la posibilidad de proponer cambios tanto a ésta como durante el proceso legislativo.

La accesibilidad también debe garantizarse respecto del producto del procedimiento legislativo, es decir, el decreto por el que se publique el ordenamiento jurídico en el órgano de difusión estatal.

- **Informada.** A las personas con discapacidad o comunidades involucradas se les debe informar de manera amplia y precisa sobre la naturaleza y consecuencia de la decisión que se pretenden tomar.
 - **Significativa.** Lo cual implica que en los referidos momentos del proceso legislativo se debata o se analicen las conclusiones obtenidas de la participación de las personas con discapacidad y los organismos que las representan.
 - **Con participación efectiva.** Que abone a la participación eficaz de las personas con discapacidad, las organizaciones y autoridades que los representan, en donde realmente se tome en cuenta su opinión y se analice, con el propósito de que no se reduzca su intervención a hacerlos partícipes de una mera exposición, sino que enriquezcan con su visión la manera en que el Estado puede hacer real la eliminación de barreras sociales para lograr su pleno desarrollo en las mejores condiciones, principalmente porque son quienes se enfrentan y pueden hacer notar las barreras sociales con las que se encuentran, a efecto de que se puedan diseñar mejores políticas para garantizar el pleno ejercicio de sus derechos fundamentales en igualdad de condiciones, no obstante el estado físico, psicológico o intelectual que presenten en razón de su discapacidad, así como por su género, minoría de edad, y con una cosmovisión amplia de las condiciones y dificultades sociales, como las condiciones de pobreza, de vivienda, salud, educación, laborales, etcétera.
 - **Transparente.** Para lograr una participación eficaz es elemental garantizar la transparencia en la información que generen los órganos estatales, la que aporten las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan, así como del análisis y debate de sus aportaciones. Además, resulta importante puntualizar que esta obligación no es oponible únicamente ante los órganos formalmente legislativos, sino a todo órgano del Estado Mexicano que intervenga en la creación, reforma, o derogación de normas generales que incidan directamente en las personas con discapacidad.
40. Además, en el referido precedente se señaló que el Comité sobre los Derechos de la Personas con Discapacidad de la Organización de las Naciones Unidas, en la Observación General Número 7 (2018) sobre la participación de las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan en la aplicación y el seguimiento de la Convención, en su fracción II, apartado C, interpretó, en lo que interesa, el alcance de su artículo 4, párrafo 3, y estableció expresamente lo siguiente:

“15. A fin de cumplir las obligaciones dimanantes del artículo 4, párrafo 3, los Estados partes deberían incluir la obligación de **celebrar consultas estrechas e integrar activamente a las personas con discapacidad, a través de sus propias organizaciones, en los marcos jurídicos y reglamentarios y los procedimientos en todos los niveles y sectores del Gobierno.** Los Estados partes deberían considerar las consultas y la integración de las personas con discapacidad como **medida obligatoria antes** de aprobar leyes, reglamentos y políticas, ya sean de carácter general o relativos a la discapacidad. Por lo tanto, **las consultas deberían comenzar en las fases iniciales y contribuir al resultado final en todos los procesos de adopción de decisiones. Las consultas deberían comprender a las organizaciones que representan a la amplia diversidad de personas con discapacidad a nivel local, nacional, regional e internacional.**

16. **Todas las personas con discapacidad**, sin exclusión alguna en razón del tipo de deficiencia que presenten, como las personas con discapacidad psicosocial o intelectual, **pueden participar eficaz y plenamente**, sin discriminación y en igualdad de condiciones con las demás⁸. El derecho a participar en las consultas, a través de las organizaciones que las representan, debería reconocerse a todas las personas con discapacidad en igualdad de condiciones, con independencia, por ejemplo, de su orientación sexual y su identidad de género. Los Estados partes deberían adoptar un marco general de lucha contra la discriminación para garantizar los derechos y las libertades fundamentales de todas las personas con discapacidad, y derogar la legislación que penalice a las personas y a las organizaciones de personas con discapacidad por motivos de sexo, género o condición social de sus miembros y les deniegue el derecho a participar en la vida política y pública.

17. La obligación jurídica de los Estados partes de garantizar las consultas con organizaciones de personas con discapacidad engloba el acceso a los espacios de adopción de decisiones del sector público y también a otros ámbitos relativos a la investigación, el diseño universal, las alianzas, el poder delegado y el control ciudadano⁹. Además, es una obligación que incluye a las organizaciones mundiales y/o regionales de personas con discapacidad.

1. Cuestiones relacionadas con las personas con discapacidad

18. La expresión “cuestiones relacionadas con las personas con discapacidad”, que figura en artículo 4, párrafo 3, **abarca toda la gama de medidas legislativas**, administrativas y de otra índole que puedan afectar de forma directa o indirecta a los derechos de las personas con discapacidad. La interpretación amplia de las cuestiones relacionadas con las personas con discapacidad permite a los Estados partes tener en cuenta la discapacidad mediante políticas inclusivas, garantizando que las personas con discapacidad sean consideradas en igualdad de condiciones con las demás. También **asegura que el conocimiento y las experiencias vitales de las personas con discapacidad se tengan en consideración al decidir nuevas medidas legislativas**, administrativas o de otro tipo. Ello comprende los procesos de adopción de decisiones, como las leyes generales y los presupuestos públicos, y las leyes específicas sobre la discapacidad, que podrían afectar a la vida de esas personas¹⁰.

19. Las consultas previstas en el artículo 4, párrafo 3, excluyen todo contacto o práctica de los Estados partes que no sea compatible con la Convención y los derechos de las personas con discapacidad. En caso de controversia sobre los efectos directos o indirectos de las medidas de que se trate, corresponde a las autoridades públicas de los Estados partes demostrar que la cuestión examinada no tendría un efecto desproporcionado sobre las personas con discapacidad y, en consecuencia, que no se requiere la celebración de consultas.

20. Algunos ejemplos de cuestiones que afectan directamente a las personas con discapacidad son la desinstitucionalización, los seguros sociales y las pensiones de invalidez, la asistencia personal, los requerimientos en materia de accesibilidad y las políticas de ajustes razonables. Las medidas que afectan indirectamente a las personas con discapacidad podrían guardar relación con el derecho constitucional, los derechos electorales, el acceso a la justicia, el nombramiento de las autoridades administrativas a cargo de las políticas en materia de discapacidad o las políticas públicas en los ámbitos de la educación, la salud, el trabajo y el empleo.

2. “Celebrar consultas estrechas y colaborar activamente”

21. La “celebración de **consultas estrechas y la colaboración activa**” con las personas con discapacidad a través de las organizaciones que las representan es una obligación dimanante del derecho internacional de los derechos humanos que exige el **reconocimiento de la capacidad jurídica de todas las personas para participar en los procesos de adopción de decisiones sobre la base de su autonomía personal y libre determinación**. La consulta y colaboración en los procesos de adopción de decisiones para aplicar la Convención, así como en otros procesos de adopción de decisiones, deberían **incluir a todas las personas con discapacidad y, cuando sea necesario, regímenes de apoyo para la adopción de decisiones**.

22. Los Estados deberían contactar, consultar y colaborar sistemática y abiertamente, de forma sustantiva y oportuna, con las organizaciones de personas con discapacidad. Ello requiere **acceso a toda la información pertinente, incluidos los sitios web de los órganos públicos, mediante formatos digitales accesibles y ajustes razonables cuando se requiera, como la interpretación en lengua de señas, los textos en lectura fácil y lenguaje claro, el braille y la comunicación táctil**. Las consultas **abiertas** dan a las personas con discapacidad acceso a todos los espacios de adopción de decisiones en el ámbito público en igualdad de condiciones con las demás, lo cual incluye los fondos nacionales y todos los órganos públicos de adopción de decisiones competentes para la aplicación y el seguimiento de la Convención.

23. Las autoridades públicas deberían considerar, con la debida atención y prioridad, las **opiniones y perspectivas** de las organizaciones de personas con discapacidad cuando examinen cuestiones relacionadas directamente con esas personas. Las autoridades públicas que dirijan procesos de adopción de decisiones tienen el **deber de informar a las organizaciones de personas con discapacidad de los resultados de esos procesos, en particular proporcionando una explicación clara, en un formato comprensible, de las conclusiones, las consideraciones y los razonamientos de las decisiones sobre el modo en que se tuvieron en cuenta sus opiniones y por qué**.

3. Inclusión de los niños y las niñas con discapacidad

24. El artículo 4, párrafo 3, reconoce también la importancia de “incluir a los niños y las niñas con discapacidad” de forma sistemática en la elaboración y la aplicación de la legislación y las políticas para hacer efectiva la Convención, así como en otros procesos de adopción de decisiones, **a través de las organizaciones de niños con discapacidad o que apoyan a esos niños**. Esas organizaciones son fundamentales para facilitar, promover y garantizar la autonomía personal y la participación activa de los niños con discapacidad. Los Estados partes deberían crear un entorno favorable para el establecimiento y funcionamiento de organizaciones que representen a niños con discapacidad, como parte de su obligación de defender el derecho a la libertad de asociación, entre otras cosas mediante recursos adecuados para el apoyo.

25. Los Estados partes deberían aprobar leyes y reglamentos y elaborar programas para asegurar que todas las personas entiendan y respeten la voluntad y las preferencias de los niños y tengan en cuenta su capacidad personal evolutiva en todo momento. El **reconocimiento y la promoción del derecho a la autonomía personal** reviste capital importancia para que todas las personas con discapacidad, incluidos los niños, sean respetadas como titulares de derechos¹¹. Los niños con discapacidad son los que están mejor situados para expresar qué es lo que requieren y cuáles son sus experiencias, lo cual es necesario para elaborar leyes y programas adecuados en consonancia con la Convención.

26. Los Estados partes pueden organizar seminarios y reuniones en los que se invite a los niños con discapacidad a expresar su opinión. También podrían formular invitaciones abiertas a los niños con discapacidad para que envíen redacciones sobre temas concretos, alentándoles a exponer sus experiencias personales y sus expectativas vitales. Las redacciones podrían resumirse e incluirse directamente, como una contribución de los propios niños, en los procesos de adopción de decisiones.

4. Participación plena y efectiva

27. La “participación plena y efectiva” (art. 3 c)) en la sociedad se refiere a la colaboración con todas las personas, incluidas las personas con discapacidad, a fin de que sientan que pertenecen a la sociedad y forman parte de ella. Comprende alentarles y proporcionarles el apoyo adecuado, entre otras cosas apoyo de sus pares y apoyo para participar en la sociedad, así como no estigmatizarlas y hacer que se sientan seguras y respetadas cuando hablen en público. La participación plena y efectiva requiere que los Estados partes **faciliten la participación y consulta de personas con discapacidad que representen a la amplia diversidad de deficiencias**.

28. El derecho a participar es un derecho civil y político y una obligación de cumplimiento inmediato, sin sujeción a ninguna forma de restricción presupuestaria, aplicable a los procesos de adopción de decisiones, implementación y seguimiento, en relación con la Convención. Al garantizar la participación de las organizaciones de personas con discapacidad en cada una de esas etapas, las personas con discapacidad pueden determinar y señalar mejor las medidas susceptibles de promover u obstaculizar sus derechos, lo que, en última instancia, redundará en mejores resultados para esos procesos decisorios. La participación plena y efectiva **debería entenderse como un proceso y no como un acontecimiento puntual aislado**.

29. La participación de las personas con discapacidad en la aplicación y el seguimiento de la Convención es posible cuando esas personas pueden ejercer sus derechos a la libertad de expresión, reunión pacífica y asociación, consagrados en los artículos 19, 21 y 22 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Si las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan participan en los procesos públicos de adopción de decisiones para aplicar y supervisar la Convención, hay que reconocer su papel de defensores de los derechos humanos¹³ y protegerlas contra la intimidación, el acoso y las represalias, en particular cuando manifiesten opiniones divergentes.

30. El derecho a participar engloba también las obligaciones relativas al derecho a las debidas garantías procesales y al derecho a ser oído. Los Estados partes que celebran consultas estrechas y colaboran activamente con las organizaciones de personas con discapacidad en la adopción de decisiones en el ámbito público también hacen efectivo el derecho de las personas con discapacidad a una participación plena y efectiva en la vida política y pública, lo que incluye el derecho a votar y a ser elegidas (art. 29 de la Convención).

31. La participación plena y efectiva entraña la inclusión de las personas con discapacidad en distintos órganos de decisión, tanto a nivel local, regional y nacional como internacional, y en las instituciones nacionales de derechos humanos, los comités especiales, las juntas y las organizaciones regionales o municipales. Los Estados partes deberían reconocer, en su legislación y práctica, que todas las personas con discapacidad pueden ser designadas o elegidas para cualquier órgano representativo: por ejemplo, asegurando que se nombre a personas con discapacidad para formar parte de las juntas que se ocupan de cuestiones relativas a la discapacidad a nivel municipal o como responsables de los derechos de las personas con discapacidad en las instituciones nacionales de derechos humanos.

32. Los Estados partes deberían fortalecer la participación de las organizaciones de personas con discapacidad en el plano internacional, por ejemplo, en el foro político de alto nivel sobre el desarrollo sostenible, así como en los mecanismos regionales y universales de derechos humanos. De ese modo, la participación de las personas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan, propiciará una mayor eficacia y una utilización equitativa de los recursos públicos y, por consiguiente, mejores resultados para esas personas y sus comunidades.

33. La participación plena y efectiva puede ser también una herramienta de transformación para cambiar la sociedad y promover el empoderamiento y la capacidad de acción de las personas. La integración de las organizaciones de personas con discapacidad en todas las formas de adopción de decisiones refuerza la capacidad de esas personas para negociar y defender sus derechos, y las empodera para que expresen sus opiniones de forma más firme, hagan realidad sus aspiraciones y fortalezcan sus voces colectivas y diversas. Los Estados partes deberían asegurar la participación plena y efectiva de las personas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan, **como medida para alcanzar su inclusión en la sociedad y combatir la discriminación de que son objeto**. Los Estados partes que garantizan la participación plena y efectiva y colaboran con las organizaciones de personas con discapacidad **mejoran la transparencia** y la rendición de cuenta, y consiguen responder mejor a los requerimientos de esas personas.”

41. De igual forma se destacó, aunque bajo un enfoque de prohibición de discriminación por este motivo, que la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad dispone:

“ARTÍCULO V

1. **Los Estados parte promoverán**, en la medida en que sea compatible con sus respectivas legislaciones nacionales, **la participación de representantes de organizaciones de personas con discapacidad, organizaciones no gubernamentales que trabajan en este campo o, si no existieren dichas organizaciones, personas con discapacidad, en la elaboración, ejecución y evaluación de medidas y políticas para aplicar la presente Convención. (...)**”

42. Por lo anterior, este Pleno señaló que deben tomarse en cuenta los lineamientos contenidos en los documentos elaborados por organismos internacionales en su labor de interpretación de la Convención, de los que conviene destacar el informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad presentado al Consejo de Derechos Humanos de la ONU el doce de enero de dos mil dieciséis, en el que, en relación con los procedimientos legislativos, se señala lo siguiente:

“Principales ámbitos de participación

1. Armonización jurídica

83. Los Estados partes en instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos tienen la obligación de velar por que la legislación interna sea conforme con las normas internacionales. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad pide a los Estados que adopten todas las medidas legislativas pertinentes para hacer efectivos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad y que deroguen los instrumentos jurídicos que no sean conformes. Por lo tanto, los Estados deberían realizar un examen holístico de la idoneidad de la legislación vigente en vista de las obligaciones contraídas en virtud de la Convención. **Durante ese proceso, los Estados deben consultar estrechamente con las personas con discapacidad a través de sus organizaciones y fomentar una participación más activa de estas.**

84. Las personas con discapacidad pueden participar en los procesos legislativos de distintas maneras. En muchos países, los ciudadanos tienen derecho a proponer iniciativas legislativas, referendos y peticiones, sin el respaldo de los partidos políticos o las autoridades públicas. Los Estados deben asegurar que sus procedimientos de democracia directa sean plenamente accesibles a las personas con discapacidad.

85. Aunque el proceso legislativo puede variar de un país a otro, los órganos legislativos deberían garantizar la participación de las personas con discapacidad en todo el proceso, incluso en las reuniones de deliberación celebradas por las cámaras para debatir y votar proyectos de ley sobre cuestiones relacionadas con las personas con discapacidad. Los órganos legislativos nacionales deberían incluir disposiciones concretas en sus reglamentos para dar cabida a la participación de las organizaciones que representan a personas con discapacidad en los grupos consultivos y los comités legislativos, así como en las audiencias públicas y las consultas en línea. También debe asegurarse la accesibilidad de las instalaciones y los procedimientos.”

43. En el mismo sentido, en el referido precedente se señaló que el Manual para Parlamentarios sobre la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo, elaborado conjuntamente por el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (NU-DAES), la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) y la Unión Interparlamentaria (UIP), apunta:

“Inducir a personas con discapacidad a participar en el proceso legislativo

Las personas con discapacidad deben participar activamente en la redacción de legislación y otros procesos decisorios que les afecten, del mismo modo que participaron activamente en la redacción de la propia Convención. También se les debe alentar a que presenten observaciones y ofrezcan asesoramiento cuando se apliquen las leyes. Hay diversas maneras de considerar todas las opiniones, entre otras mediante audiencias públicas (con preaviso y publicidad suficientes), solicitando presentaciones por escrito ante las comisiones parlamentarias pertinentes y distribuyendo todos los comentarios recibidos entre un público más amplio, a través de sitios web parlamentarios y por otros medios.

Los parlamentos deben velar por que sus leyes, procedimientos y documentación estén en formatos accesibles, como macrotipos, Braille y lenguaje sencillo, con el fin de que las personas con discapacidad puedan participar plenamente en la elaboración de legislación en general y, específicamente, en relación con las cuestiones de discapacidad. El edificio del parlamento y otros lugares donde éste celebre audiencias deberán ser también accesibles a las personas con discapacidad.”

44. Se destacó que en un documento sobre buenas prácticas parlamentarias la Unión Interparlamentaria establece los siguientes lineamientos para la participación ciudadana en los procesos legislativos¹⁸:
- Contar con un registro público de organizaciones no gubernamentales organizado en función de su ámbito de interés, así como alfabéticamente.
 - Contar con un registro similar de expertos.
 - Publicar de manera efectiva a través de distintos medios, información oportuna sobre los procesos legislativos.
 - Hacer invitaciones dirigidas a organizaciones relevantes y expertos, incluyendo a representantes de grupos marginados.
 - Establecer procedimientos para la recepción de promociones provenientes de ciudadanos en lo individual.
 - Elaborar un manual o de sesiones de entrenamiento sobre cómo someter escritos o pruebas al órgano legislativo.
 - Asegurar la disponibilidad pública en línea de todos los documentos recibidos.
 - Llevar a cabo audiencias públicas en distintas localidades, con resúmenes escritos de las participaciones orales.

¹⁸ Parliament and Democracy in the Twenty-first Century: A Guide to Good Practice (Ginebra, Unión Interparlamentaria, 2006), págs. 79-87

45. Por último, se puntualizó que esta obligación no es oponible únicamente ante los órganos formalmente legislativos, sino a todo órgano del Estado Mexicano que intervenga en la creación, reforma o derogación de normas generales que incidan directamente en las personas con discapacidad.
46. Al resolver la **acción de inconstitucionalidad 109/2016**¹⁹, este Tribunal Pleno declaró la invalidez de los artículos 367, fracción III, párrafo segundo, y 368 Bis del Código Civil del Estado de Chihuahua, publicados mediante Decreto 1447/2016 XX P.E., de dieciséis de noviembre de dos mil dieciséis, ante la falta de consulta a personas con discapacidad.
47. Finalmente, este Tribunal Pleno ha continuado sentando el parámetro de las consultas a personas con discapacidad de manera reciente en las **acciones de inconstitucionalidad 239/2020**²⁰, **299/2020**²¹, **129/2020 y sus acumuladas 170/2020 y 207/2020**²², **y 168/2020 y su acumulada 177/2020**²³ donde se han invalidado disposiciones de leyes de educación de diversas entidades federativas que regulaban una educación inclusiva.
48. Establecido el parámetro de la consulta a personas con discapacidad, este Tribunal Pleno considera que la Ley de Salud Mental del Estado de Puebla sí es susceptible de incidir en los derechos humanos de las personas con discapacidad, pues atendiendo a su propio objeto²⁴ reconoce el derecho a la **salud mental**; regula bases y modalidades para garantizar el **acceso a los servicios de salud mental**; regula los mecanismos adecuados para la sensibilización, promoción, prevención, evaluación, diagnóstico, **tratamiento, rehabilitación y fomento de la salud mental**, y garantiza y promueve el respeto y la protección efectiva de los Derechos Humanos de las personas con **trastornos mentales** y del comportamiento.
49. Cabe precisar que la Organización Mundial de la Salud ha definido a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, por tanto, la salud mental es un componente integral y esencial de la salud.²⁵

¹⁹ Resuelta el veinte de octubre de dos mil veinte, por unanimidad de once votos.

²⁰ Resuelta el veintiuno de octubre de dos mil veintiuno, por unanimidad de diez votos de las señoras Ministras y de los señores Ministros Gutiérrez Ortiz Mena, González Alcántara Carrancá, Esquivel Mossa, Franco González Salas, Aguilar Morales, Pardo Rebolledo, Piña Hernández, Ríos Farjat, Laynez Potisek y Presidente Zaldivar Lelo de Larrea, respecto del considerando quinto, relativo al estudio de fondo, consistente en declarar la invalidez de los artículos del 77 al 87 y del 88 al 91 de la Ley de Educación para el Estado de Guanajuato, expedida mediante el Decreto número 203, publicado en el periódico oficial de dicha entidad federativa el veintidós de julio de dos mil veinte. La señora Ministra Ríos Farjat anunció voto aclaratorio. La señora Ministra y los señores Ministros Pardo Rebolledo, Piña Hernández y Presidente Zaldivar Lelo de Larrea anunciaron sendos votos concurrentes.

²¹ Resuelta el diez de agosto de dos mil veintiuno, por unanimidad de once votos de las señoras Ministras y de los señores Ministros Gutiérrez Ortiz Mena, González Alcántara Carrancá, Esquivel Mossa, Franco González Salas con reserva de criterio y en contra de la referencia a la controversia constitucional 32/2020, Aguilar Morales, Pardo Rebolledo, Piña Hernández separándose de los párrafos del noventa y dos al noventa y seis y el último enunciado del ciento dos, Ríos Farjat, Laynez Potisek, Pérez Dayán y Presidente Zaldivar Lelo de Larrea por razones adicionales, respecto del apartado VI, relativo a las consideraciones y fundamentos, en su apartado A, consistente en declarar la invalidez de los artículos 39, 40 y 41 de la Ley Número 464 de Educación del Estado Libre y Soberano de Guerrero, publicada en el periódico oficial de dicha entidad federativa el veintitrés de octubre de dos mil veinte. Los señores Ministros Pardo Rebolledo y Presidente Zaldivar Lelo de Larrea anunciaron sendos votos concurrentes; y por unanimidad de once votos de las señoras Ministras y de los señores Ministros Gutiérrez Ortiz Mena, González Alcántara Carrancá, Esquivel Mossa, Franco González Salas, Aguilar Morales, Pardo Rebolledo, Piña Hernández, Ríos Farjat, Laynez Potisek, Pérez Dayán y Presidente Zaldivar Lelo de Larrea por consideraciones adicionales, respecto del apartado VI, relativo a las consideraciones y fundamentos, en su apartado B, consistente en declarar la invalidez de los artículos del 44 al 48 de la Ley Número 464 de Educación del Estado Libre y Soberano de Guerrero, publicada en el periódico oficial de dicha entidad federativa el veintitrés de octubre de dos mil veinte. El señor Ministro Presidente Zaldivar Lelo de Larrea anunció voto concurrente.

²² Resuelta el veintiocho de octubre de dos mil veintiuno, por unanimidad de once votos de las señoras Ministras y de los señores Ministros Gutiérrez Ortiz Mena, González Alcántara Carrancá, Esquivel Mossa, Franco González Salas, Aguilar Morales, Pardo Rebolledo, Piña Hernández, Ríos Farjat, Laynez Potisek, Pérez Dayán y Presidente Zaldivar Lelo de Larrea, respecto a la declaración de invalidez de diversas disposiciones de la Ley de Educación del Estado de Aguascalientes expedida mediante el Decreto número 341 publicado en el Periódico Oficial de dicha entidad federativa el veinticinco de mayo del año dos mil veinte.

²³ Resuelta el treinta y uno de mayo de dos mil veintidós, por unanimidad de diez votos de las señoras Ministras y de los señores Ministros Gutiérrez Ortiz Mena, González Alcántara Carrancá, Esquivel Mossa, Ortiz Ahlf, Aguilar Morales, Piña Hernández, Ríos Farjat, Laynez Potisek, Pérez Dayán y Presidente Zaldivar Lelo de Larrea, respecto del apartado III, relativo al estudio, en su tema 2, denominado "VIOLACIONES AL PROCEDIMIENTO LEGISLATIVO RELACIONADAS CON LA CONSULTA A PUEBLOS INDÍGENAS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD", consistente en declarar la invalidez de los artículos 23, del 84 al 87 y del 94 al 102 de la Ley de Educación del Estado de Michoacán de Ocampo, expedida mediante el Decreto Número 330, publicado en el periódico oficial de dicha entidad federativa el veintinueve de mayo de dos mil veinte.

²⁴ **ARTÍCULO 1.** La presente Ley es de orden público, de interés social y tiene por objeto:

- I. Reconocer el derecho a la salud mental, así como establecer mecanismos para su garantía;
- II. Regular las bases y modalidades para garantizar el acceso a los servicios de salud mental en el Estado de Puebla conforme a los principios constitucionales en materia de Derechos Humanos;
- III. Regular los mecanismos adecuados para la sensibilización, promoción, prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y fomento de la salud mental, y
- IV. Garantizar y promover el respeto y la protección efectiva de los Derechos Humanos de las personas con trastornos mentales y del comportamiento.

²⁵ Organización Mundial de la Salud, consultable en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

50. Asimismo, dicha Organización ha señalado que es esencial no sólo proteger y promover el bienestar mental de los ciudadanos, sino también satisfacer las necesidades de las personas con trastornos de salud mental.
51. La Organización ha brindado una definición de salud mental, entendida como: “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”²⁶.
52. Por otra parte, el artículo 1 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad señala que el término personas con discapacidad comprende “a aquellas que tengan **deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales** a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.²⁷
53. Además, de acuerdo con la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad, la **discapacidad “significa una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social”**.
54. La discapacidad, entonces, son deficiencias que tiene una persona que, al interactuar con las barreras sociales y actitudinales, le impiden gozar de sus derechos humanos en igualdad de circunstancias que el resto de las personas. Dichas deficiencias pueden ser de diferentes tipos: mentales, sensoriales, físicas o intelectuales.
55. Como se observa, la definición de discapacidad mental o psicosocial está relacionada con los trastornos mentales que no tienen un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado, por lo que generan alteraciones significativas que desembocan propiamente en una deficiencia que, derivado de las barreras sociales y actitudinales, impiden que las personas puedan desenvolverse e incluirse en la sociedad en igualdad de condiciones que el resto de las personas, y que sean discriminadas y estigmatizadas²⁸.
56. A título ilustrativo, la Segunda Sala se ha pronunciado en torno a que “cualquier persona que de manera genérica padezca lo que comúnmente se denomina ‘enfermedad mental’, ‘problema de salud mental’, ‘padecimiento mental’, ‘enfermedad psiquiátrica’ o que presente una ‘deficiencia mental’, ya sea comprobada o no, siempre que se enfrente con barreras sociales que le impiden participar de manera plena y efectiva, en igualdad de condiciones, debe ser considerada como persona con discapacidad. En este sentido, gozan de un marco jurídico particular de protección en razón de su condición de especial vulnerabilidad y desigualdad de facto frente a la sociedad y el ordenamiento jurídico.”²⁹

²⁶ Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica: informe compendiado. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias en colaboración con la Fundación Victorian para la Promoción de la Salud y la Universidad de Melbourne. 2004. Consultable en https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

²⁷ **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**

Artículo 1

Propósito

[...]

Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad

ARTÍCULO I

Para los efectos de la presente Convención, se entiende por:

1. Discapacidad

El término “discapacidad” significa una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social. [...].

Ley General de Salud

Artículo 173. Para los efectos de esta Ley, se entiende por discapacidad a la o las deficiencias de carácter físico, mental, intelectual o sensorial, ya sea permanente o temporal que por razón congénita o adquirida, presenta una persona, que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva, en igualdad de condiciones con los demás.

²⁸ Al respecto, la 66ª. Asamblea Mundial de la Salud señaló: “13. Con frecuencia, los trastornos mentales hunden a las personas y a las familias en la pobreza. La carencia de hogar y la encarcelación impropia son mucho más frecuentes entre las personas con trastornos mentales que en la población general, y exacerbaban su marginación y vulnerabilidad. Debido a la estigmatización y la discriminación, las personas con trastornos mentales sufren frecuentes violaciones de los derechos humanos, y a muchas se les niegan derechos económicos, sociales y culturales y se les imponen restricciones al trabajo y a la educación, así como a los derechos reproductivos y al derecho a gozar del grado más alto posible de salud. Pueden sufrir también condiciones de vida inhumanas y poco higiénicas, maltratos físicos y abusos sexuales, falta de atención y prácticas terapéuticas nocivas y degradantes en los centros sanitarios. A menudo se les niegan derechos civiles y políticos, tales como el derecho a contraer matrimonio y fundar una familia, la libertad personal, el derecho de voto y de participación plena y efectiva en la vida pública, y el derecho a ejercer su capacidad jurídica en otros aspectos que les afecten, en particular el tratamiento y la atención. Así, las personas con trastornos mentales suelen vivir situaciones de vulnerabilidad y pueden verse excluidas y marginadas de la sociedad, lo cual representa un importante impedimento para la consecución de los objetivos de desarrollo nacionales e internacionales. La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, vinculante para los Estados Partes que la han ratificado o se han adherido a ella, protege y fomenta los derechos de todas las personas con discapacidad, incluidas las que padecen trastornos mentales e intelectuales, y también estimula su inclusión plena en la cooperación internacional, y en particular en los programas internacionales de desarrollo”.

²⁹ Cfr. Tesis 2a. LVI/2019 (10a.), de rubro: “**PERSONAS CON DEFICIENCIAS MENTALES. TIENEN UN MARCO JURÍDICO PARTICULAR DE PROTECCIÓN EN MATERIA DE SALUD.**”, visible en la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, libro 70, septiembre de 2019, tomo I, página 421 y registro 2020600.

57. Es por lo anterior que este Tribunal Constitucional considera que la Ley de Salud Mental del Estado de Puebla, al ser el marco jurídico particular de protección en materia de salud en el referido Estado y regular bases y modalidades para garantizar el **acceso a los servicios de salud mental**; mecanismos para -entre otros- el diagnóstico, **tratamiento, rehabilitación y fomento** de la **salud mental**, y garantizar y promover el respeto y la protección efectiva de los Derechos Humanos de las personas con **trastornos mentales** y del comportamiento, sí debió ser consultada.
58. Preciado lo anterior, se debe analizar si el Congreso del Estado de Puebla consultó a las personas con discapacidad de esa entidad.
59. De la revisión de las documentales que remitió el Poder Legislativo del Estado de Puebla, así como del informe que le fue solicitado, que dan cuenta del proceso legislativo que dio origen al Decreto impugnado, no existe evidencia alguna de que ese Poder haya consultado a las personas con discapacidad de forma previa, pública, abierta, regular, estrecha y con participación preferentemente directa de las personas con discapacidad, accesible, informada, significativa, con participación efectiva y transparente.
60. Lo anterior es así ya que el veintidós de enero de dos mil veintiuno se recibió en la Secretaría General una iniciativa presentada por parte del Diputado Marcelo Eugenio García Almaguer, que fue turnada el veintiséis de enero siguiente a la Comisión de Salud.
61. Posteriormente, el quince de julio de dos mil veintiuno, dicha Comisión emitió el Dictamen 173 en el sentido de que la iniciativa era procedente con algunas modificaciones realizadas por la propia Comisión, lo cual fue aprobado por unanimidad. En esa misma fecha, la Diputada María del Rocío García Olmedo presentó una proposición reformativa al dictamen.
62. En sesión celebrada el mismo quince de julio de dos mil veintiuno, en el Pleno del Congreso del Estado de Puebla se dispuso por unanimidad de votos la lectura del Dictamen, se dio participación a algunos diputados y se desahogaron las proposiciones reformativas presentadas por la Diputada María del Rocío García Olmedo, mismas que fueron aprobadas por unanimidad de votos. Finalmente, el Dictamen con minuta de Decreto fue aprobado por treinta y seis votos a favor, cero en contra y cero abstenciones, el cual fue enviado al Ejecutivo del Estado para su publicación.
63. En efecto, de la revisión del procedimiento legislativo esta Suprema Corte concluye que el Poder Legislativo local no cumplió con su deber de llevar a cabo una consulta previa a personas con discapacidad antes de que expidiera la Ley de Salud Mental del Estado de Puebla.
64. No pasa inadvertido que tanto en el diario de debates como en la versión estenográfica de la sesión pública ordinaria del Congreso del Estado de Puebla de quince de julio de dos mil veintiuno³⁰ el Diputado Marcelo Eugenio García Almaguer, quien presentare la iniciativa para la Ley Estatal de Salud Mental, señaló que presentó dicha iniciativa después de conversar con profesionales de la salud, Directores de Hospitales de Puebla y de expertos, sin embargo, ello no puede considerarse como una consulta a personas con discapacidad u organizaciones de personas con discapacidad o que las representen pues no se observa que hayan sido convocadas a dichas conversaciones previo a la presentación de la iniciativa.
65. Tampoco pasa inadvertido que con la emisión de la ley impugnada, fue una pretensión de la legislatura local, de acuerdo con lo narrado por ambos poderes demandados en sus respectivos informes, el armonizar con la Ley General de Salud, sin embargo, como se ha sentado, las entidades federativas se encuentran obligadas a respetar el derecho humano a la consulta de personas con discapacidad, previamente a la emisión de una norma que les afecte, con independencia de que su actuar haya sido en cumplimiento a un mandato de armonización ordenado por el legislador federal.
66. La necesidad de que en este tipo de medidas sean consultadas directamente y conforme a los procedimientos de consulta que ha reconocido esta Suprema Corte, radica en que las personas con discapacidad constituyen grupos que históricamente han sido discriminados e ignorados, por lo que es necesario consultarlos para conocer si las medidas legislativas constituyen, real y efectivamente, una medida que les beneficie, pero sobre todo para escuchar nuevas aportaciones y opiniones que el legislador no tuvo en cuenta para emitir las normas ahora impugnadas.
67. En consecuencia, este Tribunal Constitucional no puede acoger la pretensión del órgano parlamentario de validar la adopción de un acto legislativo que incide en los derechos humanos de las personas con discapacidad, producto de un procedimiento que representó una vulneración al derecho a la consulta previa.

³⁰ Página 121 del diario de los debates y página 129 de la versión estenográfica de la sesión.

68. Es por lo anterior que este Tribunal Pleno considera que se actualiza una violación de estudio preferente, pues el Poder Legislativo local fue omiso en consultar a las personas con discapacidad previo a la expedición de la Ley de Salud Mental del Estado de Puebla, en términos del artículo 4.3 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Ante la ausencia de la consulta en los términos fijados, se verifica una violación convencional abstracta que conlleva la invalidez de toda la ley impugnada, pues sin la consulta previa es imposible saber con certeza si las medidas impugnadas –y otras que la ley establece– benefician o perjudican a las personas con trastornos de salud mental.
69. Ya que se ha declarado inconstitucional el Decreto impugnado en su totalidad, es innecesario abordar los restantes argumentos del concepto de invalidez de la Comisión actora sobre los preceptos impugnados³¹.

VII. EFECTOS

70. El artículo 73, en relación con los artículos 41, 43, 44 y 45 de la Ley Reglamentaria de la materia, señala que las sentencias deben contener los alcances y efectos de éstas, así como fijar con precisión los órganos obligados a cumplirla, las normas generales respecto de las cuales opere y todos aquellos elementos necesarios para su plena eficacia en el ámbito que corresponda. Además, se debe fijar la fecha a partir de la cual la sentencia producirá sus efectos.
71. **Declaratoria de invalidez:** En atención a las consideraciones desarrolladas en el apartado precedente, se **declara la invalidez** de la Ley de Salud Mental del Estado de Puebla, expedida mediante Decreto publicado el doce de octubre de dos mil veintiuno en el Periódico Oficial de dicha entidad.
72. **Efectos específicos de la declaratoria de invalidez.** Atendiendo a la facultad de esta Suprema Corte de Justicia de la Nación para determinar los efectos de las sentencias estimatorias que emite, conforme a lo dispuesto en los citados artículos 41 y 73 de la Ley Reglamentaria de las Fracciones I y II del Artículo 105 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y la jurisprudencia P./J. 84/2007, cuyo rubro es: **“ACCIÓN DE INCONSTITUCIONALIDAD. LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN CUENTA CON AMPLIAS FACULTADES PARA DETERMINAR LOS EFECTOS DE LAS SENTENCIAS ESTIMATORIAS.”**³²
73. En esa jurisprudencia se sostiene que los efectos que este Tribunal Constitucional imprima a sus sentencias estimatorias en la vía de acción de inconstitucionalidad deben, de manera prioritaria, salvaguardar de manera eficaz la norma constitucional violada, aunque al mismo tiempo se debe evitar generar una situación de mayor incertidumbre jurídica que la ocasionada por las normas impugnadas, así como afectar injustificadamente el ámbito decisorio establecido constitucionalmente a favor de otros poderes públicos (federales, estatales y/o municipales).
74. Lo anterior determina que este Tribunal Pleno cuenta con un amplio margen de apreciación para salvaguardar eficazmente la norma constitucional o convencional violada.
75. Ahora bien, respecto a la declaratoria de invalidez de la Ley de Salud Mental del Estado de Puebla ante la falta de consulta previa a las personas con discapacidad, debe precisarse que este Tribunal ha tomado decisiones en que el efecto consistió únicamente en la expulsión de las porciones normativas que presentaban vicios de inconstitucionalidad; en otros casos, el efecto ha consistido en la expulsión de todo un conjunto armónico de normas dentro del ordenamiento legal impugnado; e, inclusive, se han expulsado del orden jurídico nacional leyes u ordenamientos completos por existir violaciones muy graves a las normas que rigen el procedimiento para su creación.
76. Asimismo, en ocasiones, el efecto de la sentencia se ha postergado por un lapso razonable y, en otros casos, el efecto ha consistido en la reviviscencia de las normas vigentes con anterioridad a las que han sido expulsadas del ordenamiento jurídico, para garantizar un mínimo indispensable de certeza jurídica.

³¹ Cfr. Jurisprudencia P./J. 37/2004 de rubro y texto siguiente: **“ACCIÓN DE INCONSTITUCIONALIDAD. ESTUDIO INNECESARIO DE CONCEPTOS DE INVALIDEZ.** Si se declara la invalidez del acto impugnado en una acción de inconstitucionalidad, por haber sido fundado uno de los conceptos de invalidez propuestos, se cumple el propósito de este medio de control constitucional y resulta innecesario ocuparse de los restantes argumentos relativos al mismo acto. Consultable en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, tomo XIX, junio de dos mil cuatro, página 863 y registro 181398.

³² Cuyo texto es: “De conformidad con el artículo 41, fracción IV, de la Ley Reglamentaria de las Fracciones I y II del artículo 105 constitucional, las facultades del Máximo Tribunal del país para determinar los efectos de las sentencias estimatorias que emite, por un lado, comprenden la posibilidad de fijar “todos aquellos elementos necesarios para su plena eficacia en el ámbito que corresponda”; por otro lado, deben respetar todo el sistema jurídico constitucional del cual derivan. Ese estado de cosas implica que el Alto Tribunal cuenta con un amplio margen de apreciación para equilibrar todos los principios, competencias e institutos que pudieran verse afectados positiva o negativamente por causa de la expulsión de la norma declarada inconstitucional en el caso de su conocimiento, de tal suerte que a través de los efectos que imprima a su sentencia debe salvaguardar de manera eficaz la norma constitucional violada, evitando, al mismo tiempo, generar una situación de mayor inconstitucionalidad o de mayor incertidumbre jurídica que la ocasionada por las normas impugnadas, o invadir injustificadamente el ámbito decisorio establecido constitucionalmente a favor de otros poderes públicos (federales, estatales y/o municipales).” Consultable en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, Tomo XXVI, Diciembre de 2007, pág. 777, registro digital 170879.

77. Cabe puntualizar que en diversos precedentes esta Suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido plazos diferentes para que los congresos locales den cumplimiento a las declaraciones de invalidez derivadas de la falta de consulta a personas con discapacidad, como son ciento ochenta días naturales³³ o, incluso, de dieciocho meses, ante las serias dificultades y riesgos que implica celebrar las consultas respectivas durante la pandemia por el virus SARS-COV2.
78. Así, esta Suprema Corte, con fundamento en lo previsto en el artículo 45, párrafo primero, de la Ley Reglamentaria de las Fracciones I y II del Artículo 105 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, considera que en el caso es prudente determinar que la declaratoria de invalidez de la Ley de Salud Mental del Estado de Puebla debe postergarse por doce meses con el objeto de que la regulación respectiva continúe vigente en tanto el Congreso de esa entidad cumpla con los efectos vinculatorios precisados en el siguiente apartado de este considerando, lo que permitirá, incluso, la eficacia del derecho a la consulta de las personas con discapacidad.
79. **Efectos vinculantes para el Congreso del Estado de Puebla.** Tomando en cuenta que el Congreso del Estado, en ejercicio de su libertad de configuración, determinó regular diversos aspectos relacionados con la salud mental de personas con discapacidad, debe estimarse que la invalidez de la Ley de Salud Mental del Estado de Puebla, derivada de la ausencia de consulta a personas con discapacidad, debe traducirse en una consecuencia acorde a la eficacia de ese derecho humano, por lo que se impone concluir que la declaración de invalidez de la referida regulación no se limita a su expulsión del orden jurídico sino que conlleva la obligación constitucional de que el referido órgano legislativo desarrolle la consulta correspondiente, cumpliendo con los parámetros establecidos en esta determinación y dentro del plazo de postergación de los efectos de invalidez antes precisado, y, con base en los resultados de dicha consulta, emita la regulación que corresponda en materia de salud mental.
80. Por lo expuesto, se vincula al Congreso del Estado de Puebla para que dentro de los doce meses siguientes a la notificación que se le haga de los puntos resolutiveos de esta resolución, fecha en que la declaratoria de invalidez surtirá efectos, lleve a cabo, conforme a los parámetros fijados en esta decisión, la consulta a las personas con discapacidad y, dentro del mismo plazo, emita la regulación correspondiente en materia de salud mental.
81. Lo anterior, en el entendido de que la consulta debe tener un carácter abierto, a efecto de otorgar la posibilidad de que se facilite el diálogo democrático y se busque la participación de las personas con discapacidad, en relación con cualquier aspecto regulado en la Ley de Salud Mental del Estado que esté relacionado directamente con su condición de discapacidad.
82. El plazo establecido, además, permite que no se prive a las personas con discapacidad de los posibles efectos benéficos de la norma y, al mismo tiempo, permite al Congreso del Estado atender a lo resuelto en la presente ejecutoria. Sin perjuicio de que en un tiempo menor la legislatura local pueda legislar en materia de salud mental, bajo el presupuesto ineludible de que efectivamente se realice la consulta en los términos fijados por esta Suprema Corte de Justicia de la Nación.
83. Similares consideraciones se sostuvieron en la **acción de inconstitucionalidad 168/2020 y su acumulada 177/2020**.³⁴

VIII. DECISIÓN

84. Por lo antes expuesto, el Tribunal Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación resuelve:

PRIMERO. Es **procedente y fundada** la presente acción de inconstitucionalidad.

SEGUNDO. Se declara la **invalidez** de la Ley de Salud Mental del Estado de Puebla, expedida mediante el DECRETO publicado en el Periódico Oficial de dicha entidad federativa el doce de octubre de dos mil veintiuno, de conformidad con el apartado VI de esta decisión.

TERCERO. La declaratoria de invalidez decretada surtirá sus efectos a los doce meses siguientes a la notificación de estos puntos resolutiveos al Congreso del Estado de Puebla, en la inteligencia de que, dentro del referido plazo, previo desarrollo de la respectiva consulta a las personas con discapacidad, ese Congreso deberá legislar en los términos precisados en los apartados VI y VII de esta ejecutoria.

³³ Por ejemplo, en las acciones de inconstitucionalidad 80/2017 y su acumulada 81/2017, así como 41/2018 y su acumulada 42/2018, resueltas el 20 y 21 de abril de este dos mil veinte.

³⁴ Resuelta el treinta y uno de mayo de dos mil veintidós, por mayoría de ocho votos de las señoras Ministras y de los señores Ministros Gutiérrez Ortiz Mena, Esquivel Mossa, Ortiz Ahí, Aguilar Morales, Ríos Farjat, Laynez Potisek, Pérez Dayán y Presidente Zaldivar Lelo de Larrea, respecto del apartado IV, relativo a los efectos, consistente en: 2) determinar que la declaratoria de invalidez decretada a los artículos restantes surta efectos a los doce meses siguientes a la notificación de los puntos resolutiveos de esta sentencia al Congreso del Estado de Michoacán de Ocampo, en la inteligencia de que, dentro del referido plazo, previo desarrollo de las respectivas consultas indígena y afromexicana, así como a las personas con discapacidad, ese Congreso deberá legislar en las materias de educación indígena y de educación inclusiva, en los términos precisados en esta sentencia. La señora Ministra y el señor Ministro González Alcántara Carrancá y Piña Hernández votaron en contra. La señora Ministra Ríos Farjat anunció voto aclaratorio.

CUARTO. Publíquese esta resolución en el Diario Oficial de la Federación, en el Periódico Oficial del Estado de Puebla, así como en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta.

Notifíquese mediante oficio a las partes y, en su oportunidad, archívese el expediente como asunto concluido.

Así lo resolvió el Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación:

En relación con el punto resolutivo primero:

Se aprobó por unanimidad de once votos de las señoras Ministras y de los señores Ministros Gutiérrez Ortiz Mena, González Alcántara Carrancá, Esquivel Mossa, Ortiz Ahlf, Aguilar Morales, Pardo Rebolledo, Piña Hernández, Ríos Farjat, Laynez Potisek, Pérez Dayán y Presidente Zaldívar Lelo de Larrea, respecto de los apartados I, II, III, IV y V relativos, respectivamente, a la competencia, a la precisión de las normas reclamadas, a la oportunidad, a la legitimación y a las causas de improcedencia y sobreseimiento.

En relación con el punto resolutivo segundo:

Se aprobó por mayoría de nueve votos de las señoras Ministras y de los señores Ministros Gutiérrez Ortiz Mena, González Alcántara Carrancá, Ortiz Ahlf, Aguilar Morales, Piña Hernández, Ríos Farjat, Laynez Potisek, Pérez Dayán con precisiones y Presidente Zaldívar Lelo de Larrea, respecto del apartado VI, relativo al estudio de fondo, consistente en declarar la invalidez de la Ley de Salud Mental del Estado de Puebla, expedida mediante el DECRETO publicado en el periódico oficial de dicha entidad federativa el doce de octubre de dos mil veintiuno. La señora Ministra Esquivel Mossa y el señor Ministro Pardo Rebolledo votaron únicamente por la invalidez de las normas reclamadas. El señor Ministro Presidente Zaldívar Lelo de Larrea anunció voto concurrente. Las señoras Ministras Piña Hernández y Ríos Farjat reservaron su derecho de formular sendos votos concurrentes.

En relación con el punto resolutivo tercero:

Se aprobó en votación económica por mayoría de nueve votos de las señoras Ministras y de los señores Ministros Gutiérrez Ortiz Mena, Esquivel Mossa, Ortiz Ahlf, Aguilar Morales, Pardo Rebolledo, Ríos Farjat, Laynez Potisek, Pérez Dayán y Presidente Zaldívar Lelo de Larrea, respecto del apartado VII, relativo a los efectos, consistente en: 1) determinar que la declaratoria de invalidez decretada surta efectos a los doce meses siguientes a la notificación de estos puntos resolutivos al Congreso del Estado de Puebla. El señor Ministro González Alcántara Carrancá y la señora Ministra Piña Hernández votaron en contra. La señora Ministra Ríos Farjat anunció voto aclaratorio.

Se aprobó en votación económica por unanimidad de once votos de las señoras Ministras y de los señores Ministros Gutiérrez Ortiz Mena, González Alcántara Carrancá, Esquivel Mossa, Ortiz Ahlf, Aguilar Morales, Pardo Rebolledo, Piña Hernández, Ríos Farjat, Laynez Potisek, Pérez Dayán y Presidente Zaldívar Lelo de Larrea, respecto del apartado VII, relativo a los efectos, consistente en: 2) determinar que, dentro del referido plazo, previo desarrollo de la respectiva consulta a las personas con discapacidad, ese Congreso deberá legislar conforme a los parámetros fijados en esta sentencia.

En relación con el punto resolutivo cuarto:

Se aprobó por unanimidad de once votos de las señoras Ministras y de los señores Ministros Gutiérrez Ortiz Mena, González Alcántara Carrancá, Esquivel Mossa, Ortiz Ahlf, Aguilar Morales, Pardo Rebolledo, Piña Hernández, Ríos Farjat, Laynez Potisek, Pérez Dayán y Presidente Zaldívar Lelo de Larrea.

El señor Ministro Presidente Zaldívar Lelo de Larrea declaró que el asunto se resolvió en los términos precisados. Doy fe.

Firman el Ministro Presidente y el Ponente con el Secretario General de Acuerdos que autoriza y da fe.

Ministro Presidente, **Arturo Zaldívar Lelo de Larrea**.- Firmado electrónicamente.- Ministro Ponente, **Juan Luis González Alcántara Carrancá**.- Firmado electrónicamente.- Secretario General de Acuerdos, **Rafael Coello Cetina**.- Firmado electrónicamente.

EL LICENCIADO **RAFAEL COELLO CETINA**, SECRETARIO GENERAL DE ACUERDOS DE LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN: CERTIFICA: Que la presente copia fotostática constante de treinta y dos fojas útiles, concuerda fiel y exactamente con el original firmado electrónicamente de la sentencia emitida en la acción de inconstitucionalidad 168/2021, promovida por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, dictada por el Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación en su sesión de siete de junio de dos mil veintidós. Se certifica con la finalidad de que se publique en el Diario Oficial de la Federación.- Ciudad de México, a quince de agosto de dos mil veintidós.- Rúbrica.

VOTO ACLARATORIO QUE FORMULA LA MINISTRA ANA MARGARITA RÍOS FARJAT EN LA ACCIÓN DE INCONSTITUCIONALIDAD 168/2021.

En la sesión celebrada el siete de junio de dos mil veintidós, el Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación resolvió la acción de inconstitucionalidad citada al rubro, que promovió la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en contra de diversos preceptos del Decreto por el que se expidió la Ley de Salud Mental del Estado de Puebla, al considerar que vulneraban distintos derechos de las personas con discapacidad.

Por mayoría de nueve votos¹, el Pleno declaró la invalidez de la totalidad de la ley, al advertir oficiosamente que el Congreso local no realizó la consulta previa exigida constitucionalmente, lo que transgredió en forma directa el numeral 4.3 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Coincido con la decisión alcanzada y la mayoría de las consideraciones, sin embargo, quiero dejar constancia de algunas reflexiones a manera de voto aclaratorio en cuanto a la invalidez que se decretó sobre las normas.

Comentarios previos.

Existe un marco constitucional y convencional en el cual se inscribe el artículo 4.3 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad², que dispone que los Estados parte, como México, celebrarán consultas y colaborarán activamente con las personas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan, en la elaboración y aplicación de legislación y políticas para hacer efectiva la Convención, y en otros procesos de adopción de decisiones sobre cuestiones relacionadas con ellas:

Artículo 4

*1. Los Estados Partes [sic] se **comprometen** a asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad. A tal fin, los Estados Partes [sic] se comprometen a:*

[...]

2. Con respecto a los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados Partes [sic] se comprometen a adoptar medidas hasta el máximo de sus recursos disponibles y, cuando sea necesario, en el marco de la cooperación internacional, para lograr, de manera progresiva, el pleno ejercicio de estos derechos, sin perjuicio de las obligaciones previstas en la presente Convención que sean aplicables de inmediato en virtud del derecho internacional.

*3. En la elaboración y aplicación de legislación y políticas para hacer efectiva la presente Convención, y en otros procesos de adopción de decisiones sobre cuestiones relacionadas con las personas con discapacidad, los Estados Partes [sic] **celebrarán consultas estrechas** y colaborarán activamente con las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan.*

*Énfasis añadido.

¹ Voto en contra del Ministro Pardo Rebolledo y la Ministra Esquivel Mossa por considerar que únicamente debieron invalidarse las normas reclamadas y no la totalidad de la ley impugnada.

² Adoptada el trece de diciembre de dos mil seis en Nueva York, Estados Unidos de América. Ratificada por México el diecisiete de diciembre de dos mil siete. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el dos de mayo de dos mil ocho. Entrada en vigor para México el tres de mayo de dos mil ocho.

En términos generales, el Pleno ha considerado, desde la acción de inconstitucionalidad 33/2015³, que la falta de consulta es un vicio de procedimiento que provocaba invalidar todo el acto legislativo emanado de ese procedimiento, para el efecto de que la consulta a personas con discapacidad fuera llevada a cabo y, tomando en cuenta la opinión de las personas consultadas, entonces se legislara.

A partir de esta convención internacional, directamente imbricada con la Constitución Política del país, y del caso mencionado es que se desarrolló una línea de precedentes que consideran la falta de consulta como una trasgresión constitucional.

En esa línea de precedentes, la Suprema Corte ha sido unánime cuando a todos los que la integramos nos parece inminente la afectación. Por ejemplo, así votamos en las acciones de inconstitucionalidad 80/2017 y su acumulada 81/2017 y 41/2018 y su acumulada 42/2018 cuando se invalidaron, respectivamente, la Ley de Asistencia Social de San Luis Potosí⁴ y la Ley para la Atención Integral de las Personas con Síndrome de Down de la Ciudad de México⁵. Estos dos casos son similares en tanto que se impugnaban leyes fundamentales para estos grupos en situación de vulnerabilidad pues estaban orientadas a regular aspectos torales de sus vidas.

No consultar a los destinatarios primigenios, no sólo constituye una trasgresión constitucional y una falta de respeto, sino que es un despliegue de paternalismo, de pensar que, desde una posición cómoda, por mayoritaria y aventajada, se puede determinar de forma infalible qué es mejor para quienes han sido, no pocas veces, históricamente invisibles. Se presume, por supuesto, la buena fe de los Congresos, y podrán idear provisiones beneficiosas, pero parten del problema principal, que es obviar la necesidad de preguntar si la medida legislativa propuesta le parece, a la comunidad a la que está dirigida, correcta, útil y favorable o, si prevé políticas y procesos realmente integradores, o si, al contrario, contiene mecanismos gravosos o que parte de suposiciones estigmatizantes que requieren erradicarse.

Comprensiblemente, cada integrante del Tribunal Pleno tiene su propia concepción de cómo cada norma impugnada afecta o impacta a estos grupos sociales, así que hay muchos casos donde no hemos coincidido. No siempre tenemos frente a nosotros casos tan claros como los dos que mencioné como ejemplo, donde toda la ley va encaminada a colisionar por la falta de consulta o en los que no se hizo ningún esfuerzo por consultarles. En otras ocasiones se trata de artículos de dudosa aplicación para los grupos históricamente soslayados, y las apreciaciones personales encuentran mayor espacio en la ponderación.

-
- ³ Resuelta en sesión de dieciocho de febrero de dos mil dieciséis, por mayoría de seis votos de los Ministros y Ministras Luna Ramos, Piña Hernández, Medina Mora I., Laynez Potisek, Pérez Dayán y Presidente Aguilar Morales. En contra, los Ministros Gutiérrez Ortiz Mena, Cossío Díaz, Franco González Salas y Zaldívar Lelo de Larrea, al estimar que la ley debe declararse inválida por contener un vicio formal. El asunto se presentó por primera vez el veintiocho de enero de dos mil dieciséis y no incluía un análisis del derecho de consulta previa. En la discusión, el Ministro Cossío Díaz propuso que en el proceso legislativo hubo una ausencia de consulta a las personas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan, por lo que debía invalidar toda la ley. Los demás integrantes solicitaron tiempo para estudiar el punto, por lo que el Ministro Ponente Pérez Dayán, señaló que realizaría una propuesta. El quince de febrero de dos mil dieciséis, se discutió por segunda ocasión el proyecto en el que se propuso que para establecer si en el caso se había cumplido con el artículo 4.3 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, debe determinarse si ha implicado de forma adecuada y significativa a las organizaciones representativas de las personas con discapacidad. Con base en ello, por mayoría de seis votos de los Ministros y Ministras Luna Ramos, Piña Hernández, Medina Mora I., Laynez Potisek, Pérez Dayán y Presidente Aguilar Morales se determinó que la Ley de Espectro Autista cumplió con la consulta ya que existió una participación significativa de diversas organizaciones representativas. En contra votaron los Ministros Gutiérrez Ortiz Mena, Franco González Salas, Cossío Díaz y Zaldívar Lelo de Larrea, quienes señalaron que la consulta debe ser previa, accesible, pública, transparente, con plazos razonables y objetivos específicos, y de buena fe, lo que no se cumple en el caso, ya que no se sabe si fue a todas las organizaciones que representan a personas con autismo, la convocatoria no fue pública, y no hubo accesibilidad en el lenguaje.
- ⁴ Resuelta en sesión de veinte de abril de dos mil veinte, por unanimidad de once votos de las Ministras Esquivel Mossa, Piña Hernández y Ríos Farjat, y los Ministros Gutiérrez Ortiz Mena, González Alcántara Carrancá, Franco González Salas, Aguilar Morales, Pardo Rebollo, Laynez Potisek, Pérez Dayán y Presidente Zaldívar Lelo de Larrea. Los artículos impugnados de esta ley regulaban el enfoque que tendría la asistencia social clasificando a las personas con discapacidad como personas con desventaja y en situación especialmente difícil originada por discapacidad, entre otros. El Tribunal Pleno determinó que *"el derecho a la consulta de las personas con discapacidad en la legislación y políticas públicas nacionales es un requisito ineludible para asegurar la pertinencia y calidad de todas las acciones encaminadas a asegurar el pleno goce de los derechos de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con los demás."*
- ⁵ Resuelta en sesión de veintinueve de abril de dos mil veinte, por unanimidad de once votos de las Ministras Esquivel Mossa, Piña Hernández y Ríos Farjat, y los Ministros Gutiérrez Ortiz Mena, González Alcántara Carrancá, Franco González Salas, Aguilar Morales, Pardo Rebollo, Laynez Potisek, Pérez Dayán y Presidente Zaldívar Lelo de Larrea. La Ley para la Atención Integral de las Personas con Síndrome de Down de la Ciudad de México tenía como objeto establecer instancias competentes para emitir políticas en favor de personas con Síndrome de Down; fijar mecanismos para la formación, profesionalización y capacitación de quienes participarían en los procesos de atención, orientación, apoyo, inclusión y fomento para el desarrollo de dichos grupos; implantar mecanismos a través de los cuáles, se brindaría asistencia y protección a las personas con Síndrome de Down; y emitir las bases para la evaluación y revisión de las políticas, programas y acciones que desarrollasen las autoridades, instituciones y aquellos donde participara la sociedad en favor de estas personas. El Tribunal Pleno estableció que la participación de las personas con discapacidad debe ser: i) previa, pública, abierta y regular; ii) estrecha y con participación preferentemente directa de las personas con discapacidad; iii) accesible; iv) informada; v) significativa; vi) con participación efectiva; y vii) transparente.

La mayoría del Pleno ha considerado, por ejemplo, **que invalidar una norma por el sólo hecho de mencionar algún tema que involucre a personas con discapacidad, puede ser un criterio rígido**, que no garantiza una mejora en las condiciones de los destinatarios, ni facilita la agenda legislativa, y que, al contrario, puede impactar perniciosamente en los derechos de la sociedad en general al generar vacíos normativos.

Así, por ejemplo, tenemos el caso de la acción de inconstitucionalidad 87/2017 relacionada con la materia de transparencia⁶, donde discutimos la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Aguascalientes y sus Municipios y determinamos que no era necesario llevar a cabo la consulta porque los derechos de las personas con discapacidad no eran el tema fundamental de la ley ni de su reforma⁷.

La misma determinación tomamos, en una votación dividida, cuando resolvimos que no era necesaria la consulta previa (ni se había argumentado como concepto de invalidez) respecto de las obligaciones de las autoridades encargadas de producir campañas de comunicación social para que se transmitan en versiones y formatos accesibles para personas con discapacidad y se difundan en las lenguas correspondientes en las comunidades indígenas, de la Ley de Comunicación Social de Veracruz, que fue la acción de inconstitucionalidad 61/2019⁸.

En estos casos, sopesando lo que es “afectación” y la deferencia que amerita la culminación de un proceso legislativo, la mayoría del Pleno decidió que no era prudente anular por falta de consulta.

También tenemos el caso inverso: que una mayoría simple del Pleno determina que sí es necesaria una consulta, pero no se invalida la norma impugnada. Este fue el caso de la acción de inconstitucionalidad 98/2018⁹, donde algunos consideramos que la Ley de Movilidad Sustentable de Sinaloa era inconstitucional porque no se había consultado y contenía provisiones de impacto relevante y directo en las personas con discapacidad (como el diseño de banquetas y rampas, la accesibilidad para el desplazamiento de personas con discapacidad o equipo especializado, por ejemplo). Por no resultar calificada esa mayoría, no se invalidó.

Los anteriores botones de muestra ilustran que quienes integramos el Tribunal Pleno no siempre coincidimos en qué configura una afectación tal que detone la decisión de anular el proceso legislativo que dio lugar a una norma para que sea consultada antes de formar parte del orden jurídico.

La decisión de la Suprema Corte se finca en el principio de afectación. Mientras más claramente incida una norma en estos grupos sociales, mayor tendencia a la unanimidad desplegará el Pleno.

Voto aclaratorio.

Es absolutamente reprochable que, a pesar de la fuerza del instrumento convencional, los legisladores locales hayan omitido las obligaciones adquiridas por el Estado Mexicano; obligaciones mínimas de solidaridad hacia sus propios habitantes con discapacidad.

El incumplimiento a la disposición convencional que rige en este tema genera normas inválidas, precisamente porque nacen de un incumplimiento. Sin embargo, no puedo dejar de ser reflexiva. El efecto invalidatorio parece refir con el propio instrumento internacional que mandata consultar. Por ejemplo, la citada Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en su artículo 4.4 dispone, en lo que interesa: *“Nada de lo dispuesto en esa convención afectará a las disposiciones **que puedan facilitar**, en mayor medida, el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, y que puedan figurar en la legislación de un Estado Parte”*.

⁶ Resuelta en sesión de diecisiete de febrero de dos mil veinte, por mayoría de ocho votos de los Ministros y Ministras Gutiérrez Ortiz Mena, Esquivel Mossa (Ponente), Franco González Salas, Aguilar Morales, Pardo Rebolledo, Ríos Farjat, Laynez Potisek y Pérez Dayán en el sentido de que no se requería la consulta previa a los pueblos y comunidades indígenas, así como a las personas con discapacidad. La Ministra Piña Hernández y los Ministros González Alcántara Carrancá y Presidente Zaldívar Lelo de Larrea votaron en el sentido de que se requería de dicha consulta.

⁷ Resuelta en sesión de diecisiete de febrero de dos mil veinte, por mayoría de ocho votos de las Ministras Esquivel Mossa y Ríos Farjat, y los Ministros Gutiérrez Ortiz Mena, Franco González Salas, Aguilar Morales, Pardo Rebolledo, Laynez Potisek y Pérez Dayán en el sentido de que no se requería la consulta previa a los pueblos y comunidades indígenas, así como a las personas con discapacidad. La Ministra Piña Hernández y los Ministros González Alcántara Carrancá y Presidente Zaldívar Lelo de Larrea votaron en el sentido de que se requería de dicha consulta.

⁸ Resuelta en sesión de doce de enero de dos mil veintiuno, por mayoría de seis votos de las Ministras Esquivel Mossa y Ríos Farjat, y los Ministros Franco González Salas, Aguilar Morales, Pardo Rebolledo y Pérez Dayán por declarar infundado el argumento atinente a la invalidez por falta de consulta indígena y afroamericana, así como a las personas con discapacidad. La Ministra Piña Hernández y los Ministros Gutiérrez Ortiz Mena, González Alcántara Carrancá, Laynez Potisek y Presidente Zaldívar Lelo de Larrea votaron en contra.

⁹ Resuelta en sesión el veintiséis de enero de dos mil veintiuno por mayoría de seis votos de las Ministras y Ministros Gutiérrez Ortiz Mena, González Alcántara Carrancá, Piña Hernández, Ríos Farjat, Laynez Potisek y Presidente Zaldívar Lelo de Larrea a favor de que se requería la consulta previa a las personas con discapacidad. En contra, la Ministra Esquivel Mossa y los Ministros Franco González Salas, Aguilar Morales (Ponente), Pardo Rebolledo y Pérez Dayán.

Una lectura empática de la Ley de Salud Mental de Puebla pudiera sugerir *prima facie* que es positiva para las personas con discapacidad porque debe partir de la buena fe de quienes legislan. Al invalidar dicha ley, ¿no se menoscaban algunos derechos y ventajas, no se eliminan provisiones que pudieran facilitarle la vida a este grupo históricamente soslayado?

Lo más importante que debe procurarse con dicho grupo es el respeto a su dignidad y a que sean sus integrantes quienes determinen cuál es la forma ideal de llevar a cabo tal o cual política para que les sea funcional y respetuosa, pues quienes no formamos parte de ese grupo no poseemos elementos para poder valorar con solvencia qué es lo más pertinente. Sin embargo, para aplicar correctamente este derecho convencional pareciera necesaria una primera fase valorativa, aunque sea *prima facie*, justamente para observar si las disposiciones que atañen a las personas consultadas les generan beneficios o ventajas, les amplían derechos o en cualquier forma les facilitan la vida.

Ahora, en este caso, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos impugnó únicamente los artículos 5, fracción X, en su porción normativa “e involuntario”; 7, fracción V, en sus porciones normativas “en el caso de internamiento involuntario” y “o se compruebe que el tratamiento es el más indicado para atender las necesidades del paciente”; 49, fracción II, en su porción “o representen un riesgo inmediato para sí mismos o para los demás”; y 52, todos de la Ley de Salud Mental del Estado de Puebla publicada el doce de octubre de dos mil veintiuno, por considerar que transgredían distintos derechos de las personas con discapacidad, como son el reconocimiento de su capacidad jurídica, su derecho a la libertad y al consentimiento informado, así como su derecho a la igualdad y no discriminación.

A pesar de lo anterior y conforme a la doctrina constitucional desarrollada por este Tribunal Pleno, se observó, en suplencia de la queja, que la legislatura local no realizó la consulta específica y estrecha que mandata el artículo 4.3 de la Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Asimismo, se advirtió que, a pesar de que sólo se reclamó la inconstitucionalidad de algunas normas, lo cierto era que la totalidad del decreto afectaba directa o indirectamente a las personas con discapacidad.

En la ejecutoria se resaltó que si bien de la iniciativa de ley se desprendía que previo a presentarse, se llevaron a cabo conversaciones con profesionales de la salud, directores de hospitales y expertos, lo cierto es que dichas actuaciones no podían considerarse como una consulta conforme a los parámetros establecidos en los precedentes de este Alto Tribunal.

Asimismo, se destacó que, tal como lo resolvió la Segunda Sala en el amparo en revisión 251/2016¹⁰, las deficiencias mentales no tienen que llevar forzosamente a una condición de discapacidad; sin embargo, se reconoció que cualquier persona que de **manera genérica** padezca lo que comúnmente se denomina “enfermedad mental”, “problema de salud mental”, “padecimiento mental”, “enfermedad psiquiátrica”, o “deficiencia mental”, y se enfrente con barreras sociales que le impiden participar de manera plena y efectiva, en igualdad de condiciones, debe ser considerada como persona con discapacidad.

Por lo tanto, la decisión de esta Suprema Corte fue la de **invalidar en su totalidad** de la Ley de Salud Mental del Estado de Puebla porque no se cumplió con la obligación de la consulta a personas con discapacidad¹¹.

Coincido con la decisión alcanzada; sin embargo, al amparo de una mayor reflexión en el tema que nos ocupa, **no me convence del todo que invalidar las normas sea el efecto más deseable**, incluso a pesar de que la invalidez se haya sujetado a un plazo de varios meses pues, como señala la propia convención internacional, idealmente no deberían eliminarse provisiones que pudieran servir de ayuda a personas históricamente discriminadas.

La invalidez parece colisionar con lo que se tutela, porque puede implicar la extracción del orden jurídico de disposiciones que, aunque sea de forma deficiente, *podieran* constituir un avance fáctico en los derechos de estas minorías. Para evaluar ese avance fáctico es que señalé que es necesaria una aproximación valorativa *prima facie*. En este caso, es posible que la Ley de Salud Mental del Estado de Puebla contuviese avances fácticos, porque establecía estándares y principios encomiables respecto de la inclusión de personas con algún trastorno mental y la forma en que ésta se debe desplegar.

¹⁰ Fallado en sesión del quince de mayo de dos mil diecinueve. Por unanimidad de cuatro votos de la Ministra Esquivel Mossa y de los Ministros Franco González Salas, Laynez Potisek y Pérez Dayán. El asunto versó sobre la omisión de dar contestación a un escrito, en la Dirección General del IMSS, en el que se le solicitó el suministro de diversos medicamentos; la omisión de proporcionar los medicamentos recetados a la parte quejosa derivado de su padecimiento consistente en disritmia cerebral, trastorno por estrés postraumático y otro.

¹¹ El Tribunal Pleno ha establecido que la participación de las personas con discapacidad debe ser: i) previa, pública, abierta y regular; ii) estrecha y con participación preferentemente directa de las personas con discapacidad; iii) accesible; iv) informada; v) significativa; vi) con participación efectiva; y vii) transparente.

En este contexto, y tomando en cuenta el amplio margen de maniobra que a esta Suprema Corte permite lo dispuesto en el artículo 41, fracción IV, de la ley reglamentaria¹², quizá sea mejor ordenar al Congreso local a llevar a cabo estas consultas previas y reponer el procedimiento legislativo, sin decretar la invalidez del Decreto, es decir, sin poner en riesgo la validez de los posibles beneficios que lo ya legislado pudiera contener.

Sin embargo, **el problema realmente grave está en mantener la costumbre de no consultar**. Lo que se requiere es visibilidad normativa, es decir, voltear la mirada legislativa a estos grupos que requieren normas específicas para problemas que ellos conocen mejor, y mayores salvaguardas a fin de lograr plenamente su derecho a la igualdad y no discriminación. Presuponer que cualquiera puede saber qué les conviene a estos grupos, o qué necesitan, arraiga el problema y les impide participar en el diseño de sus propias soluciones.

Tomando esto en cuenta, convengo en que la invalidación es el mecanismo más eficaz que posee la Suprema Corte para lograr que el Legislativo sea compelido a legislar de nueva cuenta tomando en consideración estos grupos en situación de vulnerabilidad. Además, permitir la subsistencia de lo ya legislado sin haber consultado, presuponiendo la benevolencia de los artículos impugnados que establecen políticas, formas de hacer, formas de entender, derechos y obligaciones, dejándolos intactos con tal de no contrariar los posibles avances a que se refiere la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, representaría, de facto, suprimir el carácter obligatorio de la consulta.

Adicionalmente, si no se invalidan las disposiciones, es improbable que el Legislativo actúe para subsanar una oquedad que no existirá porque, si no se declara su invalidez, el efecto jurídico es que tales normas son válidas, lo que inhibe la necesidad de legislar de nuevo. Si las normas no son invalidadas, entonces son correctas, siendo así, ¿para qué volver a legislar después de consultar a los grupos en situación de vulnerabilidad? En cambio, si se invalidan, queda un hueco por colmar. Es cierto que el Legislativo pudiera ignorar lo eliminado, considerar que es irrelevante volver a trabajarlo, y evitar llevar a cabo una consulta, con las complicaciones metodológicas que implica. Es un riesgo posible, así que para evitar que suceda es que la sentencia ordena volver a legislar en lo invalidado¹³.

En corolario a todo lo expresado, reitero que el papel de la Suprema Corte en los casos que ameriten consulta previa debe ser particularmente sensible a las circunstancias que rodean cada caso concreto, con especial cautela frente a la determinación de invalidez de normas, tomando en cuenta los posibles impactos perjudiciales que podrían derivar de una falta o dilación en el cumplimiento del mandato de volver a legislar.

Mantengo mi reserva respecto a que invalidar las normas no consultadas, y que *prima facie* puedan beneficiar a estos grupos en situación de vulnerabilidad, sea la mejor solución. La realidad demostrará si estas conjeturas son correctas y si los Congresos actúan responsablemente frente a lo mandatado y con solidaridad hacia los grupos en situación de vulnerabilidad. Con esa salvedad voto a favor del efecto de invalidar, aclarando precisamente mis reservas al respecto.

El concepto de “afectación” ha demostrado, a partir de las decisiones del máximo tribunal, ser un concepto que debe calibrarse caso por caso, y con cada caso, la suscrita va reforzando su convicción de que el concepto de “afectación” no puede ser entendido de manera dogmática ni generar los mismos efectos a rajatabla en todos los casos.

Ministra **Ana Margarita Ríos Farjat**.- Firmado electrónicamente.- Secretario General de Acuerdos, Lic. **Rafael Coello Cetina**.- Firmado electrónicamente.

EL LICENCIADO **RAFAEL COELLO CETINA**, SECRETARIO GENERAL DE ACUERDOS DE LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN: CERTIFICA: Que la presente copia fotostática constante de seis fojas útiles, concuerda fiel y exactamente con el original firmado electrónicamente del voto aclaratorio formulado por la señora Ministra Ana Margarita Ríos Farjat, en relación con la sentencia de siete de junio de dos mil veintidós, dictada por el Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación en la acción de inconstitucionalidad 168/2021, promovida por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Se certifica con la finalidad de que se publique en el Diario Oficial de la Federación.- Ciudad de México, a quince de agosto de dos mil veintidós.- Rúbrica.

¹² **Artículo 41.** Las sentencias deberán contener: [...] IV. Los alcances y efectos de la sentencia, fijando con precisión, en su caso, los órganos obligados a cumplirla, las normas generales, actos u omisiones respecto de los cuales opere y todos aquellos elementos necesarios para su plena eficacia en el ámbito que corresponda. Cuando la sentencia declare la invalidez de una norma general, sus efectos deberán extenderse a todas aquellas normas cuya validez dependa de la propia norma invalidada; [...]

¹³ Por eso esta Suprema Corte ha resuelto reiteradamente que sus declaratorias de invalidez surtirán sus efectos luego de transcurrido cierto tiempo, a fin de dar oportunidad a los Congresos para convocar debidamente a indígenas y a personas con discapacidad, según la materia de las normas.

VOTO CONCURRENTENTE QUE FORMULA EL MINISTRO PRESIDENTE ARTURO ZALDÍVAR LELO DE LARREA EN LA ACCIÓN DE INCONSTITUCIONALIDAD 168/2021, PROMOVIDA POR LA COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS.

En sesión celebrada el siete de junio de dos mil veintidós, el Tribunal Pleno de esta Suprema Corte de Justicia de la Nación resolvió la acción de inconstitucionalidad 168/2021, promovida por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en contra de diversos artículos de la Ley de Salud Mental del Estado de Puebla expedida mediante Decreto publicado en el Periódico Oficial local el doce de octubre de dos mil veintiuno.

Por mayoría de votos, el Tribunal Pleno declaró la invalidez de la Ley de Salud Mental del Estado de Puebla en su totalidad, en virtud de que el proceso legislativo que le dio origen no garantizó el derecho a la consulta previa de las personas con discapacidad.

Si bien comparto el sentido de la resolución, formulo el presente voto concurrente para desarrollar las razones adicionales que sustentaron mi razonamiento.

I. Criterio adoptado por el Tribunal Pleno.

En su escrito inicial, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos impugnó diversos artículos de la Ley de Salud Mental del Estado de Puebla, al estimar que son inconstitucionales. Específicamente, consideró que transgredían el reconocimiento de la capacidad jurídica, la libertad y la integridad personales, el derecho a la salud, el consentimiento informado en la atención médica, así como el principio de dignidad humana. De igual manera, estimó que eran contrarios al modelo social propuesto por la Convención de la materia.

En la sentencia se declara la **invalidez** de la totalidad del Decreto impugnado, al advertirse **de oficio** la existencia de una cuestión de estudio preferente, consistente en la ausencia de una consulta previa a las personas con discapacidad durante el procedimiento legislativo que dio origen.

En apoyo a lo anterior, desarrolla el **parámetro convencional y constitucional** sobre la consulta previa a personas con discapacidad, conforme a lo desarrollado en diversas acciones de inconstitucionalidad, entre ellas, la 41/2018 y su acumulada 42/2018.

Precedentes de los que se desprenden los **elementos mínimos** que deben cumplir estos mecanismos conforme a la Convención sobre las Personas con Discapacidad; la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad; la Observación General Número 7 del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU; el informe de la Relatora Especial de los Derechos de las Personas con Discapacidad (A/HRC/31/62); el Manual para Parlamentarios sobre la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo, así como un documento de la Unión Interparlamentaria. Tales elementos son los siguientes: **i)** previa, pública, abierta y regular; **ii)** estrecha, con participación preferentemente directa de las personas con discapacidad; **iii)** accesible; **iv)** informada; **v)** significativa; **vi)** con participación efectiva y **vii)** transparente.

Una vez sentado el parámetro convencional y constitucional, la sentencia analiza la Ley de Salud Mental del Estado de Puebla y concluye que es susceptible de incidir en los derechos de las personas con discapacidad, al ser el marco particular de protección en materia de **salud mental** en la entidad federativa mencionada. En consecuencia, existía la obligación de realizar una consulta previa a las personas con discapacidad, lo que no sucedió en la especie.

II. Motivos de la concurrencia.

El fallo recoge los lineamientos y estándares constitucionales y convencionales que he venido sosteniendo en los votos que he formulado en este tema, por lo que estoy de acuerdo con las consideraciones torales en las que se apoya la determinación del Pleno.

En efecto, desde el primer asunto en el que la Suprema Corte abordó esta cuestión, señalé la importancia de que este Alto Tribunal determinara el estándar mínimo que debe cumplir toda consulta previa a personas con discapacidad¹. Por esa razón, en los votos particulares de las acciones de inconstitucionalidad 33/2015² y 96/2014 y su acumulada 97/2014³, así como en el voto concurrente de la acción de inconstitucionalidad 68/2018⁴, me di a la tarea de desarrollar el contenido de dicho parámetro.

Al respecto, concluí que para satisfacer la obligación de consulta a personas con discapacidad es necesario que ésta sea previa, pública y abierta. En el caso de leyes, se debe realizar conforme a las reglas, plazos y procedimientos que el propio órgano legislativo establezca en una convocatoria. Además, esta última debe informar de manera amplia, accesible y por distintos medios acerca de la consulta, especificando la manera en que las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan podrán participar en ella.

Ello, con apoyo en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, así como diversos documentos elaborados por organismos internacionales, tales como el Informe de la Relatora Especial de los Derechos de las Personas con Discapacidad (A/HRC/31/62); el Manual para Parlamentarios sobre la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo, así como un instrumento de buenas prácticas parlamentarias de la Unión Interparlamentaria.

Como mencioné, todos estos lineamientos fueron recogidos en la sentencia aprobada por la mayoría en el presente caso, prácticamente en los mismos términos en los que lo he venido haciendo en mis votos concurrentes, por lo que no puedo estar más que de acuerdo con las consideraciones torales en las que se apoya el fallo.

Además, fueron complementados con la interpretación sostenida recientemente por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU en su **Observación General Número 7**, emitida en noviembre de dos mil dieciocho. Referencia que me parece pertinente, pues robustece de manera adecuada el estándar convencional aplicable en esta materia.

Sin embargo, como lo señalé en los votos particulares que formulé en las acciones de inconstitucionalidad 33/2015⁵ y 96/2014 y su acumulada 97/2014⁶, así como en mis votos concurrentes en las acciones de inconstitucionalidad 68/2018⁷, 1/2017⁸, 41/2018 y su acumulada 42/2018⁹, 212/2020¹⁰, 18/2021¹¹ y 240/2020¹², considero que **dicho estándar pudo haberse robustecido aún más** con la inclusión expresa de uno de los principios rectores de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad a los que me he referido con anterioridad y que son retomados por la sentencia, aunque no como parte del parámetro mínimo para la consulta previa en materia de discapacidad, es decir: **el principio de igualdad entre el hombre y la mujer**.

¹ Voto particular de la acción de inconstitucionalidad 33/2015.

² Resuelta por el Tribunal Pleno en sesión de dieciocho de febrero de dos mil dieciséis.

³ Resuelta por el Tribunal Pleno en sesión de once de agosto de dos mil dieciséis.

⁴ Resuelta por el Tribunal Pleno en sesión de veintisiete de agosto de dos mil diecinueve.

⁵ Aprobada en sesión del Pleno el dieciocho de febrero de dos mil dieciséis.

⁶ Aprobada en sesión del Pleno del once de agosto de dos mil dieciséis.

⁷ Aprobada en sesión del Pleno del veintisiete de agosto de dos mil diecinueve.

⁸ Aprobada en sesión del Pleno del primero de octubre de dos mil diecinueve.

⁹ Aprobada en sesión del Pleno del veintiuno de abril de dos mil veinte.

¹⁰ Aprobada en sesión del Pleno del primero de marzo de dos mil veintiuno.

¹¹ Aprobada en sesión del Pleno del doce de agosto de dos mil veintiuno.

¹² Aprobada en sesión del Pleno del veintiuno de octubre de dos mil veintiuno.

En efecto, en el preámbulo de la citada Convención se reconoce que **“las mujeres y las niñas con discapacidad suelen estar expuestas a un riesgo mayor, dentro y fuera del hogar, de violencia, lesiones o abuso, abandono o trato negligente, malos tratos o explotación”**. Así, dicho instrumento dedica los artículos 3, inciso g), y 6, a la protección de esa minoría en el ámbito de las personas con discapacidad, en los términos siguientes:

Artículo 3

Principios generales

Los principios de la presente Convención serán:

[...]

g) La igualdad entre el hombre y la mujer;

[...].

Artículo 6

Mujeres con discapacidad

1. Los Estados Partes reconocen que las mujeres y niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación y, a ese respecto, adoptarán medidas para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes para asegurar el pleno desarrollo, adelanto y potenciación de la mujer, con el propósito de garantizarle el ejercicio y goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales establecidos en la presente Convención.

En ese sentido, dada la innegable situación de vulnerabilidad en la que se encuentran las mujeres y niñas (la cual se superpone a la discapacidad) en un contexto como el de México, en el que esta desigualdad se acentúa aún más por diversos factores histórico-sociales, considero que era de suma importancia visibilizar esta situación y garantizar la participación de las mujeres en los mecanismos de consulta, incluyendo el principio dentro del estándar mínimo de validez constitucional en esta materia. Máxime, que tal protección ya está prevista en la propia Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Es conforme a estos razonamientos que estoy en favor del sentido y las consideraciones de la sentencia, por razones adicionales, en tanto considero que el estándar mínimo en ella contenido se pudo haber robustecido aún más con el principio de igualdad entre el hombre y la mujer, establecido en la Convención de la materia.

Ministro Presidente, **Arturo Zaldívar Lelo de Larrea**.- Firmado electrónicamente.- Secretario General de Acuerdos, Lic. **Rafael Coello Cetina**.- Firmado electrónicamente.

EL LICENCIADO **RAFAEL COELLO CETINA**, SECRETARIO GENERAL DE ACUERDOS DE LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN: CERTIFICA: Que la presente copia fotostática constante de cuatro fojas útiles en las que se cuenta esta certificación, concuerda fiel y exactamente con el original firmado electrónicamente del voto concurrente formulado por el señor Ministro Presidente Arturo Zaldívar Lelo de Larrea, en relación con la sentencia de siete de junio de dos mil veintidós, dictada por el Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación en la acción de inconstitucionalidad 168/2021, promovida por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Se certifica con la finalidad de que se publique en el Diario Oficial de la Federación.- Ciudad de México, a quince de agosto de dos mil veintidós.- Rúbrica.

BANCO DE MEXICO

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

Al margen un logotipo, que dice: Banco de México.- "2022, Año de Ricardo Flores Magón".

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 \$20.1380 M.N. (veinte pesos con un mil trescientos ochenta 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 6 de septiembre de 2022.- BANCO DE MÉXICO: Gerente de Disposiciones de Banca Central, Lic. **Fabiola Andrea Tinoco Hernández**.- Rúbrica.- Gerente de Análisis de Mercados Nacionales, Lic. **Dafne Ramos Ruiz**.- Rúbrica.

TASAS de interés interbancarias de equilibrio.

Al margen un logotipo, que dice: Banco de México.- "2022, Año de Ricardo Flores Magón".

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 8.8196 y 9.0562 por ciento, respectivamente.

Las citadas Tasas de Interés se calcularon con base en las cotizaciones presentadas por las siguientes instituciones de banca múltiple: BBVA México, S.A., Banco Nacional de México, S.A., Banca Mifel, S.A., Banco J.P. Morgan, S.A., Banco Credit Suisse (México), S.A., Banco Azteca, S.A. y ScotiaBank Inverlat, S.A.

Ciudad de México, a 6 de septiembre de 2022.- BANCO DE MÉXICO: Gerente de Disposiciones de Banca Central, Lic. **Fabiola Andrea Tinoco Hernández**.- Rúbrica.- Gerente de Análisis de Mercados Nacionales, Lic. **Dafne Ramos Ruiz**.- Rúbrica.

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

Al margen un logotipo, que dice: Banco de México.- "2022, Año de Ricardo Flores Magón".

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 8.52 por ciento.

Ciudad de México, a 5 de septiembre de 2022.- BANCO DE MÉXICO: Gerente de Disposiciones de Banca Central, Lic. **Fabiola Andrea Tinoco Hernández**.- Rúbrica.- Gerente de Análisis de Mercados Nacionales, Lic. **Dafne Ramos Ruiz**.- Rúbrica.

EQUIVALENCIA de las monedas de diversos países con el dólar de los Estados Unidos de América, correspondiente al mes de agosto de 2022.

Al margen un logotipo, que dice: Banco de México.- “2022, Año de Ricardo Flores Magón”.

Equivalencia de las monedas de diversos países con el dólar de los Estados Unidos de América, correspondiente al mes de agosto de 2022

El Banco de México, con fundamento en los artículos 8o. y 10 del Reglamento Interior del Banco de México, así como Único del Acuerdo de Adscripción de las Unidades Administrativas del Banco de México y de conformidad con lo señalado en el artículo 20 del Código Fiscal de la Federación, da a conocer para efectos fiscales la cotización de las monedas de diversos países contra el dólar de los EE.UU.A., observada en los mercados internacionales.

Las monedas de los países que se listan corresponden: i) a los principales socios comerciales de México, tanto en exportaciones como en importaciones, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)^{1*}, ii) a las divisas más operadas en el mercado de cambios a nivel mundial, de conformidad con la encuesta oficial publicada por el Banco de Pagos Internacionales (BIS)^{2**} y iii) a las divisas solicitadas a este Instituto Central para su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

País 1/ ago-2022	Moneda	Equivalencia de la moneda extranjera en dólares de los E.E.U.U.A
Arabia Saudita	Riyal	0.26610
Argelia	Dinar	0.00710
Argentina	Peso	0.00720
Australia	Dólar	0.68560
Bahamas	Dólar	1.00000
Barbados	Dólar	0.50000
Belice	Dólar	0.50000
Bermuda	Dólar	1.00000
Bolivia	Boliviano	0.14480
Brasil	Real	0.19310
Canadá	Dólar	0.76370
Chile	Peso	0.00112
China	Yuan continental	0.14515
China	Yuan extracontinental 2/	0.14510
Colombia	Peso 3/	0.22617
Corea del Sur	Won 3/	0.74690
Costa Rica	Colón	0.00154
Cuba	Peso	0.04170
Dinamarca	Corona	0.13520
Ecuador	Dólar	1.00000
Egipto	Libra	0.05200
El Salvador	Colón	0.11430
Emiratos Árabes Unidos	Dirham	0.27230
Estados Unidos de América	Dólar	1.00000
Federación Rusa	Rublo	0.01653
Fiyi	Dólar	0.45060
Filipinas	Peso	0.01781
Gran Bretaña	Libra esterlina	1.16400
Guatemala	Quetzal	0.12920
Guyana	Dólar	0.00478
Honduras	Lempira	0.04060
Hong Kong	Dólar	0.12741

^{1*} Conforme a los datos publicados por el INEGI se consideró el promedio de las importaciones y exportaciones de México de los últimos cinco años.

^{2**} De acuerdo a la Encuesta Trienal de Bancos Centrales realizada por el Banco de Pagos Internacionales (BIS) durante abril de 2019 y publicada en septiembre del mismo año.

País 1/ ago-2022	Moneda	Equivalencia de la moneda extranjera en dólares de los E.E.U.U.A
Hungría	Florín	0.00250
India	Rupia	0.01259
Indonesia	Rupia 3/	0.06736
Irak	Dinar	0.00069
Israel	Shekel	0.30048
Jamaica	Dólar	0.00660
Japón	Yen	0.00722
Kenia	Chelín	0.00830
Kuwait	Dinar	3.24440
Malasia	Ringgit	0.22340
Marruecos	Dirham	0.09470
Nicaragua	Córdoba	0.02780
Nigeria	Naira	0.00233
Noruega	Corona	0.10080
Nueva Zelanda	Dólar	0.61310
Panamá	Balboa	1.00000
Paraguay	Guaraní 3/	0.14500
Perú	Sol	0.26040
Polonia	Esłoti	0.21310
Puerto Rico	Dólar	1.00000
Rep. Checa	Corona	0.04102
Rep. de Sudáfrica	Rand	0.05866
Rep. Dominicana	Peso	0.01890
Rumania	Leu	0.20760
Singapur	Dólar	0.71670
Suecia	Corona	0.09406
Suiza	Franco	1.02440
Tailandia	Baht	0.02740
Taiwán	Nuevo dólar	0.03291
Trinidad y Tobago	Dólar	0.14770
Turquía	Lira	0.05495
Ucrania	Hryvnia	0.02720
Unión Monetaria Europea	Euro 4/	1.00560
Uruguay	Peso	0.02450
Venezuela	Bolívar digital 5/	0.12746
Vietnam	Dong 3/	0.04265
Derecho Especial de Giro	DEG	1.30134

1/ El nombre con el que se mencionan los países no necesariamente coincide con su nombre oficial y se listan sin perjuicio del reconocimiento que en su caso se les otorgue como país independiente.

2/ Corresponde al tipo de cambio cuya cotización es realizada fuera de China continental

3/ El tipo de cambio está expresado en dólares por mil unidades domésticas.

4/ Los países que utilizan el euro como moneda son: Alemania, Austria, Bélgica, Chipre, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos y Portugal.

5/ A partir del 1 de octubre de 2021 el bolívar soberano fue sustituido por el bolívar digital. Para cotizaciones anteriores a esta fecha, el tipo de cambio está expresado en dólares por millón de unidades domésticas.

Ciudad de México, a 31 de agosto de 2022.- BANCO DE MEXICO: Gerente de Disposiciones de Banca Central, Lic. **Fabiola Andrea Tinoco Hernández**.- Rúbrica.- Gerente de Operaciones Internacionales, Lic. **Ximena Alfarache Morales**.- Rúbrica.