

# INFORME ANUAL DE ACTIVIDADES COMISIÓN DE DERECHO A LA SALUD

## Ejercicio 2023-2024

El propósito de trabajo de esta Comisión es buscar y asegurar la participación de la industria farmacéutica y de dispositivos médicos, en las decisiones y acciones relacionadas con el Sistema Nacional de Salud, considerando que la intervención y contribución del sector va más allá de su papel como proveedor de insumos del Sector Público.

Entre los objetivos de esta Comisión se encuentran:

- Aportar información normativa, administrativa, estadística y política que contribuya a la comprensión del proyecto de salud de la actual administración.
- Formular e impulsar la generación de políticas públicas que garanticen el acceso a soluciones y opciones terapéuticas con oportunidad y cantidad, que requiera la población mexicana.
- Fortalecer y ampliar las contribuciones de la industria farmacéutica a la agenda pública del Derecho a la Salud.

Durante el año a reportar, esta Comisión de trabajo realizó lo siguiente:

### I. Asuntos de interés con acciones de seguimiento

- **Comisión del Compendio Nacional de Insumos para la Salud (CCNIS) y Reglamento Interior-Consejo de Salubridad General (CSG)**

El 16 de marzo de 2023, CANIFARMA, celebró una reunión con la SEDENA, en la misma se acordó con la Dependencia que el sometimiento de solicitudes de emisión del Oficio establecido en la **fracción V del Artículo 24 del Reglamento Interior de la CCNIS, se dirijan al General Guadalupe Maza de la Torre, Director General de Sanidad**, dicho acuerdo fue ratificado a través de una [comunicación](#) enviada al propio General.

Con fecha del 11 de abril 2023, CANIFARMA envió una [comunicación](#) al Dr. Cantero, para solicitar a la Comisión una actualización a la **fracción V del artículo 24 del Reglamento Interior de la Comisión del Compendio Nacional de Insumos**, para dar mayor claridad y agilidad al proceso de solicitudes de inclusión y modificación mayor, para quedar como sigue:

#### **Artículo 24. ...**

...

**V. Oficio en hoja membretada, suscrito por el titular de la Unidad de Administración y Finanzas o equivalente u Oficio en hoja membretada suscrito por el titular de la Unidad de Prestaciones Médicas o equivalente de alguna de las instituciones integrantes de la Comisión, que justifique la demanda y la necesidad de actualizar el Compendio Nacional, con el insumo de que se trate;**

Como resultado del envío de nuestra propuesta, el 19 de abril 2023 el **Secretario del Consejo de Salubridad General**, convocó a organizaciones y empresas de la IF y DM a una serie de reuniones en las que –entre otros temas- abordó que:

- Las UAYF's y las OM sí cuentan con atribuciones para –en su caso- emitir los oficios que propongan la inclusión o modificación mayor del CNIS.
- Las UAYF's y las OM's deben consultar con las áreas médicas previo a la decisión de emitir o no el oficio que señala el RICCNIS.
- La motivación que está detrás de incorporar la participación de las UAYF's dijo es "elevar el costo de posibles actos de corrupción".
- El CSG reconoce la importancia de la IF, no se está en contra de la industria y que, en todo caso, los actos de corrupción son cometidos por las personas y no por las instituciones y empresas.
- Se le pidió considerar la propuesta emitida de reforma del RICCNIS de CANIFARMA, para formalizar la intervención de las áreas de prestaciones médicas de las instituciones, dado que los acuerdos alcanzados por la Secretaría del CSG son de orden verbal e informal.

En respuesta, señaló que explorarán la expedición de una figura administrativa que – para efectos de cumplir con lo establecido en el RICCNIS- formalice la imprescindible intervención de las áreas médicas en el proceso de emisión del oficio por parte de las instituciones integrantes de la Comisión del Compendio, para que estas establezcan los procedimientos administrativos correspondientes. Se comprometió que este asunto será abordado en la sesión de la Comisión CCNIS.

Asimismo, compartió que en mayo-junio 2023, concluirían los sometimientos de las solicitudes actualización que se encontraban rezagados hasta antes de la creación de la CCNIS y de la emisión de su RI.

Sobre lo establecido en la fracción VIII, precio máximo al sector público vinculante, se dijo que las modificaciones tendrán que someterse como solicitudes de inclusión o de modificación mayor.

El 4 de mayo de 2023 recibimos la [respuesta del CSG](#) cuyo contenido es idéntico al enviado por esta instancia, el pasado 2 de enero 2023, que consiste en señalar que: la Secretaría del CSG "dará seguimiento" a las solicitudes de inclusión y modificación mayor al Compendio, lo anterior en seguimiento a la [comunicación](#) enviada a esta autoridad en el mes de abril 2023.

En cumplimiento con los acuerdos aprobados por nuestra Comisión de trabajo, el pasado 21 de junio se envió a las instituciones una comunicación para reiterar nuestra solicitud de audiencia y conocer el mecanismo mediante el que darán cumplimiento al requisito establecido en la fracción V del artículo 24 del RICCNIS.

El 21 de junio se envió a las instituciones integrantes de la Comisión del Compendio, una comunicación para reiterar nuestra solicitud de audiencia y, al momento, solo el secretario de Marina recibió a una representación de la Cámara el pasado 30 de junio. Se acordó que

el Oficial Mayor y/o el Director de Sanidad Naval buscarán a la Cámara para recibir retroalimentación respecto de la solicitud de establecer un procedimiento que cubra la mecánica de trabajo con esa dependencia. Finalmente la comunicación-vinculación con la SEMAR si dispó.

En seguimiento al acuerdo alcanzado por el grupo de trabajo ad hoc de CANIFARMA, el 28 de junio 2023, el CSG recibió la [comunicación](#), dirigida a su Secretario **para recordarle su compromiso** sostenido en la reunión del 19 de abril de Acapulco **de que trabajaría al interior de la Comisión del Compendio para incluir en el proceso de emisión del oficio de la fracción V del artículo 24 a las áreas de prestaciones médicas**, a la luz de la publicación de reforma del Reglamento de la CCNIS.

Sobre la **reforma al Reglamento Interior de la Comisión del Compendio Nacional de Insumos para la Salud (RICCNIS)** publicada el 30 de junio de 2023 en el DOF [consultar](#), y que entró en vigor el 1 de julio 2023, particularmente, en lo referente a lo establecido en los artículos 6, 24 Bis y 28, que establecen la inclusión temporal de insumos en el Compendio Nacional, **que cuenten con autorización de uso de emergencia o permiso de importación**, emitidos por la COFEPRIS, **se preparó un primer análisis elaborado por los Asesores Jurídicos de la Cámara**, en colaboración con la Dirección de Asuntos Regulatorios y la de Asuntos Públicos en el que se identifique claramente donde se encuentra el problema de las inclusiones temporales, así como una propuesta de acciones a llevar a cabo.

El pasado 11 de septiembre CANIFARMA emitió una comunicación la cual fue dirigida al Secretario del Consejo de Salubridad General, en el que le [solicitamos que se reformen parcialmente los artículos 6, fracción XIII; el 24-Bis y 28 inciso b\) del Reglamento Interior de la Comisión del Compendio Nacional de Insumos para la Salud](#) que fue reformado mediante Acuerdo publicado el 30 de junio de 2023 en el DOF.

En respuesta, el [3 de enero del presente año, el CSG](#) nos informó que los integrantes del CSG, al aprobar la reforma reconocen el contenido de los ordenamientos emitidos por la SSA, entre los que se encuentra el [ACUERDO](#) por el que se reconocen como equivalentes los requisitos establecidos en los artículo 161 Bis, 167, 169, 170, 177, 179 y 180 del Reglamento de Insumos para la salud, así como los procedimientos de evaluación técnica realizados por COFEPRIS, en el ámbito de las atribuciones de esta última autoridad sanitaria. En ese sentido, afirma la comunicación, el “Acuerdo prevé la posibilidad de importar medicamentos que no cuenten con registro sanitario en México, con el fin de garantizar el abasto para la correcta y oportuna prestación de servicios de salud”.

CANIFARMA envió su [respuesta](#) al CSG el 23 de febrero del presente año, para insistir en lo que nos parece violatorio a la Ley General de Salud reglamentaria del Artículo Cuarto de nuestra Constitución que consagra el derecho a la salud, así como el Reglamento de Insumos para la Salud y demás.

- **Oficio INSABI “Recepción de insumos médicos ingresados al país por el Acuerdo del 28 de enero 2020”**

Sobre el [oficio que el INSABI](#) envió a los titulares de la Secretarías de Salud de las entidades federativas en el que les informó que los insumos médicos que ingresarán al país lo harán con etiquetado del país de origen y no podrán ser rechazados, por acuerdo del Consejo Directivo CANIFARMA envió un escrito a COFEPRIS, con copia a diferentes

autoridades, incluida el Titular de la SFP y del Órgano Interno de Control en COFEPRIS el pasado 9 de agosto de 2023.

El 14 de agosto de 2023, se recibió copia de la comunicación emitida por la Oficina del Comisariato del Sector Salud, Trabajo y Seguridad Social de la SFP al titular del OIC de COFEPRIS, en el que, además del escrito de CANIFARMA, en [Oficio](#) le solicita que: "...en el ámbito de sus atribuciones, tenga a bien revisar el tema en comentario e **informar a la que suscribe** (Titular de la Oficina del Comisariato) **de las acciones realizadas o por realizar a que haya lugar por parte de esa autoridad, con relación al presente asunto, en un plazo no mayor a cinco días hábiles** contados a partir de la recepción del presente".

Posteriormente, el 18 de agosto, se nos informó vía electrónica, el número de seguimiento (folio y clave) del **Asunto de CANIFARMA en el Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas** (SIDECE). Al 4 de septiembre, nuestro Asunto mantiene el **estatus de Investigación, paso 3 de 4** (Recibida, Análisis, Investigación y Conclusión).

De manera paralela se informará de manera formal a la Oficia Mayor de la SHCP de este hecho.

Finalmente, a propósito de la [comunicación que CANIFARMA envió a COFEPRIS](#), con copia a diferentes autoridades, incluido el Titular de la SFP y del Órgano Interno de Control en COFEPRIS el pasado 9 de agosto para que regularice la situación generada por el [Oficio que el INSABI](#) envió a los titulares de la Secretarías de Salud de las entidades federativas en el que les informó que ingresarían insumos médicos a nuestro país con etiquetado de su país de origen y que no podrían ser rechazados, el pasado 13 de septiembre recibimos la [respuesta](#) de parte del Comisionado de Fomento Sanitario, donde argumenta que, dado que el Oficio no fue emitido por ellos "no es vinculante ni forma parte del conjunto de disposiciones que se toman en cuenta para la realización de las actividades propias de la regulación sanitaria", agregando que por ende la Cofepris "es incompetente para regularizar la situación o esclarecer las acciones emprendidas".

En respuesta, enviamos [comunicación](#) el 27 de septiembre para **reiterar nuestra solicitud**: Que la Comisión realice las acciones correspondientes para esclarecer el contenido y las consecuencias del Oficio del INSABI, así como esclarecer las acciones conducentes para evitar que dichas situaciones prevalezcan, considerando la función de control sanitario de la COFEPRIS.

Dado que, hemos incluido en estas comunicaciones al órgano interno de control de la Cofepris, la Secretaría de la Función Pública nos ha informado que nuestro Asunto fue ingresado al Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECE), la plataforma a través de la cual, la SFP procesa las denuncias ciudadanas. Al 1° de noviembre nuestro Asunto con el número de folio 281400/2023 se encuentra en la etapa 3 de 4: Investigación.

## II. Asuntos de carácter informativo

### • Consejo de Salubridad General

El 25 de mayo de 2023, el Consejo de Salubridad General, celebró su **Primera Reunión Ordinaria** con un orden del día conformada por 11 puntos, entre los que destacan:

- a. **Ratificación de las decisiones tomadas en la 2da Sesión Extraordinaria de la Junta Ejecutiva del 16 de noviembre de 2022.** Que hacen referencia a la inclusión de los insumos propuestos por el IMSS: Ácido fosfórico y Aplicadores de uso odontológico y el Medicamento genérico Dolutegravir propuesto por el INSABI.
- b. **Informe de los trabajos de la Comisión para el Análisis, Evaluación, Registro y Seguimiento de las Enfermedades Raras.** Se informó y aprobó la inclusión propuesta por dicha Comisión de tres enfermedades al catálogo, con lo que ahora suman un total de 23 enfermedades. Es importante considera que, aunque ya se aprobó por el CSG, para que entre en vigor es necesario que se publique el listado actualizado en la página de internet del Consejo. Mientras tanto, este es el listado:



GOBIERNO DE  
MÉXICO

CSG  
CONSEJO DE SALUD  
GENERAL

Vigente al 2023

**LISTA DE LAS ENFERMEDADES QUE SE HAN DETERMINADO COMO RARAS EN MÉXICO:**

ENFERMEDAD	CÓDIGO
Mucopolisacaridosis I Hurler	ER120170704E760
Mucopolisacaridosis II Hunter	ER220170704E761
Mucopolisacaridosis IV Morquio	ER320170704E762
Mucopolisacaridosis VI Maroteaux-Lamy	ER420170704E762
Enfermedad de Gaucher Tipo I	ER520170704E752
Enfermedad de Gaucher Tipo II	ER620170704E752
Enfermedad de Gaucher Tipo III	ER720170704E752
Enfermedad de Fabry	ER820170704E752
Enfermedad de Pompe	ER920170704E740
Síndrome de Turner	ER1020170704Q96
Espina Bífida	ER1120170704Q05
Fibrosis Quística	ER1220170704E84
Hemofilia	ER1320170704D66X
Histiocitosis	ER1420170704C96
Hipotiroidismo Congénito	ER1520180614E039
Fenilcetonuria	ER1620180614E700
Galactosemia	ER1720180614E742
Hiperplasia Suprarrenal Congénita	ER1820180614E250
Deficiencia de G6PD, Glucosa 6 Fosfato Deshidrogenasa	ER1920180614D550
Homocistinuria	ER2020180614E721
Amiloidosis Heredofamiliar No Especificada <b>NUEVA</b>	ER2120230314E852
Distrofia Muscular Duchenne <b>NUEVA</b>	ER2220230314G710
Atrofia Muscular Espinal <b>NUEVA</b>	ER2320230314G12

CÓDIGO	
<b>ER#</b>	Número de Enfermedad Rara.
<b>FECHA</b>	Fecha de aprobación de la Comisión para el Análisis, Evaluación, Registro y Seguimiento de las Enfermedades Raras. (aa/mes/día)
<b>CIE 10</b>	Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades y Centro Colaborador para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS en México (CEMECE), adscrito a la Secretaría de Salud.

- c. Cabe mencionar que la **Comisión para el Análisis, Evaluación, Registro y Seguimiento de las Enfermedades Raras** también recibió peticiones de inclusiones de asociaciones civiles, pero no se admitieron, solo se consideraron las propuestas por las instituciones públicas.
- d. **Informe de los trabajos de la Comisión para definir tratamientos y medicamentos asociados a enfermedades que ocasionan gastos catastróficos.** La Comisión se creó con el objeto de definir los tratamientos y medicamentos asociados a enfermedades que ocasionan gastos catastróficos, así como la revisión permanente de los mismos. En las reuniones: Primera Sesión Extraordinaria (13 de octubre de 2022), Primera Sesión Ordinaria (2 de febrero de 2023) y Primera Sesión Extraordinaria (24 de marzo de 2023) se aprobaron los Proyectos de Actualización de cuatro Protocolos Técnicos:
- C50 Tumor Maligno de Mama [DESCARGAR](#)
  - B 182 Hepatitis Viral tipo C Crónica [DESCARGAR](#)
  - I-21 Infarto Agudo del Miocardio [DESCARGAR](#)
  - N18 Insuficiencia Renal Crónica [DESCARGAR](#)
- e. **Informe de los trabajos de la Comisión del Compendio Nacional de Insumos para la Salud (CCNIS).** En este punto, se informó el número de reuniones de los Comités Técnicos Específicos (12) y de la CCNIS (6). Que se realizaron 534 reubicaciones y correcciones de claves, 12<sup>o</sup> correcciones de equivalencias, 36 asignaciones de claves, 31 correcciones de redacción y ortografía, 19 exclusiones, se corrigieron 8 omisiones y se eliminaron 3 claves duplicadas, con lo que se integró la versión publicada del 28 de abril de 2023 del Compendio Nacional de Insumos para la Salud que se conforma con más de 15,000 claves distribuidas en once diferentes categorías.
- f. **Informe de los trabajos de la Comisión Consultiva Científica.** Se aprobó el Acuerdo por el que se Reforma el similar que determina el tipo de Prueba para Demostrar Intercambiabilidad de Medicamentos Genéricos y se Definen los Criterios que deberán aplicárseles, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de septiembre de 2017: Guía para la Evaluación de la Intercambiabilidad de Medicamentos que Contienen Fármacos de Estrecho Margen Terapéutico y Dosis Crítica, así como el Acuerdo por el que se establece la Integración y Funcionamiento del Comité Técnico sobre Resistencia a los Antimicrobianos: ACUERDO que modifica el Anexo Único del diverso por el que se declara la obligatoriedad de la Estrategia Nacional de Acción contra la Resistencia a los Antimicrobianos, publicado el 5 de junio de 2018. Aún no se han publicado en el Diario Oficial de la Federación.
- g. **Informe de los acuerdos de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.** Se aprobó el Acuerdo por el que se modifica el Anexo Único del diverso por el que el Consejo de Salubridad General declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, publicado el 8 de septiembre de 2017, en el Diario Oficial de la Federación: Actualización de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente que, aún está pendiente de publicación.

El pasado viernes 24 de noviembre 2023, se realizó la Segunda Sesión Ordinaria del Consejo de Salubridad con el siguiente orden del día:

**a. Informe de los trabajos de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica [VER](#)**

Se informa que al 31 de octubre se certificaron 68 hospitales, 41 centros de atención primaria y 49 de hemodialisis. También se informa sobre las publicaciones en el DOF relacionadas con el tema.

**b. Informe de los trabajos de la Comisión del Compendio Nacional de Insumos para la Salud [VER](#)**

Informan que el Compendio Nacional de Insumos para la Salud (CNIS) está integrado por 15,591 claves distribuidas en 10 libros (medicamentos; material de curación; auxiliares de diagnóstico; instrumental y equipo médico; osteosíntesis, endoprotesis y ayudas funcionales; nutriología; homeopáticos; medicamentos herbolarios e insumos para la salud pública). La versión 2023 del CNIS se publicó el pasado 28 de abril y se han publicado 4 actualizaciones (13 de junio, 19 de julio, 4 de septiembre, 17 de octubre), hacen falta adicionar dos posteriores actualizaciones (31 de octubre y 10 de noviembre). Informa que se han tenido 20 sesiones de los Comités Técnicos Específicos y 6 reuniones ordinarias de la Comisión del Compendio Nacional de Insumos para la Salud (CCNIS).

Se hace mención al “Acuerdo por el que se Reforman, Adicionan y Derogan diversas disposiciones del Reglamento Interior de la Comisión del Compendio Nacional de Insumos para la Salud” publicado en el DOF el [30 de junio de 2023](#) en el que se incluyeron: precisiones a los alcances de Evaluación Económica de un Insumo; la posibilidad de aprobar la inclusión temporal de insumos, que cuenten con autorización de uso de emergencia o permiso de importación; mecanismos para evitar conflictos de interés al inicio de las sesiones; el fortalecimiento de la operación de los Comités; simplificación de trámites a las instituciones que integran la Comisión, para la inclusión, modificación o exclusión de insumos, y la clarificación del proceso para presentar una solicitud y su admisión, para continuar con el proceso de evaluación del insumo.

Así mismo, se informa que desde el 2do semestre de 2023, en el sitio: <https://acnis.csg.gob.mx/> se puede ver la evolución del proceso de las solicitudes de actualización de insumos. Los solicitantes pueden solicitar su usuario y contraseña de acceso para revisar la evolución de sus solicitudes.

A la fecha se han ingresado 138 volantes, correspondientes a actualizaciones solicitadas durante 2023, y se han tramitado 20 usuarios y contraseñas a los solicitantes para que puedan dar seguimiento a sus solicitudes.

**c. Informe de los trabajos del Comité Técnico sobre Resistencia a los Antimicrobianos [VER](#)**

Se informan las acciones posteriores a la publicación en el DOF del “Acuerdo por el que se establece la integración y funcionamiento del Comité Técnico sobre

Resistencia a los Antimicrobianos” quien es el encargado de la “Estrategia Nacional de Acción contra la Resistencia a los Antimicrobianos”.

De las acciones de coordinación intersectorial como por ejemplo, el “Acuerdo para impulsar la integración y funcionamiento del comando interinstitucional Estales en las 32 entidades federativas, los CEISS que, por ahora está en proceso de revisión e integración. Así mismo se enlistan las actividades de educación como son cursos y foros y de los Sistemas Nacionales de seguimiento de uso y consumo de antimicrobianos.

**d. Informe de los trabajos de la Comisión Consultiva Científica [VER](#)**

Se hace referencia al Acuerdo publicado en el DOF el 12 de junio, por el que se reforma el similar que determina el tipo de prueba para demostrar intercambiabilidad de medicamentos genéricos y se definen los criterios que deberán aplicarseles. Se informa de las propuestas de cambios al Reglamento Interior de la Comisión Consultiva Científica que fueron sometidos al CSG. Por ejemplo, para que el Secretario del Consejo elaboré una propuesta de nuevo Reglamento Interior para integrar a representantes de otras instituciones públicas. Actualmente, están el CONAHCYT, ANM, ANM, la de Cirugía, la UNAM y el IPN.

**e. Informe de los trabajos del Comité para la Elaboración de Protocolos de Atención Médica [VER](#)**

El 30 de junio de 2023 se publicó en el DOF el [Acuerdo](#) que establece la obligatoriedad para las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto Federal como Local, que presten servicios de salud de homologar el contenido de la Guías de Práctica Clínica o equivalentes, con los Protocolos de Atención Médica que emita el CSG.

Derivado de esta publicación, el 24 de julio se instaló el Comité para la Elaboración de Protocolos de Atención Médica, quien en cumplimiento a la obligación del Acuerdo en mención, publicó (1-ago) la [Relación única de Protocolos Técnicos](#) en los que se contienen para 103 padecimientos, los tratamientos, medicamentos y demás materiales asociados que continuarán vigentes por tratarse de regulación que no amerita actualización. Los protocolos técnicos financiados por el entonces Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, que no se encuentran en esta relación se considerarán abrogados y sin efecto jurídico alguno.

Complementariamente, el 30 de agosto el Comité aprobó un [listado de padecimientos solicitados por diversas autoridades](#), el cual se sometió a aprobación del Presidente del CSG para elaborar y/o actualizar sus Protocolos de Atención Médica.

El presidente del Consejo indicó como prioridades los oncológicos; de salud mental; enfermedades raras y de alto costo.

Para elaborar y/o actualizar los protocolos de atención médica, se crearon los siguientes planes de trabajo: 1. Oncológicos; 2. Salud mental; 3. Enfermedades raras y de alto costo; 4. Enfermedades de alta carga poblacional, y 5. Enfermedades del olvido.



Considerando la Guía para la elaboración y actualización de Protocolos de Atención Médica, los días 12 y 13 de octubre iniciaron actividades de los primeros Grupos de Trabajo para elaborar y actualizar los protocolos de:

- Oncológicos-Pediátricos
- Onco-Hematológicos (Leucemias, Linfomas, Mielomas y Trasplante Hematopoyéticos);
- Atrofia Muscular Espinal;
- Enfermedad por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), y
- Protocolos relacionados con Vectores (Dengue, Chikungunya y Zika).

**f. Aprobación del proyecto de Acuerdo por el que se exhorta a los integrantes del Sistema Nacional de Salud respecto de la actualización de Clave Única de Establecimientos de Salud, en los términos en que se indican [ver](#)**

Este Acuerdo se compone por tres artículos y uno transitorio. Se plantea exhortar a los integrantes del SNS a mantener actualizada la información de los establecimientos registrados en el Catalogo de Clave Unica de Establecimientos de Salud (CLUES), impulsar a la SSA específicamente a la Dirección General de Información en Salud (DGIS), a que publique el catalogo en su página de internet y, en el último artículo, exhorta a la SSA a crear un Comité Interior en el que participen COFEPRIS, la DGIS y la Dirección de Planeación y Desarrollo Social en Salud para establecer un mecanismo que permita intercambiar Información que coadyuve a la actualización permanente de CLUES.

**g. Informe de la Secretaría de Salud de la implementación del Plan de gestión a largo plazo para el control de la COVID-19, por parte de las Instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud [ver](#)**

De este tema no se envió material previo.

**h. Informe de los trabajos para el otorgamiento de los premios y reconocimientos a cargo del Consejo de Salubridad General [ver](#)**

Se informa que se dieron 17 premios y reconocimientos para los cuales se recibieron 280 postulaciones. Se comparte además la lista de premios y reconocimientos con los nombres de los ganadores.

**i. Seguimiento de Acuerdos [ver](#)**

Se informa de las publicaciones en el DOF que fueron aprobadas en la Primera Sesión Ordinaria del CSG, a saber:

- Acuerdo por el que se reconocen las Enfermedades Raras incorporadas en la Clasificación Internacional de Enfermedades emitida por la Organización Mundial de la Salud – [DOF 29 JUN 2023](#)
- Acuerdo por el que se establece la obligatoriedad para las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto Federal como Local, que presten servicios de salud de homologar el contenido de la Guías de

Práctica Clínica o equivalentes, con los Protocolos de Atención Médica que emita el Consejo de Salubridad General – [DOF 30 JUN 2023](#)

- Acuerdo por el que se establece la obligatoriedad de la implementación del Modelo Único de Evaluación de la Calidad – [DOF 29 JUN 2023](#)
- Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica – [DOF 29 JUN 2023](#)
- Acuerdo por el que se Reforman, Adicionan y Derogan diversas disposiciones del Reglamento Interior de la Comisión del Compendio Nacional de Insumos para la Salud – [DOF 30 JUN 2023](#)

**j. Proyecto de Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General [ver](#)**

El 17 de agosto de 2023, el CSG envió a la Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal (CJEF) los requisitos necesarios para la publicación.

El 27 de septiembre 2023, la CJEF emitió sus observaciones y sugerencias al proyecto, mismos que, informa el CSG ya fueron atendidos.

Adicionalmente, se le solicitó el Dictamen Organizacional que emite la SFP al integrarse al proyecto, las direcciones generales con las que cuenta la Secretaría del CSG. Sin embargo, no se fue posible debido a que la Secretaría del Consejo, administrativamente, se encuentra bajo la partida presupuestal de las Oficinas del Secretario de Salud y no como una unidad responsable independiente, por lo que hasta que no se reconozca presupuestalmente a la Secretaría del Consejo, no podrá realizarse este tipo de movimientos, por esto se eliminó el párrafo que hacía referencia a las direcciones generales.

Finalmente, el 23 de octubre 2023, la CJEF aprobó la versión final del Reglamento y autorizó a recabar refrendos, como lo ordena el art. 92 de la CPEUM. A la fecha, se han enviado a la CJEF los refrendos de las 8 dependencias del Ejecutivo Federal, que integran el Pleno del Consejo. Por lo que se está a la espera de la suscripción por parte del Presidente de la República y posterior publicación en el DOF.

**k. Asuntos Generales:**

**Suscripción de Bases de Colaboración con la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios [ver](#)**

Incluye acciones que permitan cruzar, validar e intercambiar información, entre el CSG y COFEPRIS, para eficientizar los procesos de:

- Certificación de establecimientos de atención médica.
- Actualización del Compendio Nacional de Insumos para la Salud (CNIS)
- Vigencia de registros sanitarios de insumos del CNIS

- Bases de datos de precursores químicos, productos químicos esenciales y máquinas para elaborar cápsulas, tabletas y comprimidos.
- Pruebas de intercambialidad de medicamentos
- Capacitación en materia regulatoria, control y fomento sanitario.
- Calidad de la información

Suscripción de **Bases de Colaboración** con la **Dirección General de Calidad y Educación en Salud** [ver](#)

- Se enmarca en la implementación del Modelo único de evaluación de la calidad (MUEC) que tiene por objetivo evaluar la calidad de la atención médica en los establecimientos de atención médica del SNS con énfasis en aquellos que presten servicios a la población sin seguridad social.
- Establece los compromisos y tareas de cada parte, para los procesos de evaluación que podrán ser hechos por personal del CSG o por personal de la dependencia, federal o local, que suscriban los convenios necesarios.

**Publicaciones en el DOF**

**Decreto por el que se expide el Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General** [ver](#)

Conforme se había informado, la reforma al Reglamento del CSG solo dependía de la suscripción por parte del Presidente de la República y de su posterior publicación en el DOF, hecho que ocurrió el 13 de diciembre del 2023, con lo que se deroga la figura de Vocales en la integración del CSG.

**Acuerdo por el que se exhorta a los integrantes del Sistema Nacional de Salud respecto de la actualización de Clave Única de Establecimientos de Salud, en los términos en que se indican** [ver](#)

Una vez aprobado por el CSG en su Segunda Sesión Ordinaria del 24 de noviembre, el pasado 19 de diciembre de 2023 se publicó en el DOF dicho Acuerdo.

Exhorta a los integrantes del SNS a mantener actualizada la información de los establecimientos registrados en el Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES), exhorta a la SSA específicamente a la Dirección General de Información en Salud a que publique el catálogo en su página de internet, así como a esta última a crear un Comité Interior en el que participen COFEPRIS, la dirección general de Información en Salud y la dirección de Planeación y Desarrollo Social en Salud para establecer un mecanismo que permita intercambiar Información que coadyuve a la actualización permanente de CLUES.

**ACUERDO por el que se actualiza el Compendio Nacional de Insumos para la Salud versión 2023, publicado el 28 de abril de 2023** [ver](#)

El 19 de diciembre del 2023 se publicó la séptima actualización de la versión 2023 del Compendio.

- **IMSS-BIENESTAR**

## **Reforma al Estatuto Orgánico de los Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR**

El 23 de marzo de 2023 se publicó en el DOF la reforma al [Estatuto Orgánico del OPD IMSS-Bienestar](#), previamente sancionada por su Junta de Gobierno en la segunda sesión extraordinaria del 1° de marzo.

Cabe recordar que este OPD se creó por Decreto presidencial el 31 de agosto de 2022 y que el Estatuto Orgánico se promulgó el 26 de diciembre de 2022.

Los principales cambios al Estatuto Orgánico del IMSS-Bienestar, se dieron en:

### **Unidad de Administración y Finanzas**

Se adiciona a esta Unidad la Coordinación de Infraestructura que tendrá a su cargo la función de:

Proponer las políticas, normas, planes, programas, procedimientos y sistemas respecto a infraestructura inmobiliaria y cartera de inversión (artículo 21, fracción II).

### **Unidad Jurídica**

Se dota a la Coordinación de lo Consultivo la actividad de Regularización Inmobiliaria que tendrá como objeto:

Acordar con la persona titular de la Unidad Jurídica el plan de regularización del patrimonio inmobiliario y las metas establecidas anualmente (artículo 21, fracción III)

### **Organización administrativa**

Se simplifica la descripción detallada original de la organización administrativa del OPD, en la figura de divisiones y áreas (artículo 22).

Se **acotaron las facultades de la Unidad de Administración y Finanzas** que originalmente disponía como atribución de esta, aprobar los proyectos de normas, lineamientos de procesos -entre otros- de abastecimiento de insumos, equipamiento, contratación de servicios y -ahora- se encuentra sujeta a la sanción y posterior presentación de dichos proyectos a la Dirección General. (artículo 34).

En el **Programa anual de adquisiciones** se modifica la facultad de la **Coordinación de Servicios Administrativos** de:

- a. Coordinar la elaboración de las propuestas de contratación y de proyectos de obra o servicios relacionados con las mismas
- b. **Integrar el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios** con los requerimientos determinados por las unidades administrativas del IMSS-BIENESTAR, para presentarlo al Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (artículo 37, fracción VI).

Aun no se publican las reglas del Comité de Adquisiciones.

A las **áreas administrativas** (recursos humanos, finanzas, servicios administrativos) **se le otorgan facultades más precisas de ejecución** que las originalmente publicadas, así como **se está creando el área de infraestructura con la característica antes señalada** (artículos 34 a la 37 Bis).

Se suprime que para las **reformas, adiciones y modificaciones del Estatuto Orgánico se requiera la mayoría calificada de dos terceras partes**, es decir, ahora el IMSS tendrá una mayor deficiencia pues 5 miembros de la junta son del IMSS.

Se aprecia que los cambios al Estatuto Orgánico del OPD IMSS-B tienen como propósito que:

- a. La transferencia de la infraestructura que, en su caso, las entidades federativas realicen a la federación, se haga **en un marco de funcionamiento administrativo más claro** para ambos niveles de gobierno.
- b. **Las decisiones administrativas de recursos humanos y materiales**, incluidos los del Programa de Adquisiciones, **sean más ejecutivos**.
- c. **Las reformas al Estatuto Orgánico sea por mayoría simple y no calificada** (de dos tercios) con lo que el IMSS contará prácticamente con la mayoría en la Junta de Gobierno para hacer esos cambios.

Esta reforma ocurre en medio de la iniciativa recientemente abordada en el Congreso de la Unión en la que, entre otras medidas, se trasladan las facultades del INSABI en materia de prestación de servicios de salud a la población sin seguridad social, al IMSS-BIENESTAR.

- **Reforma a la Ley General de Salud – Sistema de Salud para el Bienestar**

La reforma a la LGS [publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 de mayo](#), partió de la iniciativa presentada por el Dip. Emmanuel Reyes-MORENA el 25 de abril de 2023 en la Cámara de Diputados que, ese mismo 25 de abril, tras considerarse como asunto de urgente y obvia resolución, se le dispensó todo trámite y se procedió a su discusión en el pleno de manera inmediata. Posteriormente, el 28 de abril se aprobó en el Senado, tras el acuerdo de la Comisión de Salud de llevarlo al pleno en los términos remitidos por la Cámara de Diputados. Finalmente, se envió al Ejecutivo Federal para sus efectos constitucionales y se publicó en el DOF el pasado lunes 29 de mayo.

Considerando la complejidad de la reforma se realizará un análisis jurídico que se presentará en la próxima sesión mensual de la Comisión, en el que se identifique si hay problemas en la distribución y traslapes de competencias entre la SSA y el IMSS-Bienestar. A reserva de lo anterior, para contar con una vista panorámica de lo que representa la reforma señalamos los siguientes rasgos:

- a. **Concentra competencias en la federación.**

- a. La LGS distribuye competencias y establece casos de concurrencia entre la federación y las entidades federativas (artículo 1).
- b. Los gobiernos locales coadyuvarán, en su caso, en la operación del SNS (artículo 9).
- c. La SSa coordinará la concordancia de los programas federales con el de las entidades federativas (artículo 9).
- d. Los acuerdos de coordinación establecerán las obligaciones que adquiere la entidad federativa responsable de la ejecución de la coordinación (artículo 21).

**b. Otorga mando y conducción del SSB al IMSS-B**

- a. Se faculta a las entidades federativas acordar con la federación, vía IMSS-B, que esta organice, opere, supervise y evalúe los servicios de salubridad general (artículo 13).
- b. La federación, vía IMSS-B, propondrá convenios de coordinación con gobiernos locales en materia de atención médica y prestación de servicios de salud (artículo 18).
- c. La federación formulará un programa estratégico que defina progresividad y cobertura de servicios (artículo 77 Bis 5).

**c. Dispone en LGS la compra consolidada de medicamentos e insumos que el IMSS-B participará en los procedimientos de contratación que instrumente la SSa, de acuerdo con la LAASSP, en los que:**

- a. Intervengan dependencias y entidades de la APF que presten servicios de salud,
- b. Así como las entidades federativas que ejerzan recursos federales para la prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados que requieran las personas sin seguridad social. (Artículo 7º).

**d. Reforma y adiciona facultades del CSG**

- a. Como: “determinar aquellos actos relacionados con el proceso de insumos que tengan fines de política sanitaria por razones de eficacia terapéutica y de beneficio colectivo” (Artículo 17, fracción II).
- b. Se faculta al CSG para aprobar y publicar declaratorias de emergencia por situaciones de epidemiológicas extraordinarias o por enfermedades graves. (Artículo 17, fracciones III y IV).
- c. Se traslada la actual atribución de la SSa de determinar la lista de medicamentos e insumos esenciales, a las instituciones públicas del SNS (Artículo 29).

**e. Dispone la financiación del SSB**

Que su garantía sea:

- a. El Presupuesto de Egresos de la Federación (81,914 MDP) y
- b. El Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (125,564 MDP), para ser transferidos por las entidades federativas al fideicomiso que operara el IMSS-B (del Artículo 77 bis 13 al Artículo 77 Bis 16 A).

**f. Establece otros mandatos:**

- a. Crea la figura de continuidad de prestación de servicios de salud, entre derechohabientes y el SSB, así como entre las personas que acuden a instituciones que prestan servicios del propio SSB. (Artículo 77 Bis 8).
- b. El CSG podrá certificar la calidad de los establecimientos de atención médica (m Artículo 17, fracción VI).
- c. Incluye un capítulo IX al Título Tercer Bis de la LGS, denominado del Servicio Nacional de Salud Pública, que disponen las atribuciones de la SSa dirigidas a garantizar el derecho a protección de la salud en su dimensión colectiva y social.

La reforma considera en sus artículos **transitorios**:

**Primero.** Entrará en vigor al día siguiente de su publicación: 26 de mayo

**Segundo. El Poder Ejecutivo Federal contará con 180 días hábiles, contados a partir de la publicación en el DOF,** para expedir las disposiciones reglamentarias y administrativas necesarias para la aplicación del Decreto

**Tercero.** Dentro de los 90 días hábiles posteriores a la publicación en el DOF, IMSS-B deberá realizar la modificación al FONSABI, para que quede como fideicomitente

**Cuarto.** La SSa, en un plazo no mayor a 180 días naturales luego de la publicación, emitirá las disposiciones para establecer los términos, plazos y condiciones para realizar la transferencia de los recursos humanos, presupuestales, financieros y materiales del INSABI al IMSS-B. Los derechos laborales del personal transferido al IMSS-B será respetado

**Quinto. Cualquier referencia que se realice al INSABI en cualesquiera actos, disposición, instrumentos jurídicos se entenderá referida al IMSS-B**

**Sexto.** El Programa Estratégico a que se refiere el artículo 77 Bis 5, fracción I de la LGS corresponde al Programa Estratégico de Salud para el Bienestar publicado en el DOF el 07.09.22, y el Modelo a que se refiere el Decreto corresponde al Modelo de Atención de Salud para el Bienestar publicado el 25.10.22

**Séptimo. El OPD IMSS-B continuará funcionando de conformidad con su Decreto de creación del 31.08.22**

**Octavo. El IMSS y el OPD IMSS-B celebrarán convenios de coordinación para dar continuidad a las labores que garanticen la prestación de servicios de salud,** en tanto concluyen las etapas procedimentales y se cumple con las obligaciones jurídicas de este Decreto.

## **Los convenios de coordinación suscritos entre el IMSS-B y las entidades federativas tendrán una duración de al menos 30 años**

**Noveno.** El Servicio Nacional de Salud Pública será una unidad administrativa adscrita a la SSa, que operará con los recursos que otorgue anualmente a la SSa el PEF

**Décimo.** Las obligaciones y erogaciones que se generen con motivo de la entrada en vigor del presente Decreto se sujetarán a los recursos aprobados expresamente para esos fines en los respectivos presupuestos de egresos de los ejecutores del gasto correspondientes, por lo que no se autorizarán ampliaciones a sus presupuestos de egresos para el ejercicio fiscal en curso y subsecuentes.

En alcance a la reforma, **el pasado 1 de junio 2023 se publicó en la versión vespertina del Diario Oficial de la Federación el Acuerdo por el que se emiten las bases para la transferencia de recursos y desincorporación** por extinción del organismo público descentralizado denominado **INSABI** [Descargar](#).

### **Instalación del Comité Técnico del Fondo de Salud para el Bienestar**

El 21 de julio de 2023, se realizó la **instalación del Comité Técnico del Fideicomiso del Fondo de Salud para el Bienestar**, con la finalidad, entre otros supuestos, de Insabi y reformar el artículo 77 bis 29 de la LGS a efecto de establecer que el IMSS Bienestar funja como fideicomitente.

El cambio del Fideicomiso del Fondo de Salud para el Bienestar implica una modificación en su estructura con la representación de las secretarías de Gobernación, Hacienda, Bienestar, Salud y de la Función Pública como un invitado permanente.

En ese sentido, el pasado 18 de julio se suscribió el Cuarto Convenio Modificatorio por el que el IMSS Bienestar queda constituido como fideicomitente. Se refrenda a Banobras como fiduciario y se abre una nueva subcuenta para recibir los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) y de los estados para el pago del personal que las entidades federativas que se sumen a la centralización.

### **Referencias del marco jurídico**

La CPEUM, la LGS, el Decreto de creación y el Estatuto Orgánico del OPD-IMSS B disponen que las entidades federativas garantizarán la protección a la salud a las personas sin seguridad social, y, de manera concurrente con la federación a través del Sistema de Salud para el Bienestar (SSB).

De manera específica, la LGS señala que:

- a. La SSa, en coordinación con el SSB, planeará, organizará y orientará las acciones para la prestación de servicios a este grupo poblacional, cuando se haya pactado con las entidades federativas mediante convenios de coordinación (Artículo 77 Bis 2).
- b. El SSB se compone por la SSa, el OPD-IMSS B, las instituciones y organismos que participan en el SSB y, en su caso, de manera concurrente, las entidades federativas (Artículo 77 Bis 3).



- c. El OPD-IMSS B colabora con la SSa en la coordinación para la prestación de servicios de salud a las personas sin seguridad social, en el marco del SSB (Artículo 7º y el Título Tercero Bis).
- d. El OPD-IMSS B y las entidades federativas podrán celebrar convenios de coordinación para la ejecución de la prestación de servicios de salud a las personas sin seguridad social (Artículo 77 Bis 6).

En el marco de la Ley de Planeación, el 07.09.22 se publicó en el DOF el Acuerdo por el que se emite el Programa Estratégico de Salud para el Bienestar, que dispone como prioridad del desarrollo integral del país la consolidación del SSB, así como en el de este Programa, el 25.10.22 se publicó el Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención de Salud para el Bienestar.

La Ley de Planeación dispone que las entidades federativas participan de la planeación nacional mediante los convenios que se suscriban entre ambos niveles de poder público (Artículo 1º).

El Modelo de Atención de Salud para el Bienestar señala que se amplía la responsabilidad del OPD IMSS B como prestador de servicios de salud en las entidades federativas que suscriban convenios de coordinación para trasladar la responsabilidad de la atención médica a la federación.

### **Tipos de Convenios de Coordinación**

El 11 de agosto de 2023 autoridades del IMSS, del OPD IMSS B y de [23 entidades federativas](#) suscribieron convenios de coordinación en materia de la transferencia de recursos para la prestación de servicios de salud a la federación.

En las semanas siguientes se apreció la publicación en el DOF dos tipos de Convenios de Coordinación:

- a. En materia de transferencia de recursos presupuestarios federales con el carácter de subsidios para:
  - Infraestructura en la modalidad de construcción.
  - Infraestructura en la modalidad de conservación y mantenimiento.
- b. Que establece la forma de colaboración en materia de personal, infraestructura, equipamiento, medicamentos y demás insumos asociados para la prestación de servicios a las personas sin seguridad social

### **Otros instrumentos suscritos**

Entre los que se encuentran:

- a. Acuerdo de Coordinación para garantizar la prestación de servicios de salud a personas sin seguridad social suscritos por el INSABI y las entidades federativas que se han incorporado al SSB.

- b. Acuerdo para la ampliación de la operación del Programa IMSS Bienestar, suscritas por el IMSS y los gobiernos de las entidades federativas.

**Convenio de Coordinación que establece la forma de colaboración en materia de recursos entre la SSa, el IMSS, el OPD IMSS B y el Gobierno del Estado**

Establece que el IMSS y el Gobierno del Estado transfieren recursos al OPD IMSS B.

En diferentes partes del Acuerdo se disponen los compromisos que las partes asumen en el proceso de transferencia de:

- infraestructura y recursos materiales,
- recursos humanos y su financiamiento,
- del financiamiento y del FONSABI (Cláusulas Segunda, Cuarta y Sexta).

De acuerdo que el Gobierno del Estado y el OPD IMSS B se obligan a optimizar tanto los recursos para la prestación de los servicios de salud como la propia prestación de servicios (Cláusula Tercera).

El IMSS y el Gobierno del Estado se comprometen a modificar o concluir, según corresponda, todo instrumento jurídico suscrito con cualquier dependencia o entidad de la Administración Pública, que tengan como finalidad la prestación de servicios de salud, incluidos medicamentos y demás insumos asociados.

Se establece que los procedimientos de contratación que estén en trámite a la fecha de celebración del Convenio continuarán a cargo de las unidades administración responsables de los procedimientos hasta su conclusión, de acuerdo con la legislación en materia de adquisiciones, arrendamientos y servicios, así como de obras públicas.

De acuerdo con el Convenio, el financiamiento descansa en:

- Los recursos estatales propios o de libre disposición que los estados destinen a la prestación de servicios de salud a personas sin seguridad social.
- Los recursos que les corresponde a los estados y que son ministrados vía el OPD-IMSS B (Antes vía la CNPSS y el INSABI. LGS: artículo 77 Bis 12).
- El adelanto de las participaciones que correspondan al ejercicio fiscal en curso, por el monto que se establezcan los Convenios.

La vigencia del Convenio será por un tiempo mínimo de 30 años a partir de la firma de este.

El contenido de los Convenios de Coordinación señalados, hasta ahora, exhiben que:

- Se están sentando las bases gerencial, organizativa y operativa de la transferencia de los recursos de las 23 entidades federativas a la federación, vía el OPD IMSS B.
- El financiamiento de este conjunto de poderes locales, originados con recursos propios o federales, está concentrando en la federación vía el OPD IMSS B,

capacidades de negociación económica con un potencial incierto en su monto y gestión.

Estas entidades federativas están cediendo autonomía en materia de salud frente a la federación.

## **Estatuto Orgánico de los Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR**

A finales de julio 2023 la Junta de Gobierno del IMSS-B acordó emitir un **nuevo Estatuto Orgánico**, cuya publicación se realizó en el **DOF el 13 de septiembre con una adición publicada el 27 del mismo mes**, en el que se ratifican y agregan las bases para su estructura, organización, planeación, facultades y funciones de las áreas que lo conformen, así como para su control, supervisión y vigilancia.

A la estructura original, compuesta por **cinco títulos y nueve capítulos**, se le añaden un título **quinto** –recorriendo el anterior para ser sexto- y **cuatro capítulos**. En el **primer título** se agregan nuevas definiciones, como establecimientos de salud y RISS, y cambian otras, como el FONSABI por el Fideicomiso IMSS-B. En el **segundo**, se ratifica que la dirección y administración del IMSS-B le corresponde a la Junta de Gobierno y a la Dirección General.

Se reitera que la **Junta de Gobierno** se encarga de **conocer y aprobar su normativa, programas, estructuras y funciones y evaluar las actividades de la Dirección General**, las unidades y coordinaciones del IMSS-BIENESTAR.

La Junta de Gobierno se integra por los titulares de: IMSS, SSA, SHCP, STyPS, Secretaría del Bienestar, **4 titulares de los órganos normativos del Instituto y un representante del Sindicato. Como invitados permanentes:** la persona Comisaria Pública de la SFP y la persona titular de la Dirección General del IMSS-BIENESTAR (voz sin voto).

Así, desde su origen, **el órgano de gobierno está integrado por diez personas, cinco de ellas del IMSS**, su Director General y los 4 titulares de los órganos normativos del Instituto, amén de que el Director General cuenta –en caso de empate- con voto de calidad.

En el título **tres**, que establece la estructura orgánica y sus atribuciones –por mucho, la porción más amplia del Estatuto- se agregan:

### **A las unidades de:**

- a. Atención a la Salud, **la Coordinación de Hospitales de Alta Especialidad y Programas Especiales**.
- b. Administración y Finanzas, las coordinaciones de **Programación y Presupuesto, Contabilidad y Trámite de Erogaciones, Abasto, de Administración de Nómina Federalizada e IMSS-Bienestar y Tecnologías de la Información**.
- c. Jurídica, las coordinaciones de **Convenios, Contratos y Regularización Inmobiliaria**.

Una **unidad de Infraestructura**, integrada por tres Coordinaciones de: **Proyectos y Construcción de Obras, Equipamiento para Establecimientos de Salud y Conservación y Mantenimiento de Infraestructura**.

Un área de **Coordinaciones Estatales** con las jefaturas de **Servicios de Atención a la Salud, Servicios Administrativos y Finanzas, Servicios Jurídicos, Acción Comunitaria** y un departamento de Planeación Estratégica.

Se adicionan facultades a las personas **titulares de las Unidades** en materia, por ejemplo, de:

- a. **Establecer y presidir comités** que, en su caso, le corresponde de acuerdo con sus atribuciones, así como la de proponer la creación de subcomités.
- b. **Definir instrumentos, herramientas, acciones y procedimientos de mejora regulatoria en el ámbito de su competencia.**
- c. **Proponer las disposiciones normativas y administrativas** que correspondan al ejercicio de sus atribuciones.

Se agregan atribuciones a las personas **titulares de las Coordinaciones**. Para el caso de lo que el Estatuto denomina **catálogo de insumos y medicamentos con base en el CNIS**, por ejemplo, se establece que corresponde:

- a. A la unidad de **Atención a la Salud, dirigir la integración del catálogo de insumos y medicamentos con base en el CNIS.**
- b. A las coordinaciones de **Epidemiología y de Programas Preventivos**, respectivamente, **coordinar y participar en la elaboración del Catálogo.**
- c. A las coordinaciones de **unidades de Primer Nivel, de Segundo Nivel y a la coordinación de Hospitales de Alta Especialidad y Programas Especiales, establecer el Catálogo.**

A primera vista, dos son los cambios que se aprecian más relevantes, independientemente de una estructura organizacional del OPD IMSS-B más robusta, a saber, las incorporaciones de:

- a. La **Coordinación de Hospitales de Alta Especialidad y Programas Especiales**, como tercer nivel de atención que no se preveía en el Estatuto original.
- b. Las **Coordinaciones Estatales** que constituyen la representación del OPD en las entidades federativas y que, teóricamente, constituirá el eslabón entre el nivel central del IMSS-B con la prestación de servicios a la población sin seguridad social en aquellas.

## **Federalización de los Servicios de Salud**

El 11 de octubre 2023 se publicó el **Decreto por el que se desincorporan por fusión el Centro y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad que se indican con el IMSS-BIENESTAR**. En el, se ordena la desincorporación por fusión de los siguientes hospitales, con el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR):

- **Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío**

- **Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas**
- **Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca**
- **Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán**
- **Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010"**
- **Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca**

Se establece que el **IMSS-BIENESTAR** asumirá las funciones, derechos y obligaciones contraídos por los 5 hospitales y el Centro mientras que estos deben continuar brindando el servicio de atención médica de manera ininterrumpida hasta que se concluya el proceso de desincorporación por fusión.

Mientras, la Ssa en conjunto con el IMSS-BIENESTAR, deberá elaborar el proyecto de Plan Estratégico que detallará los pasos a seguir, etapas y tiempos correspondientes para la desincorporación por fusión.

La Ssa, la SHCP y la SFP, en el ámbito de sus respectivas competencias, realizarán las gestiones necesarias en el proceso de desincorporación por fusión con el IMSS-BIENESTAR y, la Ssa como coordinadora de sector, debe publicar las bases para el proceso de desincorporación por fusión.

En seguimiento, el 16 de octubre de 2023, se publicó en el DOF, el **Acuerdo por el que se emiten las Bases para el proceso de desincorporación por fusión del centro y los hospitales regionales de alta especialidad que se indican con el IMSS-BIENESTAR.**

Se establecen la forma y términos en los que debe llevarse a cabo la desincorporación por fusión a través de la transferencia de los recursos humanos, presupuestarios, financieros y materiales, así como de los inmuebles, derechos y obligaciones, asignados al Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, al Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas, al Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, al Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, al Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", y al Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca a favor del IMSS-BIENESTAR.

La SSA, a través de la Unidad de Administración y Finanzas, en colaboración con la CCINSHAE serán los responsables del proceso. Formularán el Plan Estratégico con objetivos, acciones y plazos y el IMSS-BIENESTAR lo difundirá y vigilará su cumplimiento.

Celebrarán los Acuerdos de transferencia correspondientes (recursos humanos, presupuestarios, financieros y materiales, inmuebles, derechos y obligaciones) con los hospitales y el centro.

El IMSS-BIENESTAR será el responsable de formalizar la entrega recepción de los bienes y recursos informando a la SHCP y la SFP y asumirá la organización y las funciones que tenían los hospitales y el centro en mención.

En este sentido, el 13 de octubre, se publicó el **"ACUERDO Nacional para la Federalización del Sistema de Salud para el Bienestar"** en virtud de lo establecido en el Decreto para regular el Sistema de Salud para el Bienestar (29-may-2023) que establece que IMSS-BIENESTAR colaborará con la Ssa en lo que respecta a la prestación gratuita de

los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados que requieran las personas sin seguridad social para lo cual podrá celebrar Convenios de coordinación con las entidades federativas.

Al fecha, suman 23 entidades con Convenio. Esto según el “**Acuerdo Nacional para la Federalización del Sistema de Salud para el Bienestar**” publicado el 13 de octubre y firmado, durante la Conferencia matutina del 10 de octubre.

El Objeto del Acuerdo es consolidar la operación de un sistema integral de salud para que las entidades federativas concurren con la Federación, por conducto del IMSS-BIENESTAR, a fin de garantizar la prestación de servicios de salud mediante las acciones en materia de personal, infraestructura, equipamiento, medicamentos y demás insumos asociados. El IMSS-BIENESTAR prestará atención integral gratuita médica y hospitalaria y proporcionará medicamentos y demás insumos en las entidades federativas que suscriban los convenios de coordinación.

El IMSS-BIENESTAR, contará con el apoyo de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal o estatal en el ámbito de sus respectivas competencias. Las entidades federativas se comprometen a consolidar el Sistema de Salud para el Bienestar. A su vez, este respetará los derechos laborales de las personas que les serán transferidas por las entidades federativas.

### **Decreto por el que se crea la Comisión Presidencial para el Cumplimiento del Acuerdo Nacional de la Federalización del Sistema de Salud para el Bienestar (SSB)**

Publicado el 6 de enero del 2023 en el DOF, el Decreto establece que la Comisión Presidencial tiene carácter transitorio y es **presidida por el Presidente** de la República.

Su objeto es dar **seguimiento y acompañamiento** a los procesos de implementación de la estrategia operativa para la federalización del SSB.

Está integrado por los titulares de:

- Ssa
- IMSS (Secretario Técnico)
- Gobiernos de Nayarit, Tamaulipas, y de la Secretaría de Salud Pública de Sonora
- SSID
- SSPPS
- CCINSHAP
- COFEPRIS
- CSG
- Tres representantes del IMSS
- OPD IMSS B
- ISSSTE
- DG DE SANIDAD MILITAR SEDENA
- DG de Seguridad Social de la SEDENA
- DG de Recursos y otro representante de SEMAR
- Subdirección de Servicios de Salud de Pemex

Entre las facultades más relevantes, el Decreto dispone como funciones de la Comisión:

- a. Coordinar las **acciones de dependencias, entidades e instituciones** públicas de los tres órdenes de gobierno para el cumplimiento del objeto del Decreto.
- b. **Diseñar y promover acciones de colaboración y políticas públicas** entre órdenes de gobierno para la integración del SSB.
- c. Emitir los **criterios operativos** para que dependencias y entidades de la APF actúen en el ámbito de sus atribuciones para coordinarse y brindar los apoyos requeridos para la instrumentación de estrategia operativa de federalización del SSB.

La Comisión deberá **sesionar de forma ordinaria cuatro veces al año** y de forma extraordinaria cuantas veces sea necesario, a convocatoria de la Presidencia, vía el Secretario Técnico.

### **Ley de Coordinación Fiscal – Sistema de Salud para el Bienestar**

El 3 de enero de 2024 se publicó en el [DOF el DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley de Coordinación Fiscal y de la Ley General de Salud](#), para consolidar la federalización del sistema de salud para el bienestar.

En la Ley de Coordinación Fiscal se establece, entre otras disposiciones, que:

- a. **Las entidades federativas que no suscriban el Convenio de Coordinación con los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (OPD IMSS-BIENESTAR)**, dispuesto en el artículo 77 bis 16 A de la LGS, **se sujetarán a lo previsto en la presente Ley respecto del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)**. (artículo 25, cuarto párrafo)
- b. Mientras que **los que sí suscriban el Convenio de Coordinación señalado, recibirán el monto de los recursos que correspondan del FASSA** para cubrir las obligaciones que conserven en términos de la LGS (artículo 25, último párrafo).

En la Ley General de Salud se establece, entre otras disposiciones que:

- a. Las entidades federativas deberán entregar al FONSABI los recursos propios o de libre disposición que cubren el pago de servicios personales y de operación de atención de la salud, en términos de lo señalado en los respectivos convenios de coordinación (artículo 77 Bis 16 A).
- b. Los recursos que correspondan a las entidades federativas dispuestos en el FASSA y, que de acuerdo con los Convenios de Coordinación se destinen para complementar el pago de los servicios personales de atención a la salud, éstas las deberán al FONSABI.

Se dará seguimiento al desenvolvimiento de las acciones que se estén desarrollando en el marco de la transición al nuevo subsistema de salud.

### **Programa Institucional del IMSS-BIENESTAR**

El 17 de enero del 2024 se publicó en el DOF la modificación al **Programa Institucional del IMSS-BIENESTAR** que deriva del PLANADE 2019-2024 y que, de conformidad con la Ley Federal de Entidades Parastatales (artículo 17, fracción II), corresponde a un programa institucional, sujeto al PROSESA 2019-2024 y al Estatuto Orgánico que regula su organización y funcionamiento.

### **Acciones instrumentadas para revertir las “áreas de oportunidad del sistema de salud”**

#### **1. Creación del FONSABI (29.11.19) para destinar recursos a:**

- La atención de enfermedades que provocan gastos catastróficos
- La atención de necesidades de infraestructura, de preferencia en entidades federativas con mayor marginación social
- Complementar recursos destinados al abasto y distribución de medicamentos

**2. Instauración en la CPEUM del Sistema de Salud para el Bienestar (08.05.20),** publicación del MAS-Bienestar (25.10.22) y creación del IMSS B (31.08.22), todas dirigidas a la atención para la atención a las personas sin seguridad social, con base en la “atención integral gratuita médica y hospitalaria con medicamentos y demás insumos asociados, en condiciones que les permitan el acceso progresivo, efectivo, oportuno, de calidad y sin discriminación alguna”

#### **3. Reforma a la LGS (29.05.23) para normar el SSB y otorgar facultades a la Federación para:**

- Asumir de forma concurrente con las entidades federativas, la función de prestador de servicios de salud a la población sin seguridad social
- Lo que busca reducir la heterogeneidad en la provisión de atención médica a este grupo social
- Transferir los recursos humanos, presupuestarios, financieros y materiales del INSABI al IMSS B

**Los ejes de atención del IMSS B son las siguientes:**

**Superar la segmentación de los servicios de salud vía la federalización (centralización) de los servicios de salud,** vía la transferencia de infraestructura, recursos humanos, financieros y materiales de las entidades federativas al IMSS B.

Desconcentrar la atención en la fase curativa y de rehabilitación, **vía establecer un modelo de que enfatice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades,** basada en APS.

Mejorar sistemáticamente la **profesionalización de recursos humanos y mejora en sus condiciones laborales, dignificación de las instalaciones y dotar a las unidades médicas de equipo médico e insumos necesarios para su operación.**

**Construir mecanismos de participación social informada,** responsable y acorde con los principios y valores de la población.



**Mejorar la accesibilidad y pertinencia de los servicios de salud** para las personas sin seguridad social.

**Contar con mecanismos de supervisión de las acciones en salud** y de cumplimiento de éstas conforme a la normatividad establecida y las mejores prácticas.

### **Estrategias prioritarias y acciones puntuales**

Las estrategias y acciones señaladas por el Programa Institucional para cumplir los seis objetivos planteados, de atención a población sin seguridad social, son:

#### **1.- Fortalecer el proceso de transferencia de servicios de salud en las entidades federativas al IMSS-BIENESTAR.**

- Estrategia prioritaria 1.1: Hacer el levantamiento de diagnósticos situacionales sobre la capacidad de los servicios de salud en las entidades federativas.
- Estrategia prioritaria 1.2: Coordinar los actos jurídicos para la federalización de los servicios de salud.
- Estrategia prioritaria 1.3: Instrumentar las acciones esenciales para la prestación de los servicios médicos a las personas, conforme al MAS-BIENESTAR.

#### **2.- Implementar el MAS-BIENESTAR.**

- Estrategia prioritaria 2.1: Integrar análisis situacional en salud de la población, para definir prioridades y objetivos de los servicios de salud
- Estrategia prioritaria 2.2: Establecer el marco normativo y operativo de las acciones comunitarias, médicas y administrativas para la atención población usuaria
- Estrategia prioritaria 2.3: Planificar programas y acciones comunitarias para vincularlos con las prioridades de IMSS-BIENESTAR y las estrategias sectoriales.
- Estrategia prioritaria 2.4: Integrar y consolidar la organización comunitaria en salud para favorecer los estilos de vidas saludables, prácticas de autocuidado y comportamientos preventivos.

#### **3.- Incrementar la capacidad instalada de los servicios de salud**

- Estrategia prioritaria 3.1: Planificar los proyectos de infraestructura y equipamiento para fortalecer la capacidad instalada de los servicios de salud federalizados.
- Estrategia prioritaria 3.2: Fortalecer la disponibilidad de los recursos humanos, materiales y financieros en las unidades transferidas, para mejorar la cobertura.

- Estrategia prioritaria 3.3: Implementar los programas de capacitación y educación continua del personal de salud y de acción comunitaria, para fortalecer competencias técnicas en salud del personal.
- Estrategia prioritaria 3.4: Mejorar el abasto de medicamentos e insumos para la salud para atender la demanda de la población sin seguridad social.
- Estrategia prioritaria 3.4: Mejorar el abasto de medicamentos e insumos para la salud para atender la demanda de la población sin seguridad social.

#### **Acciones puntuales**

- **3.4.1** Determinar la demanda de medicamentos e insumos para la salud del IMSS-BIENESTAR para tramitar su compra ante las autoridades competentes
- **3.4.2** Diseñar y operar la logística de abasto de medicamentos y el control de inventarios para satisfacer las necesidades de las unidades de salud y hospitales del IMSS-BIENESTAR.
- **3.4.3** Supervisar el abasto de medicamentos en las unidades de salud y hospitales para garantizar la atención de la demanda.

#### **4.- Promover la participación social de las personas**

- Estrategia prioritaria 4.1: Dirigir la elaboración de los diagnósticos participativos de salud a nivel local, para identificar las principales causas que afectan las condiciones de salud de la población sin seguridad social.
- Estrategia prioritaria 4.2: Implementar y promover la estrategia de información, educación y comunicación en salud acorde al panorama epidemiológico de cada ámbito de operación, para favorecer la adopción de hábitos saludables.

#### **5.- Contribuir a la disminución de barreras, obstáculos organizacionales y toda forma de discriminación para el acceso a servicios de salud**

- Estrategia prioritaria 5.1: Planificar y ejecutar procesos eficaces en la atención a la salud para eliminar obstáculos organizacionales y retrasos en la atención médica.
- Estrategia prioritaria 5.2: Proponer un programa de accesibilidad para favorecer derechos lingüísticos de personas indígenas, prevenir la violencia institucional contra las mujeres y mejorar la inclusión de personas con discapacidad.

#### **6.- Fomentar la calidad y seguridad de los servicios de salud, por medio de acciones de monitoreo, supervisión y evaluación de la atención en salud.**

- Estrategia prioritaria 6.1: Diseñar y operar un sistema de monitoreo y evaluación en salud para la toma de decisiones.
- Estrategia prioritaria 6.2: Definir metodología de supervisión integral para la mejora continua de los procesos y procedimientos de atención a la salud.

- Estrategia prioritaria 6.3: Implementar la contraloría social para contar con canales de comunicación entre servidores públicos y usuarios de los servicios de salud.
- Estrategia prioritaria 6.4: Fortalecer las funciones del Aval Ciudadano para contribuir al trato digno a los usuarios y optimizar la calidad de los servicios.
- Estrategia prioritaria 6.5: Impulsar el uso de los sistemas de información sectoriales entre el personal de las unidades de salud y hospitales para cubrir los requerimientos de las unidades administrativas del IMSS-BIENESTAR que permitan la adecuada operación de los servicios de salud.
- Estrategia prioritaria 6.6: Promover en las unidades de salud y hospitales del IMSS-BIENESTAR la implementación y el cumplimiento de las acciones esenciales para la seguridad del paciente.
- Estrategia prioritaria 6.7: Consolidar servicios de salud resilientes para asegurar la continuidad de la atención médica a la población sin seguridad social en caso de desastres naturales y emergencias sanitarias.

### **Reglas de Operación de FONSABI**

El 12 de febrero de 2024 se informó en el Diario Oficial de la Federación, las páginas de internet en que pueden consultarse las Reglas de Operación del Fondo de Salud para el Bienestar (FONSABI), a saber:

- [https://imssbienestar.gob.mx/assets/img/finanzas/archivos/REGLAS%20DE%20OPERACI%C3%93N%20FONSABI%20\(2E.02\\_0823\).pdf](https://imssbienestar.gob.mx/assets/img/finanzas/archivos/REGLAS%20DE%20OPERACI%C3%93N%20FONSABI%20(2E.02_0823).pdf)
- [https://www.dof.gob.mx/2023/IMSS-BIENESTAR/ReglasdeOperacionFONSABI\\_2023.pdf](https://www.dof.gob.mx/2023/IMSS-BIENESTAR/ReglasdeOperacionFONSABI_2023.pdf)

De acuerdo con la Ley General de Salud, Artículo 77 bis 29, el FONSABI, fideicomiso público constituido en términos de la LFPRH, en el que el IMSS-B funge como fideicomitente, tiene como fin destinar recursos a:

- a) La atención a enfermedades que impliquen un alto costo en los tratamientos y medicamentos asociados;**
- b) La atención de necesidades de infraestructura, preferentemente en las entidades federativas con mayor marginación social;**
- c) Complementar los recursos destinados al abasto y distribución de medicamentos y demás insumos, así como del acceso a exámenes clínicos asociados a personas sin seguridad social.**

El Fideicomiso contará con una subcuenta para cada uno de los fines señalados. Formará parte del Fideicomiso los recursos que reciba en términos del artículo 77 Bis 16 de la LGS. Estos recursos no formarán parte de del remanente al que se refiere el artículo 77 bis 17, por lo que deberán permanecer afectos al Fideicomiso hasta el cumplimiento de sus fines.

**Se considerarán gastos catastróficos a los que se derivan de aquellos tratamientos y medicamentos asociados definidos por el CSG**, que satisfagan las necesidades de salud mediante la combinación de intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación, con criterios explícitos de carácter clínico y epidemiológico.

Las reglas de operación del Fondo serán emitidas previa opinión de la SHCP y establecerán la forma en que se ejercerán los recursos del mismo.

El Comité Técnico es presidido por el Director General del IMSS y lo integran representantes de la Segob, Ssa, SFP, así como del IMSS, IMSS-B y Banobras.

En la sesión de instalación del Comité Técnico (21.07.23) se extinguió el INSABI y se abrió una nueva subcuenta para recibir los recursos del FASSA, para el pago del personal en el nuevo SSB.

- a. El 12.02.24 se publicó en el DOF el Aviso mediante el que se dan a conocer las páginas de internet en que pueden consultarse las Reglas de Operación del Fondo de Salud para el Bienestar, emitido por el OPD IMSS-B.
- b. En las Reglas se informa que el Comité Técnico del FONSABI, mediante Acuerdo 2E.02/0823, adoptado en la Segunda Sesión Extraordinaria del 11.08.23, y contando con la opinión previa de la SHCP, emitió dichas Reglas de Operación.

Objeto: Las Reglas de Operación regulan operación del FONSABI y establecen la forma, administración, destino y ejercicio de los recursos que lo integran (Regla 1).

Subcuentas:

- SADMI: Complementar los Recursos Destinados al Abasto y Distribución de Medicamentos y Demás Insumos, así como del Acceso a Exámenes Clínicos, Asociados a Personas sin Seguridad Social;
- SAEC: Atención de Enfermedades de Alto Costo;
- SANI: Atención de Necesidades de Infraestructura Preferentemente en las Entidades Federativas con Mayor Marginación Social
- SFAS: Fortalecimiento de Acciones de Salud que deriva del párrafo segundo del artículo 77 bis 17 de la Ley
- SSESABI: La Subcuenta del Fondo denominada Servicios de Salud para el Bienestar;

Las Reglas de Operación (RO)

La **estructura de las RO** se organiza por:

- **Disposiciones generales** (Reglas 1-3), incluidas las facultades de interpretación y de decisión respecto de lo no previsto por las RO, por el Comité Técnico.

- **Integración, funcionamiento, facultades de integrantes del Comité Técnico, así como la periodicidad de las sesiones** (Reglas 4-21).
- **Reglas comunes del ejercicio de recursos a las subcuentas** de Atención a Enfermedades de Alto Costo, Necesidades de Infraestructura y Complementar los Recursos al Abasto y Distribución de Medicamentos, (Regla 22).

La Regla 22 muestra el procedimiento que se sigue para autorizar el monto y el ejercicio de los recursos para estas subcuentas, consistente en que Un integrante del Comité presenta la propuesta de “asunto” para ser financiado por el FONSABI. Una vez autorizada la asignación de los recursos, se podrán tramitar los desembolsos correspondientes. Los procedimientos de contratación serán realizados por las unidades administrativas correspondientes del IMSS-B o, en los casos de contratación consolidada, por la SFP o por la dependencia o entidad a cargo de realizarla.

- **Atención a enfermedades de alto costo** (Reglas 26-38).
- **Inclusión de nuevas intervenciones o ampliación de las ya existentes** (Reglas 39-41).
- **Apoyo a infraestructura de Alta Especialidad** (Reglas 42-57).
- **Atención a necesidades de infraestructura**, preferentemente a Entidades y Municipios con mayor marginación social (Reglas 58-73)
- **Complementar los recursos al abasto y distribución de medicamentos y demás insumos**, así como del acceso a exámenes clínicos a personas sin seguridad social (Reglas 74-81)
- **Eventos contingentes** (Reglas 82-93).
- **Servicios de salud para el bienestar** (Reglas 94-103).
- **Transparencia y rendición de cuentas** (Regla 104).

Destacando algunos puntos, está la **Regla 40 y el Sexto Transitorio**. Esta regla dispone que bienalmente, a través de estudios actuariales y evaluaciones, se mantienen o amplían las intervenciones que serán apoyadas con recursos del FONSABI, así como para analizar el impacto financiero que tendrá la inclusión de nuevas intervenciones.

Lo anterior se realiza con base en el estudio técnico-médico y financiero que realice la Unidad de Atención a la Salud, con el apoyo de las Coordinaciones de Abasto y Financiera del IMSS-B.

**De acuerdo con el Sexto Transitorio, el IMSS-B debió iniciar el proceso de evaluación de los protocolos vigentes a la entrada en vigor de las RO (21.07.23), cuyos resultados se presentarán gradualmente a partir de abril de 2024.**

Ahora bien, **la Regla 26 y Séptimo Transitorio señala que los apoyos financieros para la realización de intervenciones con los medicamentos y demás insumos que se entreguen en especie a los prestadores de servicios, se harán conforme a los Instrumentos de Gestión Clínica correspondientes.**

- **Instrumento de Gestión Clínica:** El documento emitido por IMSS-BIENESTAR, que contiene los tratamientos, medicamentos y otros materiales asociados a Enfermedades de Alto Costo, el cual, en caso de existir éstos, deberá estar homologado con los Protocolos de Atención Médica que emita el Consejo de Salubridad General (Regla 2, fracción XVIII).

**El Séptimo Transitorio** dispone que para efectos de lo previsto en la Regla 26 de este ordenamiento, **serán válidos como Instrumentos de Gestión Clínica para la atención de las Enfermedades de Alto Costo, los protocolos técnicos emitidos por el Consejo de Salubridad General, vigentes al 1 de agosto de 2023.**

A reserva de que en esta Comisión revisemos a mayor detalle el conjunto de disposiciones administrativas y operativas establecidas en las RO del nuevo FONSABI, conviene considerar que como ocurría previamente, **seguimos careciendo de información pública y periódica del monto de los recursos financieros dispuestos en las cinco subcuentas del nuevo FONSABI.**

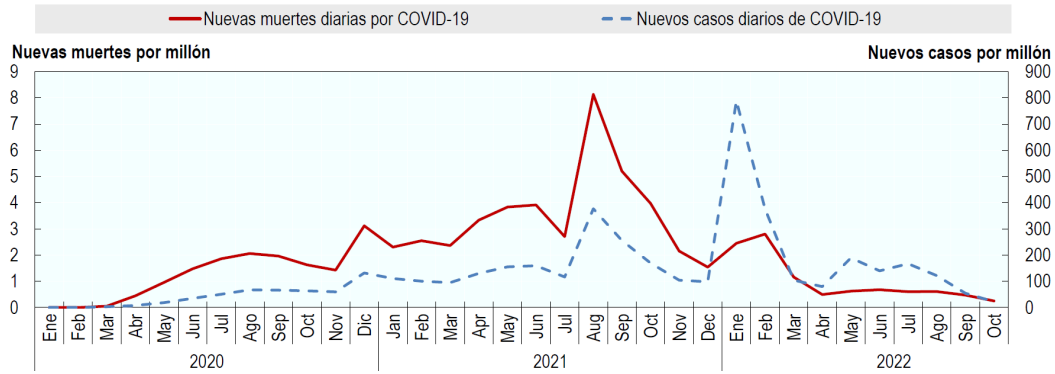
**Las decisiones del Comité Técnico del FONSABI se circunscribe principalmente al IMSS y al IMSS-B, considerando la estructura de esta OPD.**

Los Protocolos de Atención Médica que el CSG dispuso como obligatorios, de conformidad con el Acuerdo publicado en el DOF el 30.06.23, Protocolos que –se supone- están siendo elaborados y actualizados por el Comité creado por dicho Acuerdo, serán la base de los Instrumentos de Gestión Clínica por el que se autorizarán el financiamiento de los tratamientos de Alta Especialidad.

- **Informe OCDE Panorama de la salud en América Latina y el Caribe 2023 (Health at a Glance 2023)**

El 18 de abril, la **OCDE** publicó el **Panorama de la salud en América Latina y el Caribe 2023 (Health at a Glance 2023)**, la segunda edición de este estudio regional. Además de los indicadores tradicionales de salud, en esta ocasión el informe contiene un capítulo sobre el impacto de la pandemia y otro sobre el cambio climático en la región.

Se menciona que, América Latina y el Caribe (ALC) fue la región más afectada por la pandemia pues en 2020 y 2021 se registraron 2.3 millones de muertes más que las esperadas sin pandemia. El promedio de exceso de muertes fue 1.5 veces el promedio de la OECD.



México se encuentra en el grupo de países con la mortalidad más alta por COVID-19. Las razones son variadas pero se pueden citar: Las condiciones estructurales como la fragmentación del sistema de salud; la cantidad de recursos, instalaciones, personal; el estado de salud preexistente de la población; los sistemas de información para el control epidemiológico; la coordinación de la atención; la gestión de la cadena de suministros médicos; el ritmo de la vacunación y las restricciones sociales de movilidad.

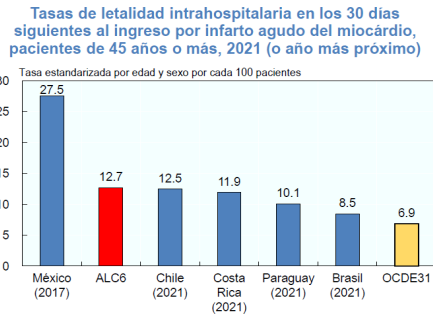
La escasez de recursos de los sistemas de salud amplificó el desafío del COVID-19

- Por habitante, ALC tiene 40% menos médicos y 65% menos enfermeros que el promedio de la OCDE.
- En ALC hay, en promedio, dos médicos por cada 1 000 habitantes. Sólo Cuba, Uruguay, Trinidad y Tobago y Argentina superan la media de la OCDE de 3.5
- Del mismo modo, ALC cuenta con una media de 3.6 enfermeras por cada 1 000 habitantes, mientras que la media de la OCDE es de 10.3
- ALC cuenta con menos de la mitad de las camas hospitalarias por habitante que el promedio de la OCDE.

### Desempeño de la pandemia

Country	Exceso de muertes 2020-21	Índice de Contención Segundo trimestre 2021	Población completamente vacunada para el tercer trimestre de 2021	Personas que saben como vacunarse 2021	Gasto total en salud per cápita en 2019	Camas de hospital	Número de médicos
	Rate per 100 000 population	Containment index (0-100)	Proportion of population	Proportion of population	USD PPP	Number per 1 000 population	Number per 1 000 population
Venezuela	78	87	12%	38%	385	0.8	1.7
Uruguay	89	89	88%	90%	2145	2.8	4.9
Jamaica	121	73	8%	49%	598	1.7	0.5
Trinidad and Tobago	145	73	15%		1835	3.0	4.5
Cuba	160	78	28%		2548	5.2	8.4
Panamá	176	83	29%	61%	2491	2.3	1.6
Costa Rica	189	80	24%	59%	1556	1.1	3.3
Argentina	198	79	27%	84%	2199	5.0	4.0
Chile	202	82	66%	95%	2297	2.1	2.8
Bahamas	254		20%		2228	2.9	1.9
El Salvador	282	27	34%	77%	782	1.3	2.9
Guatemala	273	51	5%	43%	529	0.6	1.2
Paraguay	276	55	13%	61%	950	1.3	1.1
Brazil	319	83	29%	19%	1451	2.3	2.2
Colombia	323	98	25%	59%	1293	1.7	2.3
Guyana	356	81	19%	76%	874	1.6	1.4
St. Vincent and the G.	446		43%		820		0.0
Ecuador	455	67	29%	31%	935	1.5	2.2
México	483	45	24%	78%	1117	1.4	2.4
Bolivia	749	28	17%	49%	631	1.1	1.0
Peru	873	77	21%	41%	712	1.6	1.4
<b>ALC</b>	<b>349</b>	<b>27</b>	<b>23%</b>	<b>59%</b>	<b>1155</b>	<b>2.1</b>	<b>2.15</b>
<b>OCDE</b>	<b>229</b>	<b>85</b>	<b>47%</b>		<b>3999</b>	<b>4.3</b>	<b>3.6</b>

En el informe de la OCDE, destacaron la tasa de letalidad intrahospitalaria estandarizada por edad y sexo del infarto agudo de miocardio en los 30 días siguientes al ingreso por infarto, pues la más alta es de México con 27.5%, el doble de promedio de ALC y el cuádruple de la OCDE, lo que representa problemas en la calidad de la atención que se está brindando dentro de los hospitales.

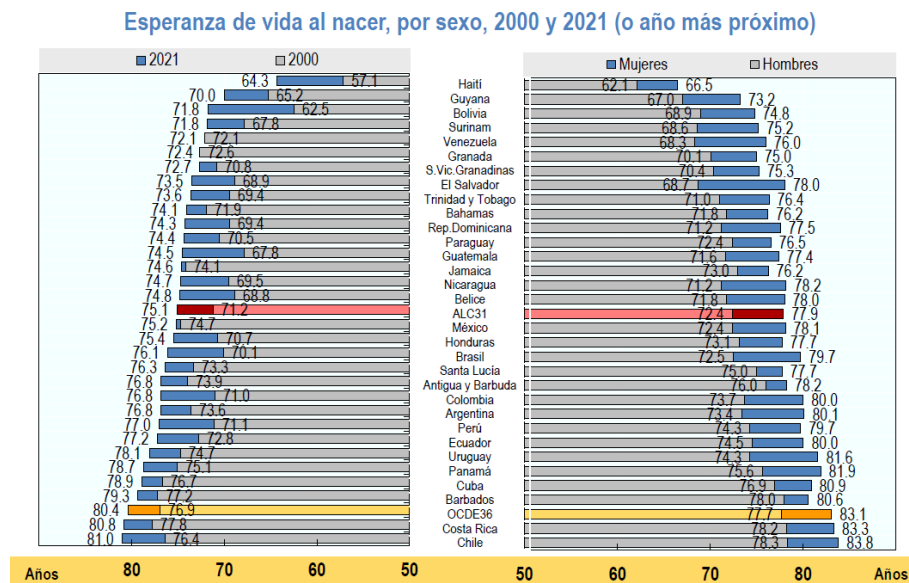


A pesar de la COVID-19, la esperanza de vida en ALC alcanzó los 75.1 años en 2021, un aumento de 4 años desde 2000, aunque aún por debajo de la media de la OCDE de 80.4 años.

Las mujeres tienen 5.5 años más de esperanza de vida que los hombres, ya que se espera que el 83.7% de las recién nacidas vivan hasta los 65 años mientras que solo el 74.2% de los recién nacidos varones vivan el mismo tiempo.

Las esperanzas de vida más altas se dan en Chile (81 años para los hombres y 83.8 para las mujeres) y Costa Rica (80.8 para los hombres y 83.3 para las mujeres), ambas por encima de la media de la OCDE. Las más bajas se dan en Haití (64.3 para los hombres y 66.5 para las mujeres) y Guyana (70 para los hombres y 73.2 para las mujeres).

Para México la esperanza de vida en 2021 fue de 75.2 años pero en comparación con [2019](#) representa un retroceso, cuando era de 75.4 años.

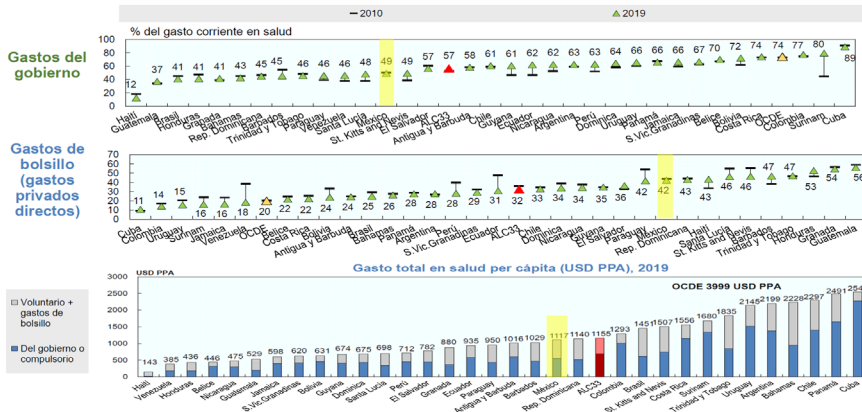




**De 2010 a 2019, se redujo el gasto de bolsillo pero no aumentó el gasto público en salud y la recaudación tributaria no ayuda.**

En promedio, en 2019 el 60% del gasto en salud en los países de ALC proviene del gobierno. En México este porcentaje fue del 49%, mientras que en 2010 era del 50%. Proporción contrastante con el 74% de la OCDE.

En promedio, en 2019 el 32.4 % del gasto en salud de ALC fue gasto de bolsillo. La mayor proporción fue en Guatemala (56%), Granada (54%) y Honduras (52%). En el otro extremo se encuentran Cuba (11%), Colombia (14%) y Uruguay (16%). Por su parte, México reportó en 2019 un gasto de bolsillo de 42.28%, cifra menor a la del 2010 de 43.51%.



De acuerdo con el estudio publicado hace un año por la OCDE, la recaudación tributaria como porcentaje del PIB en nuestro país fue, en 2020, del 17.9%, cifra por debajo del promedio de ALC (21.9%) en la edición 2022 de las [Estadísticas tributarias de América Latina y el Caribe](#) a 4.0 puntos porcentuales y por debajo del promedio de la OCDE (33.5%).

El 6 de noviembre, se presentó el Health at Glance 2023 que, como se recordará, fue antecedida por el Panorama de la Salud de América Latina y el Caribe que se presentó en abril de este año.

Este documento muestra los últimos datos y tendencias comparables del estado de salud de la población y del desempeño de los sistemas de salud de los países integrantes de la OCDE.

Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/deliver/7a7afb35-en.pdf?itemId=/content/publication/7a7afb35-en&mimeType=pdf>

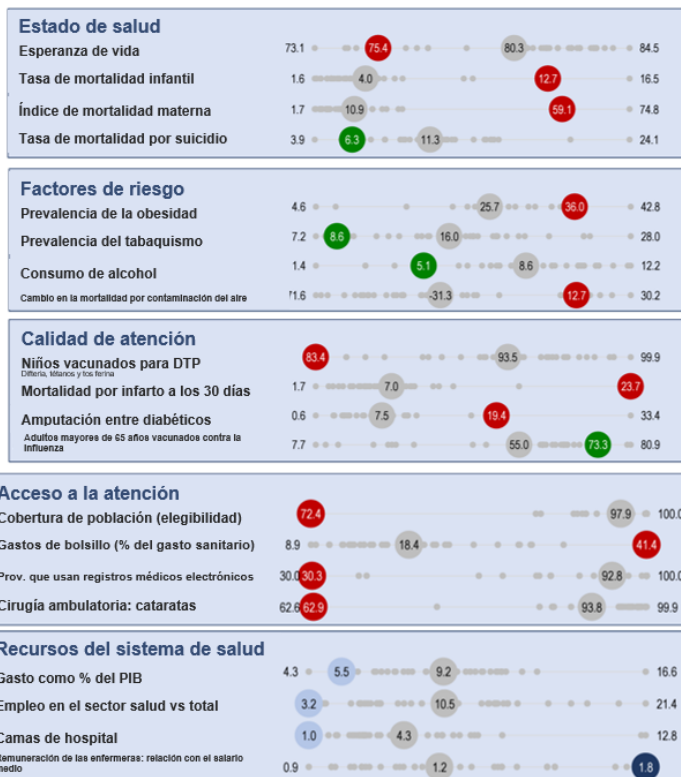
**Estado de Salud de México (2021)**

- La **esperanza de vida** es de **75.4 años**, 4.9 años menos que el promedio de la OCDE.
- La **mortalidad evitable** fue de **435 por cada 100,000 personas**; más alta que el promedio de la OCDE de 158.
- La **mortalidad tratable** fue de **230 por 100,000 personas**, mucho mayor que el promedio de la OCDE de 79.
- México tiene la **tasa más alta** de personas con **diabetes** de la OCDE.

- La población con **cobertura en salud** en México es del 72%, el ultimo lugar de la OCDE quien en promedio mantiene una cobertura del 98%.
- El **gasto en salud por persona** fue de poco menos de **5,000 dólares en promedio**, oscilando entre 12 555 dólares en Estados Unidos y 1 181 dólares en México (ajustados por diferencias en el poder adquisitivo).
- El **gasto per cápita en salud** en México es de **\$1181 dólares**, mientras que el promedio de la OCDE es de \$4986 (USD PPA). Esto equivale al 5.5% del PIB, en comparación con el 9.2% en promedio en la OCDE.
- Del 2015-2019, **el gasto per cápita en salud en términos reales**, subió 0.4%, mientras que del 2019-2022 el gasto cayó 1.1%. Por su parte, en la OCDE, el promedio fue 2.6% y 3.3.%, respectivamente.
- En México hay **2.5 médicos** en ejercicio por cada 1000 habitantes (el promedio de la OCDE es 3.7) y **2.9 enfermeras** en ejercicio (promedio de la OCDE 9.2).
- México tiene **1 cama de hospital por cada 1,000 habitantes**, menos que el promedio de la OCDE de 4.3.

### ¿En qué indicadores México se desempeña bien o mal?

México: ● Mejor ● Peor ● Más alto ● Más bajo ● Promedio de la OCDE ● Otros países de la OCDE



- **Gasto Público pagado en salud al primer bimestre del 2023**

El **balance presupuestario del primer bimestre del año, fue deficitario** por 101 mil 268.6 mdp. Se registraron ingresos por 1 billón 109 mil 736.4 mdp y gasto neto pagado de 1 billón 211 mil 36.9 mdp.

Este **Gasto Neto fue -14.5% menor** respecto a lo calendarizado para mantener en control los principales Balances de Finanzas Públicas, informó la SHCP.

En este bimestre se observa que los ramos administrativos que dejaron **más recursos sin ejercer**, respecto a los programados, fueron: 20 **Bienestar**, -48 mil 399.0 mdp y 21 **Turismo** -28 mil 852.1 mdp. En contraste, solo cuatro ramos administrativos presentaron **sobre ejercicios**. Los de **mayor magnitud** fueron: R18 **Energía** , +7 mil 640.8 mdp y 04 **Gobernación** (208.5 mp).



### Ramo 12. Secretaría de Salud

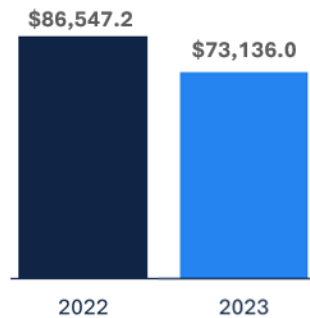
En el primer bimestre del 2023, el **Ramo Administrativo 12. Salud** (Secretaria de Salud), presentó un **subejercicio nominal de 16.8%** pero en **términos reales es de +23.4%**, de acuerdo con el calculo presentado por la SHCP, siendo el ramo con una de las mayores variaciones reales.

El **gasto ejercido del primer bimestre del 2023 es 33% superior al del mismo periodo del 2022** pero el **gasto calendarizado de 2023 es 55% menor que el del 2022: \$28,928.7 mdp**. Pese a esto, el **gasto pagado fue de \$8,178.3**, menor que el actual.



## Función Salud

Dentro del gasto de “Desarrollo Social”, la **Función Salud** fue la única que presentó un subejercicio al primer bimestre de 2023 en comparación con el de 2022. En términos reales representa una **caída de -19.4%**.



### Actualización del ejercicio del gasto en salud: Mayo 2023

Con base en el **Informe mensual de Finanzas Públicas y Deuda Pública** difundido por la SHCP el pasado 30 de junio, el Centro de Estudios de las Finanzas Públicas elaboró la nota **Evolución del Gasto Público Pagado, Enero-Mayo 2023**.

El **Gasto Neto Total Pagado** fue **7.4% menor a lo programado** en el periodo, equivalente en términos absolutos a **246 mil 37 mdp**.

De los 26 Ramos Administrativos, 18 registraron erogaciones inferiores a las programadas y 8 Ramos registraron sobre-ejercicios respecto de lo calendarizado. Las mayores variaciones ocurriendo en Hacienda con un sobre-ejercicio de 431.1% respecto a lo programado, seguido de Energía con 336.2%.

#### Ramos Administrativos, Principales Variaciones, Observado-Programado, Enero-Mayo 2023



FUENTE: elaborado por el CEFP, con información de la SHCP.

En los Organismos de Control Presupuestario Directo (IMSS e ISSSTE), **el ejercicio conjunto fue menor en 47 mil 569.9 mdp** al calendarizado para el periodo; de dicho faltante, 66% correspondió al IMSS y 34% al ISSSTE.

El Ramo Administrativo 12, Salud, tuvo una **contracción** en el periodo enero-mayo por un **monto de 6 mil 533 mdp**, 13.1 % menos que lo aprobado para ese lapso.

Concepto	2022 Enero- Mayo	Enero-Mayo, 2023		Aprobado/Observado		Variación real (2022-2023)
		Aprobado	Observado	Absoluta	Relativa (%)	
Salud	48,378.9	49,945.2	43,411.8	-6,533.5	-13.1	-16.0

Ahora bien, por clasificación funcional por finalidad, la de Desarrollo Social cuyo gasto pagado fue mayor en 4.4 por ciento real, se observó en la función “Salud” un **gasto menor en 10.87 por ciento real al reportado en 2022**. Esto representa, en términos absolutos, un monto total de 29 mil 205 mdp.

En términos comparativos entre 2022 y 2023, el monto de lo erogado para el periodo enero-mayo, este año fue menor en términos absoluto por 11 mil 860.4 mdp, y en relativos **menos 10.8%**, respecto del año pasado.

Gasto Programable en Clasificación Funcional, Enero-Mayo 2022-2023  
(Millones de pesos)

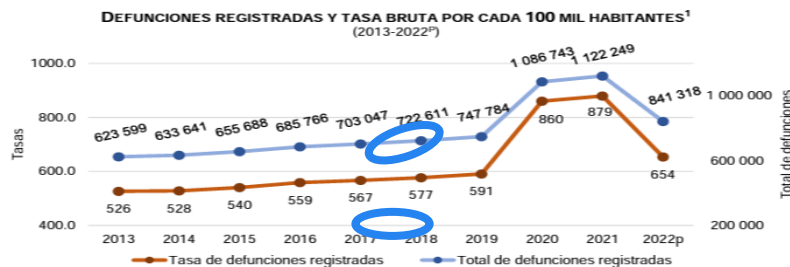
Concepto	Enero-Mayo		Variación (2022-2023)	
	2022	2023	Absoluta	Real %
<b>Desarrollo Social</b>	<b>1,306,722.6</b>	<b>1,458,659.6</b>	<b>151,937.0</b>	<b>4.4</b>
Protección ambiental	5,528.7	7,120.9	1,592.3	20.5
Vivienda y servicios a la comunidad	116,957.0	144,857.8	27,900.8	15.9
Salud	251,888.3	240,027.9	-11,860.4	-10.8
Recreación, Cultura y Otras Manifestaciones Sociales	9,647.5	10,215.9	568.3	-0.9
Educación	302,748.2	349,635.2	46,887.0	8.0
Protección Social	619,650.2	706,508.0	86,857.8	6.7
Otros Asuntos Sociales	302.7	293.9	-8.8	-9.2

El análisis puede consultarse en <https://cefp.gob.mx/cefpnew/presupuestoygasto.php>

- INEGI

## Estadísticas de Defunciones registradas 2022 – INEGI

El 26 de julio de 2023 el INEGI publicó los resultados preliminares de las **Estadísticas de Defunciones registradas 2022**. En México se contabilizaron **841 318 defunciones registradas**, es decir, una tasa de defunciones de **654 por cada 100 mil habitantes**, tasa menor, en 225 unidades, a la de la información definitiva del año anterior (2021).



<sup>1</sup> La tasa de defunciones registradas por cada 100 mil habitantes se presenta como referencia para facilitar la comparación entre años. El estudio de la mortalidad requiere la consideración de las defunciones ocurridas en un año determinado. El denominador para el cálculo de la tasa para el periodo 2013-2019 corresponde a las proyecciones de población 2016-2050 del Consejo Nacional de Población (CONAPO) y a la Conciliación Demográfica de México, 1950-2015. El denominador de los años 2020-2022 corresponde a la estimación de población que elabora el INEGI con base en el Marco de Muestreo de Viviendas. Información preliminar.  
<sup>2</sup> Fuente: INEGI. Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR), 2013 a 2022<sup>2</sup>

A pesar del descenso de las defunciones, aún se presenta un exceso de mortalidad. De acuerdo con la información registrada entre 2015 y 2019, **de enero de 2020 a diciembre de 2022**, se esperaban 2,231,627 defunciones por canales endémicos y 2,366,136 defunciones por el modelo cuasi-Poisson: ocurrieron 3,032,969. Con base en estos resultados, se tiene un **exceso de mortalidad**, por todas las causas, de **801,342** con las

estimaciones de canales endémicos y de **666,833** mediante el modelo cuasiPoisson. Esto representa un exceso de 35.91 y 28.18%, respectivamente.

### Datos de las defunciones

- El 43.8% (368,043) de las defunciones registradas correspondió a mujeres y el **56.1% a hombres** (472,321).
- El **90%** de las defunciones fueron por **enfermedades** y problemas relacionados con la salud y el 10%, por causas externas (accidentes, homicidios y suicidios).
- Las **cinco principales causas de muerte** a nivel nacional fueron: **enfermedades del corazón, diabetes mellitus, tumores malignos, enfermedades del hígado y accidentes.**
- El grupo de edad de **65 años y más** fue el que concentró el mayor número de muertes con 496 708 (59%) de los 841 318 decesos registrados (en 2020 fue el **55.9%**).
- La entidad con la **tasa de defunciones** por cada 100 mil habitantes, más alta fue **Ciudad de México**, con 885 y la de menor, Quintana Roo, con 446.
- Los meses con el mayor número de decesos fueron: **enero (11.8%)** y **febrero (10.76%)**, mientras que los meses con menos defunciones fueron abril (7.25%) y septiembre (7.31%).
- De las muertes registradas, el **39.9%** ocurrieron en **hospitales** públicos y privados y el 48.9% en el hogar.
- De las personas fallecidas, **79.4%** (668,050) **contó con atención médica**, 13.9 % (116,627) no tuvo atención médica y 6.7% (56,641) de los casos fue no especificado.

### Causas de muerte

En primer lugar, durante 2022, están las enfermedades del corazón, seguido de la diabetes y en tercer lugar, los tumores malignos. En comparación con 2021, el COVID ocupó el primer lugar, seguido de las enfermedades del corazón y de la diabetes.

**10 PRINCIPALES CAUSAS<sup>1</sup> DE MUERTE, SEGÚN GRUPOS DE EDAD (2022<sup>2</sup>)**

Rango	Grupos de edad										Total
	<1	1-4	5-9	10-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	
1	Causas externas relacionadas con el periodo prenatal	Medicamentos, cirugías, intervenciones y procedimientos médicos	Accidentes	Accidentes	Accidentes	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Diabetes mellitus	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón
2	Malnutriciones, enfermedades infecciosas, enfermedades parasitarias y enfermedades neoplásicas	Accidentes	Tumores malignos	Tumores malignos	Tumores malignos	Accidentes	Accidentes	Enfermedades del corazón	Diabetes mellitus	Enfermedades del corazón	Diabetes mellitus
3	Accidentes	Tumores malignos	Malnutriciones, enfermedades infecciosas, enfermedades parasitarias y enfermedades neoplásicas	Malnutriciones, enfermedades infecciosas, enfermedades parasitarias y enfermedades neoplásicas	Malnutriciones, enfermedades infecciosas, enfermedades parasitarias y enfermedades neoplásicas	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Accidentes	Tumores malignos	Tumores malignos	Tumores malignos
4	Influenza y neumonía	Influenza y neumonía	Enfermedades infecciosas	Enfermedades infecciosas	Enfermedades infecciosas	Tumores malignos	Tumores malignos	Tumores malignos	Enfermedades del hígado	Enfermedades del hígado	Enfermedades del hígado
5	Suplementos	Enfermedades infecciosas	Enfermedades infecciosas	Enfermedades infecciosas	Enfermedades infecciosas	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del hígado	Enfermedades del hígado	Enfermedades del hígado
6	Enfermedades infecciosas	Enfermedades infecciosas	Enfermedades infecciosas	Enfermedades infecciosas	Enfermedades infecciosas	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del hígado	Enfermedades del hígado	Enfermedades del hígado
7	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del hígado	Enfermedades del hígado	Enfermedades del hígado
8	Tumores de mama	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del hígado	Enfermedades del hígado	Enfermedades del hígado
9	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del hígado	Enfermedades del hígado	Enfermedades del hígado
10	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del hígado	Enfermedades del hígado	Enfermedades del hígado

Fuente: <https://www.inegi.org.mx/app/salaDeprensa/noticia.html?id=8319>

### Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2022

Presentada el 26 de julio 2023 por el INEGI, la cual ofrece un panorama estadístico del comportamiento de factores de ingresos y gastos como montos, procedencia y distribución.

#### **En materia de ingresos, destacamos:**

- **En 2022 el promedio del ingreso corriente trimestral por hogar fue de 63,695 pesos**, lo que representa un aumento del **11 %** en comparación con **2020**.
- **En 2022, los hogares del decil I (13 411 pesos al trimestre)** representan el **2.1 %** del ingreso corriente total, mientras que los del **decil X (200 696 pesos al trimestre)** concentran el **31.5**.
- **La principal fuente de ingreso fue el trabajo (65.7 %)**.
- Los mayores incrementos en fuentes de ingresos se observan en **el trabajo independiente (25.8 %)**, **Ingresos provenientes de otros países (39.2%)** y **Beneficios provenientes de programas gubernamentales (33.6%)**. Mientras que las disminuciones se observaron en: **Becas provenientes del gobierno y de instituciones (-13.2%)** y **los ingresos de otros trabajos (-13.6%)**.
- Destacó en los análisis de la ENIGH 2022, el incremento registrado en los ingresos por Beneficios provenientes de programas gubernamentales entre los que se encuentran las becas Benito Juárez, Pensión para adultos mayores, Jóvenes construyendo el futuro, entre otros. **Si bien aumentaron el número de hogares que recibieron beneficios (28% vs 34%), estos se destinaron en menor proporción a los hogares de menores ingresos. En 2018, el décil de menores ingresos que recibieron apoyos a través de los programas sociales fueron el 23%, en 2020 fueron el 10% mientras que en 2022 fueron solo 9% de los hogares.**

#### **En cuanto al gasto, señalamos:**

- En 2022 el promedio de **gasto corriente** trimestral por hogar fue de **39 965 pesos**.
- El rubro de **alimentos, bebidas y tabaco** representó la **mayor categoría de gasto**, siendo 15 059 pesos los destinados por hogar.
- En contraste, el rubro de **cuidados de la salud** fue el de menor gasto con **1 345 pesos** trimestrales por hogar. Lo que equivale, **por persona** a un gasto trimestral de **392 pesos**.
- **En comparación con 2020 el gasto en salud presenta una disminución de -6.8%. Aunque si se compara con 2018 el gasto de 2022 representa un incremento de 30.9%.**
- Del total del gasto, las familias destinaron en 2022, el 3.4% a salud. En 2020 fue el 4.2%, mientras que en 2018 fue de 2.6%.

Gasto corriente *monetario promedio trimestral* por **grandes rubros de gasto**, según año de levantamiento. (Pesos)

Rubros de gasto	Promedios (pesos)				Variación Porcentual			Proporción porcentual			
	ENIGH 2016	ENIGH 2018	ENIGH 2020	ENIGH 2022	2016-2022	2018-2022	2020-2022	ENIGH 2016	ENIGH 2018	ENIGH 2020	ENIGH 2022
<b>Gasto corriente monetario</b>	<b>38 415</b>	<b>39 147</b>	<b>34 108</b>	<b>39 965</b>	<b>4.0*</b>	<b>2.1*</b>	<b>17.2*</b>	100.0	100.0	100.0	100.0
Alimentos, bebidas y tabaco	13 502	13 787	12 977	15 059	11.5*	9.2*	16.0*	35.1	35.3	38.0	37.7
Transporte y comunicaciones	7 427	7 811	6 331	7 714	3.9*	-1.2	21.8*	19.3	20.0	18.5	19.3
Educación y esparcimiento	4 780	4 742	2 619	3 921	-18.0*	-17.3*	49.7*	12.4	12.1	7.7	9.8
Vivienda y servicios	3 658	3 733	3 746	3 793	3.7*	1.6	1.2	9.5	9.5	11.0	9.5
Cuidados personales	2 840	2 898	2 731	3 075	8.3*	6.1*	12.6*	7.4	7.4	8.0	7.7
Limpieza y cuidados de la casa	2 267	2 297	2 233	2 432	7.3*	5.8*	8.9*	5.9	5.9	6.5	6.1
Vestido y calzado	1 777	1 754	1 018	1 523	-14.3*	-13.2*	49.6*	4.6	4.5	3.0	3.8
<b>Salud</b>	<b>1 037</b>	<b>1 028</b>	<b>1 443</b>	<b>1 345</b>	<b>29.7*</b>	<b>30.9*</b>	<b>-6.8*</b>	<b>2.7</b>	<b>2.6</b>	<b>4.2</b>	<b>3.4</b>
Transferencias de gasto**	1 127	1 096	1 009	1 101	-2.3	0.5	9.2*	2.9	2.8	3.0	2.8

\*\* Transferencias de gasto: corresponden a ayuda en dinero a parientes y personas ajenas al hogar, contribuciones a instituciones benéficas en dinero; pago de servicios del sector público (expedición de pasaporte, actas, licencias, placas, etc.), así como gastos para la compra de regalos destinados a personas ajenas al hogar.

Fuente: [https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2022/?fbclid=IwAR33UtpZtHt6MvDyHnfmUSpO\\_AkU\\_vjn7qFLFJOrfy4\\_7tcsnCBzEb7U#Documentacion](https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2022/?fbclid=IwAR33UtpZtHt6MvDyHnfmUSpO_AkU_vjn7qFLFJOrfy4_7tcsnCBzEb7U#Documentacion)

- En detalle, se observa que del **gasto en salud**, el 25% corresponde a servicios médicos, el **24% a medicamentos recetados**, 19% a atención hospitalaria y el **8% a medicamentos sin receta y material de curación**.
- El gasto corriente trimestral por hogar en medicamentos en 2022 cayó 11% en comparación con 2020; sin embargo, en comparación con 2018 aumentó 36%. Complementariamente, el gasto en medicamentos sin receta y material de curación cayó en 2022, 38%, mientras que en comparación con 2018 subió 73%.

## Gasto en Salud detallado

Rubro de gasto en cuidado de la salud	Gasto promedio por hogar trimestral (pesos de 2022)				Variación porcentual		
	2016	2018	2020	2022	2016-2022	2018-2022	2020-2022
Servicios médicos	273.7	270.9	341.9	339.9	24%	25%	-1%
Medicamentos recetados	248.4	239.6	366.2	326.3	31%	36%	-11%
Atención hospitalaria (no incluye parto)	188.2	204.0	275.2	251.6	34%	23%	-9%
Servicios médicos y medicamentos durante el embarazo	32.8	29.1	34.8	33.3	1%	14%	-4%
Servicios médicos durante el parto	41.7	49.7	52.0	66.6	60%	34%	28%
Medicamentos sin receta y material de curación	58.1	62.6	173.9	108.2	86%	73%	-38%
Medicina alternativa	31.0	29.0	29.3	29.8	-4%	3%	2%
Aparatos ortopédicos y terapéuticos	87.8	82.2	79.8	99.4	13%	21%	25%
Seguro médico	75.4	60.9	89.8	90.0	19%	48%	0%
<b>Gasto total en cuidado de la salud</b>	<b>1,037.0</b>	<b>1,028.0</b>	<b>1,443.0</b>	<b>1,345.1</b>	<b>29.7%</b>	<b>30.8%</b>	<b>-6.8%</b>

Fuente: [https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2022/?fbclid=IwAR33UtpZtHt6MvDyHnfmUSpO\\_AkU\\_vjn7qFLFJOrfy4\\_7tcsnCBzEb7U#Documentacion](https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2022/?fbclid=IwAR33UtpZtHt6MvDyHnfmUSpO_AkU_vjn7qFLFJOrfy4_7tcsnCBzEb7U#Documentacion)

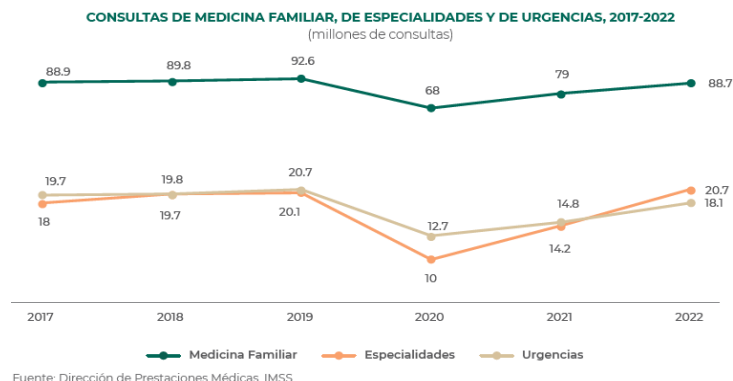
- **IMSS**



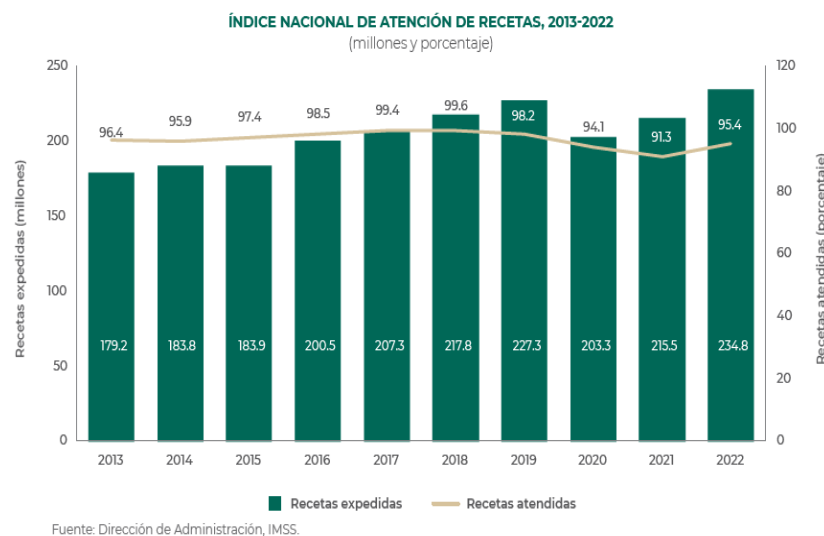
## Informe al Ejecutivo y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del IMSS 2022-2023

Publicado el 01 de julio 2023 el instituto menciona que, cuenta con suficiencia financiera por más de una década, no obstante, también revelan riesgos importantes como:

- Un creciente costo de la atención médica, principalmente por enfermedades crónico-degenerativas, lo cual representa una presión del gasto para el Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM), el cual muestra un balance actuarial deficitario (75,312 MDP).
- La necesidad imperante de expansión en la infraestructura para brindar atención médica preventiva y curativa, así como de equipo médico y personal de salud, que permita atender el requerimiento de servicios de un número de personas derechohabientes cada vez mayor.
- El aumento de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles genera un importante impacto en las finanzas institucionales, que puede agravarse si persisten sus tasas de incidencia y prevalencia. La Diabetes y la Hipertensión se han posicionado como las principales causas de gasto médico para el Instituto, desde hace más de una década.
- En 2022, el número de pacientes atendidos por Diabetes, Hipertensión e Insuficiencia renal crónica fue de 3.3 millones, 5.1 millones y 79 mil, respectivamente.
- Estas tres enfermedades acumularon 8.5 millones de pacientes, cifra equivalente a 14% de la población adscrita a Unidades de Medicina Familiar.
- El gasto médico para 2022, para estas tres enfermedades se estima en 109,958 MDP, del cual se asocia:
  - ✓ a la Diabetes 46% (50,619 MDP);
  - ✓ a la Hipertensión 35% (37,969 MDP), y
  - ✓ a la Insuficiencia renal crónica 19% (21,370 MDP).
- La suma del gasto de estos padecimientos equivale al 27% de los ingresos tripartitas del Seguro de Enfermedades y Maternidad registrados en 2022.



- En 2022 se otorgaron 88.7 millones Consulta Externa de Medicina Familiar, cuyos 10 principales motivos de atención representaron 69% del total. 20.7 millones de servicios de Consulta Externa por Especialidades, donde los 10 principales motivos de atención representaron 42% del total, mientras que en Urgencias, en total fueron brindadas 18.1 millones de consultas, de las cuales 59% se concentró en los 10 principales motivos de consulta.
- En cuanto al Índice Nacional de Recetas, este cayó de 2018 (99.6%) a 95.4% en 2022.
- Para lograr el suministro oportuno, se han debido instrumentar diferentes estrategias por parte del IMSS: instalación de comités locales de abasto, sustitución terapéutica, seguimiento a claves problemáticas, etc.



El informe íntegro puede consultarse en: <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/informe-2022-2023>

- **CONEVAL**

### Estudio sobre el derecho a la salud 2023 – Coneval

El 24 de julio, el CONEVAL presentó el **Estudio sobre el derecho a la salud 2023: un análisis cualitativo**, para identificar posibles brechas en el acceso efectivo a este derecho en el marco de la implementación de las reformas en el sector y enfocado en la población sin seguridad social.

El estudio presenta resultados en dos ámbitos: el del análisis del ejercicio del derecho a la salud y el de la implementación de las reformas en los SESA. Respecto de las tres dimensiones del ejercicio del derecho a la salud, se halló:

#### Accesibilidad

- a. Existe **desconocimiento sobre los derechos** que tienen los **usuarios en materia de salud**; hay vaguedad sobre las funciones del nuevo sistema e incluso se percibe que el SP sigue vigente.
- b. Los **usuarios consideran que no pueden acceder a los servicios** públicos al **no estar afiliados al IMSS o al ISSSTE**, por lo que no van a consultas.
- c. Los **funcionarios señalan que la terminación del Programa Prospera impactó en la difusión** sobre los servicios de salud disponibles.
- d. Así, las personas que acudían a los centros de salud para consultas o pláticas de prevención **ahora asistan únicamente cuando están enfermas y demandan la atención médica.**

### **Disponibilidad**

- a. **Funcionarios** señalan que la **falta de médicos especialistas**, son una **limitación para la provisión efectiva** de los servicios de salud.
- b. Un elemento importante **para garantizar la disponibilidad del derecho a la salud es la existencia de medicamentos y materiales de curación**, ya que estos insumos son parte de la atención médica y continuidad del servicio.
- c. Los **usuarios** mantienen la **percepción de que existe un desabasto de medicamentos, ya que estos no son entregados de manera regular o hay ocasiones en las que no están en existencia**

### **Calidad**

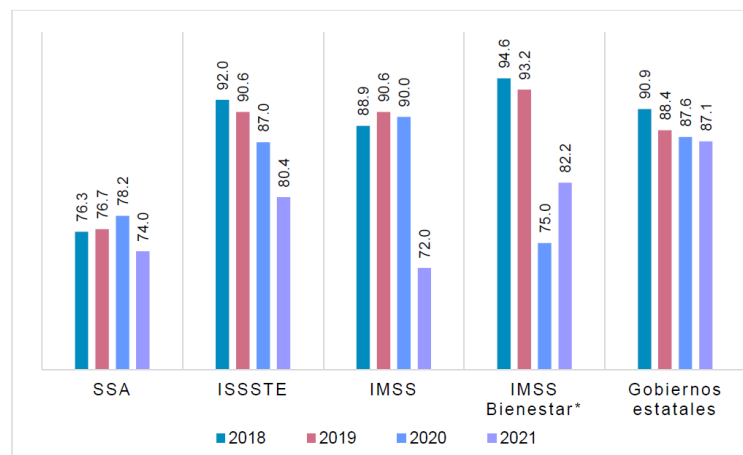
- a. **Largos tiempos de espera** es una de las principales barreras para acceder oportunamente a la atención médica.
- b. Hay casos en que los **usuarios han sido rechazadas** de las unidades médicas **por la alta demanda de atención**, por lo que **tienen que recurrir a los servicios privados**, por lo que ahora asistan únicamente cuando **están enfermas y demandan la atención médica.**
- c. Los **usuarios perciben que médicos y enfermeros muestran preocupación por las condiciones de los pacientes**, dan seguimiento al tratamiento y se muestran empáticos con las personas.
- d. También hay **valoración positiva** de los usuarios sobre el **seguimiento y orientación de los tratamientos.**

### **Surtimiento completo de medicamentos**

- a. El Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) de la Secretaría de Salud muestra que el **porcentaje de surtimiento** completo de medicamentos por primera vez **en el primer nivel de atención ha ido en detrimento en los últimos años para distintas instituciones públicas.**

- b. Con los datos del INDICAS, se aprecia que **la caída más relevante ha ocurrido en instituciones federales**, considerando que SSA debe concentrarse en los INS y HAE, en contraste con los Gobiernos Estatales.

Gráfica 11. Porcentaje de surtimiento completo de medicamentos a la primera vez por institución en el primer nivel de atención, México, 2018-2021



\*Antes de 2018 IMSS-BIENESTAR era IMSS-PROSPERA y antes de 2014 era IMSS-Oportunidades.  
Fuente: elaborado por el CONEVAL con base en Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) de la SSA. Se considera el promedio cuatrimestral de cada año.

### Resultados: implementación LGS

Entre los factores que limitan el ejercicio efectivo del derecho a la salud:

- El **rediseño** de la estructura organizacional del **Sistema de Salud** para **fortalecer** normativamente **la rectoría** y liderazgo estratégico de la Secretaría federal, en **coordinación** con las entidades federativas. Esta modificación **causa incertidumbre**, pues **posee** posibles **implicaciones** para atender necesidades locales de manera efectiva.
- La **pérdida de eficiencia en la distribución y entrega de medicamentos** ocurrida con la consolidación de las compras, la **disminución en medicamentos especializados y oncológicos**, y el **reto de garantizar la distribución oportuna** para que las entidades federativas dispongan de los insumos médicos necesarios para brindar una atención adecuada.
- Los **problemas de coordinación interinstitucional** entre el Gobierno federal y los sistemas estatales de salud.

El **acceso a la atención médica especializada** está **limitado** por tres factores:

- Los costos de traslado, los gastos de alimentación y de hospedaje por el tiempo que dure el tratamiento.
- Existen entidades federativas que no cuentan con hospitales de tercer nivel de atención, lo cual agrega obstáculos para las personas sin seguridad social
- En muchas entidades federativas **no hay suficiente personal especializado**, lo cual se agrava al analizar las zonas rurales.

En el **Estudio** se observan problemas de política y gestión públicas en al menos tres dimensiones:

- Organización:** como ampliar funciones de segundo nivel de atención a espacios diseñados para la prestación de servicios de primer nivel;
- Gerencia:** se carece de una expresa política de difusión que señale cuáles son las funciones que en las dos transiciones (SESA-INSABI y SESA-IMSS B) realizan o realizarán las áreas administrativas y de prestación de servicios.
- Operativa:** al suprimir plazas que realizan, al mismo tiempo, funciones administrativas para pasarlas a la dirección general de los hospitales, cuando existen.

El estudio completo puede consultarse en: [https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/E\\_Derecho\\_Salud\\_2023.pdf](https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/E_Derecho_Salud_2023.pdf)

### Informe al Medición de la pobreza 2022 - Coneval

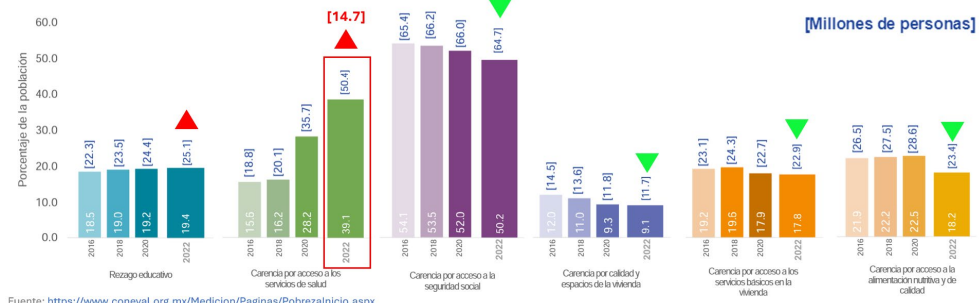
El 10 de agosto de 2023 el Coneval presentó su informe Resultados de pobreza en México 2022, en el que se informó que la población en situación de pobreza (moderada y extrema) se redujo, al pasar de 55.7 en 2020 a 46.8 millones de personas (36.3% población del país). Sin embargo, la población con carencias sociales se incrementó 38%, al pasar 30 en 2020 a 37.9 millones de personas en 2022.

Una persona con carencia por acceso a servicios de salud significa que no cuenta con adscripción o afiliación a las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, Pemex, Ejército o Marina), a servicios médicos privados, o bien, no se encuentra afiliado o inscrito al Seguro Popular, o no reportó tener derecho a recibir los servicios que presta el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI).

### Porcentaje y número de personas por indicador de carencia social

Las personas que presentaron carencia por acceso a los servicios de salud pasaron de 16.2% a 39.1% entre 2018 y 2022, es decir, de 20.1 a 50.4 millones de personas en esta situación, respectivamente.

### Porcentaje y número de personas por indicador de carencia social



Al igual que en mediciones previas, en 2022 la afiliación al IMSS, así como al Seguro Popular o tener derecho al INSABI fueron las dos instituciones que presentan el mayor porcentaje de población afiliada o adscrita.

Es el Seguro Popular o INSABI el que presentó la mayor diferencia a la baja, tanto en comparación con 2020 como con 2018.

#### CARENCIA POR ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

Población afiliada* a:	Miles de personas				variación (%) 2022	
	2016	2018	2020	2022	vs 2018	vs 2020
Seguro Popular   Seguro Popular o que tiene derecho al INSABI <sup>2</sup>	54,621	52,135	34,098	16,885	-68%	-50%
IMSS	42,874	45,193	47,089	49,389	9%	5%
IMSS-Prospera   IMSS-Prospera/IMSS-Bienestar <sup>3</sup>	1,226	424	394	550	30%	39%
ISSSTE	6,771	6,771	7,057	6,862	1%	-3%
ISSSTE estatal	1,662	1,724	1,849	2,018	17%	9%
Pemex, Defensa o Marina	1,012	951	1,013	1,169	23%	15%
Seguro privado de gastos médicos	1,005	979	1,036	1,191	22%	15%
Otra institución médica distinta de las anteriores	1,023	897	883	922	3%	4%
Acceso a servicios médicos de manera indirecta <sup>4</sup>	2,227	2,171	3,102	3,880	79%	25%

\* Cabe señalar que una persona puede estar afiliada a más de una institución.

<sup>1</sup> Pregunta válida hasta 2018: Actualmente, ¿se encuentra usted afiliado o inscrito al Seguro Popular?

<sup>2</sup> A partir de 2020, se reporta la población que respondió tener derecho a los servicios del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), lo anterior de acuerdo con el cuestionario de la ENIGH 2020 y 2022. Pregunta: Actualmente, ¿se encuentra usted afiliado o inscrito al Seguro Popular o tiene derecho a los servicios del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)?

<sup>3</sup> A partir de 2020, se reporta la población que respondió estar afiliado o inscrito o que tiene acceso a atención médica en el IMSS-Prospera o IMSS-Bienestar, lo anterior de acuerdo con el cuestionario de la ENIGH 2020 y 2022.

<sup>4</sup> Identifica aquellas personas que no reportaron estar afiliadas o inscritas para recibir atención médica de parte de alguna institución incluyendo el Seguro Popular o no reportó el derecho a los servicios del INSABI; sin embargo, recibe atención por lo que se considera a la población que tiene acceso a través de las redes de parentesco definidas por la ley (núcleos familiares).

#### Hallazgos del estudio en materia de salud

- Entre 2020 y 2022, el porcentaje de personas con carencia por acceso a los servicios de salud a nivel nacional pasó de 28.2% a 39.1% respectivamente, lo cual representó pasar de 35.7 a 50.4 millones de personas con esta carencia. Es decir, 14.7 millones de personas más reportaron no estar afiliadas, inscritas o no tener derecho a recibir servicios de salud en una institución pública o privada. En el periodo de 2018 a 2022, el porcentaje de la carencia por acceso a los servicios de salud aumentó más del doble.
- Las personas con menores ingresos reportaron una mayor incidencia en la carencia por acceso a los servicios de salud. Considerando los resultados según decil de ingreso corriente total per cápita se observa que para 2022 en promedio, 6 de cada 10 personas (58.1%) del 30% de la población con menores ingresos presentaba dicha carencia, en contraste, en el último decil, el 18.2% de las personas presentó esta carencia.
- La carencia por acceso a los servicios de salud fue más pronunciada en el ámbito rural, pues entre el 2020 y el 2022, el porcentaje de las personas con esta carencia pasó de 30.5% a 54.8% en las zonas rurales, lo que representó pasar de 8.9 a 17.4 millones de personas, mientras que en el ámbito urbano la diferencia, menor, fue de 27.4% a 33.9%, pasando de 26.7 a 33 millones de personas.
- En el 2022, las tres entidades que presentaron el mayor porcentaje de población con carencia por acceso a los servicios de salud fueron Chiapas (66.1%), Oaxaca (65.7%) y Guerrero (52.7%), mientras que las entidades federativas en las que se observa un menor porcentaje de la población con carencia por acceso a los servicios de salud fueron Baja California Sur (17.3%), Coahuila (19.7%) y Chihuahua (21.5%).

- e. La dinámica de transición administrativa y operativa, ante la desaparición del Seguro Popular y la instauración del INSABI, ha impactado la afiliación y la identificación del derecho al acceso a los servicios de salud por parte de la población, fenómeno que se traduce en un desafío operativo y estratégico para las autoridades sanitarias: es fundamental la colaboración entre instituciones, la adaptación de políticas a las realidades locales y una revisión continua de la eficacia de las estrategias existentes, según Coneval.

El informe íntegro puede consultarse en:  
<https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezaInicio.aspx>

- **Tesis jurisprudencial 1a./J. 151/2023 (11a.)**

Se compartió que la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación resolvió por unanimidad de votos el **Juicio de Amparo No. 88/2022** estableciendo las Jurisprudencias No. 151/2023, 152 /2023 y 153/2023 que, con fundamento en el artículo 223 de la Ley de Amparo, que señala: Las razones que justifiquen las decisiones contenidas en las sentencias que dicten las salas de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, constituyen precedentes obligatorios para todas las autoridades jurisdiccionales de la Federación y de las entidades federativas cuando sean tomadas por mayoría de cuatro votos. Las cuestiones de hecho o de derecho que no sean necesarias para justificar la decisión no serán obligatorias (Artículo 223).

Dichas jurisprudencias en materia de Derecho a la Salud, dicen:

**Registro 2027440.- Tesis 1ª./J. 151/2023 (11ª). Ante enfermedades que implican el suministro de medicamentos de forma periódica, el estado tiene un deber de diligencia que deberá potencializarse con un carácter reforzado.**

Esta Jurisprudencia establece la obligación de que el medicamento debe ser suministrado al paciente en forma oportuna a través de las instituciones de salud. Las autoridades deben planear y adoptar las medidas necesarias para que no se dé la situación de desabasto.

**Registro 2027439.- Tesis: 1ª./J.152/2023 (11ª). Las autoridades del estado incumplen con su obligación de implantar acciones para medir y favorecer ese derecho, cuando no entregan oportunamente el medicamento requerido por el paciente.**

Señala que la omisión por parte de las autoridades de salud de no entregar oportunamente el medicamento requerido por el paciente potencializa y agrava la condición de salud del paciente en menoscabo de su salud, por lo que el estado debe establecer acciones necesarias cuando el paciente requiere la toma periódica de medicamentos, sobre todo derivada de enfermedades crónicas.

**Registro 2027441.- Tesis 1ª./J.153/2023 (11ª). Procede reembolsar el pago de medicamentos adquiridos por el paciente, derivado de la omisión y suministro tardío por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ante la urgencia de no poner en riesgo su salud.**

Con esta Jurisprudencia estableció la obligación del Instituto Mexicano del Seguro Social de reembolsar al paciente el pago de los gastos erogados por el paciente con motivo de la

adquisición del medicamento requerido, ante la falta de suministro de dicho medicamento prescrito.

- **Informe de la Auditoría Superior de la Federación de la Cuenta Pública 2021**

Conforme lo establece nuestra legislación, la Auditoría Superior de la Federación (ASF) entregó el 20 de febrero 2023 a la Comisión de Vigilancia de la Cámara de Diputados la **tercera y última entrega de informes individuales y el Informe General de los Resultados de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2021**. En total, se realizaron 2, 050 auditorías, que resultaron en un total de 5 478 acciones y observaciones con un posible daño al erario de \$64 mil 835 MDP de los que, al 31 de enero se habían recuperado \$2 mil 217 MDP.

En total, en Desarrollo Social se realizaron **12 auditorías** (11 de cumplimiento y 1 de Desempeño) en el **Sector Salud y 98 de Salud en el Gasto Federalizado**. Estas últimas para los programas: Programa de Atención a la Salud, Programa de Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral y Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a las 32 entidades del país, al INSABI y a la Secretaría de Salud.

Se presentaron los resultados de tres auditorías:

**Auditoría 132: Adquisición Consolidada de Medicamentos y Material de Curación INSABI para ISSSTE y el IMSS.**

Realizada con el objetivo de fiscalizar la gestión financiera del presupuesto ejercido en la adquisición consolidada de medicamentos y material de curación realizadas por la **UNOPS** y por el **INSABI** para comprobar que las erogaciones se hayan ejercido conforme a los montos aprobados y las disposiciones legales y normativas.

La ASF informó que en el ejercicio 2020 el INSABI realizó pagos a la UNOPS por \$22,382.13 MDP y \$23,888.85 MDP para el ejercicio 2021. Los recursos erogados fueron con cargo al FONSABI en las subcuentas “Atención de Enfermedades que Provocan Gastos Catastróficos” y “Recursos transferidos conforme al artículo 2º Transitorio de la Ley General de Salud”. Ambos pagos (\$46,270.98 MDP) están señalados en las notas de los estados financieros del INSABI reportados en la Cuenta de la Hacienda Pública del ejercicio 2021.

Derivado del dictamen realiado, la ASF concluyó:

- **No se cumplió con la totalidad de las necesidades de medicamentos y material de curación** de las Instituciones Públicas Participantes (IPP) requeridas al INSABI, toda vez que de la demanda de 3 485 claves solicitadas por las 41 IPP en el mes de noviembre de 2020 y notificadas a la UNOPS, sólo se adjudicaron 1 050 claves, es decir, el 30.1%.
- De las **2 435 claves excluidas** por la UNOPS, el INSABI efectuó las adjudicaciones directas consolidadas en las que se **consideraron sólo 986 claves**, durante el periodo del 22 de junio al 18 al julio de 2021 en las que participaron 37 IPP.



- Por su parte, de la demanda inicial del **IMSS** por **1 852 claves**, se ratificaron 1 149 claves; sin embargo, únicamente se adjudicaron **662** claves de las compras **UNOPS** y **389** claves en las adjudicaciones directas efectuadas por el **INSABI**.
- En el caso del **ISSSTE**, de la demanda inicial por **898 claves**, se ratificaron 793 claves de las que únicamente se adjudicaron **471** claves de las compras **UNOPS** y 94 claves en las adjudicaciones directas efectuadas por el **INSABI**.

Ante esto, las **recomendaciones realizadas por la ASF** fueron en el sentido de instar al INSABI a que **“Fortalezca sus mecanismos de control y supervisión”**.

En relación con la **UNOPS**, la ASF recomendó al **Organo Interno de Control** del INSABI que “realice las investigaciones pertinentes y, en su caso, inicie el procedimiento administrativo correspondiente por las irregularidades de los **servidores públicos que, en su gestión, no supervisaron que se contara con la información que acredite el monto pagado por concepto de presupuesto para los costos de adquisiciones, gerencia y operaciones, así como de los costos indirectos** del Proyecto de Implementación denominado Adquisición de Medicamentos y Material de Curación formalizado mediante el Acuerdo Específico suscrito entre el Instituto de Salud para el Bienestar y la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos, en incumplimiento de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 134, párrafo primero y de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, artículo 1, párrafo segundo”.

#### **Auditoría 137: Recursos para la Adquisición de Bienes e Insumos Destinados para la Atención de la Pandemia por el Virus SARS - CoV2 (COVID-19) al INSABI**

De los recursos reportados como ejercidos por el **INSABI** por \$1,480.4 MDP con cargo al FONSABI, la ASF seleccionó para su revisión un monto ejercido de \$1,038.7 MDP correspondientes a pagos por concepto de adquisición de bienes y servicios para la atención de la pandemia de COVID-19.

Se encontraron deficiencias en la supervisión de los recursos ejercidos. Por ejemplo, no se contó con **actas de entrega-recepción** de diversos insumos, no se supervisó la **garantía**, que se **entregaran en tiempo**, ni con la **documentación** que garantizará su **seguridad y eficacia**: periodo de **caducidad**, **registro sanitario vigente**; licencia sanitaria vigente, aviso del funcionario y responsable sanitario vigente; certificado analítico de los lotes; instructivos; etiquetas de los envases primario, secundario y colectivo, etc.

#### **Auditoría 2035: Adquisición Consolidada y Distribución de Medicamentos Oncológicos al INSABI-UNOPS, IMSS, ISSSTE, INCAN y HIMFG**

El objetivo de esta auditoría fue fiscalizar la gestión financiera del presupuesto ejercido en la adquisición consolidada y distribución de medicamentos oncológicos para comprobar que se ejerció y registró conforme a los montos aprobados, y de acuerdo con las disposiciones legales y normativas.

La ASF determinó que, de los recursos pagados por el INSABI a la UNOPS, no se conoció el monto pagado detallado por los costos de adquisiciones, gerencia y operaciones, así como de los costos indirectos.

Además, el INSABI no contó con la información de la cantidad de medicamentos oncológicos entregados a cada una de las 32 Instituciones Públicas (IPP) por parte de la UNOPS.

En terminos generales, de **las 61 claves priorizadas** (1,894,126 piezas de medicamentos oncológicos) requeridas al 31 de marzo de 2021 **únicamente se entregó**, a esa fecha, el **1.1% de las piezas solicitadas** (10 claves por 21,484 piezas) y el **INSABI no acreditó cómo se cubrió la demanda de las restantes 51 claves** prioritarias con 1,872,642 piezas.

Cabe mencionar que las recomendaciones y acciones que se presentan en las Auditorías están sujetas a un proceso de seguimiento de 30 días hábiles para que las entidades fiscalizadas emitan sus consideraciones pertinentes.

Para la siguiente revisión, según informa el Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización de la Cuenta Pública 2022 se contempla realizar las siguientes auditorías:

- a) Instituto Mexicano del Seguro Social (**IMSS BIENESTAR**): Transición del Programa IMSS-Bienestar al Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar
- b) **Instituto de Salud para el Bienestar:**
  - Adquisición Consolidada de Medicamentos y Material de Curación
  - Control Interno y Gobernanza del Instituto de Salud para el Bienestar
  - Programa de Atención a la Salud
  - Programa de Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral
  - Recursos para la Adquisición de Bienes e Insumos Destinados para la Atención de la Pandemia por el Virus SARS-CoV2 (COVID-19)
- c) **Instituto Mexicano del Seguro Social:** Adquisición de Medicamentos por parte de los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada y Unidades Médicas de Alta Especialidad
- d) **Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz:** Atención a la Salud Mental en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
- e) **Secretaría de Salud:**
  - Control Interno y Gobernanza del Sistema de Institutos Nacionales de Salud
  - Erogaciones por Bienes y Servicios
  - Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud
  - Atención a la Salud Mental
- f) **Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva:** Prevención y Control del Cáncer de la Mujer

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia: Adquisición y Distribución de Vacunas COVID-19.

- **Facultades BIRMEX**

El 22 de diciembre de 2023 se publicó en el DOF el “ACUERDO por el que se instruye a la Secretaría de Salud, a Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, S.A. de C.V., al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, al Instituto

Mexicano del Seguro Social y a Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar llevar a cabo las acciones que se indican”.

Se conforma de cuatro artículos y siete transitorios. **Se instruyó a BIRMEX como área consolidadora para que, en colaboración con la Ssa, el ISSSTE, el IMSS e IMSS-BIENESTAR realice los procedimientos de contratación consolidada de los medicamentos e insumos para la salud a favor de dichas instituciones como áreas requirentes y contratantes.**

[https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5712407&fecha=22/12/2023#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5712407&fecha=22/12/2023#gsc.tab=0)

El 26 de enero del 2024 se publicó el Aviso mediante el cual se da a conocer la liga electrónica que redirige a los Lineamientos para los Procedimientos de Contratación Consolidada de Medicamentos e insumos para la Salud: <https://datos.birmex.gob.mx/wp-content/uploads/2024/01/LINEAMIENTOS-PARA-LOS-PROCEDIMIENTOS-DE-CONTRATACION-CONSOLIDADA.pdf>

El objetivo, cita el documento, es establecer las directrices que deberán observarse para llevar a cabo los **procedimientos de contratación consolidada para la adquisición de Medicamentos e Insumos para la Salud** en la Administración Pública Federal, con el propósito de obtener las mejores condiciones en cuanto precio, calidad y oportunidad.

Los lineamientos se dividen en 5 etapas en las que se describe el proceso, a saber:

#### 1. **De la contratación consolidada**

- **Análisis de viabilidad** que realizará la DAF en colaboración con las Entidades participantes.
- BIRMEX difundirá la **lista de medicamentos e insumos para la salud**.
- El ISSSTE, el IMSS y el IMSS-BIENESTAR están **obligados** a las Consolidadas, **en los términos que se acuerden entre ellas**.
- BIRMEX en coordinación con SS, el ISSSTE, el IMSS y el IMSS-BIENESTAR, en apego al CNIS, así como de la COFEPRIS, realizará los **anexos técnicos**, así como los **términos y condiciones** de los medicamentos e insumos susceptibles de ser contratados; así como para **agregar la demanda** por parte de las Entidades participantes.
- La **planeación de la demanda** por parte de las entidades debe contener **pronósticos** de demanda de corto, mediano y largo plazo, identificación de padrones de la **demanda, estacionalidades y tendencias**.
- BIRMEX coordinará una **Comisión** con las Entidades participantes para realizar un **análisis final de la demanda agregada** y de la **investigación de mercado**, así como generar el análisis de precios y condiciones de medicamentos de patente y fuente única.
- La **Unidad de Administración y Finanzas (UAF)** de las entidades se encargarán (entre otras) de supervisar la elaboración, formalización y administración de los

**contratos**; realizar los **pagos**, deducciones o penas y de incorporar a **Compranet** la información de los contratos y convenios de la contratación consolidada.

## 2. De la consolidación de contrataciones e integración de información

- BIRMEX en coordinación con las Entidades, elaborará el acuerdo de consolidación y emitirá la convocatoria
- BIRMEX determinará, conjuntamente con las Entidades, con base en la información que se desprenda del resultado de la Investigación de Mercado, el procedimiento de contratación que corresponda
- Para la determinación de la suficiencia presupuestaria, se tomarán como referencia los precios que resulten de la Investigación de Mercado, BIRMEX dará a conocer dicha información a las UAF

## 3. Del procedimiento de consolidación

- El procedimiento para la Contratación Consolidada de medicamentos e insumos para la salud se llevará a cabo de conformidad con lo previsto en **la Ley de Adquisiciones, su Reglamento y demás normatividad vigente aplicable**.
- En el procedimiento de Contratación Consolidada se aplicará, en lo conducente, las Políticas Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Prestación de Servicios de Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México (**POBALINES**) salvo algunas salvedades que se mencionan, como por ejemplo que la Dirección de Administración y Finanzas de Birmex (DAF) fugirá como área especializada para la realización de la Investigación de Mercado.
- El **Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de Birmex (CAAS)** dictaminará los supuestos de **excepción a la licitación pública** de los procedimientos consolidados, en cuyas sesiones deberán participar los servidores públicos designados.

## 4. De la elaboración, administración y seguimiento del contrato

- Birmex notificará el resultado del procedimiento consolidado al día hábil siguiente a la publicación del fallo o a la notificación de la adjudicación
- La elaboración, suscripción de los **contratos, convenios, administración, pagos** y en su caso, las **deducciones** por incumplimiento y la aplicación de las **garantías**, estará a cargo de las Unidades de Administración y Finanzas o equivalentes (**UAF**) de las Entidades participantes.
- Las **UAF** de las Entidades participantes deberán remitir a la Dirección de Administración y Finanzas de Birmex (DAF), en los 3 días hábiles posteriores a su formalización, una **copia de los contratos y convenios** que deriven de los procedimientos de contratación consolidada.

- La formalización de los contratos derivados del procedimiento de contratación consolidado y sus convenios deberá realizarse a través de los modelos aprobados por la **SFP en el módulo de CompraNet denominado Formalización de Instrumentos Jurídicos** o conforme a su normatividad vigente aplicable.

## 5. Autorización de liberación

- La liberación de claves de medicamentos procederá de manera inmediata cuando se cumplan cualquiera de los siguientes supuestos:
- **Cuando se agoten dos procedimientos consecutivos de contratación consolidada** sin que se hayan adjudicado las claves requeridas, las entidades participantes con la publicación del fallo o la notificación de la adjudicación procederán a las adquisiciones de esas claves.
- Cuando habiendo sido adjudicadas y el proveedor incumpla con la entrega en tiempo y forma de las claves requeridas y una vez agotado el procedimiento de rescisión, terminación anticipada o disminución de hasta el diez por ciento, **las entidades participantes podrán llevar a cabo la compra sin necesidad de mediar la autorización expresa de Birmex**. En este caso, para el debido control de la demanda consolidada, las Entidades solo deberán notificar a Birmex las claves y cantidades adjudicadas.

- **Programa Nacional de Normalización**

El 30 de enero la Secretaría de Economía publicó en el DOF el [Programa Nacional de Infraestructura de la Calidad 2024](#) en el que la Secretaría de Salud incluyó 44 proyectos siendo 21, normas vigentes a ser canceladas. Se incluyen las normas relacionadas con pademientos como son Tuberculosis, diabetes mellitus, cáncer cérvico uterino, hipertensión, cáncer de mama, cáncer de la próstata, sobrepeso y la obesidad, entre otras.

La justificación de su cancelación es idéntica en todos los casos y hace alusión a que “estas normas describen realidades inexistentes, que son disonantes con otras disposiciones de jerarquía superior que ya han sido renovadas, que ya no responden a las necesidades actuales de atención, entre otras”. Es por ello que señalan: “se hace necesaria la transformación normativa, mediante el establecimiento de nuevas Normas Oficiales Mexicanas que permitan la vinculación entre la inteligencia en salud, la regulación y fomento sanitario y la priorización en salud pública, así como la coordinación entre sectores, siempre acordes al conocimiento social y evidencia científica disponible. Estas normas servirán como herramientas fundamentales para el desarrollo de políticas públicas en salud y el fomento de entornos saludables, asegurando regulaciones técnicas y operacionales actualizadas. Esto permitirá una atención en salud, eficaz y centrada en las necesidades actuales de la población, cumpliendo con el derecho fundamental de toda persona a la protección de su salud”.

Al respecto, informamos que **no tenemos conocimiento de si el Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Salud Pública (CCNNSP) presentó ya las propuestas de cancelación de las normas mencionadas** puesto que la Ley de Infraestructura de la Calidad en su antepenúltimo párrafo del Artículo 29 señala que, dentro de los 30 días siguientes a la publicación del Programa Nacional de Infraestructura de la Calidad en el Diario Oficial de la Federación, la autoridad normalizadora en su carácter de

Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización respectivo, deberá presentar ante el Comité las normas incluidas en el programa y en caso de no hacerlo, los temas relacionados en el Programa serían automáticamente eliminados.

Así mismo, en el artículo 41 y 42 de dicha Ley se establecen los requisitos y procedimientos para la cancelación, aunque hay que considerar que si la cancelación de las normas se lleva a cabo sin el cumplimiento de lo establecido por la Ley de Infraestructura de la Calidad y el contenido del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se podría interponer el recurso en los términos de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo y analizar en su caso, la procedencia de un juicio de amparo por las supuestas violaciones.

El proceso de la cancelación de las normas de salud es largo y depende básicamente del debate del comité del cual la CANIFARMA ya no forma parte; sin embargo, **a través de la CONCAMIN se buscará más información para definir el estatus y acciones a realizar.**

- **Acuerdo de equivalencias que establece los criterios para la importación de insumos para la salud sin registro sanitario en México**

El 7 de febrero se publicó en el portal de CONAMER la solicitud de exención de Análisis de Impacto Regulatorio del anteproyecto: Acuerdo por el que se reconocen como equivalentes a los requisitos establecidos en los Arts 167, 170, 177, 177 bis 2, 179 y 180 del RIS y a los procedimientos de evaluación técnica realizados por la COFEPRIS para el otorgamiento del Registro Sanitario de los insumos para la salud, a los requisitos solicitados, pruebas y procedimientos de evaluación realizados por las Autoridades Regulatorias de Referencia para permitir en su país la venta, distribución y uso de los insumos para la salud, y a las evaluaciones del Programa de Precalificación de la Organización Mundial de la Salud; así como los criterios para la importación de insumos para la salud sin Registro Sanitario en México.

**Por Acuerdo del Consejo Directivo de CANIFARMA el pasado 15 de febrero, se expresó a CONAMER nuestra postura en contra.**

En la comunicación enviada, **la Industria demanda un trato regulatorio justo e igualitario para todos los medicamentos que se consumen en nuestro país, acorde a nuestro marco legal aplicable y se señalan los riesgos de permitir la importación de medicamentos sin registro sanitario, lo que debe profundizarse y evaluar su impacto para la salud pública.** Por ello, **CANIFARMA solicitó que no se le eximiera del Análisis de Impacto Regulatorio y se abriera un proceso de revisión en un foro más amplio, en donde la Industria Farmacéutica establecida en México afiliada a CANIFARMA y manifiesta su disponibilidad para participar.**

#### **Integrantes de la Comisión**

Patricia Faci  
**Presidente**

Cecilia Bravo  
**Vicepresidente**

## **Vocales**

Adaliz Chavero Tavera  
Aiza Romero Maza  
Alejandra Lauterio  
Alejandro Ortega  
Alfonso del Rosal  
Ana Francisca González  
Antonio Eduardo Sánchez  
Ariosto Matus  
Augusto Muench  
Celina Rodríguez  
Dinath Emireth González  
Emma A. Escandón  
Erik Bakker  
Evaristo Martínez  
Gerardo de Eguiluz  
Humberto Maciel  
Ignacio Conde  
Jorge Herrera  
Jorge Méndez  
Jorge Tanaka  
José Antonio Molina  
José Athié  
José Carlos Ferreyra  
José Luis Robledo  
Juan Guillermo López  
Julio Horacio Morfín  
Karla Baez  
Katia Veranda  
Katya Herrejon  
Liliana Caracheo  
Liliana Torres  
Luis Lazarini Barrios  
Marcela Farías  
Marco Pliego  
Maria Angélica Hurtado  
María Eugenia Salinas  
Maria Luisa Nardone  
Melina Calderón  
Michelle Rosales  
Mónica Álvarez  
Omar Montelongo  
Pratik Singh Bais  
Ramiro Tamayo  
Ricardo Dávalos  
Sofía Arroyo Lara  
Valentina Gallart  
Vanessa Paez Montiel  
Ricardo Arrona

### **Suplentes**

Alejandro Urtiz  
Bárbara Ruiz  
Bruto Alberto Pérez  
Daniel Del Conde  
Dulce María López  
Edgar Varela  
Edith Zarate  
Einar García  
Esmeralda Najera  
Fernando Aviles  
Geomara Fernández  
Gerardo Sánchez-Mejorada  
Helios Becerril  
Ivette Hernández  
Javier F. Calderon  
Lidia Aguilar  
Luis Enrique Tierrablanca  
María del Socorro Márquez  
Miguel Martínez  
Paola Martorelli  
Rogelio Lobato  
Sigfrido Rangel  
Verónica Sosa

### **Asesores Externos**

Alejandro Ortega  
Francisco Videgaray  
Juan Pablo Llamas  
Luis García

### **Invitados**

Alejandro Córdova  
Alexandra Luna  
Carlos Ruiz  
Carlos Villaseñor  
Enrique Galván  
Enrique Martínez  
Gustavo Velarde  
Jorge Daniel  
Luis García  
María del Carmen Velázquez  
Miguel Lombera  
Rafael Gual  
Rivelino Flores  
Orlando Aguirre  
Yareli Torres

### **Secretario Técnico**

Juan Villarreal