



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

Programa Sectorial de Salud 2019 - 2024



Contenido

Análisis del Estado Actual	1
Relevancia del Objetivo Prioritario 1	12
Descripción del Problema Público	13
OP1. Acceso efectivo, universal y gratuito	14
1.1 Instituto de Salud para el Bienestar	14
1.2 Servicios de salud y medicamentos gratuitos	15
1.3 Programa de atención universal	15
1.4 Atención especializada para población no derechohabiente	16
1.5 Enfoque comunitario	17
1.6 Producción, precios y abasto oportuno de medicamentos	18
Metas y parámetros del Objetivo Prioritario 1	19
Relevancia del Objetivo Prioritario 2	22
Descripción del Problema Público	25
OP2. Mejora continua del Sistema Nacional de Salud	26
2.1 Modelo de Atención Primaria de Salud Integral APS-1	26
2.2 Sistema de referencia y contrareferencia	26
2.3 Modelo integral para servicios de salud y asistencia social	27
2.4 Sistema de seguimiento y evaluación de políticas y programas	28
2.5 Políticas de interculturalidad y trato digno	29
Metas y parámetros del Objetivo Prioritario 2	30
Relevancia del Objetivo Prioritario 3	33
Descripción del Problema Público	36
OP3. Capacidad y calidad del Sistema Nacional de Salud	37
3.1 Fortalecimiento del SNS	37
3.2 Suficiencia, Capacitación y profesionalización del personal	38
3.3 Infraestructura y equipamiento en salud	39
3.4 Tecnologías de la Información y comunicación en Salud	40
3.5 Manejo transparente y honesto del financiamiento	40
Metas y parámetros del Objetivo Prioritario 3	42
Relevancia del Objetivo Prioritario 4	45
Descripción del Problema Público	49



OP4. Vigilancia Epidemiológica	50
4.1 Vigilancia sanitaria y epidemiológica	50
4.2 Regulación sanitaria	51
4.3 Salud ambiental	52
4.4 Promoción de vida saludable	53
4.5 Salud sexual y reproductiva	54
4.6 Infecciones de Transmisión Sexual	55
Metas y parámetros del Objetivo Prioritario 4	56
Relevancia del Objetivo Prioritario 5	59
Descripción del Problema Público	63
OP5. Salud y bienestar	64
5.1 Prevención, control y tratamiento de las ENT	64
5.2 Salud y asistencia social brindada a Niñas, Niños y Adolescentes	65
5.3 Salud y asistencia social brindada a mujeres	66
5.4 Atención Integral en Salud Mental y Adicciones	67
Metas y parámetros del Objetivo Prioritario 5	69
Epílogo	72

Análisis del Estado Actual

En nuestro país la protección de la salud es todavía una aspiración que está lejos de cumplirse. El sistema público de salud está descentralizado, fragmentado y segmentado lo cual aunado a un frecuente abandono y sobrecarga de los servicios refleja tiempos de espera prolongados para brindar la atención y carencias en personal, medicamentos e insumos básicos.

La descentralización del sistema es consecuencia de la política predominante de los gobiernos neoliberales, en particular del aseguramiento como mecanismo para el financiamiento y acceso de administradores de fondos, compradores de servicios y prestadores de servicios privados al sistema de salud que inició después del ajuste económico drástico de 1984 y culminó en 1997 después de varias interrupciones debido a múltiples problemas técnico-políticos.

Actualmente el Sistema Nacional de Salud se compone, por un lado, de la Secretaría de Salud Federal y los Servicios Estatales de Salud (SES) y, por el otro de los servicios médicos de los institutos de seguridad social.

El papel de la Secretaría de Salud es básicamente ejercer la rectoría de todo el sector, lo que implica la evaluación y corrección de acciones realizadas por los SES, aunque también presta servicios de alta especialidad en los institutos nacionales de salud, los hospitales regionales de alta especialidad y los hospitales federales.

Los SES son los que operan la prestación de los servicios médicos, instrumentan las acciones de salud pública y de regulación sanitaria. Las dos últimas evaluaciones, que la Secretaría de Salud realizó a los SES en 2017 y 2018, revelan la carencia de medicamentos e insumos, la falta de personal, la sobrecarga de servicios y las malas condiciones en las que frecuentemente se encuentran estas unidades médicas.

Por su parte, los institutos de seguridad social prestan principalmente servicios médicos y preventivos a sus derechohabientes, aunque participan en algunas de las acciones de salud pública dirigidas a toda la población como son las semanas nacionales de salud.

Es importante subrayar que la afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es altamente inestable, ocasionando que una proporción importante de sus derechohabientes (aproximadamente 15 millones de mexicanos) intercalen su atención entre los SES y el IMSS.



Por su parte, el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) propuesto para solucionar la desatención a la población sin seguridad social, después de 15 años no ha logrado la cobertura universal de aseguramiento y aproximadamente 20 millones de mexicanos carecen de cobertura en salud.

Los servicios que ampara son restringidos y sólo corresponden al 20% de los servicios ofrecidos a los derechohabientes de los institutos de seguridad social. Por ello, los afiliados al Seguro Popular se ven obligados a pagar de su bolso los servicios no cubiertos para disminuir las carencias en la atención de su salud; procedimiento que además conlleva muchos trámites burocráticos y fomenta la corrupción.

A pesar del propósito de promover el aumento de prestadores privados de servicios, los principales prestadores de servicios para los afiliados al Seguro Popular son los Servicios Estatales de Salud y los servicios de alta complejidad de la Secretaría de Salud.

Estas instituciones públicas no han incrementado su infraestructura física, mucho menos han recibido mantenimiento y tampoco han contratado los recursos humanos necesarios a pesar del crecimiento de la población. En consecuencia, los afiliados al Seguro Popular y la población no asegurada carecen de acceso a atención médica oportuna y de calidad.

En cuanto al financiamiento de los servicios de salud, el Fideicomiso de Protección Social en Salud no ha aplicado la ampliación significativa de sus recursos, principalmente de los padecimientos o intervenciones reconocidas como de gasto catastrófico y ha limitado la edad para que sean atendidos gratuitamente. Tampoco ha fortalecido la infraestructura de salud y, en cambio, ha acumulado reservas cuyo destino es poco transparente.

En lo que respecta a los servicios a la comunidad o de salud pública, en los últimos años, se han deteriorado y/o desarticulado, lo que repercute negativamente sobre las acciones con más impacto en la salud poblacional.

El propósito de integrar los servicios del sector público, los de la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud con los de la seguridad social laboral mediante el esquema de intercambio de servicios entre estas instituciones ha fracasado.



La salud no ha sido prioridad de los gobiernos, muestra de ellos es la disminución, que desde el año 2015, ha tenido su presupuesto, sin olvidar el problema de la corrupción y tráfico de influencias que han enriquecido a los altos funcionarios públicos y sus cómplices privados.

Actualmente, el Sistema Nacional de Salud no garantiza el derecho a la salud de todos los mexicanos, ni el acceso efectivo a los servicios requeridos por las personas y las comunidades.

Se ha hecho poco énfasis en la educación, promoción y prevención de la salud. La atención sanitaria que se brinda es de mala calidad y deshumanizada, los padecimientos crónicos se agravan y tienen complicaciones serias, los enfermos suelen sufrir innecesariamente y muchos mueren prematuramente en condiciones precarias.

La situación es grave para toda la población, pero se observa mayor inequidad en el sector más vulnerable, principalmente, campesinos, habitantes de zonas indígenas y rurales.

El sistema de salud está en una situación crítica, pero como sus principales pilares son las instituciones públicas, a diferencia de otros países, éstas constituyen la base para corregir y reconstruir.

La elaboración del Programa Sectorial de Salud parte de la necesidad de disponer de un sistema único, público, gratuito y equitativo de salud que garantice el acceso efectivo de todos los mexicanos a servicios de salud de calidad: a la promoción, la prevención, la detección y tratamiento oportunos, la rehabilitación y el camino al bienestar, para tener una muerte digna.

Teniendo como objetivo prioritario el acceso efectivo, universal y gratuito a la salud, se desprenden cuatro objetivos adicionales: el primero corresponde a la transformación del sistema de acuerdo con una visión moderna de la salud pública, el segundo y el tercero al fortalecimiento en procesos y recursos que amplíen la capacidad operativa y el último se relaciona con la atención a la salud y el bienestar de la población, como se representa en el siguiente esquema:

Estructura de los objetivos prioritarios del Programa Sectorial de Salud 2019 – 2024



Ante la incapacidad del sistema de salud de garantizar el acceso universal de salud a todos los mexicanos, se plantea iniciar un proyecto que culminará con el establecimiento de un sistema único, público y gratuito con la integración de todos los servicios públicos de salud, durante el periodo presidencial 2019-2024.

Considerando el fracaso del Seguro Popular y el mal funcionamiento de los servicios, particularmente de los Servicios Estatales de Salud, se propone su sustitución por la política de Servicios de Salud y Medicamentos Gratuitos (PSSyMG).

La sustitución del Seguro Popular requiere, en primer lugar, de una reforma estructural de la Ley General de Salud mediante la cual el Estado se obliga a garantizar el derecho a la protección de la salud, y a satisfacer las necesidades de salud de la población sin seguridad social laboral.

Con esta reforma se ampliará progresivamente el acceso a los servicios para la población sin seguridad social laboral al eliminar las restricciones al acceso del Seguro Popular y al desvincular el acceso del aseguramiento.

Así se vuelve al propósito original del artículo 4º constitucional cuya intención central era que todos los mexicanos, independientemente de su condición laboral o socio-económica, tuvieran acceso a los servicios integrales de salud en sus vertientes de educación para la salud, promoción de la salud, prevención de enfermedades, detección y tratamiento de enfermedades y rehabilitación.

Asimismo, será fundamental el fortalecimiento y mejora de la producción, compra y abasto de medicamentos en el entendido de que estos son una parte integral del proceso terapéutico y no mercancías a los que debe garantizarse el acceso universal.

La producción de medicamentos y vacunas, al igual que del equipo médico, es hoy uno de los ámbitos donde los intereses comerciales tienen una influencia muy importante. Esto tiende a encarecer los productos farmacéuticos e impulsar su uso perjudicial, por lo que este campo debe desarrollarse junto con la Secretaría de Economía por el peso que tiene como actividad comercial y productiva.

En el año 2015 se importaron medicamentos o sus principales activos por un monto de 5,401 millones de dólares lo que representó el 1.4% del total de las importaciones. Este rubro tiene dos objetivos: ir hacia la suficiencia nacional de productos básicos para la soberanía nacional y para bajar costos.

La Secretaría tiene varios miembros en el consejo de administración de la empresa pública nacional: Laboratorios Biológicos y Reactivos de México (BIRMEX). Esta empresa tiene funciones de productor y de distribuidor de productos farmacéuticos. Ha sido reducida a su mínimo tamaño y ha realizado transacciones poco transparentes, pero puede desempeñar un papel importante como productor de medicamentos y vacunas, importador de productos farmacéuticos y distribuidor nacional de estos productos.

Dentro de la producción de medicamentos la secretaría deberá implementar un proyecto de investigación y producción de sustancias de inmunoterapia que es un producto innovador en su campo con aplicación potencial en distintos tipos de padecimientos a la vez que deberá establecer una estrecha colaboración con los productores nacionales privados y estimular, mediante incentivos, su participación.

También debe hacerse un análisis de los nuevos medicamentos respecto a su posible beneficio sobre los ya existentes en el mercado y someterlos a pruebas de seguridad, eficiencia y costo-beneficio para determinar si se incluyen en los cuadros institucionales.

Actualmente diferentes instancias de la Secretaría de Salud están interviniendo en estos procesos, el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), el Consejo de Salubridad General, la COFEPRIS, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), entre otros. Deberá revisarse esta situación para evitar duplicaciones y para eliminar los focos de corrupción que promueve. El principio básico de la reorganización debe ser que lo científico-técnico prevalezca en todo momento sobre cualquier otro criterio.

La instrumentación exitosa de las políticas de Servicios de Salud y Medicamentos Gratuitos, la federalización de los servicios de salud y la producción y abasto de medicamentos requieren de una transformación del modelo actual de atención.

La transformación deberá corresponder a una visión actualizada de la salud pública, basada en el fortalecimiento y modernización de la vigilancia sanitaria y epidemiológica bajo un enfoque territorial.

Una visión moderna de la salud pública requiere de acciones intersectoriales para la modificación de los entornos determinantes del estado de salud. para el combate de los efectos negativos de las pandemias, que incorpore un espíritu transformador del nuevo gobierno federal con un enfoque de derechos para asegurar el bienestar de la población y represente una oportunidad única para establecer una política de Estado integral e intersectorial dirigida a transformar el sistema alimentario actual en un sistema agro-alimentario justo, saludable y sustentable que garantice la seguridad alimentaria y entornos alimentarios saludables para toda la población, favoreciendo el uso sustentable de los recursos naturales.

El territorio alrededor y fuera del centro de salud es el espacio privilegiado de la actividad transversal con otras instancias de gobierno, por ejemplo, los municipios, la Secretaría de Educación Pública (SEP), la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT), la Comisión Nacional del Agua (CONAGUA), etcétera, para la educación, promoción y prevención de la salud.

El territorio se convertirá en un componente rector en la relación entre el Centro de Salud y el primer nivel de atención, en el entendido de que desempeña un papel importante, aunque diferenciado en la promoción y educación para la salud y la prevención.

En esta línea se inscriben programas sensibles al género y al ciclo de vida en los que la incorporación del territorio sirve como unidad organizativa de la comunidad para participar en los procesos de promoción de la salud y de toma de decisiones informadas basadas en sistemas confiables de información.

Se prevé incluir en el equipo de salud a promotoras de salud de las propias comunidades debidamente capacitadas. Su papel será particularmente importante en las localidades donde no hay unidades de salud. Para cubrir este universo se requerirán de aproximadamente 16 mil promotoras en todo el territorio nacional especialmente en los estados de mayor marginación y presencia importante de los pueblos indígenas.



En lo que respecta a la regulación sanitaria, actualmente la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) da la autorización sanitaria en 365 trámites diferentes, lo que ha generado el crecimiento enorme de su estructura orgánica y favorecido la corrupción.

Con el propósito de fortalecer la vigilancia sanitaria se contempla la reorganización de funciones de la COFEPRIS para enfocar sus atribuciones y centrarlas en medicamentos, dispositivos médicos, alimentos y bebidas alcohólicas y no alcohólicas y así convertirla en una institución científica, tecnológica, humanista, al servicio de la sociedad entera, protegiéndola de la diversidad de riesgos sanitarios, naturales y no naturales.

Con el fortalecimiento y reorganización, el primer nivel de atención debe estar en condiciones de resolver el 80-85 por ciento de la problemática de salud con la prevención y atención y así impactar en las condiciones de salud y de vida de la población a través del modelo de Atención Primaria de Salud Integrada, APS-I.

En el nuevo modelo de atención, se fomentará el uso racional de los medicamentos, basándose en evidencias sobre sus beneficios y posibles efectos adversos, su correcta prescripción y evitar la polifarmacia, particularmente para la población adulta mayor.

Deberá combatirse la mala prescripción y la cultura equivocada de los profesionistas y del usuario de que la consulta siempre debe terminar en una receta. En esta labor la responsabilidad de las instituciones es muy importante.

La mala prescripción y uso inadecuado de los medicamentos pueden provocar iatrogenias. Pueden incluso constituirse en un grave problema de salud pública como es la resistencia de los antibióticos que nos hace retroceder al tiempo pre-microbianos.

La incorporación del nuevo modelo de atención implica la transformación de los Centros y unidades de salud, particularmente del primer nivel de atención: unidades móviles y pequeños centros de salud con un variado número de consultorios y centros de servicios de salud ampliados (CSSA). Actualmente el 49% de los centros de salud tienen un consultorio y en el país sólo existen alrededor de 100 CSSA.

Otra instancia importante que se deberá transformar es la jurisdicción sanitaria, la cual actualmente está reducida a una instancia burocrática sin mayor impacto

y que deberá recuperar su papel de instancia coordinadora para garantizar las actividades de los centros de salud, la promoción y prevención y la vigilancia epidemiológica.

Aunque el primer nivel de atención pueda fortalecerse mucho, no puede resolver problemas más complejos como la urgencia calificada, la consulta de especialidad o alta especialidad, la hospitalización, la cirugía o intervenciones de alta especialidad.

Debido a una planeación nacional endeble y errática resulta que existen servicios de alta complejidad en casi todo el territorio nacional mientras que, con frecuencia, faltan subespecialidades comunes a una distancia accesible de los pacientes.

Los seis Hospitales Regionales de Alta Especialidad tienden hasta ahora a prestar sólo los servicios de gasto catastrófico del Seguro Popular, aunque pudieran atender un espectro más amplio de padecimientos. Se observan en ellos desequilibrios en las plantillas de personal, capacidad ociosa del equipo médico, prácticas de desaliento a la demanda, cuadros restringidos de medicamentos, entre otros. Estos servicios pueden convertirse con relativa facilidad en el nivel más complejo de las redes amplias corrigiendo sus actuales problemas.

En el proceso de construcción de las redes complejas se debe mantener una estrecha coordinación con el IMSS y el ISSSTE para buscar complementariedades actuales y ubicar lugares para los hospitales “universales” en los estados o regiones donde todas las instituciones públicas tienen un déficit de instalaciones.

El fortalecimiento del primer nivel de atención y la articulación de redes requieren de la definición de nuevos indicadores para mejorar la atención de los pacientes, medir el impacto de las acciones y modificarlas cuando no tengan el impacto esperado.

En dichos indicadores de seguimiento y evaluación se deben considerar los avances en la organización comunitaria, la incorporación de promotoras de la salud, la suficiencia de personal capacitado, el proceso de abasto de medicamentos e insumos.

La disposición de un nuevo modelo de atención basados en redes integradas de servicios para que las personas accedan al tratamiento que demande su padecimiento, se hará una planeación conjunta de la expansión de la

infraestructura y del personal preparado para realizar las tareas que requiere el nuevo modelo de atención.

La fusión de las instituciones públicas será el resultado de la colaboración sistemática y la decisión firme, tanto de los directivos de las instituciones como de los trabajadores de la salud para lograr un cambio profundo del sistema público de salud.

Se ampliará la infraestructura con la construcción, equipamiento y su inmediata puesta en operación de las nuevas unidades de salud, o sea los centros de salud y hospitales. Igualmente se consolidará un sistema de control en tiempo real del ciclo de abasto de medicamentos e insumos y el mantenimiento preventivo de unidades de salud y el equipo.

El plan de desarrollo de infraestructura debe partir de un eje rector único que es: “El rescate del Sector Público de Salud”. Implica no sólo el financiamiento acorde a las necesidades de ampliación de la infraestructura sino el reforzamiento del actual, mayor número de plazas, insumos necesarios sobre todo en materia de medicamentos, actualización tecnológica, pero sobre todo un manejo “transparente, efectivo y eficaz” de los recursos, o sea de combate a la corrupción.

Actualmente la Secretaría de Salud tiene varios sistemas paralelos de información en las subsecretarías de Integración y Desarrollo del Sistema de Salud y de Promoción y Prevención que no son interoperables. Existe además un retraso en el acceso a la información y el formato para recuperarla es poco amigable para el público sin una capacitación avanzada en este ámbito. Se añade a esta situación desfavorable que no reportan regularmente a estos sistemas todos los institutos de seguridad social y particularmente el sector privado de salud, aunque la legislación vigente les mandata a hacerlo.

Por lo anterior, se deberán rediseñar los distintos sistemas de información de la secretaría y unificarlos en uno solo y establecer el “Centro de Inteligencia en Salud, el cual deberá diseñarse en conjunto con los institutos de seguridad social y se buscará que el sector privado de salud cumpla con sus obligaciones.

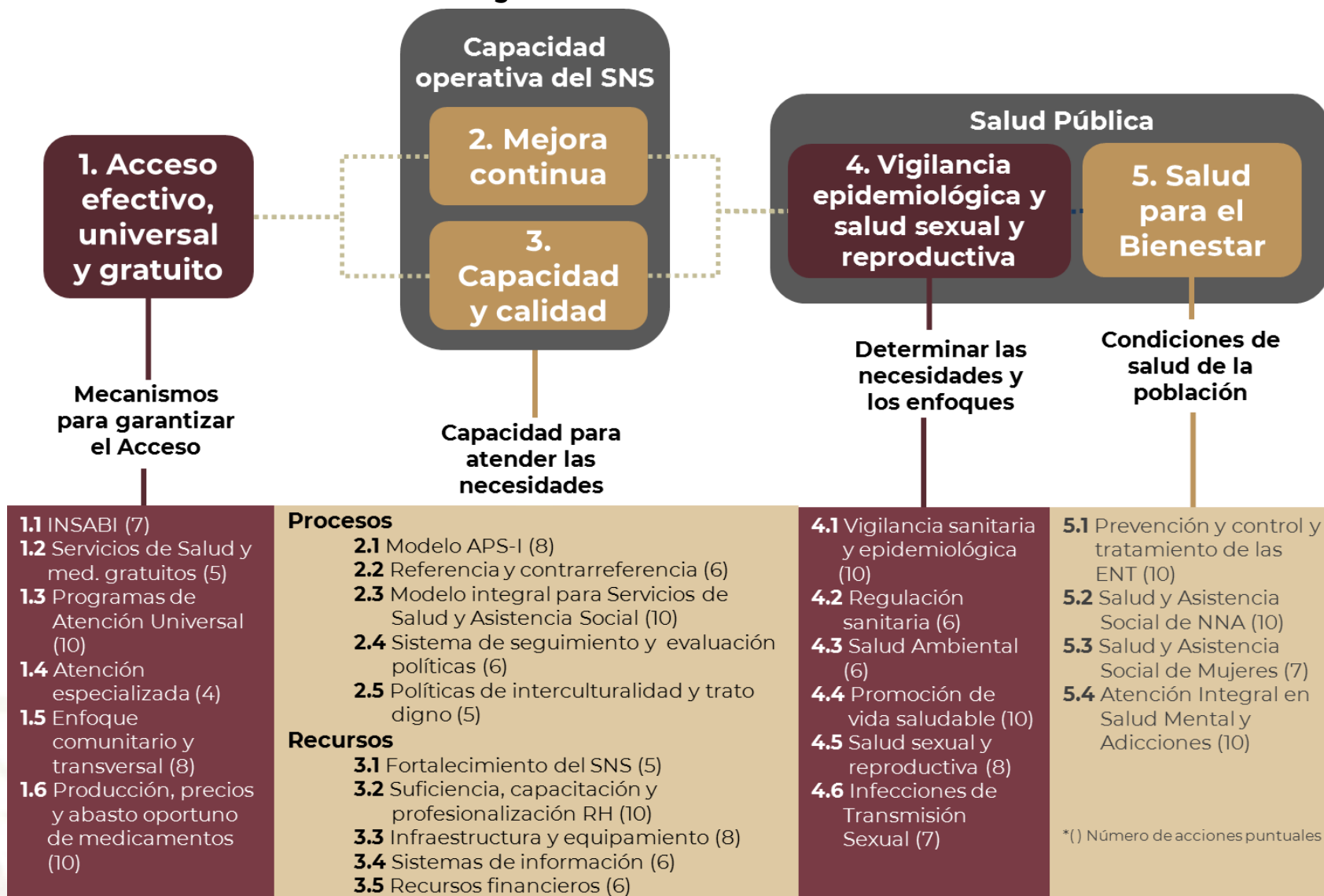
La conjunción de logros correspondientes a los objetivos relacionados con el acceso universal, salud pública y capacidad de respuesta, deberá reflejarse en las condiciones de salud y bienestar de la población, en especial deberá abarcar las patologías definidas como prioritarias y que requieren de un estricto seguimiento.



Para las mismas patologías se prevé consolidar un sistema a partir del registro nominal de los pacientes que genere “alertas” cuando el proceso de atención no procede correctamente.

En resumen, el Programa Sectorial de Salud contempla cinco objetivos prioritarios y 26 estrategias prioritarias y 204 acciones puntuales como se representa a continuación:

**Estructura de los objetivos y estrategias prioritarias
 del Programa Sectorial de Salud 2019 – 2024**



Relevancia del Objetivo Prioritario 1

El Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) propuesto para solucionar la desatención a la población sin seguridad social, después de 15 años no ha logrado la cobertura universal de aseguramiento y aproximadamente 20 millones de mexicanos carecen de cobertura en salud.

Los servicios que ampara son restringidos y sólo corresponden al 20% de los servicios ofrecidos a los derechohabientes de los institutos de seguridad social. Por ello, los afiliados al Seguro Popular se ven obligados a pagar de su bolso los servicios no cubiertos para disminuir las carencias en la atención de su salud; procedimiento que además conlleva muchos trámites burocráticos y fomenta la corrupción.

En diciembre de 2018 el gobierno federal anunció la puesta en marcha del acuerdo para hacer efectivo el Acceso a la atención médica y medicamentos gratuitos firmado por ocho entidades federativas del sur del país las cuales son consideradas como prioritarias para la atención gubernamental en materia de salud (para hacer efectivo el acceso a la atención médica y medicamentos gratuitos de la población sin seguridad social).

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 el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos. Este objetivo se logrará mediante la creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar, que dará servicio en todo el territorio nacional a todas las personas no afiliadas al IMSS o al ISSSTE. La atención se brindará en atención a los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural, trato no discriminatorio, digno y humano. (PND),

Se contará con un Sistema Nacional de Salud Universal eficiente, inclusivo, accesible y sostenible, cuya normatividad estará diseñada con base en un enfoque de derechos humanos y de ciclo de vida. Dicho Sistema atenderá las particularidades sociales, económicas, demográficas y regionales de la población, asegurando el goce más pleno posible de bienestar físico, mental y social de todas y todos los mexicanos. (ODS)



Descripción del Problema Público

Tema

Acceso universal a servicios de salud

Problema público o área de oportunidad

El sistema de salud pública resulta insuficiente, ineficiente, depauperado y afectado por la corrupción, en consecuencia, millones de personas no tienen acceso a medicamentos, servicios de salud y asistencia social.

Causas

1. Descentralización, fragmentación y descoordinación del sector salud lo que implica una constante desarticulación de esfuerzos, duplicidad de funciones e ineficiencia en el gasto público destinado a salud.
2. Acceso limitado e inequitativo a los servicios de salud, lo cual impacta con mayor gravedad en la población en condición de vulnerabilidad, discriminación o marginación.
3. Acceso parcial de medicamentos

Efectos

1. Baja cobertura y protección social en salud
2. Incremento en el gasto de bolsillo destinado a servicios médicos y medicamentos, afectando a la economía familiar.
3. Incremento en el costo y deficiencias en el abastecimiento de medicamentos en el Sistema Nacional de Salud.



OPI. Acceso efectivo, universal y gratuito

Garantizar el acceso efectivo, universal y gratuito a los servicios de salud, para las personas no afiliadas al IMSS o al ISSSTE, en especial a grupos en situación de vulnerabilidad marginación o discriminación.

Estrategias y acciones puntuales

1.1 Instituto de Salud para el Bienestar

Crear el Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI), para ampliar el acceso efectivo de la población a los servicios de salud, priorizando a grupos en situación de vulnerabilidad, marginación o discriminación.

- 1.1.1** Impulsar una reforma integral de la Ley General de Salud, orientada a la creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI).
- 1.1.2** Federalizar de manera progresiva los Sistemas Estatales de Salud para garantizar el acceso a los servicios requeridos por la población sin seguridad social laboral.
- 1.1.3** Organizar los recursos financieros, humanos, y materiales de origen federal y estatal conforme la federalización progresiva del sistema
- 1.1.4** Realizar un diagnóstico preciso, verificado en campo, las condiciones reales en las cuales se encuentran los servicios, priorizando la identificación de carencias de subespecialidades médicas en las redes de atención médica y conforme al perfil epidemiológico de cada región.
- 1.1.5** Elaborar un plan integral para el mejoramiento y el combate a la corrupción en el sistema nacional de salud, considerando los avances de la federalización progresiva.
- 1.1.6** Aprovechar la infraestructura física, humana y tecnológica del Programa IMSS-Bienestar para fortalecer la atención a población sin seguridad social
- 1.1.7** Promover la vinculación interinstitucional para la integración y fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud.



1.2 Servicios de salud y medicamentos gratuitos

Asegurar el acceso a Servicios de Salud y Medicamentos Gratuitos para la población sin seguridad social laboral y dando prioridad a la población de las regiones de muy alta o alta marginación

- 1.2.1** Analizar las necesidades de servicios de salud requeridos por la población sin seguridad social laboral y redefinir los alcances en el acceso efectivo de dichos servicios.
- 1.2.2** Impulsar una reforma de la Ley General de Salud para crear la Política de Servicios de Salud y Medicamentos Gratuitos (PSSyMG) orientada a garantizar el derecho a la protección de la salud, y a satisfacer las necesidades de salud de la población sin seguridad social laboral.
- 1.2.3** Implantar de manera progresiva la PSSyMG, desde abajo hacia arriba empezando por su garantía en los centros o clínicas de salud y hospitales generales en los estados con mayor pobreza, particularmente para la población indígena y afroamericana.
- 1.2.4** Ampliar progresivamente el acceso a los servicios para la población sin seguridad social en sus vertientes de educación para la salud, promoción de la salud, prevención de enfermedades, detección y tratamiento de enfermedades y rehabilitación.
- 1.2.5** Remplazar la subrogación de servicios privados por la compra de servicios entre las instituciones sobre la base de un tabulador mutuamente aceptado.

1.3 Programa de atención universal

Fortalecer los programas de atención universal para la cobertura y acceso a la población

- 1.3.1** Iniciar bajo la conducción de la Secretaría de Salud, el proceso de integración entre todos los servicios públicos de salud, cuyo objetivo es la atención de la población con y sin seguridad social.
- 1.3.2** Promover la coordinación oportuna y la participación activa de las instancias involucradas en la reorganización del sistema nacional de salud a fin de incorporar las acciones de manera conjunta y ordenada.
- 1.3.3** Coordinar al Sector Salud para identificar las necesidades de la población en relación a programas que pudieran ser de carácter obligatorio y universal, de acuerdo a la situación demográfica, geográfica y socioeconómica.



- 1.3.4** Conformar un Padrón Único de Salud, que permita identificar la condición de derechohabiente, para acceder al programa de Servicios de Salud y Medicamentos Gratuitos.
- 1.3.5** Impulsar reformas de la Ley General de Salud, para ampliar la obligación de todas las instituciones de atender urgencias reales
- 1.3.6** Identificar la ubicación y existencia de Unidades Médicas, en cada localidad especificando los recursos disponibles, para la población objetivo por cada institución
- 1.3.7** Definir los requerimientos para la implementación de los programas tomando en cuenta la diversidad cultural de cada grupo de la población con énfasis en las áreas rurales, marginadas e indígenas bajo un enfoque de derechos y perspectiva de género.
- 1.3.8** Mejorar los programas actuales y analizar de qué manera se pueden simplificar para disminuir la carga administrativa en los centros de salud sin afectar el contenido sustantivo de los programas.
- 1.3.9** Fomentar y consolidar las acciones en beneficio de la población migrante considerando a quienes recorren el territorio mexicano, así como a la población mexicana que radica en Estados Unidos.
- 1.3.10** Fortalecer el Subsistema Nacional de Donación y Trasplante (SNDyT) y el Programa de Acceso Universal a la Sangre.

1.4 Atención especializada para población no derechohabiente

Mejorar la atención especializada de la población no derechohabiente priorizando a grupos en situación de vulnerabilidad, marginación o discriminación.

- 1.4.1** Analizar las necesidades de servicios de atención especializada requeridos por la población sin seguridad social laboral y redefinir los alcances en el acceso efectivo de dichos servicios.
- 1.4.2** Coordinar a los Institutos, Hospitales de Alta Especialidad para definir los mecanismos que amplíen progresivamente la gratuidad en instancias de tercer nivel de atención para población no derechohabiente.
- 1.4.3** Impulsar las propuestas o modificaciones al marco normativo que rige al sector salud para ampliar la obligación de todas las instituciones en brindar atención especializada.
- 1.4.4** Realizar un Censo de Capacidad Instalada de Servicios de Alta Especializada bajo un enfoque territorial que identifique la cobertura y correspondencia con las necesidades de la población.



1.5 Enfoque comunitario

Fomentar la participación de comunidades en la implementación de programas y acciones, bajo un enfoque de salud comunitaria para salvaguardar los derechos de niñas, niños, jóvenes, personas adultas mayores, mujeres, comunidad LGBTTTI, adultos mayores, personas con discapacidad, comunidades indígenas y afroamericanas.

- 1.5.1** Promover la organización y participación directa de las comunidades en los procesos de promoción de la salud para determinar y atender sus prioridades como obesidad, diabetes, embarazo adolescente.
- 1.5.2** Incluir en el equipo de salud a promotores y promotoras, debidamente capacitados, originarios de comunidades donde no haya unidades de salud.
- 1.5.3** Fomentar la organización comunitaria y la designación de representantes en la comunidad que faciliten acciones de promoción y prevención en salud, bajo un enfoque intercultural.
- 1.5.4** Fortalecer la coordinación interinstitucional para incorporar los enfoques transversales que favorezcan la perspectiva de género, la pertinencia cultural y la inclusión en la educación, promoción y prevención en la salud.
- 1.5.5** Implementar Caravanas de la Salud y brigadas de atención ambulatoria para brindar servicios a población afectada por contingencias emergentes, que viven en localidades alejadas de las ciudades o que transitan en condición migrante.
- 1.5.6** Fortalecer los modelos de atención que coordinen la capacitación y el trabajo del personal médico y parteras para la atención de mujeres en comunidades rurales.
- 1.5.7** Incorporar elementos de la medicina tradicional en los servicios de salud brindados a población indígena.
- 1.5.8** Fortalecer los servicios de rehabilitación no hospitalaria realizados a través de los Centros de Rehabilitación para atender a población con discapacidad y en riesgo potencial de presentarla, favoreciendo su inclusión educativa, laboral y social.

1.6 Producción, precios y abasto oportuno de medicamentos

Fortalecer los mecanismos relacionados con la producción, precios y abasto oportuno de medicamentos en beneficio de la población en situación de vulnerabilidad, marginación o discriminación.

- 1.6.1** Homologar y unificar los cuadros de medicamentos e insumos considerando el modelo de atención APSI-I y criterios de necesidad, efectividad, seguridad y calidad farmacéutica para procurar su uso racional.
- 1.6.2** Implementar una política farmacéutica que garantice la integración de los cuadros de medicamentos e insumos considerando los distintos niveles de atención para propiciar la disposición oportuna y reducir la merma de medicamentos no utilizados o caducados
- 1.6.3** Realizar compras consolidadas conjuntas para todas las instituciones públicas con “subasta en reversa” para abatir costos y combatir los mono-oligopolios de venta y distribución.
- 1.6.4** Sistematizar el monitoreo y control del ciclo de abasto de medicamentos e insumos para asegurar su disponibilidad en todo el sistema público de salud.
- 1.6.5** Fortalecer los mecanismos para el manejo transparente efectivo y eficaz de los recursos para abatir la corrupción
- 1.6.6** Establecer un sistema de control de abasto en tiempo real y explorar la posibilidad de transferencia de insumos y medicamentos entre las instituciones para garantizar el abasto.
- 1.6.7** Promover las alianzas con el sector privado, la investigación y el desarrollo de tratamientos innovadores, para fortalecer la producción nacional de medicamentos, bajo una perspectiva bioética.
- 1.6.8** Analizar y someter a pruebas de seguridad, eficiencia y costo-beneficio los nuevos medicamentos respecto a su posible beneficio sobre los ya existentes en el mercado, para determinar su inclusión en los cuadros institucionales.
- 1.6.9** Implementar en coordinación con la Secretaría de Economía una estrategia para incentivar la producción y distribución de medicamentos y vacunas.
- 1.6.10** Implementar mecanismos de coordinación, articulación y validación de las instancias investigadoras sobre nuevos medicamentos que potencie el beneficio de los logros, evite duplicidad de esfuerzos y elimine conflictos de intereses.



Metas y parámetros del Objetivo Prioritario 1

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
Nombre	Porcentaje de población con carencia por acceso a los servicios de salud y/o que presenta alguna barrera para acceder al mismo: geográfica, económica, cultural, entre otras.					
Objetivo prioritario	Garantizar el acceso efectivo, universal y gratuito a los servicios de salud para la población sin acceso a los servicios de seguridad social, en especial a grupos en situación de vulnerabilidad marginación o discriminación.					
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	• Valor nacional • Entidad Federativa • Rural y Urbano	Periodicidad o frecuencia de medición	Bienal			
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Periódico			
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de los datos	Agosto – Noviembre			
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Julio (siguiente al periodo de recolección de los datos)			
Tendencia esperada	Descendente	Unidad responsable de reportar el avance	Dirección General de Evaluación del Desempeño			
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						
La línea base debe corresponder a un valor definitivo para el ciclo 2018 o previo, no podrá ser un valor preliminar ni estimado.						
Nombre variable 1	Personas en situación de carencia de acceso a los servicios de salud	Valor variable 1	20,244,813	Fuente de información variable 1	Módulo de Condiciones Socioeconómicas asociado a la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).	
Nombre variable 2	Población total	Valor variable 2	125,082,416	Fuente de información variable 2	Módulo de Condiciones Socioeconómicas asociado a la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).	
Sustitución en método de cálculo	(20,244,813 / 125,082,416)*100 = 16.19 %					
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor	16.19%		El gobierno federal realizará las acciones necesarias para garantizar que hacia 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención a la salud gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos			
Año	2018					
Meta 2024			Nota sobre la meta 2024			
0%						
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
Se deberán registrar los valores acordes a la frecuencia de medición de la Meta para el bienestar o Parámetro. Pude registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.						
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
21.5		18.2		15.54		16.19
Valor prospectivo						
Puede registrar NA cuando no aplique meta para ese año, de acuerdo con la frecuencia de medición.						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	
	12		6		0	



ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
Nombre	Porcentaje de surtimiento completo de recetas.					
Objetivo prioritario	Garantizar el acceso efectivo, universal y gratuito a los servicios de salud para la población sin acceso a los servicios de seguridad social, en especial a grupos en situación de vulnerabilidad marginación o discriminación.					
Definición o descripción	El indicador se enfoca a mejorar la gestión de los recursos del gobierno federal en materia de salud. Mide de forma indirecta la eficiencia en todo el proceso de dotación de medicamentos a la población, garantizando con ello el surtimiento completo de recetas médicas.					
Nivel de desagregación	• Valor nacional y por Entidad Federativa	Periodicidad o frecuencia de medición	Bienal			
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Periódico			
Unidad de medida	Porcentaje (recetas surtidas al 100%)	Periodo de recolección de los datos	julio-septiembre			
Dimensión	Eficiencia	Disponibilidad de la información	Octubre			
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	Dirección General de Evaluación del Desempeño			
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						
La línea base debe corresponder a un valor definitivo para el ciclo 2018 o previo, no podrá ser un valor preliminar ni estimado.						
Nombre variable 1	Número de pacientes a los que se entregó la totalidad de los medicamentos marcados en su receta	Valor variable 1	11,183,073	Fuente de información variable 1	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT).	
Nombre variable 2	Total de pacientes encuestados con receta médica	Valor variable 2	16,156,218	Fuente de información variable 2	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT).	
Sustitución en método de cálculo	(11,183,073 / 16,156,218)*100 = 69.22 %					
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor	69.22%					
Año	2016					
Meta 2024			Nota sobre la meta 2024			
100%						
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
Se deberán registrar los valores acordes a la frecuencia de medición de la Meta para el bienestar o Parámetro. Puede registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.						
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
65.2			68.97	69.22		ND
Valor prospectivo						
Puede registrar NA cuando no aplique meta para ese año, de acuerdo con la frecuencia de medición.						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	
	80		90		100	



ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
Nombre	Porcentaje de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud					
Objetivo prioritario	Garantizar el acceso efectivo, universal y gratuito a los servicios de salud para la población sin acceso a los servicios de seguridad social, en especial a grupos en situación de vulnerabilidad marginación o discriminación.					
Definición o descripción	El indicador mide indirectamente la eficiencia en gasto público en salud para evitar gastos de bolsillo catastróficos en los hogares más pobres.					
Nivel de desagregación	• Valor nacional y por Entidad Federativa	Periodicidad o frecuencia de medición	Bienal			
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Periódico			
Unidad de medida	Porcentaje (hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud	Periodo de recolección de los datos	Agosto – noviembre			
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Julio (siguiente al periodo de recolección de los datos)			
Tendencia esperada	Descendente	Unidad responsable de reportar el avance	Dirección General de Evaluación del Desempeño			
Método de cálculo	Resultado de la división del número de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud entre el total de hogares del primer quintil de ingreso con gasto en salud, multiplicado por 100					
Observaciones						
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE						
La línea base debe corresponder a un valor definitivo para el ciclo 2018 o previo, no podrá ser un valor preliminar ni estimado.						
Nombre variable 1	Número de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud	Valor variable 1	295,437	Fuente de información variable 1	Módulo de Condiciones Socioeconómicas asociado a la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).	
Nombre variable 2	Total de hogares del primer quintil de ingreso con gasto en salud	Valor variable 2	6,948,825	Fuente de información variable 2	Módulo de Condiciones Socioeconómicas asociado a la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).	
Sustitución en método de cálculo	(295,437 / 6,948,825)*100 = 4.25 %					
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor	4.25%					
Año	2018					
Meta 2024			Nota sobre la meta 2024			
0%						
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
Se deberán registrar los valores acordes a la frecuencia de medición de la Meta para el bienestar o Parámetro. Puede registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.						
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
4.6		4.53		4.13		4.25
Valor prospectivo						
Puede registrar NA cuando no aplique meta para ese año, de acuerdo con la frecuencia de medición.						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	
	3		1.5		0	

Relevancia del Objetivo Prioritario 2

La transformación del sistema tiene como pilares el acceso universal de los servicios de Salud y medicamentos gratuitos a toda la población, el modelo de Atención Primaria de la Salud Integral (APS-I), la reorganización y regulación sanitaria, el fortalecimiento de la industria farmacéutica nacional e impulso a la investigación.

El primer nivel es el más cercano a la población, es decir, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes. Dentro de las actividades de los EAPS están la educación en salud, educación nutricional, atención desde las afecciones respiratorias y gastrointestinales, entre los malestares más comunes, a un amplio universo de acciones de prevención y alertamiento de enfermedades endémicas, etc.

La OPS sugiere un modelo APS-I que no sólo se promueva el fortalecimiento del primer nivel de atención a través de la conformación de Equipos de Atención Primaria en Salud (E-APS), con el suficiente equipamiento e infraestructura (instrumental de diagnóstico, medicamentos y espacio adecuado); sino que hace énfasis en mejorar coordinación entre organizaciones para resolver afecciones en el nivel más adecuado; promueve además la introducción de incentivos a profesionales del primer nivel de atención para que asegurar los servicios estén disponibles, sean aprovechados en forma óptima y sobretodo sean altamente resolutivos.

Con el fortalecimiento y reorganización, el primer nivel de atención debe estar en condiciones de resolver el 80-85 por ciento de la problemática de salud con la prevención y atención y así impactar en las condiciones de salud y de vida de la población a través del modelo de Atención Primaria de Salud Integrada, APS-I.

En el nuevo modelo de atención, se fomentará el uso racional de los medicamentos, basándose en evidencias sobre sus beneficios y posibles efectos adversos, su correcta prescripción y evitar la polifarmacia, particularmente para la población adulta mayor.

Deberá combatirse la mala prescripción y la cultura equivocada de los profesionistas y del usuario de que la consulta siempre debe terminar en una receta. En esta labor la responsabilidad de las instituciones es muy importante.



La mala prescripción y uso inadecuado de los medicamentos pueden provocar iatrogenias. Pueden incluso constituirse en un grave problema de salud pública como es la resistencia de los antibióticos que nos hace retroceder al tiempo pre-microbianos.

La incorporación del nuevo modelo de atención implica la transformación de los Centros y unidades de salud, particularmente del primer nivel de atención: unidades móviles y pequeños centros de salud con un variado número de consultorios y centros de servicios de salud ampliados (CSSA). Actualmente el 49% de los centros de salud tienen un consultorio y en el país sólo existen alrededor de 100 CSSA.

Otra instancia importante que se deberá transformar es la jurisdicción sanitaria, la cual actualmente está reducida a una instancia burocrática sin mayor impacto y que deberá recuperar su papel de instancia coordinadora para garantizar las actividades de los centros de salud, la promoción y prevención y la vigilancia epidemiológica.

Aunque el primer nivel de atención pueda fortalecerse mucho, no puede resolver problemas más complejos como la urgencia calificada, la consulta de especialidad o alta especialidad, la hospitalización, la cirugía o intervenciones de alta especialidad.

Debido a una planeación nacional endeble y errática resulta que existen servicios de alta complejidad en casi todo el territorio nacional mientras que, con frecuencia, faltan subespecialidades comunes a una distancia accesible de los pacientes.

Los seis Hospitales Regionales de Alta Especialidad tienden hasta ahora a prestar sólo los servicios de gasto catastrófico del Seguro Popular, aunque pudieran atender un espectro más amplio de padecimientos. Se observan en ellos desequilibrios en las plantillas de personal, capacidad ociosa del equipo médico, prácticas de desaliento a la demanda, cuadros restringidos de medicamentos, entre otros. Estos servicios pueden convertirse con relativa facilidad en el nivel más complejo de las redes amplias corrigiendo sus actuales problemas.

En el proceso de construcción de las redes complejas se debe mantener una estrecha coordinación con el IMSS y el ISSSTE para buscar complementariedades actuales y ubicar lugares para los hospitales “universales” en los estados o regiones donde todas las instituciones públicas tienen un déficit de instalaciones.



El fortalecimiento del primer nivel de atención y la articulación de redes requieren de la definición de nuevos indicadores para mejorar la atención de los pacientes, medir el impacto de las acciones y modificarlas cuando no tengan el impacto esperado.

En dichos indicadores de seguimiento y evaluación se deben considerar los avances en la organización comunitaria, la incorporación de promotoras de la salud, la suficiencia de personal capacitado, el proceso de abasto de medicamentos e insumos.

La disposición de un nuevo modelo de atención basados en redes integradas de servicios para que las personas accedan al tratamiento que demande su padecimiento, se hará una planeación conjunta de la expansión de la infraestructura y del personal preparado para realizar las tareas que requiere el nuevo modelo de atención.



Descripción del Problema Público

Tema

Mejora del Sistema Nacional de Salud

Problema público o área de oportunidad

El sistema de salud pública resulta insuficiente, ineficiente, depauperado, existe una desvinculación entre las prioridades del Sistema Nacional de Salud y su operación, particularmente en lo que atañe a la rectoría en la conducción del sistema por parte del Estado a partir de la reorientación de la salud pública haciendo énfasis en la importancia de la colaboración intersectorial y la acción comunitaria para implementar las acciones de la promoción de salud para mejorar la calidad de vida y la equidad en el acceso y cobertura para la población

Causas

1. Descentralización, fragmentación y segmentación del sistema de salud lo que implica una constante desarticulación de esfuerzos, duplicidad de funciones e ineficiencia en el gasto público destinado a salud.
2. Predominio de la atención médica sobre la prevención y promoción en salud.
3. Deficiencias en el primer nivel de atención médica lo que impacta en demanda de servicios de salud en el segundo y tercer nivel de atención.

Efectos

1. Deterioro en el bienestar de las personas lo cual impacta en su desarrollo y por tanto en su desempeño en el ámbito productivo.
2. Incremento en la prevalencia y mortalidad de padecimientos en la población, afectando con mayor gravedad a la población en condición de vulnerabilidad, marginación y discriminación.
3. Subutilización o desaprovechamiento de la infraestructura en el Sistema Nacional de Salud.
4. Saturación en servicios médicos de alta especialización considerando que debido a deficiencias en la detección temprana y tratamiento oportuno se gravan o complican los padecimientos al momento de su atención.



OP2. Mejora continua del Sistema Nacional de Salud

Mejorar la organización y los procesos de sistema nacional de salud para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que priorice a los grupos históricamente discriminados, en desventaja en el ejercicio de sus derechos o en territorios con alta marginación.

Estrategias y acciones puntuales

2.1 Modelo de Atención Primaria de Salud Integral APS-I

Instrumentar un nuevo modelo de Atención Primaria de Salud Integral APS-I, para garantizar el acceso oportuno de la población a los servicios de salud.

- 2.1.1** Homologar el modelo de atención en primer nivel en todas las instituciones, conforme al modelo APS-I, para mejorar la atención y compartir las tareas de educación, promoción y prevención de la salud.
- 2.1.2** Reorganizar los servicios de salud para garantizar el acceso efectivo a los servicios médicos requeridos, conforme al modelo de Atención Primaria de Salud Integrada, APS-I
- 2.1.3** Fortalecer la jurisdicción sanitaria para la coordinación de actividades, de promoción y prevención y la vigilancia epidemiológica en los centros de salud.
- 2.1.4** Identificar los problemas comunes de salud para la prevención, detección oportuna y tratamiento en el primer nivel de atención de cada comunidad.
- 2.1.5** Promover enfoques transversales con otras instituciones para atender de manera integral la problemática de salud en el primer nivel de atención, considerando las determinantes sociales y culturales en cada comunidad.
- 2.1.6** Crear el compendio nacional de medicamentos, fortaleciendo la oferta para el primer nivel de atención.
- 2.1.7** Fortalecer el diagnóstico oportuno a través de un sistema de diagnóstico de laboratorio en primer nivel de atención.
- 2.1.8** Incorporar la perspectiva bioética en el desarrollo e implementación del Nuevo Modelo de Atención Primaria de Salud.

2.2 Sistema de referencia y contrareferencia

Implementar un sistema de referencia y contrareferencia entre los niveles de atención que permita el acceso a la consulta de especialidad, hospitalización y cirugía dando prioridad a las regiones con menores

servicios de salud, los estados más pobres y donde los servicios se hayan federalizado.

- 2.2.1** Establecer las redes básicas regionalizadas para garantizar la referencia de las y los pacientes para su acceso a la consulta de especialidad, la hospitalización y la cirugía de acuerdo a la federalización progresiva.
- 2.2.2** Sistematizar la comunicación entre los actores del sistema público en salud para armonizar el nuevo modelo de atención.
- 2.2.3** Elaborar un diagnóstico hospital por hospital, que permita aprovechar la infraestructura de cada entidad, estableciendo los niveles de complejidad para la implantación de un sistema de referencia y contrareferencia, que evite la saturación de hospitales y la subutilización de centros de salud
- 2.2.4** Fortalecer la coordinación entre los diferentes niveles de gobierno para articular las redes básicas regionalizadas, incluyendo su infraestructura y desarrollo de los recursos humanos.
- 2.2.5** Implementar mecanismos y protocolos confiables para la referencia y la contrareferencia de pacientes entre los distintos niveles de atención.
- 2.2.6** Anticipar los servicios de salud requeridos a partir de un enfoque territorial, en el que se identifiquen posibles riesgos sanitarios o contingencias epidemiológicas.

2.3 Modelo integral para servicios de salud y asistencia social

Fortalecer un modelo de atención integral y asistencia social para la optimización de los recursos, eficiencia en los procesos y ampliar la cobertura de los servicios de salud y asistencia social.

- 2.3.1** Sistematizar el monitoreo, supervisión y certificación de los servicios que presten las instituciones que integran, el Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada.
- 2.3.2** Proponer y actualizar la normatividad que rija la prestación de servicios en materia de asistencia social a partir de la incorporación de protocolos que propicien la humanización de los servicios de atención o que deriven de la investigación en el Sistema Nacional de Salud.
- 2.3.3** Mejorar los esquemas de operación y fortalecimiento de los Comités Hospitalarios de Bioética, Comités de Ética en Investigación y Comisiones Estatales de Bioética



- 2.3.4** Elaborar e implementar los programas especiales o institucionales, como son: el Programa Nacional de Asistencia Social; prestación de Servicios para la Atención, cuidado y desarrollo integral infantil y los que por disposición oficial se consideren para la atención de población en condición vulnerable.
- 2.3.5** Desarrollar y fortalecer manuales, protocolos, guías y prácticas para la atención integral, basadas en evidencia científica, para garantizar la calidad de los diferentes niveles de atención.
- 2.3.6** Fortalecer los modelos de gestión y seguridad del paciente, atendiendo a criterios de accesibilidad, oportunidad y calidad en los servicios médicos y asistencia social, incorporando indicadores que reflejen la efectividad de los servicios.
- 2.3.7** Rediseñar los procesos administrativos en los Centros de Salud para mejorar la efectividad de los programas y disminuir o simplificar la carga administrativa.
- 2.3.8** Impulsar el uso de mecanismos alternativos, como son la conciliación y el arbitraje, para la atención de controversias y solución de conflictos en salud.
- 2.3.9** Establecer las medidas necesarias para las personas cuidadoras de las personas enfermas, con discapacidad o necesidades especiales.
- 2.3.10** Impulsar políticas públicas, estrategias y programas dirigidos a la reducción de Enfermedades Crónicas.

2.4 Sistema de seguimiento y evaluación de políticas y programas

Consolidar un sistema de seguimiento y evaluación de políticas y programas que determine el impacto real en las condiciones de salud, particularmente de la población en situación de vulnerabilidad, marginación o discriminación.

- 2.4.1** Sistematizar la evaluación de las nuevas políticas del sector salud, en la que se considere aspectos de accesibilidad, calidad, oportunidad e integralidad de los servicios prestados, así como su impacto en la población, considerando sus características diferenciadas.
- 2.4.2** Fomentar el uso de las evaluaciones en la toma de decisiones para el mejoramiento de los programas en salud.
- 2.4.3** Definir nuevos indicadores para monitorear la atención de los pacientes, y el impacto de las acciones, acorde al nuevo modelo de Atención Primaria de Salud Integral –APS-I.



- 2.4.4** Establecer mecanismos de seguimiento y monitoreo de convenios y acuerdos interinstitucionales e intersectoriales que procuren medir el impacto para la población.
- 2.4.5** Establecer servicios públicos para la evaluación de la biodisponibilidad y bioequivalencia de nuevos medicamentos genéricos
- 2.4.6** Establecer mecanismos de seguimiento de indicadores que permitan analizar el desempeño de las acciones y programas en salud.

2.5 Políticas de interculturalidad y trato digno

Consolidar los mecanismos y procedimientos, orientados a la atención, bajo un enfoque de interculturalidad y sin discriminación para proporcionar atención adecuada y digna a mujeres víctimas de violencia, las comunidades indígenas y otros grupos históricamente discriminados.

- 2.5.1** Desarrollar e implementar documentos metodológicos, operativos y procedimentales para brindar servicios de salud y asistencia social, que procuren la atención prioritaria, permanente, accesible, de calidad y gratuita, a la población en condición de vulnerabilidad, marginación y discriminación.
- 2.5.2** Capacitar y sensibilizar en materia de atención integral a víctimas, derechos indígenas, interculturalidad, derechos humanos, igualdad de género y no discriminación. a personal directivo y encargado de la atención directa de población en condición de vulnerabilidad para prevenir la revictimización.
- 2.5.3** Promover la atención integral de población indígena, considerando las contribuciones de la medicina tradicional, la participación de intérpretes y traductores de lenguas indígenas, la capacitación en materia de derechos indígenas y el enfoque de interculturalidad.
- 2.5.4** Elaborar y difundir lineamientos interculturales para la adecuación, diseño y operación de los programas de Salud en el marco de la Atención Primaria de Salud Integral e Integrada (APS-I).
- 2.5.5** Promover la coordinación interinstitucional e intersectorial y la participación de la comunidad para procurar la inclusión de la Interculturalidad bajo un enfoque territorial.



Metas y parámetros del Objetivo Prioritario 2

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
Nombre	Probabilidad incondicional de muerte entre los 30 y los 70 años por enfermedades cerebrovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas.					
Objetivo prioritario	Mejorar la organización y los procesos de sistema nacional de salud para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que priorice a los grupos históricamente discriminados, en desventaja en el ejercicio de sus derechos o en territorios con alta marginación.					
Definición o descripción	Mide la probabilidad de morir entre las edades exactas de 30 y 70 años por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas. Las muertes por estas cuatro causas se basarán en los siguientes códigos CIE-10: I00-I99, C00-C97, E10-E14 y J30-J98.					
Nivel de desagregación	• Valor nacional • Entidad Federativa	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual			
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Periódico			
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de los datos	Anual			
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	La información se reportará con dos años de desfase			
Tendencia esperada	Descendente	Unidad responsable de reportar el avance	Dirección General de Evaluación del Desempeño			
Método de cálculo	Tasas de mortalidad específicas por edad para las cuatro categorías de causas combinadas (generalmente en términos de grupo de 5 años 30-34, ..., 65-69). Un método de tabla de vida permite calcular el riesgo de muerte entre las edades exactas de 30 y 70 años por cualquiera de estas causas, en ausencia de otras causas de muerte. Los códigos CIE que se incluirán en el cálculo son: enfermedad cardiovascular: I00-I99, cáncer: C00-C97, diabetes: E10-E14, respiratorio crónico: J30-J98. Para calcular la tasa de mortalidad específica por edad para cada grupo de cinco años y país, para cada rango de edad de 5 años $M_x = \frac{\text{Total de muertes de cuatro causas de ENT entre la edad exacta } x \text{ y la edad exacta } x + 5}{\text{Población total entre la edad exacta } x \text{ y la edad exacta } x + 5}$					
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE						
La línea base debe corresponder a un valor definitivo para el ciclo 2018 o previo, no podrá ser un valor preliminar ni estimado.						
Nombre variable 1		Valor variable 1		Fuente de información variable 1		
Nombre variable 2		Valor variable 2		Fuente de información variable 2		
Sustitución en método de cálculo	No se dispone de Línea Base					
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS						
Línea base		Nota sobre la línea base				
Valor						
Año						
Meta 2024		Nota sobre la meta 2024				
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
Se deberán registrar los valores acordes a la frecuencia de medición de la Meta para el bienestar o Parámetro. Puede registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.						
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Valor prospectivo						
Puede registrar NA cuando no aplique meta para ese año, de acuerdo con la frecuencia de medición.						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	



ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
Nombre	Porcentaje de médicos y enfermeras en contacto con el paciente que concluyeron cursos de educación continua en los principales problemas epidemiológicos					
Objetivo prioritario	Mejorar la organización y los procesos de sistema nacional de salud para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que priorice a los grupos históricamente discriminados, en desventaja en el ejercicio de sus derechos o en territorios con alta marginación.					
Definición o descripción	Mide el porcentaje de médicos y enfermeras en contacto con el paciente que concluyeron cursos de educación continua sobre los principales problemas epidemiológicos en el año					
Nivel de desagregación	• Valor nacional • Entidad Federativa	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual			
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Periódico			
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de los datos	Anual			
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	A más tardar 6 meses posteriores al cierre del año que se reportará			
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	DGCES			
Método de cálculo	Número de médicos y enfermeras en contacto con el paciente que recibieron constancia de conclusión de estudios de educación continua en los principales problemas epidemiológicos / Número de profesionales de la salud en contacto con el paciente durante el periodo reportado x 100					
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE						
La línea base debe corresponder a un valor definitivo para el ciclo 2018 o previo, no podrá ser un valor preliminar ni estimado.						
Nombre variable 1		Valor variable 1		Fuente de información variable 1		
Nombre variable 2		Valor variable 2		Fuente de información variable 2		
Sustitución en método de cálculo	No se dispone de Línea Base					
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS						
Línea base		Nota sobre la línea base				
Valor						
Año						
Meta 2024		Nota sobre la meta 2024				
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
Se deberán registrar los valores acordes a la frecuencia de medición de la Meta para el bienestar o Parámetro. Puede registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.						
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Valor prospectivo						
Puede registrar NA cuando no aplique meta para ese año, de acuerdo con la frecuencia de medición.						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	



ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
Nombre	Proporción de recomendaciones atendidas					
Objetivo prioritario	Mejorar la organización y los procesos de sistema nacional de salud para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que priorice a los grupos históricamente discriminados, en desventaja en el ejercicio de sus derechos o en territorios con alta marginación.					
Definición o descripción	Mide la proporción de recomendaciones atendidas derivadas de las evaluaciones realizadas					
Nivel de desagregación	• Valor nacional • Entidad Federativa	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual			
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Acumulado			
Unidad de medida	Proporción	Periodo de recolección de los datos	Anual			
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	A más tardar 6 meses posteriores al cierre del año que se reportará			
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	Dirección General de Evaluación del Desempeño			
Método de cálculo	Recomendaciones atendidas/Recomendaciones Comprometidas por 100					
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE						
La línea base debe corresponder a un valor definitivo para el ciclo 2018 o previo, no podrá ser un valor preliminar ni estimado.						
Nombre variable 1	Recomendaciones atendidas	Valor variable 1	9	Fuente de información variable 1	DGED	
Nombre variable 2	Recomendaciones Comprometidas	Valor variable 2	17	Fuente de información variable 2	DGED	
Sustitución en método de cálculo	9/17= 53%					
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor	53%		La línea base se está tomando con base en los programas presupuestarios evaluados mediante ficha de monitoreo en 2018			
Año	2018					
Meta 2024			Nota sobre la meta 2024			
85%						
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
Se deberán registrar los valores acordes a la frecuencia de medición de la Meta para el bienestar o Parámetro. Pude registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.						
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
					53%	
Valor prospectivo						
Puede registrar NA cuando no aplique meta para ese año, de acuerdo con la frecuencia de medición.						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	
	55%	60%	65%	75&	85%	



Relevancia del Objetivo Prioritario 3

La cobertura de salud se define como la 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 (incluyendo medicamentos) y financiamiento. La cobertura universal de salud implica que los mecanismos de organización y financiación son suficientes para cubrir a toda la población (OPS-OMS, 2014)

La OPS ha propuesto que esta reorientación de servicios de salud deberá contar con las siguientes condiciones:

- 1) basarse en el médico general como responsable asignado para una población definida a su cargo (una clínica y un médico familiar como puerta de entrada al sistema);
- 2) acceso y atención de calidad de los servicios primarios, contando con cercanía geográfica e interpersonal con la población;
- 3) y contar con un sistema de referencia y contrarreferencia eficaz, eficiente y de calidad, ello implica complementariedad, disponiendo de consulta y atención especializada, servicios hospitalarios, de rehabilitación, principalmente.

Por tanto, en lo que corresponde al modelo de atención se identifican tres componentes: 1) la conveniencia de la oferta ante las necesidades individuales y colectivas; 2) el grado de accesibilidad, disponibilidad y aceptabilidad de los servicios (pertinencia cultural); y 3) la integración de servicios.

Cuatro líneas estratégicas incluidas en la resolución de la OPS (2014¹):

- 1) la ampliación del acceso equitativo a servicios de salud;
- 2) el fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza;
- 3) el aumento y la mejora del financiamiento, con equidad y eficiencia, y el avance en la eliminación del pago directo, y
- 4) el fortalecimiento de la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.

Las instituciones públicas han incrementado marginalmente su infraestructura física, se detectan deficiencias en el mantenimiento recibido y tampoco han contratado los recursos humanos necesarios a pesar del crecimiento de la

¹ Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, DC: OPS, 2014.



población. En consecuencia, la población, en particular, la no derechohabiente carecen de acceso a atención médica oportuna y de calidad.

En lo que respecta a los servicios a la comunidad o de salud pública, en los últimos años, se han deteriorado y/o desarticulado, lo que repercute negativamente sobre las acciones con más impacto en la salud poblacional.

La disposición de un nuevo modelo de atención basados en redes integradas de servicios para que las personas accedan al tratamiento que demande su padecimiento, se hará una planeación conjunta de la expansión de la infraestructura y del personal preparado para realizar las tareas que requiere el nuevo modelo de atención.

La fusión de las instituciones públicas será el resultado de la colaboración sistemática y la decisión firme, tanto de los directivos de las instituciones como de los trabajadores de la salud para lograr un cambio profundo del sistema público de salud.

Se ampliará la infraestructura con la construcción, equipamiento y su inmediata puesta en operación de las nuevas unidades de salud, o sea los centros de salud y hospitales. Igualmente se consolidará un sistema de control en tiempo real del ciclo de abasto de medicamentos e insumos y el mantenimiento preventivo de unidades de salud y el equipo.

El plan de desarrollo de infraestructura debe partir de un eje rector único que es: “El rescate del Sector Público de Salud”. Implica no sólo el financiamiento acorde a las necesidades de ampliación de la infraestructura sino el reforzamiento del actual, mayor número de plazas, insumos necesarios sobre todo en materia de medicamentos, actualización tecnológica, pero sobre todo un manejo “transparente, efectivo y eficaz” de los recursos, o sea de combate a la corrupción.

Actualmente la Secretaría de Salud tiene varios sistemas paralelos de información en las subsecretarías de Integración y Desarrollo del Sistema de Salud y de Promoción y Prevención que no son interoperables. Existe además un retraso en el acceso a la información y el formato para recuperarla es poco amigable para el público sin una capacitación avanzada en este ámbito. Se añade a esta situación desfavorable que no reportan regularmente a estos sistemas todos los institutos de seguridad social y particularmente el sector privado de salud, aunque la legislación vigente les mandata a hacerlo.



Por lo anterior, se deberán rediseñar los distintos sistemas de información de la secretaría y unificarlos en uno solo y establecer el “Centro de Inteligencia en Salud, el cual deberá diseñarse en conjunto con los institutos de seguridad social y se buscará que el sector privado de salud cumpla con sus obligaciones.

La conjunción de logros correspondientes a los objetivos relacionados con el acceso universal, salud pública y capacidad de respuesta, deberá reflejarse en las condiciones de salud y bienestar de la población, en especial deberá abarcar las patologías definidas como prioritarias y que requieren de un estricto seguimiento.

Para las mismas patologías se prevé consolidar un sistema a partir del registro nominal de los pacientes que genere “alertas” cuando el proceso de atención no procede correctamente.

Descripción del Problema Público

Tema

Capacidad y calidad de los servicios en el Sistema Nacional de Salud

Problema público o área de oportunidad

El sistema de salud pública resulta insuficiente, ineficiente, depauperado y afectado por la corrupción, la capacidad y mantenimiento de la infraestructura física ha sido deficiente y tampoco se han contratado los recursos humanos necesarios a pesar del crecimiento de la población. En consecuencia, la población, en particular, la no derechohabiente carecen de acceso a atención médica oportuna y de calidad.

Causas

1. Descentralización, fragmentación y segmentación del sistema de salud lo que implica una constante desarticulación de esfuerzos, duplicidad de funciones e ineficiencia en el gasto público destinado a salud.
2. Infraestructura, recursos y equipo mal distribuidos, insuficientes, no adecuados, subutilizados y/o en malas condiciones;
3. Baja disponibilidad de recursos financieros para la salud
4. Insuficiencia de médicos y enfermeras y concentración de recursos humanos en áreas urbanas;
5. Perfil de profesionales no alineado con necesidades de la salud de la población y,
6. Inconsistencias entre las capacidades del Sistema Nacional de Salud y las necesidades de la población en los que se considere cambios en la composición demográfica, los efectos migratorios y situaciones de emergencia humanitaria.

Efectos

1. Acceso limitado a los servicios de salud, lo cual impacta con mayor gravedad en la población en condición de vulnerabilidad, discriminación o marginación.
2. Carencia u omisión en los servicios de salud y asistencia social de las condiciones diferenciadas de la población como son la diversidad cultural, el enfoque territorial y las perspectivas de género y de derechos humanos.
3. Deterioro en el bienestar de las personas lo cual impacta en su desarrollo y por tanto en su desempeño en el ámbito productivo.



4. Incremento en la prevalencia y mortalidad de padecimientos en la población, afectando con mayor gravedad a la población en condición de vulnerabilidad, marginación y discriminación.
5. Incremento en el gasto de bolsillo destinado a servicios médicos y medicamentos, afectando a la economía familiar.
6. Proliferación de servicios médicos no regulados.
7. Subutilización o desaprovechamiento de la infraestructura en el Sistema Nacional de Salud.
8. Saturación en servicios médicos de alta especialización considerando que debido a deficiencias en la detección temprana y tratamiento oportuno se gravan o complican los padecimientos al momento de su atención.
9. Variedad en la calidad de servicios, particularmente en lo que respecta a trato digno y no discriminatorio y que incorporen las perspectivas de género y de derechos humanos.

OP3. Capacidad y calidad del Sistema Nacional de Salud

Garantizar a la población servicios de salud y asistencia social con capacidad técnica, habilidad profesional y calidad médica bajo los principios de pertinencia cultural y trato no discriminatorio.

Estrategias y acciones puntuales

3.1 Fortalecimiento del SNS

Fortalecer el Sistema Nacional de Salud, considerando las necesidades en cada comunidad.

- 3.1.1 Elaborar un diagnóstico del estado que guardan actualmente las unidades de salud y validarlo por una comisión interinstitucional, conforme a la federalización de los servicios de salud
- 3.1.2 Establecer un plan maestro de acción que considere los nuevos modelos de atención y permitan corregir el rezago identificado en cada región
- 3.1.3 Identificar los requerimientos de infraestructura, equipamiento, recursos financieros, humanos y materiales de acuerdo con las necesidades específicas de la población en cada microrregión.
- 3.1.4 Diseñar prototipos de centros de salud y hospitales que incluya infraestructura, equipamiento, recursos humanos y materiales para agilizar su instalación y habilitación, considerando posibles

adecuaciones para corresponder a las condiciones locales en cada región.

- 3.1.5** Desarrollar un Censo Nominal de Capacidad Instalada de Servicios Universales para determinar el número y localización de unidades de atención médica en cada localidad.

3.2 Suficiencia, Capacitación y profesionalización del personal

Desarrollar e implementar estrategias integrales para garantizar la suficiencia, formación y profesionalización del personal encargado de otorgar los servicios de salud y asistencia social, bajo un enfoque humanista, multicultural y sensible al ciclo de vida de la población atendida.

- 3.2.1** Consolidar la contratación de personal necesario, debidamente capacitado para la prestación de los servicios de salud y asistencia social.
- 3.2.2** Sistematizar, los requerimientos de personal sanitario en el sector salud para garantizar la plantilla de personal de acuerdo con las necesidades considerando el tipo y cantidad de servicios brindados a la población.
- 3.2.3** Avanzar progresivamente hacia la uniformidad de las estructuras orgánicas de todas las instituciones en lo referido a los servicios de salud, médicos y de asistencia social.
- 3.2.4** Incorporar y fortalecer las residencias médicas, así como perfiles relacionados con la promoción y atención comunitaria para fortalecer el primer nivel de atención.
- 3.2.5** Actualizar los mecanismos del Servicio Social Nacional para garantizar que la última etapa de formación profesional del personal de salud permita su inserción en las prioridades de Salud de la población.
- 3.2.6** Replantear la formación académica y práctica a nivel medio superior y superior de los profesionales de la salud, para incorporar un enfoque que favorezca la integración al primer nivel de atención y la diversificación en las áreas de especialización.
- 3.2.7** Fortalecer el sistema educativo a partir del rediseño y actualización de perfiles profesionales e incidencia en la oferta educativa de carreras para la salud, priorizando medicina y enfermería en las universidades
- 3.2.8** Fortalecer la capacitación y educación continua para la actualización de todo el personal en su ámbito de competencia, en



el nuevo modelo de salud y para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento oportuno de las enfermedades crónico-degenerativas.

3.2.9 Reforzar la formación de especialistas del Sistema Público de Salud para que respondan a las necesidades de atención médica de la población.

3.2.10 Fortalecer la capacitación y profesionalización del personal que brinda asistencia social.

3.3 Infraestructura y equipamiento en salud

Mejorar y ampliar la infraestructura y equipamiento de salud, generando condiciones adecuadas y accesibles para brindar servicios de calidad a toda la población en todos los niveles de atención.

3.3.1 Elaborar un plan maestro específico para el fortalecimiento y ampliación de la infraestructura y equipamiento del sector, considerando la integración de redes básicas de atención médica y garantizando las condiciones de seguridad y accesibilidad, especialmente para personas con discapacidad.

3.3.2 Consolidar el mantenimiento y equipamiento para la inmediata operación de servicios federales y estatales de acuerdo con las necesidades de cada entidad.

3.3.3 Ampliar o reforzar progresivamente la infraestructura existente en los servicios federales y estatales para población abierta y derechohabiente, considerando el perfil epidemiológico, la complejidad del acceso geográfico, la pirámide poblacional, el número de egresos y sus causas.

3.3.4 Construir centros de salud, clínicas o hospitales generales priorizando las regiones con menos servicios de salud, o los estados más pobres.

3.3.5 Sistematizar el mantenimiento preventivo de inmuebles y equipos del sector salud para garantizar las condiciones óptimas en su operación.

3.3.6 Promover la coordinación intersectorial para garantizar el uso racional, de equipo de alta tecnología y buscar complementariedad especialmente en los estados o regiones donde todas las instituciones públicas tengan un déficit de instalaciones.

3.3.7 Impulsar la reconstrucción de las regiones afectadas por los sismos de 2017.

3.3.8 Fortalecer la infraestructura y equipamiento para los servicios de asistencia social y rehabilitación no hospitalaria, garantizando la accesibilidad para personas con discapacidad.

3.4 Tecnologías de la Información y comunicación en Salud

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 el Sistema Nacional de Salud.

- 3.4.1** Crear un Centro de Inteligencia en Salud para unificar los mecanismos relacionados con registro, conservación y almacenamiento de la información y evitar la fragmentación de la información en los diferentes niveles de atención en el sector.
- 3.4.2** Articular los sistemas de información y comunicación existentes en el sector para procurar su unificación, conservación y aprovechamiento, especialmente para la conformación de plataformas y bases de datos.
- 3.4.3** Implementar progresivamente tecnologías de información y comunicación tendientes a mejorar los sistemas de información, digitalización de expedientes e interoperabilidad entre los diferentes niveles de atención y entre los sectores público y privado del sector salud.
- 3.4.4** Fortalecer los mecanismos para la identificación y registro de datos personales, que consideren las disposiciones de la legislación vigente, eviten la duplicidad de registros y favorezcan el acceso y manejo de la información.
- 3.4.5** Implementar la telemedicina, especialmente para la atención de poblaciones de difícil acceso y de alta marginación.
- 3.4.6** Consolidar la evaluación y gestión de tecnologías de información y comunicación en salud, para contribuir a mejorar la capacidad y calidad de los servicios.

3.5 Manejo transparente y honesto del financiamiento

Garantizar el uso transparente eficaz y eficiente de los recursos financieros con énfasis en la ética institucional y el combate permanente a la corrupción.

- 3.5.1** Reorganizar los esquemas de designación y distribución de recursos financieros para priorizar la atención de población en condición de vulnerabilidad, marginación y discriminación



- 3.5.2** Impulsar las reformas requeridas para optimizar y transparentar la transferencia de recursos, entre los servicios federales y estatales de salud.
- 3.5.3** Incrementar la capacidad de la Secretaría de Salud para regular la transferencia de bienes, servicios en especie y plazas entre los servicios federales y estatales de salud, para incrementar la racionalidad y eficiencia del gasto.
- 3.5.4** Sistematizar los mecanismos de vigilancia y fiscalización que garanticen el uso transparente y eficiente de los recursos a favor del combate a la corrupción.
- 3.5.5** Institucionalizar una política para la designación y el uso racional de los recursos de acuerdo bajo el enfoque de austeridad y uso responsable de los recursos.
- 3.5.6** Fortalecer los informes relativos a la justificación y comprobación de la designación de recursos financieros, para fomentar la transparencia y rendición de cuentas, así como para facilitar las decisiones sobre la utilización de los recursos en el sector salud.



Metas y parámetros del Objetivo Prioritario 3

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
Nombre	Porcentaje de hospitalizaciones por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio					
Objetivo prioritario	Garantizar a la población servicios de salud y asistencia social con capacidad técnica, habilidad profesional y calidad médica bajo los principios de pertinencia cultural y trato no discriminatorio.					
Definición o descripción	Las hospitalizaciones prevenibles por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio (CSCA) es un indicador que evalúa la capacidad resolutoria del primer nivel de atención en términos de hospitalizaciones evitables. La evaluación de las CSCA puede informar el proceso de toma de decisiones con respecto a la configuración de redes integradas de servicios de salud y contribuye a la efectividad de la atención.					
Nivel de desagregación	• Valor nacional • Entidad Federativa • Instituciones públicas del sector salud • Sexo	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual			
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Periódico			
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de los datos	Anual			
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Un año de desfase			
Tendencia esperada	Descendente	Unidad responsable de reportar el avance	Dirección General de Evaluación del Desempeño			
Método de cálculo	Porcentaje de hospitalizaciones por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio: Hospitalizaciones por las 20 condiciones sensibles a la atención ambulatoria expresadas como porcentaje del número total de egresos hospitalarios. $= \left(\frac{\text{egresos hospitalarios por afecciones sensibles a la atención ambulatoria}}{\text{número total de egresos hospitalarios}} \right) \times 100$ Las siguientes condiciones son las principales CSCA y su uso como indicadores está respaldado por evidencia científica en la extensa bibliografía internacional:					
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE La línea base debe corresponder a un valor definitivo para el ciclo 2018 o previo, no podrá ser un valor preliminar ni estimado.						
Nombre variable 1		Valor variable 1		Fuente de información variable 1		
Nombre variable 2		Valor variable 2		Fuente de información variable 2		
Sustitución en método de cálculo	No se dispone de Línea Base					
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS						
Línea base		Nota sobre la línea base				
Valor						
Año						
Meta 2024		Nota sobre la meta 2024				
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO Se deberán registrar los valores acordes a la frecuencia de medición de la Meta para el bienestar o Parámetro. Puede registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.						
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Valor prospectivo Puede registrar NA cuando no aplique meta para ese año, de acuerdo con la frecuencia de medición.						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	



ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
Nombre	Porcentaje del gasto público en salud ejercido en el primer nivel de atención					
Objetivo prioritario	Garantizar a la población servicios de salud y asistencia social con capacidad técnica, habilidad profesional y calidad médica bajo los principios de pertinencia cultural y trato no discriminatorio.					
Definición o descripción	El indicador mide la proporción del gasto público en salud dedicado a la provisión de intervenciones en el primer nivel de atención como porcentaje del presupuesto de salud pública.					
Nivel de desagregación	• Valor nacional • Instituciones públicas del sector salud	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual			
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Periódico			
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de los datos	Anual			
Dimensión	Eficiencia	Disponibilidad de la información	Un año de desfase			
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	Dirección General de Información en Salud			
Método de cálculo	El numerador se calcula utilizando la clasificación estandarizada por función (HC) del gasto en salud en el SHA2011. La estimación se obtiene sumando los gastos en atención curativa y dental ambulatoria general, atención curativa domiciliaria, atención ambulatoria a largo plazo (salud) y atención domiciliaria, atención preventiva, 80% de los productos médicos no especificados por función y x% de gobernanza/administración del sistema de salud y financiamiento (por determinar). Esto es: $Hc131 + hc132 + hc13nec + hc14 + hc33 + hc34 + hc6 + 0.8 * hc5 + 0.x * hc7$ El denominador se calcula utilizando el indicador GGHE-D (gasto interno general del gobierno en salud) agregando clasificaciones de ingresos fs.1 + fs.3 + fs.4 La fórmula es: PHPC como un % de GGHE =PHPC/GGHE*100 Dónde, PHPC es el gasto público en salud ajercido en el primer nivel de atención. GGHE es un gasto interno general del gobierno en salud ejercido					
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE						
La línea base debe corresponder a un valor definitivo para el ciclo 2018 o previo, no podrá ser un valor preliminar ni estimado.						
Nombre variable 1		Valor variable 1		Fuente de información variable 1		
Nombre variable 2		Valor variable 2		Fuente de información variable 2		
Sustitución en método de cálculo	No se dispone de Línea Base					
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor						
Año						
Meta 2024			Nota sobre la meta 2024			
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
Se deberán registrar los valores acordes a la frecuencia de medición de la Meta para el bienestar o Parámetro. Pude registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.						
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Valor prospectivo						
Puede registrar NA cuando no aplique meta para ese año, de acuerdo con la frecuencia de medición.						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	



ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
Nombre	Porcentaje de las acciones concluidas de infraestructura y equipamiento registradas en el Plan Maestro de Infraestructura.					
Objetivo prioritario	Mejorar la organización y los procesos de sistema nacional de salud para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que priorice a los grupos históricamente discriminados, en desventaja en el ejercicio de sus derechos o en territorios con alta marginación.					
Definición o descripción	Mide el porcentaje de acciones de infraestructura y equipamiento concluidas en el Plan Maestro de Infraestructura.					
Nivel de desagregación	• Valor nacional • Entidad Federativa • Por nivel de atención	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual			
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Acumulado			
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de los datos	Trimestral			
Dimensión	Eficiencia	Disponibilidad de la información	Anual			
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud			
Método de cálculo	$\frac{\text{(Número de acciones de infraestructura y equipamiento concluidas en el Plan Maestro de Infraestructura)}}{\text{(Total de acciones de infraestructura y equipamiento registradas en el Plan Maestro de Infraestructura)}} \times 100$					
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE La línea base debe corresponder a un valor definitivo para el ciclo 2018 o previo, no podrá ser un valor preliminar ni estimado.						
Nombre variable 1		Valor variable 1		Fuente de información variable 1		
Nombre variable 2		Valor variable 2		Fuente de información variable 2		
Sustitución en método de cálculo	No se dispone de Línea Base					
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor						
Año						
Meta 2024			Nota sobre la meta 2024			
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
Se deberán registrar los valores acordes a la frecuencia de medición de la Meta para el bienestar o Parámetro. Puede registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.						
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Valor prospectivo						
Puede registrar NA cuando no aplique meta para ese año, de acuerdo con la frecuencia de medición.						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	

Relevancia del Objetivo Prioritario 4

Los retos en materia de salud pública que, se enfrentan actualmente en México, están relacionados con la transición demográfica y epidemiológica, lo que los convierte en una prioridad nacional para mejorar la salud y bienestar de los mexicanos.

La nueva agenda de desarrollo sostenible en la cual se establecen un conjunto de objetivos globales para erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todos, es una responsabilidad de los gobiernos, los sectores y la población en su conjunto. Muchos de estos objetivos están vinculados estrechamente a la salud por lo que se deben realizar mayores esfuerzos para coadyuvar en el cumplimiento de los mismos para el 2030. En el marco de la Agenda 2030 se busca renovar la promoción de la salud por medio de acciones sociales, políticas y técnicas que aborden los determinantes sociales de la salud y las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, con el fin de mejorar la salud y reducir las inequidades en la salud.

Cabe mencionar que, en el país existe diferencias en el acceso y control de los servicios de salud, lo que ha incrementado las brechas de desigualdad en salud, resaltando de forma exponencial grupos específicos como migrantes, indígenas, afrodescendientes, de la diversidad sexual y cultural, entre otros. Ello fomenta la discriminación y exclusión de estos grupos.

El gobierno de México está comprometido a impulsar el desarrollo sostenible, que en la época presente se ha evidenciado como un factor indispensable del bienestar.

En el trabajo desde el sector salud se requiere impulsar la transversalidad e integralidad en la implementación de las acciones, con un enfoque interinsitucional, intersectorial y con la intervención simultánea de los tres órdenes de gobierno: federal, estatal y municipal; en el que participen las personas, las familias y las comunidades.

La salud sexual y reproductiva está soportada en una serie de convenios internacionales que muestran el compromiso de México para el avance de los derechos humanos y la importancia en su cumplimiento para el desarrollo sostenible de los países. Para atender dicha problemática, se requiere de una agenda integral para favorecer la atención de las personas, tomando en cuenta

sus necesidades y características particulares, con absoluto respeto a sus derechos y sin discriminación alguna.

La salud sexual y reproductiva es un factor fundamental para el bienestar y el desarrollo social y económico de la población, así como para contribuir a la igualdad de género.

Un ejemplo de las inequidades al interior del país, es la necesidad no satisfecha de anticonceptivos entre las mujeres en edad fértil unidas que desean espaciar su siguiente embarazo o limitar el tamaño de su familia, cuyos niveles más altos se presentan en estados del sureste del país (más de 15.0%), entre la población adolescente (28.2%) y en la población de habla indígena (17.2%), mientras que el promedio nacional este indicador en 2018 fue de 10.8%.

Para favorecer la salud sexual y reproductiva de la población se requiere hacer efectiva una serie de intervenciones en salud pública que cumplan con estándares de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, con absoluto respeto a los derechos sexuales y reproductivos de la población, sin discriminación y con perspectiva de género. Asimismo, es fundamental atender las barreras sociales, culturales y económicas que prevalecen al interior del país.

En el caso de enfermedades infecciosas, actualmente, en México, tres de cada diez personas con VIH desconocen su estado serológico, lo que dificulta el acceso oportuno a la atención integral y el tratamiento, así como el control de la infección a nivel poblacional, incluida la transmisión vertical de VIH.

México cuenta con servicios especializados para la detección y la atención del VIH y el VHC, sin embargo, su acceso se ve limitado por diversos factores, entre los que destacan, el estigma y discriminación relacionado a las personas en las que se concentra las infecciones por VIH y VHC. En 2018, 36.4% de las personas llegaron tardíamente a tratamiento antirretroviral en el país, sin diferencias por sexo en adultos. En la Secretaría de Salud, esta cifra fue 41.4%: 40.6% y 41.9% por ciento en mujeres y hombres adultos, respectivamente.

En materia de eliminación de la transmisión vertical del VIH y la sífilis, México disminuyó los casos nuevos diagnosticados en 38.2%, al pasar de 131 a 81, durante el periodo 2013-2018. No obstante, no se cumplió con la meta programada en la pasada administración, debido principalmente al acceso a la detección del VIH en mujeres embarazadas que, en la Encuesta Nacional de los Niños, Niñas y Mujeres en México (ENIM) 2015, fue de 58%. Por su parte, los casos nuevos registrados de sífilis congénita en el país se incrementaron en 252%, al pasar de



77 a 252, durante 2012-2018. Un eslabón crítico importante lo constituye el acceso a la detección de la sífilis en mujeres embarazadas, que fue de 57%, según la ENIM 2015. Estimaciones recientes de los casos nuevos de sífilis congénita (clínicos y sintomáticos) proyectan poco más de 3 mil infecciones en 2018.

Se ha hecho poco énfasis en la educación, promoción y prevención de la salud. La atención sanitaria que se brinda es de mala calidad y deshumanizada, los padecimientos crónicos se agravan y tienen complicaciones serias, los enfermos suelen sufrir innecesariamente y muchos mueren prematuramente en condiciones precarias.

La situación es grave para toda la población, pero se observa mayor inequidad en el sector más vulnerable, principalmente, campesinos, habitantes de zonas indígenas y rurales.

Una visión moderna de la salud pública requiere de acciones intersectoriales para la modificación de los entornos determinantes del estado de salud. para el combate de los efectos negativos de las pandemias, que incorpore un espíritu transformador del nuevo gobierno federal con un enfoque de derechos para asegurar el bienestar de la población y represente una oportunidad única para establecer una política de Estado integral e intersectorial dirigida a transformar el sistema alimentario actual en un sistema agro-alimentario justo, saludable y sustentable que garantice la seguridad alimentaria y entornos alimentarios saludables para toda la población, favoreciendo el uso sustentable de los recursos naturales.

El territorio alrededor y fuera del centro de salud es el espacio privilegiado de la actividad transversal con otras instancias de gobierno, por ejemplo, los municipios, la Secretaría de Educación Pública (SEP), la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT), la Comisión Nacional del Agua (CONAGUA), etcétera, para la educación, promoción y prevención de la salud.

El territorio se convertirá en un componente rector en la relación entre el Centro de Salud y el primer nivel de atención, en el entendido de que desempeña un papel importante, aunque diferenciado en la promoción y educación para la salud y la prevención.

En esta línea se inscriben programas sensibles al género y al ciclo de vida en los que la incorporación del territorio sirve como unidad organizativa de la comunidad para participar en los procesos de promoción de la salud y de toma de decisiones informadas basadas en sistemas confiables de información.



En lo que respecta a la regulación sanitaria, actualmente la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) da la autorización sanitaria en 365 trámites diferentes, lo que ha generado el crecimiento enorme de su estructura orgánica y favorecido la corrupción.

Con el propósito de fortalecer la vigilancia sanitaria se contempla la reorganización de funciones de la COFEPRIS para enfocar sus atribuciones y centrarlas en medicamentos, dispositivos médicos, alimentos y bebidas alcohólicas y no alcohólicas y así convertirla en una institución científica, tecnológica, humanista, al servicio de la sociedad entera, protegiéndola de la diversidad de riesgos sanitarios, naturales y no naturales.

En lo que respecta a urgencias, emergencias y desastres en el campo de la salud, generan afectaciones que van de lo individual a lo colectivo y en todos los casos producen daños a la salud por su característica emergente, la mayoría se presenta de manera inesperada, siendo difíciles de prevenir, o aun siéndolo, sus efectos suelen superar la capacidad de respuesta del individuo o de todo un sistema local o regional de salud.

Las emergencias en salud requieren de un abordaje especializado dirigido a mitigar y controlar los riesgos que las producen, así como a responder de manera oportuna y adecuada para inhibir sus efectos y evitar sus complicaciones subsecuentes, incluida la ocurrencia de defunciones.

Para lo anterior, se requiere de una re-ingeniería de sus componentes y programas, así como la creación de un Centro Nacional que tenga como principales actividades el monitoreo, alertamiento, preparación, respuesta y recuperación de las urgencias y emergencias en el campo de la salud, que a través de la integración y análisis de información, identifique riesgos a la salud y con acciones interinstitucionales y multisectoriales, puedan mitigarse y controlarse para evitar sus afectaciones secundarias.

Un Centro Nacional de Emergencias en Salud podrá también generar la rectoría necesaria para una coordinación adecuada de la atención prehospitalaria de la urgencia médica, vinculándola no solo a la atención hospitalaria ya existente, sino además estandarizando y coordinando los diferentes modelos que para tal efecto se ejercen desde la medicina privada e institucional en las diferentes entidades federativas.



Descripción del Problema Público

Tema

Vigilancia epidemiológica y salud sexual y reproductiva

Problema público o área de oportunidad

Algunas afectaciones en la salud van de lo individual a lo colectivo lo que significa un riesgo en la propagación de daños a la salud, aun cuando las causas podrían prevenirse con acceso a información, asesoramiento y acceso a servicios integrados y en otros causas a través de estrategias que modifiquen los factores estructurales de riesgo., sin embargo, por la característica emergente de estos padecimientos, la mayoría se presenta de manera inesperada y sus efectos suelen superar la capacidad de respuesta del sistema local o regional de salud.

Causas

1. Acceso limitado e inequitativo a los servicios de salud, lo cual impacta con mayor gravedad en la población en condición de vulnerabilidad, discriminación o marginación.
2. Prevalencia de estilos de vida no saludables;
3. Altos niveles de pobreza multidimensional. Se ubica también el concepto de envejecimiento poblacional; si bien no es una causa, si es un determinante que ejerce presión sobre la protección y prevención de enfermedades.
4. Predominio de la atención médica sobre la prevención y promoción en salud.

Efectos

1. Mortalidad o alta prevalencia de enfermedades, que pudieron prevenirse con acceso a información, asesoramiento y acceso a servicios integrados orientados a los jóvenes, y en particular a servicios de salud sexual y reproductiva, sin tropezar con discriminaciones u otro tipo de obstáculos.
2. Saturación en servicios médicos de alta especialización considerando que debido a deficiencias en la detección temprana y tratamiento oportuno se gravan o complican los padecimientos al momento de su atención.



3. Predominio de entornos en los que los adolescentes de ambos sexos tropiezan con numerosos obstáculos de política, sociales y jurídicos que perjudican su salud y bienestar físicos, mentales y emocionales.
4. Incremento en la prevalencia y mortalidad de padecimientos en la población, afectando con mayor gravedad a la población en condición de vulnerabilidad, marginación y discriminación.
5. Impacto reducido de las campañas de promoción y prevención en salud orientadas a la estimulación de estilos de vida saludable e incidencia en la salud sexual y reproductiva, así como mitigación de factores de riesgo para la salud de la población
6. Deterioro en el bienestar de las personas lo cual impacta en su desarrollo y por tanto en su desempeño en el ámbito productivo.

OP4. Vigilancia Epidemiológica

Orientar las 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.

Estrategias y acciones puntuales

4.1 Vigilancia sanitaria y epidemiológica

Fortalecer la vigilancia sanitaria con base en la investigación científica y articulación de esfuerzos interinstitucionales para anticipar las necesidades y requerimientos desde una perspectiva territorial, epidemiológica y sensible a las condiciones críticas o de emergencia.

- 4.1.1 Homologar el modelo de vigilancia sanitaria y epidemiológica bajo un enfoque territorial y actualizado con el propósito de combatir la corrupción y proteger a la población contra de posibles riesgos.
- 4.1.2 Crear un Centro Nacional de Contingencias Epidemiológicas, responsable de monitoreo, alertamiento, reparación, respuesta y recuperación de las urgencias y emergencias en el campo de la salud.
- 4.1.3 Fortalecer el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE),
- 4.1.4 Crear una Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública, para fortalecer las capacidades en diagnóstico y monitoreo de los pacientes atendidos, procurando la accesibilidad y atención cercana.



- 4.1.5** Prever, las acciones ante posible situación de emergencia en salud, para salvaguardar y atender a la población afectada, a través de la coordinación interinstitucional que garanticen los servicios de asistencia y atención.
- 4.1.6** Constituir una red para la vinculación de servicios estatales, federales e internacionales, relacionados con la sanidad y seguridad en salud.
- 4.1.7** Diseñar e implementar acciones de sensibilización para la prevención de Lesiones Accidentales en los diferentes ámbitos de ocurrencia por tipo y grupo de edad, considerando la diversidad cultural.
- 4.1.8** Promover y concertar convenios específicos de colaboración en materia de emergencias en salud.
- 4.1.9** Promover mecanismos de coordinación, articulación y vinculación entre instancias responsables de vigilancia sanitaria, como son SEMARNAT, SENASICA y COFEPRIS, a fin de aprovechar los recursos disponibles y evitar la duplicidad de funciones.
- 4.1.10** Implementar estrategias bajo un enfoque territorial que procuren la seguridad alimentaria, vigilancia sanitaria y prevención de epidemias para salvaguardar a la población, tomando en cuenta la diversidad cultural.

4.2 Regulación sanitaria

Fortalecer los mecanismos para normar y controlar las condiciones sanitarias tendientes a la reducción de riesgos a la salud, con énfasis en la población en condición de vulnerabilidad, marginación o en desventaja en el ejercicio de sus derechos.

- 4.2.1** Redefinir las atribuciones de la COFEPRIS para optimizar sus funciones rectoras relativas al control de medicamentos, dispositivos médicos, bebidas y alimentos en todo el territorio nacional.
- 4.2.2** Designar personal profesional a los hospitales responsable de la implementación y seguimiento de acciones relacionadas con la farmacovigilancia,
- 4.2.3** Simplificar los mecanismos para la autorización de apertura de establecimientos, evitando trámites burocráticos innecesarios y situaciones proclives a la corrupción.
- 4.2.4** Fortalecer la Comisión de Control Analítico y Ampliación de Cobertura a fin de incrementar su cobertura de acciones a otros productos.



- 4.2.5** Coordinar la participación activa del sector salud, con diversos sectores para proponer, fortalecer o adecuar medidas regulatorias que propicien entornos saludables para la población.
- 4.2.6** Participar en el proceso interinstitucional relacionado con la regulación y legalización del cannabis, para anticipar adecuaciones que resulten procedentes en el sistema nacional de salud.

4.3 Salud ambiental

Promover ambientes sanos y sustentables con impacto favorable en las condiciones ambientales que permitan un disfrute pleno de la salud.

- 4.3.1** Promover la participación activa del sector salud en la estrategia interinstitucional para definir las intervenciones y regulaciones que incentiven la producción, distribución y comercialización de consumo de alimentos saludables y sostenibles bajo un enfoque de seguridad alimentaria de calidad.
- 4.3.2** Promover y desarrollar investigaciones que proporcionen evidencia sobre el impacto que tienen las condiciones ambientales en la salud de la población con el propósito de reducir la exposición a factores de riesgo, promover medidas que favorezcan bienestar y propiciar la optimización de los recursos en la atención médica.
- 4.3.3** Promover la participación activa del sector salud en la estrategia interinstitucional para fomentar la disponibilidad regular de agua potable que favorezca hábitos alimenticios saludables y condiciones sanitarias propicias para el bienestar.
- 4.3.4** Impulsar políticas medioambientales relacionadas con beneficios directos en la salud y desarrollo social de la población que disminuya la exposición a factores de riesgo, optimice el aprovechamiento de factores de protección a la salud y considere la perspectiva bioética.
- 4.3.5** Monitorear los riesgos emergentes del cambio climático que inciden en la salud de la población a fin de anticipar la debida atención y prever medidas para disminuir su impacto.
- 4.3.6** Fomentar la coordinación interinstitucional e intersectorial para la difusión de protocolos y mejores prácticas relacionadas con el manejo de químicos, sus efectos en el ambiente y la protección a la salud con apego a los estándares nacionales e internacionales.

4.4 Promoción de vida saludable

Fortalecer la investigación y la promoción sobre estilos de vida saludable para concientizar y prevenir a la población sobre los riesgos para la salud considerando la diversidad cultural, el ciclo de vida y la perspectiva de género.

- 4.4.1** Promover planes y políticas públicas, bajo un enfoque multidimensional e interinstitucional, para incentivar conductas saludables y prevención de enfermedades, con pertinencia cultural, sensible al ciclo de vida y con perspectiva bioética y de género.
- 4.4.2** Fomentar la investigación sobre los factores determinantes de enfermedades para incidir en la promoción y prevención en salud, con pertinencia cultural, sensible al ciclo de vida y con perspectiva de género.
- 4.4.3** Implementar campañas de difusión y promoción de estilos de vida y hábitos alimenticios saludables, tomando en cuenta la diversidad cultural de cada grupo de la población con énfasis en las áreas rurales, marginadas e indígenas bajo un enfoque de derechos y perspectiva de género.
- 4.4.4** Fomentar el uso de tecnologías interactivas y móviles, para informar, sensibilizar y orientar decisiones responsables de la población respecto a sus hábitos y estilo de vida saludable.
- 4.4.5** Implementar campañas de difusión en los centros de trabajo sobre los servicios de consulta y detección temprana para la prevención de enfermedades.
- 4.4.6** Participar en eventos y programas, que promuevan el deporte y la actividad física en el entorno laboral, comunitario, recreativo y escolar para propiciar hábitos saludables.
- 4.4.7** Fomentar acciones integrales, para reducir la presencia de factores de riesgo para la salud, particularmente en niñas, niños adolescentes, jóvenes y grupos en situación de vulnerabilidad, como son el consumo del tabaco, la exposición pasiva al humo del tabaco y el consumo nocivo de alcohol.
- 4.4.8** Promover una cultura sobre el uso adecuado de medicamentos con especial énfasis en los riesgos de la automedicación y polifarmacia en personas adultas mayores como problemas de salud pública.
- 4.4.9** Fortalecer los servicios y programas de asistencia social, dirigidos a la población en cualquier momento del curso de vida, con discapacidad, en contexto de migración, en abandono o desamparo, entre otras, sujeta de asistencia social, para incrementar su acceso.
- 4.4.10** Implementar estrategias y programas de asistencia social alimentaria para contribuir al ejercicio pleno del derecho a una



alimentación nutritiva, suficiente y de calidad, particularmente, de los sujetos en condiciones de vulnerabilidad, marginación y discriminación.

4.5 Salud sexual y reproductiva

Garantizar el acceso a los servicios de salud en materia de derechos sexuales y reproductivos, incluyendo la planificación familiar, especialmente en adolescentes y jóvenes.

- 4.5.1** Implementar campañas educativas en salud sexual y reproductiva para reducir los riesgos y desarrollar habilidades y actitudes relacionadas con una vida saludable bajo un enfoque participativo, intercultural, de género y de derechos humanos.
- 4.5.2** Difundir a través de tecnología interactiva y redes sociales amigable y accesibles para las y los adolescentes y jóvenes información para promover el ejercicio consiente de sus derechos sexuales y reproductivos.
- 4.5.3** Proporcionar consejería y orientación a través de campañas y servicios que promuevan y faciliten métodos anticonceptivos, con énfasis en la población de adolescentes y jóvenes, para la prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.
- 4.5.4** Promover la orientación y consejería en planificación familiar, bajo un enfoque integral que considere las decisiones en pareja y garantice información veraz, oportuna y con pertinencia cultural y perspectiva de derechos humanos especialmente en jóvenes.
- 4.5.5** Brindar orientación tanto a hombres como a mujeres en los casos de infertilidad, garantizando información veraz para la prevención, diagnóstico, manejo y referencia oportuna.
- 4.5.6** Otorgar atención integral a las mujeres, desde el embarazo, pasando por el parto y el periodo neonatal que garantice la salud materna y perinatal con énfasis en adolescentes embarazadas, priorizando la erradicación de la discriminación, estigmatización y violencia obstétrica.
- 4.5.7** Procurar la vinculación interinstitucional y fomentar la participación comunitaria para garantizar la adopción de los enfoques transversales en materia de salud sexual y reproductiva y procurar la pertinencia cultura de cada región
- 4.5.8** Garantizar la aplicación de la NOM 046- SSA2-2005, para la atención de las mujeres, niñas y adolescentes en situación de violencia familiar o sexual, incluido el procedimiento de ILE, cuando aplique, en casos de violación.



4.6 Infecciones de Transmisión Sexual

Implementar programas para la prevención y control del VIH y otras infecciones de transmisión sexual que garantice un trato digno, incluyente y no discriminatorio con perspectiva de género y pertinencia cultural

- 4.6.1** Coordinar la estrategia interinstitucional, para fomentar la participación comunitaria bajo los enfoques transversales, que faciliten la información y sensibilización de la población con mayor riesgo de exposición y prevengan la transmisión de ITS.
- 4.6.2** Promover campañas educativas respecto a enfermedades e infecciones de transmisión sexual, para reducir la estigmatización y discriminación a la vez que se propicia la asistencia de la población afectada a los servicios de salud.
- 4.6.3** Sistematizar el monitoreo y la vigilancia epidemiológica para anticipar el control oportuno de brotes y la disposición de tratamientos
- 4.6.4** Desarrollar y consolidar tecnología e innovaciones para el diagnóstico, tratamiento, vacunas y métodos de barrera para reducir la incidencia de ITS.
- 4.6.5** Fortalecer la detección oportuna de ITS, para evitar su propagación y prevenir complicaciones graves en la población afectada. Especialmente en el caso de mujeres embarazadas.
- 4.6.6** Mejorar el tratamiento, seguimiento y cuidados de la población afectada garantizando el acceso igualitario la estandarización de la atención y los tratamientos, evitando la duplicidad de intervenciones.
- 4.6.7** Promover la prevención primaria y secundaria del VIH en mujeres considerando todas su diversidades, contextos y ciclo de vida, que integre a las adolescentes e incluya la prevención de la transmisión perinatal del virus en el marco de derechos sexuales y derechos reproductivos.



Metas y parámetros del Objetivo Prioritario 4

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
Nombre	Razón de mortalidad materna					
Objetivo prioritario	Orientar las 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.					
Definición o descripción	La razón de Muerte Materna es el número de defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivos.					
Nivel de desagregación	•Geográfica: Nacional •Entidad federativa: •Pertenencia étnica:	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual			
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Periódico			
Unidad de medida	Razón	Periodo de recolección de los datos	Enero a Diciembre			
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Primer Semestre			
Tendencia esperada	Descendente	Unidad responsable de reportar el avance	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva			
Método de cálculo	Número de muertes maternas en un determinado periodo (Año, Mes y Semana Epidemiológica) entre el número de nacidos vivos en el mismo periodo, expresado por 100.000 nacidos vivos, para una determinada área geográfica de salud (Nacional, Estatal, Jurisdiccional)					
Observaciones						
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE						
La línea base debe corresponder a un valor definitivo para el ciclo 2018 o previo, no podrá ser un valor preliminar ni estimado.						
Nombre variable 1	Defunciones Maternas	Valor variable 1	680	Fuente de información variable 1	Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica SINAVE/DGE/Salud/Sistema de Muertes Maternas	
Nombre variable 2	Número de Nacidos vivos	Valor variable 2	2,224,872	Fuente de información variable 2	Subsistema de Información sobre Nacimientos DGIS/Salud/SINAC	
Sustitución en método de cálculo	680/ 2,224,872 X 100,000 = 30.56					
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor	30.6 Muertes Maternas por cada 100 mil nacidos vivos		En denominador corresponde a un número proyectado de la DGE			
Año	2018					
Meta 2024			Nota sobre la meta 2024			
25 Muertes Maternas por cada 100 mil nacidos vivos			Ninguna			
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
Se deberán registrar los valores acordes a la frecuencia de medición de la Meta para el bienestar o Parámetro. Pude registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.						
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
42.3	38.2	38.9	34.6	36.7	34	30.6
Valor prospectivo						
Puede registrar NA cuando no aplique meta para ese año, de acuerdo con la frecuencia de medición.						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	
31	29.7	28.3	27	25.7	24.3	



ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
Nombre	Porcentaje de Partos Atendidos por Personal de Salud Calificado					
Objetivo prioritario	Orientar las 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.					
Definición o descripción	Porcentaje de partos atendidos por personal de salud calificado (médicos ginecobstetras, médicos generales, parteras profesionales, enfermeras obstetras, otro personal de enfermería) que otorgan la vigilancia y atención necesaria a las mujeres durante el embarazo , el trabajo de parto y post parto así como los cuidados y asistencia a la persona recién nacida.					
Nivel de desagregación	·Geográfica: Nacional ·Entidad federativa: ·Pertenencia étnica:	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual			
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Periódico			
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de los datos	Enero a Diciembre			
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Primer Semestre			
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva			
Método de cálculo	Se calcula colocando en el numerador el número de nacimientos atendidos por personal de salud calificado en un período determinado y en el denominador el número total de nacimientos ocurridos en el mismo período. El resultado se multiplica por 100.					
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE						
La línea base debe corresponder a un valor definitivo para el ciclo 2018 o previo, no podrá ser un valor preliminar ni estimado.						
Nombre variable 1	Número de Partos atendidos por Personal de Salud	Valor variable 1	1,749,544	Fuente de información variable 1	DGIS/Salud/SINAC	
Nombre variable 2	Número total de nacimientos	Valor variable 2	1,940,656	Fuente de información variable 2	DGIS/Salud/SINAC	
Sustitución en método de cálculo	1,749,544 / 1,940,656 X 100 = 90.15					
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor	90.15 % de los partos son atendidos por personal de salud		Ninguna			
Año	2018					
Meta 2024			Nota sobre la meta 2024			
99 % de los partos son atendidos por personal de salud calificado			Ninguna			
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
Se deberán registrar los valores acordes a la frecuencia de medición de la Meta para el bienestar o Parámetro. Puede registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.						
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
87.15 %	87.38 %	88.27 %	87.86 %	88.06 %	88.90 %	90.15 %
Valor prospectivo						
Puede registrar NA cuando no aplique meta para ese año, de acuerdo con la frecuencia de medición.						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	
93.10 %	94.25 %	95.34 %	96.65 %	97.75 %	99.00 %	



ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
Nombre	Promedio de Consultas Prenatales por Mujer Embarazada					
Objetivo prioritario	Orientar las 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.					
Definición o descripción	Un número mayor de contactos de mejor calidad entre las mujeres y los profesionales de la salud a lo largo del embarazo facilitará la adopción de medidas preventivas y la detección oportuna de riesgos, reducirá las complicaciones y contribuirá a reducir las desigualdades en materia de salud materna y perinatal					
Nivel de desagregación	•Geográfica: Nacional •Entidad federativa: •Pertenencia étnica:	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual			
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Periódico			
Unidad de medida	Promedio	Periodo de recolección de los datos	Enero a Diciembre			
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Primer Semestre			
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva			
Método de cálculo	Promedio de consultas prenatales por embarazada: Total de consultas prenatales (1ª vez y subsecuentes) otorgadas a embarazadas, Entre el número de consultas de primera vez proporcionadas.					
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE La línea base debe corresponder a un valor definitivo para el ciclo 2018 o previo, no podrá ser un valor preliminar ni estimado.						
Nombre variable 1	Total de Consultas de Prenatales	Valor variable 1	2,068,781	Fuente de información variable 1	DGIS/Salud/SIS	
Nombre variable 2	Total de Consultas de Primera vez	Valor variable 2	489,750	Fuente de información variable 2	DGIS/Salud/SIS	
Nombre variable N	Promedio de Consultas Prenatales por Mujer Embarazada	Valor variable N	4.22	Fuente de información variable N	DGIS/Salud/SIS, Datos Preliminares	
Sustitución en método de cálculo	2,068,781 / 489,750 = 4.22					
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS						
Línea base				Nota sobre la línea base		
Valor	4.22 consultas prenatales en promedio por mujer embarazada que acude a los servicios de salud			Ninguna		
Año	2018					
Meta 2024			Nota sobre la meta 2024			
5 consultas prenatales en promedio por mujer embarazada que acude a los servicios de salud			Ninguna			
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO Se deberán registrar los valores acordes a la frecuencia de medición de la Meta para el bienestar o Parámetro. Puede registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.						
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
4.3	4.25	4.19	4.26	4.4	4.44	4.22
Valor prospectivo Puede registrar NA cuando no aplique meta para ese año, de acuerdo con la frecuencia de medición.						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	
4.5	4.6	4.7	4.8	4.9	5	

Relevancia del Objetivo Prioritario 5

México se encuentra ante un grave problema de salud pública, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas son ya una pandemia que afecta tanto a la salud individual y poblacional afectando directamente la productividad, economía y bienestar del país.

La atención sanitaria que se brinda es de mala calidad y deshumanizada, los padecimientos crónicos se agravan y tienen complicaciones serias, los enfermos suelen sufrir innecesariamente y muchos mueren prematuramente en condiciones precarias.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), en particular el cáncer y las cardio-metabólicas como enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial y diabetes tipo 2, son sin duda el principal reto para el sistema de salud de nuestro país, tanto por su magnitud como el gran impacto en mortalidad prematura y deterioro de la calidad de vida y los costos de atención de sus complicaciones.

Uno de los principales factores de riesgo que explica el aumento de estas enfermedades crónicas es el incremento acelerado que México ha presentado en la prevalencia de sobrepeso y obesidad. De acuerdo a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), de los países miembros México ocupa el segundo lugar con la mayor tasa de obesidad con el 33% y la proporción más alta de sobrepeso u obesidad asciende al 73% en población adulta, comprometiendo la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. México ha documentado las tasas más altas de sobrepeso y obesidad a nivel mundial, posicionándose incluso en la segunda nación con más personas obesas, solo por debajo de los Estados Unidos, de acuerdo a datos de la OCDE, (2017).

México, es un claro reflejo de los efectos negativos de la “sindemia” global caracterizada por un incremento acelerado de la epidemia de obesidad y sus consecuencias (diabetes, riesgo cardiovascular, algunos tipos de cáncer, entre otras), el estancamiento en el combate a la desnutrición tanto calórica como de micronutrientes esenciales, así como por los efectos adversos del cambio climático cuya intensidad y frecuencia van en aumento.

El principal determinante de esta sindemia radica precisamente en un sistema alimentario que promueve, por un lado, el consumo excesivo de alimentos procesados y de mala calidad, y por otro lado, el consumo limitado de productos de origen vegetal, ignorando su impacto tanto en la salud de los individuos como



en el medio ambiente, y ampliando las brechas de inequidad en el acceso a dietas saludables.

Una visión moderna de la salud pública requiere de acciones intersectoriales para la modificación de los entornos determinantes del estado de salud. para el combate de esta sindemia, el espíritu transformador del nuevo gobierno federal con un enfoque de derechos para asegurar el bienestar de la población, representa una oportunidad única para establecer una política de Estado integral e intersectorial dirigida a transformar el sistema alimentario actual en un sistema agro-alimentario justo, saludable y sustentable que garantice la seguridad alimentaria y entornos alimentarios saludables para toda la población, favoreciendo el uso sustentable de los recursos naturales.

Las prevalencias documentadas por la ENSANUT 2016 de medio camino señalan que el sobrepeso y obesidad afecta por igual a todos los grupos de edad y de todos los estratos socioeconómicos, siendo más grave en mujeres adolescentes y adultas. Para el grupo de niños de 5 a 11 años la prevalencia de sobrepeso más obesidad es de 33.2%. En adolescentes de entre 12 y 19 años: 36.3%. En adultos de 20 años y más: 72.5%. Estas cifras no muestran una diferencia estadísticamente significativa en comparación con las cifras de la ENSANUT 2012, y se ha proyectado que dichas cifras continuaran en aumento.

La dieta regular en niños en edad escolar de grupos de alimentos recomendables fue: 22.6% verduras, 40.2% carne, 45.7% frutas, 60.7% leguminosas; el consumo de grupos de los alimentos no recomendables: 81.5% bebidas azucaradas no lácteas, 61.9% botanas, dulces y postres, 53.4% cereales dulces. El consumo de agua simple es deficiente, en niños menores de dos años, con un consumo promedio de agua simple de 124 ml/d, mientras que en niños de 5 a 11 años la media de consumo fue de 480 ml/d; para adolescentes y adultos, se informó un consumo de 790 a 890 ml/d respectivamente. En todos los casos el consumo de agua simple es menor al recomendado.

Sólo una quinta parte de niños y niñas entre 10 y 14 años son categorizados como activos (17.2%); los niños son más activos 21.8% en comparación con las niñas, 12.7%; aumentó la prevalencia de adolescentes que realizan actividad física suficiente (56.7% a 60.5%); aumentó la proporción de adultos que cumplen con la recomendación de actividad física (84% a 85.6%).

En relación a estimaciones de la última encuesta nacional, señalan que existen casi 7 millones de adultos con diabetes tipo 2 de los cuales al menos un tercio de ellos no han sido diagnosticados. Los datos de hipertensión arterial y de alteración en los lípidos son igualmente alarmantes. Las enfermedades



cardiovasculares, la diabetes tipo 2 y cáncer son las primeras tres causas de muerte en el país, explicando más de una tercera parte de todas las muertes. Debido a la magnitud y trascendencia del sobrepeso, la obesidad y la diabetes, en 2016, se declaró Emergencia Epidemiológica a nivel nacional por estas patologías, para reforzar las acciones de detección, diagnóstico, control y seguimiento y reducir las repercusiones demográficas, sociales y económicas que derivan de las mismas en la población mexicana. Ante este panorama, es indispensable reforzar y articular planes estratégicos para este tipo de enfermedades que incluyan de manera integral acciones de prevención primaria, detección oportuna y control de los pacientes ya diagnosticados para así evitar complicaciones y muerte prematura.

Por otra parte, las tendencias crecientes de desigualdad, exclusión, violencia y el alto índice de comisión de delitos, en combinación con la ausencia de una política integral de atención con enfoque territorial, y por población objetivo, han generado problemáticas y asimetrías que se manifiestan en diversos ámbitos del desarrollo individual y social, los cuales deben abordarse para mejorar la calidad de vida de las personas.

En muchos lugares del país existen sectores que se caracterizan por su precariedad, rezago y exclusión socioeconómica, lo que ha generado procesos de degradación y desintegración social, destacando entre ellos, una dinámica de incremento de adicción a las drogas, sobre todo entre la población más joven.

La adicción a sustancias psicoactivas es una enfermedad que se caracteriza por presentar signos y síntomas en los que se involucran múltiples factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales.

Los estudios sobre el consumo de drogas en la población general muestran que, salvo algunas excepciones vinculadas al consumo tradicional de drogas, como el opio o el khat, el consumo de drogas se ha extendido mayormente entre los jóvenes que entre las personas de más edad. Asimismo, el riesgo de iniciación en el abuso de sustancias es más elevado en el período de la adolescencia temprana (12 a 14 años) y tardía (15 a 17 años) y el abuso de sustancias llega a su auge en las personas de 18 a 25 años.

En el caso de México, con la finalidad de identificar la magnitud y las tendencias del problema, se han realizado diversas encuestas nacionales y locales, se han establecido sistemas de vigilancia epidemiológica y reportes consistentes, como los observatorios de drogas. El gran aporte de este tipo de acciones es que han permitido monitorear los patrones y niveles de consumo.



De acuerdo con la más reciente Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017, el consumo y el abuso de drogas en los últimos años, se ha ubicado como uno de los problemas de salud pública de mayor relevancia debido a las consecuencias sanitarias y sociales que producen.

Actualmente México ha pasado de ser un país de producción y trasiego de drogas a un país de consumidores, por ejemplo, entre el 2011 y 2016 se ha observado:

- El aumento en el consumo de cualquier droga, drogas ilegales y marihuana probadas alguna vez en la vida por la población en general, al pasar de 7.8%, 7.2% y 6% al 10.3%, 9.9% y 8.6% respectivamente.
- El consumo en adolescentes (12-17 años) aumentó de 3.3% a 6.4% por cualquier droga, 2.9% a 6.2% en drogas ilegales y 2.4% a 5.3% en marihuana.
- La edad promedio en el inicio del consumo de drogas ha disminuido, en 2002 era 20.6 años, en 2008, 18.7 años, en 2011, 18.8 años y en 2016, 17.8 años.
- Así mismo, la ENCODAT 2016-2017 refiere que de las personas que presentan posible dependencia a drogas en el último año, 20.3% ha asistido a tratamiento (22% hombres y 12.8% mujeres).

El problema es que se partió de un diagnóstico equivocado y de una estrategia mal diseñada que ha generado una escalada de violencia sin precedentes y poco ha contribuido en la reducción de las causas estructurales que motivan a la población joven a iniciarse en el mismo. Por el contrario, la demanda interna de drogas también ha hecho crecer a este mercado ilícito.



Descripción del Problema Público

Tema

Salud para el Bienestar de la Población.

Problema público o área de oportunidad

México se encuentra ante un grave problema de salud pública, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas son ya una pandemia que afecta tanto a la salud individual y poblacional, asimismo se identifican graves deficiencias en lo que respecta a la atención integral en salud mental y adicciones.

Causas

1. Acceso limitado e inequitativo a los servicios de salud, lo cual impacta con mayor gravedad en la población en condición de vulnerabilidad, discriminación o marginación.
2. Prevalencia de estilos de vida no saludables;
3. Altos niveles de pobreza multidimensional. Se ubica también el concepto de envejecimiento poblacional; si bien no es una causa, si es un determinante que ejerce presión sobre la protección y prevención de enfermedades.
4. Predominio de la atención médica sobre la prevención y promoción en salud.

Efectos

1. Incremento en la mortalidad por enfermedades No Transmisibles
2. Alta prevalencia de enfermedades No Transmisibles, que pudieron prevenirse con acceso a información, asesoramiento y acceso a servicios integrados orientados a los jóvenes, y en particular a servicios de salud sexual y reproductiva, sin tropezar con discriminaciones u otro tipo de obstáculos.
3. Saturación en servicios médicos de alta especialización considerando que debido a deficiencias en la detección temprana y tratamiento oportuno se gravan o complican los padecimientos al momento de su atención.
4. Predominio de entornos en los que las niñas, niños y adolescentes de ambos sexos tropiezan con numerosos obstáculos de política, sociales y jurídicos que perjudican su salud y bienestar físicos, mentales y emocionales.



5. Incremento en la prevalencia y mortalidad de padecimientos en la población, afectando con mayor gravedad a la población en condición de vulnerabilidad, marginación y discriminación.
6. Impacto reducido de las campañas de promoción y prevención en salud orientadas a la estimulación de estilos de vida saludable, así como mitigación de factores de riesgo para la salud de la población
7. Deterioro en el bienestar de las personas lo cual impacta en su desarrollo y por tanto en su desempeño en el ámbito productivo.

OP5. Salud y bienestar

Fomentar condiciones que procuren la calidad de vida de la población bajo un enfoque integral, a partir de la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud, así como el tratamiento y control de las enfermedades, especialmente los de mayor impacto en la población.

5.1 Prevención, control y tratamiento de las ENT

Mejorar la cobertura, el acceso equitativo y la calidad en servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento de las ENT, con énfasis en la atención primaria, bajo los principios de no discriminación, trato digno e inclusión.

- 5.1.1 Fortalecer la atención primaria de salud para la detección, diagnóstico, tratamiento, control y rehabilitación de la ENT, a través de servicios de calidad y un acceso oportuno para la población.
- 5.1.2 Integrar un Registro Nacional de Cáncer y de enfermedades no transmisibles para disponer de información oportuna, confiable y veraz que faciliten el diseño e implementación de programas y estrategias a nivel nacional
- 5.1.3 Implementar innovaciones y tecnologías, basadas en evidencia científica, para mejorar la detección, diagnóstico, tratamiento, control y rehabilitación de las ENT.
- 5.1.4 Fortalecer la vigilancia e investigación sobre las ENT, para utilizar los resultados como sustento en propuestas y modificaciones a políticas públicas, programas académicos y estrategias integrales para su control.
- 5.1.5 Instrumentar estrategias y programas nacionales para la prevención y control de las ENT, con mayor impacto en la salud de la población bajo un enfoque de curso de vida y perspectiva de género.
- 5.1.6 Sistematizar el monitoreo y evaluación de enfermedades no trasmisibles incluyendo los efectos derivados de políticas públicas y

las características de las enfermedades para definir los entornos prioritarios de atención.

- 5.1.7** Impulsar iniciativas y fomentar la vinculación interinstitucional e intersectorial, para articular intervenciones dirigidas a la reducción del sobrepeso y obesidad, con énfasis en niñas y niños.
- 5.1.8** Promover los cuidados paliativos, de manera eficiente y segura, para procurar la calidad de vida y el alivio de pacientes con enfermedad avanzada y en fase terminal.
- 5.1.9** Fomentar un acompañamiento a los pacientes que viven con ENT bajo un enfoque integral y multidisciplinario que se facilite el automanejo y la adquisición de habilidades orientadas a su calidad de vida.
- 5.1.10** Establecer protocolos de reconocimientos y medidas de atención necesarias para las personas cuidadoras de las personas enfermas, con discapacidad o necesidades especiales.

5.2 Salud y asistencia social brindada a Niñas, Niños y Adolescentes

Mejorar los servicios de salud y asistencia social que procure, el desarrollo integral de niñas, niños, adolescentes y jóvenes desde una perspectiva de derechos, equidad de género y sensible al ciclo de vida.

- 5.2.1** Implementar, los mecanismos para la detección oportuna de discapacidad o rezagos en el desarrollo en niñas, niños y adolescentes, procurando su oportuna referencia, tratamiento y +rehabilitación y evitando la estigmatización o discriminación.
- 5.2.2** Fortalecer la promoción y protección y apoyo de la lactancia materna, para fomentar la nutrición y la vida saludable de las niñas y niños
- 5.2.3** Fortalecer la prevención y atención a todas las formas de mal nutrición infantil, incluida la desnutrición la deficiencia de micronutrientes, la obesidad y el sobrepeso, con el fin de salvaguardar un desarrollo sano.
- 5.2.4** Garantizar que todas las niñas y niños, cuenten con los servicios de atención primaria en salud, para prevenir, detectar y atender oportunamente los padecimientos que puedan afectar su desarrollo.
- 5.2.5** Salvaguardar los derechos de las niñas, niños y adolescentes, a través de la coordinación interinstitucional de las acciones para la atención, protección y restitución de derechos vulnerados o restringidos



- 5.2.6** Fortalecer el modelo integral de asistencia social, para la promoción del desarrollo integral infantil y cuidado cariñoso y sensible a las necesidades de niñas y niños
- 5.2.7** Promover campañas que procuren hábitos y comportamientos saludables en los entornos escolares, a través de la coordinación interinstitucional y un modelo integral que considere la diversidad cultural.
- 5.2.8** Orientar a los padres de familia y tutores para que promuevan estilos de vida saludables, y fomenten un desarrollo sano en sus hijos.
- 5.2.9** Impulsar la universalidad y acceso efectivo de la población a los servicios de vacunación.
- 5.2.10** Fortalecer los instrumentos y mecanismos enfocados a la provisión de cuidados de niñas y niños: licencias de maternidad y paternidad, capacitación para personas cuidadoras, licencia de cuidados, etcétera.

5.3 Salud y asistencia social brindada a mujeres

Promover la calidad de vida y salud integral de las mujeres mediante la mejora de los servicios de salud y asistencia social brindada desde una perspectiva de género, en igualdad de oportunidades, sensible al ciclo de vida y con pertinencia cultural.

- 5.3.1** Fortalecer la capacidad de respuesta del sector salud para fomentar la detección temprana de cualquier tipo y modalidad de violencia y brindar la atención oportuna, conforme a sus derechos, a mujeres afectadas por lesiones de violencia, incluyendo la violencia de tipo sexual.
- 5.3.2** Salvaguardar los derechos de las niñas, y mujeres, a través de la coordinación interinstitucional de las acciones para la atención, protección y restitución de derechos vulnerados o restringidos
- 5.3.3** Mejorar la detección y tratamiento del cáncer cérvico uterino y de mama, para disminuir los efectos negativos derivados de estos padecimientos
- 5.3.4** Fomentar el acceso de las mujeres a los servicios de salud, bajo un enfoque integral más allá de la salud sexual y reproductiva y sensible a las particularidades de su ciclo de vida.
- 5.3.5** Promover campañas que procuren, estilos de vida saludables y la prevención en padecimientos que predominan y afectan a las mujeres, través de la coordinación interinstitucional y un modelo integral, bajo un enfoque multicultural y territorial.



- 5.3.6** Garantizar la atención médica y asistencia social, bajo el estándar de debida diligencia y enfoque de género, de las mujeres, niñas y adolescentes en situación de violencia familiar o sexual, promoviendo el procedimiento de ILE en caso de violación.
- 5.3.7** Otorgar una atención diferenciada en los programas y servicios dirigidos a las mujeres mayores y dependientes,

5.4 Atención Integral en Salud Mental y Adicciones

Garantizar el acceso a los servicios de salud mental, apoyo psicológico y de atención integral para los trastornos mentales y problemas relacionados con el uso de sustancias especialmente a población afectada en situaciones de desastres naturales, emergencia humanitaria, violencias o migración.

- 5.4.1** Reorganizar la atención, seguimiento y evaluación del sistema de salud mental y adicciones para ampliar la cobertura y la atención continua con base en las necesidades de la población, especialmente a aquella afectada por violencias, desastres naturales o situación de emergencia humanitaria.
- 5.4.2** Facilitar el acceso a los servicios de salud mental, apoyo psicológico y prevención de adicciones en el primer nivel de atención, bajo el principio de equidad, no discriminación y con sensibilidad al ciclo de vida y enfoque de género.
- 5.4.3** Fortalecer los modelos de atención integral a través de servicios médicos, de salud mental integrados y con capacidad de respuesta para las personas con trastornos mentales y/o adicciones conforme a las necesidades de la población desde una perspectiva de enfoques transversales.
- 5.4.4** Fomentar la cultura de calidad en los servicios de salud mental, adicciones y apoyo psicológico monitoreando la aplicación de protocolos y prácticas basadas en evidencia científica, tanto en la atención primaria, como en los diferentes niveles de atención para procurar la recuperación de las personas.
- 5.4.5** Promover la orientación y consejería eficaz en prestadores de atención formal e informal en salud mental y adicciones, así como el uso de tecnologías electrónicas y móviles para fomentar la atención oportuna de las personas, garantizando un trato digno, incluyente y con pertinencia cultural.
- 5.4.6** Implementar campañas y programas nacionales para la prevención del suicidio y autolesiones, consumo de sustancias y conductas susceptibles a generar adicciones, para promover condiciones



saludables de vida y trabajo, especialmente para población vulnerable e individuos con perfiles de riesgo.

- 5.4.7** Fortalecer los mecanismos para la intervención temprana, mediante la prevención, detección oportuna y tratamiento de los problemas de salud mental y adicciones, especialmente durante la infancia y la adolescencia
- 5.4.8** Vincular los servicios de salud mental con programas prioritarios, servicios de salud y a estrategias interinstitucionales para articular intervenciones encausadas a fomentar la salud mental, prevenir trastornos mentales y adicciones y brindar atención incluyente y con pertinencia cultural.
- 5.4.9** Fortalecer alianzas interinstitucionales y con organizaciones de la sociedad civil para la investigación y diseño de instrumentos técnicos para desarrollar capacidades de atención en salud mental, adicciones y discapacidades psicosociales con perspectiva de derechos humanos y política pública
- 5.4.10** Promover la participación ciudadana e iniciativas culturales, educativas, deportivas y laborales a través de la coordinación interinstitucional para generar conciencia social sobre riesgos y reducir la vulnerabilidad frente a los trastornos mentales, consumo de sustancias y conductas adictivas.



Metas y parámetros del Objetivo Prioritario 5

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
Nombre	Tasa de mortalidad infantil (TMI) (1,000 NVE)					
Objetivo prioritario	Fomentar condiciones que procuren la calidad de vida de la población bajo un enfoque integral, a partir de la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud, así como el tratamiento y control de las enfermedades, especialmente los de mayor impacto en la población.					
Definición o descripción	El indicador mide indirectamente la efectividad de las acciones de prevención y atención oportuna de enfermedades en los menores de un año de acuerdo con la normatividad aplicable. Asimismo es un indicador de los Objetivos de Desarrollo Sostenible que permite la comparación entre países.					
Nivel de desagregación	•Geográfica: Nacional •Entidad federativa:	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual			
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Acumulado			
Unidad de medida	Tasa	Periodo de recolección de los datos	Anual (enero – diciembre del año analizado)			
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Ocho meses posteriores al cierre del año estadístico			
Tendencia esperada	Descendente	Unidad responsable de reportar el avance	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia			
Método de cálculo	Resulta de la división del número de niñas y niños menores de un año de edad, fallecidos durante el año t1, entre el total de nacidos vivos en el año t1 por 1000 NV.					
Observaciones	Proyección poblacional nacional para los menores de un año conforme a CONAPO al año evaluado.					
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE						
La línea base debe corresponder a un valor definitivo para el ciclo 2018 o previo, no podrá ser un valor preliminar ni estimado.						
Nombre variable 1	Niñas y niños menores de un año fallecidos en el año t1	Valor variable 1	0	Fuente de información variable 1	DGIS, INEGI	
Nombre variable 2	Nacidos vivos durante el año t1	Valor variable 2	0	Fuente de información variable 2	CONAPO	
Sustitución en método de cálculo	Número de niñas y niños menores de un año fallecidos en el año t: / Total de nacidos vivos ocurridos en año t: X 1000					
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS						
Línea base		Nota sobre la línea base				
Valor	12.12	En denominador corresponde a un número proyectado de la DGE				
Año	2017*					
Meta 2024		Nota sobre la meta 2024				
NA		Metas calculadas con base a estimaciones poblacionales				
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
Se deberán registrar los valores acordes a la frecuencia de medición de la Meta para el bienestar o Parámetro. Pude registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.						
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
13.28	12.98	12.51	12.52	12.09	12.12	12.02*
Valor prospectivo						
Puede registrar NA cuando no aplique meta para ese año, de acuerdo con la frecuencia de medición.						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	
11.78	11.66	11.52	11.37	11.23		11.08



ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
Nombre	Prevalencia de obesidad en niños de 5 a 11 años de edad					
Objetivo prioritario	Fomentar condiciones que procuren la calidad de vida de la población bajo un enfoque integral, a partir de la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud, así como el tratamiento y control de las enfermedades, especialmente los de mayor impacto en la población.					
Definición o descripción	El indicador mide el efecto de las acciones de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes enfocadas a la población infantil					
Nivel de desagregación	•Geográfica: Nacional •Entidad federativa:	Periodicidad o frecuencia de medición	Bienal			
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Periódico			
Unidad de medida	Tasa	Periodo de recolección de los datos	2023			
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Último trimestre de 2024			
Tendencia esperada	Descendente	Unidad responsable de reportar el avance	Rectoría: Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud / Dirección General de Promoción de la Salud Estimación: INSP (ENSANUT y encuesta ad hoc) o Dirección General de Evaluación del Desempeño			
Método de cálculo	Resulta de la división del número de niños entre 5 y 11 años de edad, cuyo índice de masa corporal se ubica a dos o más desviaciones estándar del valor medio indicado en las tablas de referencia de la Organización Mundial de la Salud, entre el total de niños del mismo grupo etario, multiplicado por 100					
Observaciones						
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE						
La línea base debe corresponder a un valor definitivo para el ciclo 2018 o previo, no podrá ser un valor preliminar ni estimado.						
Nombre variable 1	Niñas y niños entre 5 a 11 años de edad con obesidad	Valor variable 1	0	Fuente de información variable 1		
Nombre variable 2	Total de niñas y niños entre 5 a 11 años de edad	Valor variable 2	0	Fuente de información variable 2		
Sustitución en método de cálculo	Número de niños entre 5 y 11 años de edad, cuyo índice de masa corporal se ubica a dos o más desviaciones estándar del valor medio indicado en las tablas de referencia OMS / total de niños del mismo grupo etario, multiplicado por 100.					
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor	15.30		Último año en de información 2016, ya que no se han publicado los resultados de la ENSANUT 2018			
Año	2016					
Meta 2024			Nota sobre la meta 2024			
NA			Metas calculadas con base a estimaciones poblacionales			
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
Se deberán registrar los valores acordes a la frecuencia de medición de la Meta para el bienestar o Parámetro. Pude registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.						
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
14.62	NA	NA	NA	15.30	NA	NA
Valor prospectivo						
Puede registrar NA cuando no aplique meta para ese año, de acuerdo con la frecuencia de medición.						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	
NA	NA	NA	NA	NA	12.5	



ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
Nombre	Cobertura de vacunación en niñas y niños de 1 años de edad con esquema completo					
Objetivo prioritario	Fomentar condiciones que procuren la calidad de vida de la población bajo un enfoque integral, a partir de la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud, así como el tratamiento y control de las enfermedades, especialmente los de mayor impacto en la población.					
Definición o descripción	El indicador capta el acceso a las vacunas que correspondan dependiendo de la edad del menor. Este indicador se considera estratégico debido a que es el periodo crítico donde mayor valor agregado en salud se obtiene de la vacunación.					
Nivel de desagregación	·Geográfica: Nacional ·Entidad federativa:	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual			
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Periódico			
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de los datos	Anual: Enero- Diciembre			
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Trimestral			
Tendencia esperada	Ascendiente	Unidad responsable de reportar el avance	Rectoría y estimación: Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia			
Método de cálculo	Resulta de la división del número de niñas y niños de un año de edad con esquema completo de vacunación (1 SRP + 3ª dosis de vacuna conjugada de neumococo + 4ª dosis de vacuna pentavalente/Hexavalente) entre el total de niñas y niños de 1 año por 100.					
Observaciones	Proyección poblacional nacional del CONAPO para las niñas y niños de un año de edad al año de la evaluación. El esquema completo de vacunación para esta edad, consta de 3 biológicos aplicados a los 12 (SRP y neumococo) y 18 meses de edad (pentavalente/hexavalente). Registro de dosis aplicadas.					
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE						
La línea base debe corresponder a un valor definitivo para el ciclo 2018 o previo, no podrá ser un valor preliminar ni estimado.						
Nombre variable 1	Niñas y niños de un año con esquema completo de vacunación en el año t1	Valor variable 1	0	Fuente de información variable 1	Servicios Estatales de Salud/CENSIA/DGIS	
Nombre variable 2	Niñas y niños de 1 año de edad en el año t1	Valor variable 2	0	Fuente de información variable 2	CONAPO	
Sustitución en método de cálculo	Número de niñas y niños de un año de edad con esquema completo de vacunación en el año t1 / Total de niñas y niños de un año de edad en el año t1 X 100					
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor	88.90		Información al cuarto trimestre de 2018			
Año	2018					
Meta 2024			Nota sobre la meta 2024			
Establecer la meta del término de la administración (2024)			En caso de considerarlo, se podrá establecer alguna nota correspondiente a la meta 2024			
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
Se deberán registrar los valores acordes a la frecuencia de medición de la Meta para el bienestar o Parámetro. Puede registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.						
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
86.45	85.30	91.80	96.69	89.34	83.46	88.90
Valor prospectivo						
Puede registrar NA cuando no aplique meta para ese año, de acuerdo con la frecuencia de medición.						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	
90.0	>90	>90	>90	>90	>90	

Epílogo

Nuestro objetivo es claro: Hacer efectivo el artículo 4º constitucional a toda la población, lo cual asumimos como principal eje para construir una noción clara de lo que se quiere conservar, lo que se debe desterrar y lo que es necesario construir en materia sanitaria.

Transformaremos el sistema que lucraba con la enfermedad para construir un sistema universal e integral donde los enfermos reciban tratamiento y las personas sanas no mueran por causas evitables. Trabajaremos día a día por un sistema de bienestar social enfocado en las personas, las familias, las comunidades, y también, en el ambiente.

Nuestros pilares son el acceso universal de los servicios de Salud y medicamentos gratuitos a toda la población, el modelo de Atención Primaria de la Salud Integral (APS-I), la reorganización y regulación sanitaria, el fortalecimiento de la industria farmacéutica nacional e impulso a la investigación.

Trabajaremos para garantizar el derecho a la salud a todas las personas, particularmente a quienes no cuentan con seguridad social a través de los esfuerzos reflejados en el Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI)

Reconocemos que el sistema de salud tiene contextos epidemiológicos, sociales e institucionales de creciente complejidad, y dentro de este marco plantearemos eliminar las barreras de acceso a la salud, entre ellas las financieras, geográficas, culturales y de género, así como eliminar o reducir la segmentación y fragmentación en la provisión de los servicios de salud y atención a nuestros pueblos.

En cuanto a la Integración y Desarrollo del Sector Salud, aplicaremos un nuevo Modelo de Atención Primaria Integral (APS-I) para mejorar la calidad de los servicios de salud, teniendo como principio la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país, todo esto de la mano con los Objetivos de Desarrollo Sostenible.



Estamos conscientes que las comunidades son parte fundamental del núcleo del sistema de salud del país y forman parte integral del desarrollo socioeconómico. Por esta razón propiciaremos un trato incluyente de parte del personal sanitario escuchando las opiniones de la gente en torno al cuidado de la salud y al mismo tiempo capacitando a los derechohabientes para fomentar hábitos saludables, en pro de mejoras en la salud comunitaria, estrategia clave y poco utilizada en el pasado, en pocas palabras: medicina con enfoque preventivo.

Se fortalecerán los mecanismos que eviten la corrupción y procuren el gasto responsable, fomentando esfuerzos articulados como son la compra consolidada de medicamentos y material de curación y la inversión en investigación que signifique tratamientos efectivos y la producción nacional de medicamentos.

Trabajaremos en el rescate de la salud de carácter público principalmente para las semillas del futuro de México a través de la mejora y ampliación de las Semanas Nacionales de Salud, campañas de vacunación y detección temprana de enfermedades no transmisibles.

Se proporcionará orientación a personas de todos los grupos de edad en escuelas, trabajos y comunidades para beneficiarlos en intervenciones que incluyan eventos y acciones educativas para propiciar estilos de vida saludable.

Un componente, hasta ahora, olvidado de la atención médica es la salud mental, y sabemos que la patología mental genera heridas profundas que afectan al individuo y la comunidad en su conjunto. Es por ello que se desarrollará la reestructura de los Servicios de Atención Psiquiátrica para hacerlos más cercanos a las necesidades de la población, particularmente aquella afectada por la violencia, la migración, y los desastres naturales, entre otros.

Trabajaremos de manera permanente para atender necesidades de la comunidad médica y científica, siempre basados en los principios de libertad de expresión y diálogo directo, con el fin de encontrar soluciones a los problemas que surgen por el desempeño de las funciones sanitarias.

Nuestra Transformación en Salud significa defender y luchar por el acceso a la salud de calidad de las y los mexicanos, con los valores y principios de justicia y solidaridad.