PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD 2025-2030

1. Índice

1. Índice
2. Señalamiento del origen de los recursos del Programa
3. Siglas y acrónimos
4. Fundamento Normativo
5. Diagnóstico de la situación actual y visión de largo plazo
6. Objetivos
   - 6.1 Relevancia del objetivo: Garantizar el acceso universal a los servicios de salud para la población
   - 6.2 Relevancia del objetivo: Incrementar la capacidad resolutiva y calidad de la atención médica del Sistema Nacional de Salud para la población usuaria.
   - 6.3 Relevancia del objetivo: Garantizar la entrega oportuna de medicamentos e insumos para la salud de toda la población
   - 6.4 Relevancia del objetivo: Mejorar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades de la población
   - 6.5 Relevancia del objetivo: Fortalecer la integración y modernización del Sistema Nacional de Salud para mejorar la atención a la población.
   - 6.6 Relevancia del objetivo: Disminuir las brechas de salud y atención para poblaciones prioritarias y vulnerables
   - 6.7 Vinculación de los objetivos del Programa Sectorial de Salud 2025-2030
7. Estrategias y líneas de acción
8. Indicadores y metas
9. Referencias

2. Señalamiento del origen de los recursos del Programa

La totalidad de las acciones que se consideran en el Programa, incluyendo aquellas correspondientes a sus objetivos, estrategias y líneas de acción, así como las labores de coordinación interinstitucional para la instrumentación de dichas acciones, el seguimiento, reporte y rendición de cuentas de las mismas, se realizarán con cargo a los recursos aprobados a los ejecutores de gasto participantes en el Programa, en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio respectivo.

3. Siglas y acrónimos

APF: Administración Pública Federal

APS: Atención Primaria de la Salud

CCAYAC: Comisión de Control Analítico y Ampliación de Cobertura

CEDis: Certificado Electrónico de Discapacidad

COFEPRIS: Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

CONASAMA: Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones

CONEVAL: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

CPEUM: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

CLUES: Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud

DGIS: Dirección General de Información en Salud

DOF: Diario Oficial de la Federación

ECE: Expediente Clínico Electrónico

ECNT: Enfermedades Crónicas no Transmisibles

ECV: Enfermedades Cardiovasculares

EDAS: Enfermedades Diarreicas Agudas

EDR: Estadísticas de Defunciones Registradas

ENIGH: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

IAAS: Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía

IMC: Índice de Masa Corporal

IMME: Instituto de las Mexicanas y los Mexicanos en el Exterior

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

IMSS-BIENESTAR: Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar.

IRAS: Infecciones Respiratorias Agudas

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual

LGS: Ley General de Salud

LESP: Laboratorios Estatales de Salud Pública

LGBTTTIQA+: Representa la diversidad de orientaciones sexuales e identidades de género, incluyendo: lesbiana, gay, bisexual, transgénero, travesti, transexual, intersexual, queer, asexual y otros. El símbolo + se usa para incluir personas que no se identifican con ninguna de las categorías anteriores.

MAS-BIENESTAR: Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar

MCS: Módulo de Condiciones Socioeconómicas

ME: Muerte encefálica

NNA: Niñas, Niños y Adolescentes

NOM: Norma Oficial Mexicana

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

OMS: Organización Mundial de la Salud

PEMEX: Petróleos Mexicanos

PIB: Producto Interno Bruto

PMI: Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud

PRONAM: Protocolos Nacionales de Atención Médica

PND: Plan Nacional de Desarrollo

RAM: Resistencia a antimicrobianos

RISS: Redes Integradas de Servicios de Salud

RMM: Razón de Mortalidad Materna

RNV: Registro Nacional de Vacunación

SESA: Servicios Estatales de Salud

SECE: Sistemas de Expediente Clínico Electrónico

SEDENA: Secretaría de la Defensa Nacional

SEMAR: Secretaría de Marina

SINAIS: Sistema Nacional de Información en Salud

SNDIF: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

SNII: Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores

SNS: Sistema Nacional de Salud

SNSP: Servicio Nacional de Salud Pública

SINBA: Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud

SS: Secretaría de Salud

UISP: Unidad de Inteligencia en Salud Pública

UNODC: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

4. Fundamento Normativo

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), establece en su artículo 26, apartado A, que el Estado organizará un sistema de planeación democrática del desarrollo nacional que imprima solidez, dinamismo, competitividad, permanencia y equidad al crecimiento de la economía para la independencia y la democratización política, social y cultural de la nación.

Asimismo, establece que habrá un Plan Nacional de Desarrollo (PND), al que se sujetarán obligatoriamente los programas de la Administración Pública Federal (APF). Dicho Plan, aprobado por Decreto y publicado el 15 de abril de 2025 en el Diario Oficial de la Federación (DOF) es el principal instrumento de planeación de esta administración, cuyos objetivos consisten en consolidar la transformación del país bajo un modelo de desarrollo con bienestar, justicia social y sustentabilidad; en el cual se definen las prioridades nacionales que busca alcanzar el gobierno mediante objetivos, estrategias y líneas de acción.

En el artículo 4º, párrafo cuarto de la Constitución se establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la propia CPEUM.

Por otra parte, la Ley de Planeación, en su artículo 2°, menciona que la planeación deberá llevarse a cabo como un medio para el eficaz desempeño de la responsabilidad del Estado sobre el desarrollo equitativo, incluyente (que todas las personas, sin distinción alguna, puedan disfrutar de sus derechos y libertades fundamentales), integral, sustentable y sostenible del país, con perspectiva de interculturalidad y de género, y deberá tender a la consecución de los fines y objetivos políticos, sociales, culturales, ambientales y económicos contenidos en la CPEUM. En su artículo 16, fracciones III y IV, dicha Ley refiere que a las dependencias de la APF les corresponde, elaborar los programas sectoriales, considerando las propuestas que, en su caso, presenten las entidades del sector, los órganos constitucionales autónomos, y los gobiernos de las entidades federativas, así como las que deriven de los ejercicios de participación social y de los pueblos y comunidades indígenas interesados y asegurar su congruencia con el PND y programas especiales, toda vez que el PND precisará los objetivos nacionales, estrategias y prioridades del desarrollo integral, equitativo, incluyente, sustentable y sostenible del país con perspectiva de interculturalidad y de género; determinará los instrumentos y responsables de la ejecución y establecerá los lineamientos de política de carácter global, sectorial y regional.

Conforme al artículo 5º de la Ley General de Salud, el Sistema Nacional de Salud (SNS) está constituido por, entre otras, las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud; en su artículo 7º, esta Ley establece que la coordinación del SNS estará a cargo de la Secretaría de Salud (SS) y que le corresponde, entre otras: establecer y conducir la política nacional en materia de salud, en los términos de las leyes aplicables y de conformidad con lo dispuesto por el Ejecutivo Federal (fracción I) y, a su vez, coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la APF, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen (fracción II).

Por su parte, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, en su artículo 39, fracción I, establece que es facultad de la SS elaborar y conducir la política nacional en materia de salud pública, asistencia social, prevención, atención a la salud y salubridad general y coordinar los programas de servicios a la salud de la APF, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen.

La SS es la responsable de coordinar la integración, publicación, ejecución, seguimiento y rendición de cuentas del Programa Sectorial de Salud 2025-2030.

5. Diagnóstico de la situación actual y visión de largo plazo

En el Segundo Piso de la Cuarta Transformación de la vida pública de nuestro país, el derecho constitucional a la salud debe ser observado como una política de estado, que se ha atendido de manera transversal e intersectorial, donde cada una de las instituciones de la APF tiene una contribución relevante. Para hablar de salud debemos hablar de sus determinantes, el bienestar, la protección social, la educación, la seguridad alimentaria, la economía y la seguridad.

Con el propósito de asegurar en los próximos años la atención de los problemas prioritarios de salud, se efectuó un análisis de aquello que las diferentes instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, deben atender de forma sectorial e integral, esperando cumplir la visión de largo plazo respecto a contener las principales causas de mortalidad y morbilidad que aquejan a la población mexicana y mejorar los resultados durante el presente sexenio 2025-2030, destacando como componentes más relevantes, los siguientes:

Garantizar el acceso universal a los servicios de salud

Según los resultados de la medición multidimensional de la pobreza en México, en 2022, el 39.09% de la población tenía carencia de acceso a servicios de salud (Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares [ENIGH]- Módulo de Condiciones Socioeconómicas [MCS], Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]), cifra que se eleva al 54.82% en áreas rurales y se sitúa en 33.95% en las urbanas. Además, de acuerdo con esta fuente de medición, el 50.2% de la población carece de acceso a la seguridad social (ENIGH-MCS, INEGI) y, por ende, debe acceder a servicios públicos a través de los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) y/o de los Servicios Estatales de Salud (SESA), aún fuera del esquema federalizado.

Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua -ENSANUT (2023) y estudios complementarios indican que, de la población que manifestó necesidad de atención, el 50.6% contaba con seguridad social (42.5% del IMSS, 7.2% del ISSSTE y 0.9% de otros esquemas). En contraste, el 48.7% sin seguridad social recurrió, en gran medida, al sector privado, ya que más del 60.0% se atendió fuera de los servicios correspondientes. Además, mientras que más del 55.0% de los derechohabientes utiliza el servicio asignado, solo alrededor de un tercio de los no derechohabientes acude a SESA/IMSS-BIENESTAR, destinándose un 25.6% a consultorios en farmacias y un 35.2% a otros servicios privados(1).

Entre 2006 y 2023, la atención en servicios públicos aumentó del 34% al 46%, impulsada principalmente por el mayor uso del IMSS (de 16% a 23%), mientras que los servicios del SESA/IMSS-BIENESTAR solo pasaron de 14% a 17% (Bautista-Arredondo, Vargas-Flores y Colchero, 2024)(2).

Por su parte, el uso de servicios de salud por la población sin seguridad social no refleja una ausencia total de servicios, sino, revela una combinación de barreras estructurales, operativas, económicas y de percepción que dificultan el acceso y reducen su uso efectivo. Factores como unidades médicas de difícil acceso, largas distancias, costos de traslado, horarios de atención poco compatibles con la vida cotidiana, rotación frecuente de personal, retrasos en la cadena de distribución de medicamentos, la brecha entre la disponibilidad teórica de servicios y su uso efectivo es un reflejo de desigualdades estructurales como falta de infraestructura y equipamiento que impulsan la preferencia por el sector privado, lo que se traduce en complicaciones crónicas, mayor carga económica y desigualdad en el acceso. Iniciativas como "Salud Casa por Casa"(3) y "Farmacias del Bienestar" facilitan el acceso a servicios y el otorgamiento de medicamentos básicos que edificará un sistema de salud que busca garantizar el acceso universal a la atención médica con estudios de laboratorio y medicamentos gratuitos.

Una causa crucial para el acceso universal es la infraestructura en salud. Según datos del Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud(4), en el sector público existen 1,443 unidades de hospitalización y 20,086 de consulta externa. Según el

Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar(5), aunque el indicador de consultorios aumentó (de 1.74 a 1.94 consultorios por cada 3 mil habitantes, entre 2012 y 2023), las camas disminuyeron ligeramente (de 0.73 a 0.72 por cada mil habitantes). Esto evidencia que, pese a los esfuerzos, el crecimiento poblacional ha superado la capacidad instalada, saturando las unidades existentes y afectando la atención oportuna.

La infraestructura, aunque presente, no ha logrado la cobertura esperada ni la proporción entre zonas demográficas, ni se han adaptado a las necesidades y características de los grupos de atención prioritaria como personas con discapacidad y de pueblos originarios, generando desigualdades estructurales y regionales. La construcción de nuevas unidades no ha seguido el crecimiento demográfico y las obras inconclusas no permiten resolver la saturación de los servicios en las unidades existentes, afectando especialmente a las zonas remotas. Entre las causas de esta problemática destacan la planificación basada en consumos históricos, sin considerar el crecimiento actual, y la ausencia de criterios estandarizados con enfoques de inclusión en la ejecución de obras, lo que ha derivado en unidades inconclusas y saturadas. Factores adicionales como recursos insuficientes, barreras tecnológicas y la concentración de servicios en zonas urbanas han agravado la desigualdad.

Además, se propone la coordinación efectiva y obligatoria interinstitucional para elaborar un Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud (PMI), al que deban adherirse la totalidad de las instituciones públicas para planificar ordenadamente el crecimiento, especialmente en zonas saturadas y de difícil acceso. Se ha comprometido la construcción en el presente sexenio de 27 unidades hospitalarias para responder a necesidades identificadas. Con estrategias coordinadas, se proyecta que para 2030 el acceso y la calidad de la atención mejorarán, reduciéndose la saturación, los tiempos de espera, y logrando una distribución más equitativa en áreas rurales y remotas para garantizar atención médica accesible, oportuna y de calidad para toda la población.

Otro fenómeno para considerar es el de los desiertos de atención, mismo que se ha intensificado, afectando a la población mediante crecientes barreras para acceder a servicios médicos, sobre todo en zonas remotas y con infraestructura insuficiente.

Se estima que el 4.7% de la población nacional -equivalente a 5.8 millones de personas- reside en zonas donde el trayecto al núcleo básico de atención supera los 30 minutos o la capacidad es insuficiente (por lo que se clasifica como un desierto de atención). En estados como Chiapas, Oaxaca y Chihuahua, el impacto se agrava, lo que evidencia la urgencia de intervenciones focalizadas(6).

Una de las acciones preventivas de mayor costo-efectividad es, sin duda, la vacunación. Si bien se ha logrado la concientización de la población sobre la importancia de la misma, es necesario ofertar la vacunación en toda la línea de vida, como una contribución al derecho a la salud universal y gratuita en el país.

Respecto de los indicadores internacionales conforme a los esquemas de vacunación considerando el 90% de esquema y 95% por vacuna; durante 2024 se obtuvo un promedio de cobertura de vacunación en niñas y niños de 1 año del 80.5% y en 2023 un 75.69% (Secretaría de Salud, CENSIA, 2024). Es de mencionar que, la variabilidad en la cobertura y las brechas en la utilización en zonas remotas evidencian la complejidad de la situación, por lo que la implementación de un registro nominal integrado es fundamental para detectar estas brechas y responder con intervenciones precisas (INEGI, 2021).

Para enfrentar integralmente la problemática de la vacunación infantil y adolescente por la fragmentación de datos entre instituciones, cobertura desigual e inequitativa, acceso limitado a internet y tecnología, capacitación insuficiente y necesidad de integración total entre un Registro Nacional de Vacunación (RNV) y otros sistemas de información en salud, por lo que es necesario reorientar las estrategias actuales con enfoques de género, pertinencia cultural, inclusión e interseccionalidad.

En las últimas décadas el crecimiento de la población no ha sido acorde con la infraestructura en materia de salud, por lo que la capacidad instalada en México no cumple con la mínima necesaria de cuando menos 1 cama censable por cada 1,000 habitantes, siendo actualmente de 0.72. En cuanto al indicador de un consultorio por cada 3,000 habitantes se cumple con 1.94, sin embargo, estos se encuentran mal distribuidos y en áreas urbanas en algunas instituciones de salud, la infraestructura es insuficiente por cada 1,000 habitantes.

La complejidad geográfica del país contribuye de forma importante en la generación de desiertos de atención, aunado a la dificultad de contar con personal médico especialista en zonas de difícil acceso y ubicación.

El análisis causal señala que la fragmentación del sistema, la dispersión poblacional en zonas rurales, la insuficiente inversión en salud, la nula incorporación de perspectivas de género y no discriminación, la infraestructura no óptima y la saturación en áreas urbanas han contribuido en este tema.

Para contrarrestar la problemática se han implementado diversas intervenciones. Algunas, gestionadas por el sector salud, incluyen la atención y provisión gratuita de medicamentos para la población sin seguridad social y el fortalecimiento de la atención mediante brigadas, unidades móviles y equipos de salud itinerantes. Otras intervenciones, como "La Clínica es Nuestra", requieren coordinación intersectorial. Asimismo, iniciativas como "Salud Casa por Casa" y "Farmacias del Bienestar" buscan optimizar el acceso y el acercamiento de los servicios, especialmente para personas mayores y personas con discapacidad, demandando un esfuerzo conjunto.

La visión en este sentido es lograr una respuesta integral que combine esfuerzos del Sistema Nacional de Salud y coordinación interinstitucional. Consolidar programas que fortalezcan la infraestructura y operatividad; se espera que, para 2030, las zonas remotas y, en general, la población sin seguridad social, logren un acceso oportuno y equitativo, reduciendo desigualdades y mejorando la calidad de vida. México habrá consolidado un SNS público, universal y gratuito, accesible para todas y todos los mexicanos, sin importar su condición socioeconómica, lugar de residencia o situación laboral. Las barreras estructurales habrán sido superadas mediante una política sectorial rectora, decidida de inclusión, inversión, coordinación institucional y cooperación internacional. El acceso a la salud y la calidad de la atención será un derecho garantizado, ejercido de forma igualitaria y con enfoque territorial, intercultural y centrado en las personas; la consolidación del PMI, alineado con las necesidades demográficas, epidemiológicas y con la disminución de los desiertos de atención como un solo sector.

Incrementar la capacidad resolutiva y calidad de la atención médica del Sistema Nacional de Salud para la población usuaria

Modernizar la infraestructura, capacitar al personal y coordinar interinstitucionalmente con tecnologías aumentan el acceso a los servicios de salud para la población. Adicionalmente, las hospitalizaciones evitables sirven para evaluar la capacidad resolutiva del

Sistema Nacional de Salud. Los datos actuales de salud revelan que la esperanza de vida en el país es de 75.3 años (2024), siendo casi 5 años inferior al promedio (80.3 años) de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)(7). Si bien, tuvo un incremento de 17 años pasando de 57 años en 1960 a 74.3 años en 2010; ésta se ha mantenido en niveles similares en los últimos 10 años, sin considerar 2020 y 2021 afectados por el COVID-19.

En 2023, la tasa estandarizada es de 574.3 defunciones por cada 100 mil habitantes, siendo constante en la última década. Las diferencias estatales totales y entre hombres y mujeres son notables(8).

Las principales causas de mortalidad en 2023 evidencian las condiciones urgentes según distintos grupos poblacionales. Entre las principales causas de mortalidad, predomina el Infarto Agudo al Miocardio con 16.40%; Diabetes Mellitus con 13.80%; Tumores malignos con el 11.40%; Enfermedad cerebrovascular con 7.30%; Influenza y neumonía con 4.30%; Agresiones con 4.20%; Otros accidentes con 4.00%; Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica 3.40%; Otras enfermedades del Corazón con 2.90%; Otras Enfermedades del Hígado con 2.30%; Enfermedad Alcohólica del Hígado con 2.00%; Accidentes de tráfico con vehículo 2.10%, Insuficiencia Renal con 1.60%; Afecciones perinatales con 1.30% y Suicidios con 1.10%(9).

De forma agregada, la probabilidad de muerte prematura entre los 30 y 70 años por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias es del 15.05% en 2023, manteniéndose constante; además, a nivel regional se evidencian diferencias importantes(10). En cuanto a la morbilidad, se observa un panorama complejo por el perfil epidemiológico de México, reflejo de una compleja coexistencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles. En 2023, las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) registraron la incidencia más alta (13,606.92 por cada 100,000 habitantes)(11), seguidas por las infecciones intrahospitalarias, donde las urinarias asociadas al uso de sonda Foley (1,459)(12), subraya la necesidad de fortalecer los protocolos de prevención en entornos hospitalarios. En cuanto a las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), la hipertensión arterial presentó una incidencia de 616.88 por cada 100,000 habitantes, mientras que la diabetes tipo 2 alcanzó los 470.19 casos, evidenciando un alto impacto poblacional y la urgencia de mejorar las estrategias de prevención, detección oportuna y control(13). En los Estados Unidos Mexicanos en el año 2023, la población general refiere a las infecciones intestinales, gingivitis y enfermedad periodontal, úlceras, gastritis y duodenitis, conjuntivitis, obesidad, hipertensión arterial, otitis media aguda, vulvovaginitis, Diabetes Mellitus tipo 2, COVID-19, faringitis y amigdalitis estreptocócica, insuficiencia venosa periférica, depresión, asma e hiperplasia de la próstata por mencionar algunas, como las más frecuentes.

Este panorama pone de manifiesto oportunidades para reducir la mortalidad y mejorar la esperanza de vida a través de acciones en calidad y seguridad del paciente; la oportunidad en el diagnóstico/atención; y la oportunidad en la atención quirúrgica hospitalaria. Para ello, es fundamental reforzar la atención en el primer nivel para disminuir las hospitalizaciones evitables y la saturación; mejorar la capacidad diagnóstica acercando los laboratorios; optimizar la capacidad instalada mediante protocolos concretos (por ejemplo, código infarto y código cerebro); y, de forma esencial, reforzar la formación del personal de salud.

El desempeño médico en México evidencia brechas significativas en calidad y seguridad, reflejadas en indicadores que muestran avances, junto a desafíos persistentes. Se estima que México tiene 665 muertes evitables por cada 100,000 habitantes, de las cuales 435 son por causas prevenibles (frente a 158 en la OCDE) y 230 por tratables (79 en la OCDE) *(14)*.

Otros indicadores resaltan retos en oportunidad y calidad: la tasa de amputación en adultos con diabetes es de 19 por cada 100,000 habitantes, más del doble que el promedio internacional (8); la cobertura de mastografías en mujeres (50 a 69 años) es de 20.2%, muy inferior al 55.1% OCDE; y la mortalidad a 30 días tras infarto o accidente cerebrovascular es de 23.7 por cada 100 ingresos, frente a 17.2 en la OCDE.

Las encuestas de calidad revelan que, mientras el 67% de la población de la OCDE está satisfecha con la atención médica, en México solo el 57% lo está, lo que se explica por mayores tiempos de espera, saturación de servicios y, en muchos casos, la necesidad de recurrir al sector privado, aumentando el gasto de bolsillo.

La seguridad del paciente es un área crítica. En 2024 se registraron 67,726 eventos adversos en salud: 42,500 con daño leve a moderado, 23,529 sin daño, 1,697 eventos centinela (suceso imprevisto, que implica el fallecimiento o una pérdida permanente grave de una función) y 405 fallecimientos. Se estima que el 85.03% de estos eventos era evitable mediante protocolos de seguridad más rigurosos y una cultura de prevención(15). La incidencia de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) varía según el procedimiento: infecciones en el sitio quirúrgico (1.5%-13%), catéter venoso central (1.4%-2%), neumonías por ventilación (0.16%-2%) y urinarias por sondas (0.06%-1%)(16).

El alto porcentaje de incidentes evitables -incluyendo errores de medicación, infecciones y fallas quirúrgicas- subraya la urgencia de fortalecer protocolos de seguridad y calidad, evidenciando la falta de estandarización y capacitación continua. Las IAAS impactan directamente en la población, aumentando la morbilidad, mortalidad y costos, y provocan saturación hospitalaria y largas esperas, deteriorando la experiencia del usuario y la confianza en el sistema público.

Se requiere una estrategia integral: actualizar y estandarizar protocolos, fortalecer supervisión y cultura de seguridad, implementar la NOM-045-SSA-2024(17) "Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de la salud", y la estrategia contra la resistencia a antimicrobianos (RAM), modernizar la infraestructura, capacitar al personal y coordinar interinstitucionalmente con tecnologías que permitan el monitoreo en tiempo real. Adicionalmente, las hospitalizaciones evitables sirven para evaluar la capacidad resolutiva del primer nivel de atención. Con un 12.6% a nivel nacional, estas hospitalizaciones se concentran en mayores de 40 años (70% de los casos), de los cuales el 35.2% corresponde a personas de 65 años o más, siendo el 52.9% de mujeres(18). Para 2030, se visualiza un incremento significativo en la calidad y la oportunidad de la atención en los distintos niveles de atención.

Este panorama confirma que el Sistema de Salud en México enfrenta retos estructurales, a lo que existen soluciones claras, basadas en evidencia. Reducir amputaciones, infecciones hospitalarias, muertes por infarto y mejorar la calidad percibida no es un objetivo inalcanzable, esta administración impulsará una transformación del modelo de atención, mediante el fortalecimiento de la atención integral al paciente crónico, ampliar la cobertura de servicios preventivos, mejorar la calidad hospitalaria y reducir la mortalidad por eventos agudos (protocolo de código infarto y código cerebro), aplicación de metas internacionales de seguridad del paciente, comunicación efectiva y trato humanizado e inversión en infraestructura como laboratorios.

En cuanto a la capacidad diagnóstica, la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública (RNLSP) muestra una cobertura del 89.82% (27.84 de 31 diagnósticos). Sin embargo, el 19% de los Laboratorios Estatales de Salud Pública (LESP) no cumple criterios, el 75% presenta infraestructura inadecuada y el 21.7% ha suspendido metodologías por falta de insumos, sumado a que el 81% de los

dispositivos médicos supera su vida útil(19). Las intervenciones actuales -informes, evaluaciones y un Plan Maestro- buscan cerrar brechas, pero se requiere mayor coordinación intersectorial para optimizar recursos y mejorar la precisión diagnóstica. Adicionalmente, es crucial garantizar la entrega oportuna de resultados diagnósticos, acercando el servicio a la población para reducir el gasto de bolsillo; el Programa de Laboratorios en unidades de primer nivel apuntan a esta mejora.

Los recursos humanos son esenciales. Entre 2012 y 2023, el personal en salud creció un 32.2% (de 806,782 a 1,066,693), destacándose un aumento del 119.9% en médicos en formación. Médicos generales, especialistas y odontólogos aumentaron un 31.1%, y enfermeras un 34.1%. Sin embargo, México cuenta con 2.5 médicos y 2.9 enfermeras por cada 1,000 habitantes, muy por debajo de los promedios registrados por la OCDE (3.7 y 9.2, respectivamente), lo que evidencia desafíos en la cobertura y distribución.

Otro reto es la formación, históricamente centrada en el entorno hospitalario, lo que limita el desarrollo de competencias en Atención Primaria de la Salud (APS) y en el abordaje de determinantes sociales. El limitado acceso a la formación de especialistas se atribuye a una oferta de posgrado insuficiente y a la desconexión entre instituciones educativas y servicios de salud. Además, la proliferación de subespecialidades ha fragmentado la formación, concentrando especialistas en centros urbanos y reduciendo la cantidad de médicos generales y familiares.

Para mitigar este rezago, se han incrementado las becas para la formación de especialistas en un 116% entre 2019 y 2024(20) -con aumentos notables en Medicina Familiar, Interna, Cirugía, Pediatría y Ginecología-; sin embargo, es vital asegurar una distribución equitativa y una formación integral en APS.

También se ha impulsado la formación técnica en ciencia y tecnología médica, pero la actualización profesional sigue siendo insuficiente. Es crucial transformar los planes de estudio, integrando a la Salud Pública, APS y atención comunitaria, para lograr una formación que responda de manera integral a las necesidades de la población.

Aunque las intervenciones provienen mayormente del sector salud, la complejidad del problema demanda coordinación intersectorial (universidades, organismos descentralizados, organismos de financiamiento, de infraestructura y de tecnología) para rediseñar planes de estudio y promover competencias en prevención, salud pública y APS.

Para 2030 se anticipan cambios transformadores: un modelo educativo alineado con las necesidades del sistema, que mejore la atención y redistribuya geográficamente a los profesionales, y la incorporación de tecnologías innovadoras (simulación, inteligencia artificial) que fortalezcan la formación clínica, tomando en cuenta mejores prácticas internacionales.

Un reto transversal es preparar al Estado para brotes, emergencias y desastres, garantizando acceso oportuno e integral, especialmente para los sectores vulnerables. El análisis causal destaca tres líneas: saturación ante emergencias, desarticulación institucional y limitada respuesta integrada, factores que afectan la salud física y mental -sobre todo de los sectores vulnerables- y subrayan la necesidad de reforzar la preparación y coordinación a nivel nacional.

Diversas intervenciones se han diseñado para mejorar la respuesta ante emergencias. Destacan el Sistema de Emergencias de Salud, el fortalecimiento de Equipos Médicos de Emergencias y el brigadismo. Aunque estos avances son notables, su efectividad depende de una coordinación intersectorial que trascienda el sector salud; la complejidad logística y de comunicación exige sinergias interinstitucionales, evidenciando el compromiso del Estado con la protección de la salud.

Para medir el avance se establecen estándares: al menos el 95% de la población afectada debe recibir atención dentro de las primeras 24 horas, con el 90% de unidades médicas estratégicas operativas, una densidad mínima de 23 médicos y enfermeros por cada 10,000 habitantes en zonas afectadas y la activación del Sistema de Comando de Incidentes en 2 horas. Estos parámetros fundamentan la evaluación del desempeño ante crisis.

Para el año 2030, con una estrategia nacional enfocada en la prevención, el fortalecimiento de la atención primaria y la implementación de protocolos clínicos eficaces, se logrará una disminución histórica en la mortalidad por enfermedades prevenibles y tratables. La consolidación de programas como "Código Infarto", "Código Cerebro" y tamizajes poblacionales permitirá detectar y atender oportunamente enfermedades crónicas y cánceres en etapas tempranas; tener un diagnóstico y tratamiento más oportunos, se consolidará un sistema de atención ágil, con infraestructura renovada y servicios de laboratorio disponibles en el primer nivel de atención. Una mejor cobertura y distribución del personal de salud, a través del plan nacional de formación y redistribución, se incrementará significativamente el número de médicos, enfermeras y profesionales de salud pública, especialmente en regiones con mayor rezago.

Se priorizará la medicina familiar, la atención comunitaria, el enfoque intercultural y de género, garantizando la presencia de personal capacitado en zonas antes desatendidas; existe menor incidencia de eventos adversos e infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), por la implementación de protocolos de seguridad, auditorías clínicas y una sólida cultura institucional de prevención redujeron drásticamente los eventos adversos. Las infecciones hospitalarias, disminuirán gracias a la capacitación continua, la vigilancia epidemiológica y la modernización de equipos médicos. Existirá mayor precisión diagnóstica y mejor respuesta ante emergencias por la Red Nacional de Laboratorios que alcanzará altos estándares de operación, asegurando diagnósticos rápidos y confiables; México avanzará hacia un sistema más justo, eficiente y centrado en las personas.

Por otro lado, en México los trasplantes se realizan desde hace 6 décadas, pero con importantes retos que atender especialmente a la población que no cuenta con seguridad social. De acuerdo al Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA) en la lista de espera se tiene un total de 19,747 receptores; de los cuales 16,665 (84.4%) corresponden a trasplante renal; 2,808 (14.2%) córnea, 237 (1.2%) hígado y 16 (0.1%) corazón, siendo muy clara la mayor demanda registrada para el trasplante renal. En cuanto a los trasplantes realizados para 2023 se registraron 6,847, esto es una recuperación en 96.3% respecto al 2019, que alcanzó los 7,108. En particular hubo incremento de trasplantes hepáticos (32.9%) y cardiacos (18.8%). La tasa de donación en 2019 por muerte encefálica (ME) fue de 4.5 por millón de habitantes (pmh), viéndose afectada por la pandemia del coronavirus y recuperándose en 2023 a 4.3 donaciones por ME pmh.

En el caso de la transfusión de sangre es un elemento esencial en la atención sanitaria, y la garantía de su acceso seguro es un derecho fundamental para todos los ciudadanos. Sin embargo, el panorama actual en México revela una preocupante insuficiencia de sangre disponible para transfusiones, evidenciada por las tasas de donación fluctuantes en los últimos años. La situación se ha visto

agravada por la emergencia sanitaria causada por la pandemia de COVID-19, que, a su vez, ha impactado dramáticamente las tasas de donación.

De acuerdo con las estadísticas recopiladas por el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, la tasa de donación en México ha experimentado variaciones significativas, en 2019: Se registraron 1,724,585 unidades de sangre, lo que representa una tasa de 14 donantes por cada 1,000 habitantes, mientras que, en el 2023 continúo la tendencia ascendente con 1,601,437 unidades y una tasa de 12.7 donantes por cada 1,000 habitantes. A pesar de la recuperación, es vital destacar que la tasa de donación ideal para garantizar la suficiencia transfusional es de entre 10 a 20 donantes por cada 1,000 habitantes.

Garantizar la entrega oportuna de medicamentos e insumos para la salud de toda la población

El acceso a insumos para la salud en los tres niveles de atención del sistema público mexicano se encuentra con grandes desafíos para lograr los resultados esperados. Si bien se han realizado esfuerzos por mejorar la eficiencia en la cadena de suministro, aún persisten áreas de oportunidad, especialmente en la cobertura para personas sin seguridad social. Fortalecer la logística, los procesos de adquisición y distribución, así como avanzar hacia un sistema más integrado, permitirá asegurar el acceso oportuno y equitativo a tratamientos esenciales para toda la población.

Según la ENSANUT 2023, solo el 73% de las personas a las que se prescribieron medicamentos logró obtenerlos en el centro de atención, muy por debajo del 91% esperado. Esta diferencia, revela que la brecha en el abasto de insumos y medicamentos se convierte en uno de los principales objetivos a cumplir. El porcentaje de personas a las que se entregó la totalidad de los medicamentos marcados en su receta fue en promedio de 65.61% en 2022, lo cual se tomará como un referente a revertir en los próximos años.

Las marcadas desigualdades regionales hacen que el acceso varíe considerablemente entre estados, impactando especialmente a las zonas rurales y marginadas. Uno de los principales propósitos de lograr un óptimo abasto de insumos es la que la población tenga medicamentos gratuitos.

Datos del entonces Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), basados en la ENIGH, muestran que, mientras algunas entidades federativas registran cifras de derechohabientes que no pagan por medicamentos superiores al 92%, otras, como Guerrero e Hidalgo, se ubican por debajo del 84%. Esta brecha, junto con los altos costos de los medicamentos de patente, repercute directamente en el gasto de bolsillo de las familias vulnerables, por ello resulta imprescindible lograr la mejora del proceso de planeación, compra y distribución óptima. Como dato importante, en 2022 el gasto promedio de bolsillo en medicamentos era de 1,033.60 pesos por hogar, lo cual resulta en una carga relevante que debería reducirse significativamente.

Se tienen identificadas las áreas de oportunidad que tanto el gobierno anterior, como el presente, están atendiendo a través de estrategias clave. El análisis causal ha logrado identificar los principales retos: una planeación basada en consumos históricos ausencia de criterios estandarizados en la gestión y comunicación deficiente entre áreas, además de retrasos en las compras e interrupciones en la cadena de suministro, así como barreras tecnológicas y logísticas.

Respecto a los programas e intervenciones para abordar este problema, destaca la estrategia de transformar el sistema público de compra y distribución de medicamentos mediante un modelo digital, transparente y consolidado, que busca reducir costos y garantizar el surtimiento oportuno de insumos. Estas medidas, aunque fundamentales en el Sistema Nacional de Salud, requieren además una estrecha colaboración con ámbitos tecnológicos, financieros y de planificación regional. La integración de sistemas de información, por ejemplo, demanda el apoyo de especialistas en tecnología, mientras que la optimización logística y la adquisición de insumos requieren coordinación con entidades encargadas de infraestructura y transporte.

Asimismo, acercar la provisión de medicamentos mediante estrategias como las "Farmacias del Bienestar" contribuye a mejorar el surtimiento efectivo y a reducir el gasto de bolsillo. Adicionalmente, se pretende fomentar el fortalecimiento de la industria farmacéutica nacional como estrategia permanente para garantizar la oferta de medicamentos e insumos.

Si se consolidan estas intervenciones de manera coordinada y sostenida, se tiene la visión que para el año 2030 la población mexicana experimentará la implementación de un modelo de abasto unificado, junto con la modernización tecnológica, disminución de los tiempos de espera, reducción del gasto de bolsillo y mejor calidad en la atención en todos los niveles. Además, la mayor equidad en la distribución de insumos facilitará que las poblaciones vulnerables, especialmente aquellas sin seguridad social y en zonas rurales, reciban tratamientos oportunos y efectivos. En consecuencia, se prevé una reducción en la morbilidad y mortalidad asociadas a enfermedades crónicas, un incremento en la satisfacción de los usuarios y una mejora general en la eficiencia del sistema de salud.

Para 2030, México ha consolidado un sistema eficiente y sostenible de abasto de medicamentos e insumos, gracias a una transformación estructural basada en un modelo digital, transparente y centralizado. Esta modernización ha mejorado la oportunidad en el acceso a tratamientos esenciales, reduciendo muertes por causas prevenibles y fortaleciendo la capacidad resolutiva del sistema de salud. La coordinación intersectorial ha sido clave, integrando salud, infraestructura, tecnología, transporte y finanzas para optimizar procesos logísticos y presupuestales. Las "Farmacias del Bienestar", operando a nivel nacional, acercan los medicamentos a comunidades remotas, reduciendo el gasto de bolsillo. Asimismo, el fortalecimiento de la industria farmacéutica nacional y la modernización de la infraestructura -almacenes, laboratorios y personal capacitado- aseguran un suministro constante, estratégico y más autónomo. Estos avances han incrementado la confianza ciudadana en el sistema público de salud y garantizan, un acceso equitativo y oportuno a insumos médicos en todo el país.

Mejorar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades de la población

Para promover el bienestar en la población, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades constituyen un pilar fundamental en las políticas de salud tendientes a garantizar este derecho. Para lo cual es necesario considerar los determinantes que conlleven a establecer las medidas necesarias para reducir los riesgos asociados en el desarrollo de enfermedades evitando complicaciones, discapacidad y muerte prematura, generando gastos excesivos para la atención a las instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud y gastos de bolsillo para las familias.

Con una implementación coordinada, se espera que hacia 2030 el fortalecimiento del registro y la integración sectorial logrará mejoras significativas en la cobertura, reduciendo la incidencia de enfermedades prevenibles.

Derivado de los Diálogos de Sistemas Alimentarios realizados en México en el 2021, se identificó la necesidad de considerar a la regulación para modificar el entorno alimentario y la necesidad de articular a los diversos sectores tanto involucrados en las cadenas agroalimentarias como en el consumo de alimentos. En este sentido, la Ley General de Alimentación Adecuada y Sostenible que fue

publicada en el DOF el 17 de abril de 2024, tuvo como objetivo principal priorizar el derecho a la salud, al medio ambiente, al agua y el interés superior de la niñez en todas las políticas relacionadas con la alimentación adecuada por parte del Estado Mexicano.

De acuerdo con el entonces CONEVAL en 2022 el 34.0% de la población mexicana enfrentó algún nivel de inseguridad alimentaria, desglosado en 17.7% con inseguridad leve, 9.9% moderada y 6.4% severa. Esto implica que el 66.0% de la población tenía seguridad alimentaria, un aumento desde el 60.5% en 2018, según el Informe sobre la Medición Multidimensional de la Pobreza 2022. Sin embargo, el 18.2% de la población, equivalente a 23.4 millones de personas, presentaba carencia por acceso a la alimentación nutritiva y de calidad, con mayores tasas en áreas rurales (23.9%) comparadas con urbanas (16.3%).

La seguridad alimentaria tiene una relación directa con la salud, ya que la falta de acceso a alimentos nutritivos puede llevar a malnutrición, que incluye tanto desnutrición como sobrepeso y obesidad, así como deficiencias de micronutrientes. Según ENSANUT 2020-2023, el 36.9%(21) de los adultos y el 18.1%(22) de los niños en edad escolar padecen obesidad, posicionando a México con la segunda tasa más alta en la OCDE. Además, el 15.8% de las mujeres de 20-49 años y el 10.3% de adultos mayores de 60 años tienen anemia, un indicador de deficiencias nutricionales(23).

En este contexto, tenemos el panorama de México, donde su complejidad subyace en una transición epidemiológica, con un incremento significativo de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Dentro de las principales causas de mortalidad se encuentran las enfermedades cardiovasculares (ECV), cáncer, enfermedad respiratoria crónica y diabetes tipo 2 derivadas del sobrepeso, la obesidad y la mala nutrición, que afectan a NNA y adultos, especialmente en mujeres y en zonas marginadas.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad afecta al 36.5% de la población escolar de 5 a 11 años y en adolescentes 40.4%(24). Por su parte, la diabetes (diagnosticada y no diagnosticada) y la hipertensión afectan aproximadamente al 18% y 29.9% de los adultos, respectivamente(25) (26). Además, el consumo excesivo de bebidas azucaradas (más del 80% en algunas regiones) y la baja ingesta de frutas y verduras refuerzan la influencia de malos hábitos y sedentarismo en el desarrollo de estas condiciones(27).

Las causas se originan en prácticas alimentarias inadecuadas, la obesidad, el sedentarismo y la exposición a productos ultraprocesados, reforzadas por factores socioeconómicos y culturales(28). Estos factores, presentes desde temprana edad, aumentan el riesgo individual y generan impactos macroeconómicos al incrementar la demanda de atención médica y reducir la productividad(29).

En cuanto a las acciones, se han implementado estrategias preventivas mediante políticas regulatorias, fiscales y de promoción de estilos de vida saludables.

Se deben reforzar las políticas fiscales para restringir productos ultraprocesados y bebidas azucaradas; fomentar entornos alimentarios saludables en escuelas, lugares de trabajo y espacios públicos; campañas de comunicación adaptadas a diversos contextos(30); además de una gobernanza intersectorial que articule a actores estatales y comunitarios para transformar el sistema agroalimentario (ENSANUT, 2020-2023; INEGI, 2021).

La visión respecto a la prevención en salud es que, hacia 2030 se espera una disminución en la prevalencia de obesidad en escolares y una desaceleración en el aumento de la obesidad en adultos. La adopción de entornos saludables y la promoción de la actividad física reducirán la incidencia de diabetes y enfermedades cardiovasculares, disminuyendo también la mortalidad asociada (INEGI, 2021; ENSANUT, 2020-2023).

Por otro lado, la resistencia antimicrobiana (RAM), impulsada por el uso inadecuado de antimicrobianos, agrava complicaciones, costos médicos y mortalidad. La tuberculosis (TB) reemerge como desafío, con 28,931 casos en 2024, 86.7% nuevos y 2.8% resistentes, asociada frecuentemente con diabetes (30-39%) y VIH (7.7%)(31).

Las enfermedades diarreicas agudas (EDAS) persisten como problema global, siendo la vigésima causa de muerte en México, afectando principalmente a mayores de 65 años (55%) y menores de 5 años (18%), con muertes evitables mediante prevención(32). Las zoonosis, como rabia, brucelosis, rickettsiosis y teniasis-cisticercosis, impactan poblaciones marginadas, requiriendo un enfoque de "Una sola Salud", entendido como el enfoque integral y unificador cuyo objetivo es equilibrar y optimizar la salud de las personas, los animales y los ecosistemas, que utiliza los vínculos estrechos e interdependientes que existen entre estos campos. Por otro lado, México ha controlado la rabia canina desde 2006 gracias a vacunación masiva (18 millones de dosis anuales) y esterilización, aunque persisten casos por animales silvestres. El dengue muestra una tendencia ascendente, abordada con estrategias nacionales de capacitación médica y control vectorial, mientras que el paludismo avanza hacia la eliminación de casos autóctonos para 2030, con transmisión limitada al sur del país.

Asimismo, es relevante considerar seguir trabajando con la prevención y atención oportuna y de calidad en padecimientos como el VIH. De acuerdo con el informe Histórico Día Mundial del VIH 2024, emitido por la Dirección General de Epidemiología, los casos nuevos confirmados en el 2014 fueron de 11,110, incrementándose a 15,798 para el año 2024. El número de casos notificados de VIH que se encuentran vivos según estado de evolución registrado es de 154,923 para el año 2024. Asimismo, se considerarán para esta gestión la prevención y atención oportuna de la hepatitis C.

Otra problemática urgente es la salud mental y las adicciones, que afectan la salud integral y representa un desafío apremiante para el Sistema de Salud en México, requiriendo intervenciones oportunas y coordinadas. A nivel mundial se estima que una de cada ocho personas ha sufrido algún trastorno mental; el 22% consume tabaco, el 7% presenta trastornos por alcohol y el 5% ha consumido drogas(33) (34). En México, en 2023 el 14.9% de la población mostró sintomatología depresiva moderada o severa, y en 2024 se atendieron cerca de 400 mil casos, con predominio de ansiedad (52.8%) y depresión (25.1%) (Shamah-Levy et al., 2024).

Para avanzar hacia una atención más efectiva se propone fortalecer la prevención temprana con campañas de educación (programas de prevención y seguimiento en escuelas, comunidades y unidades de salud) y sensibilización; ampliar la capacidad de atención mediante inversión en recursos humanos (psiquiatría, psiquiatría infantil y de la adolescencia, psicología clínica y especialistas en adicciones) e infraestructura (sobre todo en áreas rurales); integrar de forma intersectorial políticas de salud con iniciativas educativas, sociales y económicas; y utilizar tecnologías digitales y telesalud para mejorar el acceso en áreas remotas.

Con una implementación coordinada se prevé que hacia 2030 se logre una mayor prevención, detección y tratamiento oportuno, reducción de la morbilidad, menores tasas de suicidio, consumo de sustancias, y un fortalecimiento de la equidad en salud.

De manera particular, el comportamiento suicida es un fenómeno complejo. En 2021, la tasa nacional fue de 6.2 defunciones por cada 100 mil habitantes, con 10.7 en jóvenes de 18 a 29 años, 7.4 en adultos de 30 a 59, y un incremento en mujeres de 10 a 19 (de

2.91 a 3.68 defunciones por 100 mil) (INEGI, 2021). Aunque la información precisa ha permitido un buen diagnóstico, la atención es insuficiente: solo el 12.2% de los intentos de suicidio han requerido hospitalización, resaltando una brecha en detección e intervención. Además, el incremento de más del 600% en intentos suicidas en adolescentes desde 2006 evidencia la necesidad de estrategias preventivas robustas (INEGI, 2021; ENSANUT, 2022).

Iniciativas como la Campaña Nacional Permanente para la Prevención del Suicidio "Dale color a tu Vida" y otros programas representan esfuerzos significativos, pero se requiere articular estrategias que involucren educación, desarrollo social y políticas económicas, ya que la falta de sinergia limita la efectividad y sostenibilidad de las acciones.

Ante este escenario se propone fortalecer la prevención y detección temprana mediante sistemas de alerta y capacitación continua; desarrollar redes de atención comunitaria y ambulatoria para brindar acceso inmediato a servicios especializados; coordinar intersectorialmente políticas de salud con iniciativas en ámbitos educativos, sociales y económicos; impulsar campañas de concientización en salud mental para poblaciones vulnerables. Estos elementos evidencian la necesidad de una acción coordinada y sostenida.

Adicionalmente, las lesiones accidentales provocadas por siniestros viales constituyen un desafío global que impacta la salud pública y la economía por ser una de las principales causas de muerte y discapacidad. Mundialmente se reportan aproximadamente 3.16 millones de muertes anuales por lesiones no intencionales, y en el tránsito 1.19 millones en 2021. En México se evidenció un aumento del 5% en defunciones por siniestros viales en el último año, con 16,772 muertes en 2023 y una tasa de 12.8 por cada 100 mil habitantes, lo que posiciona a los accidentes de tránsito como una de las principales causas de mortalidad, afectando de forma desproporcionada a ciertos grupos.

La incidencia de lesiones accidentales afecta especialmente a los jóvenes, siendo la principal causa de muerte entre NNA y jóvenes de 5 a 24 años, y la segunda en adultos de 25 a 44 años.

Es imperativo replantear y reforzar las acciones estratégicas: armonizar y actualizar el marco normativo en seguridad vial; ampliar la cobertura y capacidad de atención prehospitalaria mediante capacitación y recursos tecnológicos; fortalecer la promoción de la movilidad activa (uso de bicicletas y tránsito peatonal) que reduce emisiones y lesiones; e incentivar campañas de educación para conductores y peatones. Además, la integración de sistemas de información sensibles al género, y la creación de un Observatorio Nacional de Lesiones Accidentales facilitarían la identificación de tendencias y áreas de intervención, contribuyendo a reducir la tasa de mortalidad anual en un 8.3% en los próximos seis años.

Para el año 2030, México ha consolidado un modelo de atención preventiva robusto, integral e intersectorial, centrado en la equidad, la salud pública y la sostenibilidad.

Se cuenta con cobertura ampliada y acceso equitativo a vacunación, donde el Registro Nacional de Vacunación unificó los sistemas de registro y ha sido completamente digitalizado e integrado con otros sistemas de salud, - Registro Nominal Nacional Integrado - accesible a todas las instituciones, lo que permite detectar brechas de cobertura en tiempo real y orientar campañas personalizadas por región, grupo etario y condiciones de riesgo. Gracias a ello, la cobertura de inmunización completa en menores de un año supera el 92%, incluso en zonas rurales y de difícil acceso. La vacunación a lo largo del ciclo de vida es hoy una política activa, continua y adaptada a los cambios epidemiológicos. Gracias a este Registro Nacional de Vacunación como pieza clave garantiza la equidad, cobertura y efectividad de las campañas de inmunización en México.

Si las intervenciones se aplican de forma coordinada y sostenible, hacia el año 2030 se podrá, disminuir la prevalencia de obesidad en escolares y desacelerar el incremento en adultos. Esto ha sido posible gracias a una combinación de políticas fiscales más restrictivas hacia alimentos ultraprocesados, entornos escolares saludables, campañas de promoción de la actividad física y hábitos nutricionales adaptadas a contextos regionales. Además, se ha fortalecido la gobernanza intersectorial, involucrando a los sectores educativo, económico y agroalimentario para transformar los determinantes estructurales de la mala nutrición.

Un modelo de atención integral, intersectorial y sostenible ha transformado la respuesta ante el comportamiento suicida, reduciendo la mortalidad a menos de 5 por 100 mil habitantes y mejorando la detección y tratamiento oportuno para disminuir el riesgo de recurrencia y de mortalidad.

En cuanto a entornos más seguros, la mortalidad por siniestros viales se ha reducido en más del 8% anual, gracias a un enfoque preventivo multisectorial: normativas y marco regulatorio armonizados, educación vial desde edades tempranas, inversión en infraestructura segura y sistemas de respuesta prehospitalaria robustos y eficientes. La movilidad activa es ahora una alternativa viable y promovida, con beneficios directos sobre la salud, derechos humanos, equidad y el medio ambiente.

Fortalecer la integración y modernización del Sistema Nacional de Salud para mejorar la atención a la población

La integración y modernización del Sistema de Salud en México es un eje estratégico y transversal que impacta todos los aspectos del derecho a la salud: desde la disponibilidad de insumos y servicios, hasta la calidad en la atención, la eficiencia operativa y la reducción de desigualdades regionales y sociales. Avanzar en este proceso no solo implica reformas estructurales, sino también una transformación del modelo de atención con enfoque preventivo, resolutivo y centrado en las personas y en el cierre de brechas en salud. Se identifican múltiples problemáticas como duplicidad de esfuerzos y recursos; desigualdades en el acceso y calidad de atención, según el tipo de afiliación; inequidad en la distribución de infraestructura, personal médico y tecnología; fallas en la continuidad del tratamiento y seguimiento de enfermedades crónico degenerativas; falta de interoperabilidad de los sistemas de información; áreas de oportunidad en la interoperabilidad de sistemas integrados de información; modelo de atención centrado en la prevención y paciente; enfoque resolutivo; cadena de suministro eficiente y transparente; infraestructura y tecnologías médica, y coordinación interinstitucional e intersectorial.

En los últimos años se ha observado una evolución en la suscripción de convenios específicos para el intercambio o prestación unilateral de servicios médicos, pasando de acuerdos puntuales en pocas entidades a una mayor diversificación y participación a nivel nacional. Esta evolución evidencia el creciente dinamismo y la complejidad del sistema de salud. Este crecimiento, sin embargo, se encuentra limitado por problemas estructurales y operativos que afectan la coordinación y eficiencia en el intercambio.

El análisis de las causas del problema revela que la fragmentación del sistema de salud, sumada a limitaciones en la infraestructura tecnológica y en la presencia de convenios específicos a nivel nacional, incide directamente en la baja productividad observada. El

diagnóstico de los programas e intervenciones actuales evidencia que el modelo de intercambio de servicios se sustenta en la identificación de excedentes y faltantes en la capacidad instalada de las unidades del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, su operación se limita a la prestación de atenciones integrales, y no contempla el intercambio de recursos como medicamentos, insumos o personal especializado debido a diferencias normativas y administrativas entre instituciones, presupuestos y metas propias, distintas regulaciones en la gestión de recursos humanos, restricciones presupuestarias y legales de cada institución. Este enfoque, que se desarrolla principalmente dentro de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud aprovechando su infraestructura y recursos internos, debe complementarse con la coordinación con otros sectores para optimizar el intercambio de recursos complementarios.

La visión es contar con un nuevo modelo para el año 2030; se espera que la implementación incremente la capacidad de respuesta de las instituciones, logrando una mayor equidad en el acceso a servicios de calidad. Entre los cambios previstos destacan: una ampliación sustancial de la cobertura, reduciendo las brechas geográficas y socioeconómicas en el acceso a la salud, lo que se traducirá en una disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad.

Otro problema y área de oportunidad medular reside en la integración de la información en salud desde distintas aristas. La integración, acopio y difusión de la información, esenciales para la planeación y monitoreo del SNS, afecta tanto al sector público como al privado y social, generando impactos en la capacidad de respuesta y en la calidad de la toma de decisiones.

La integración de la información se fundamenta en la conformación del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), que, conforme a la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud, se integra de cinco grandes componentes: Población y cobertura, Recursos para la Salud, Servicios para la salud, Nacimiento, Daños a la Salud y Discapacidad, daños a la salud y nacimientos, recursos, servicios otorgados, población y cobertura. Cada uno de estos componentes se desglosa en diversos subsistemas. Si bien constituyen la base para entender la salud pública, la heterogeneidad en los reportes dificulta una integración homogénea, oportuna y nominal.

La fragmentación del SNS, en donde cada integrante utiliza formatos y aplicaciones propias, se suma a desigualdades en el acceso a recursos tecnológicos, lo que se agrava por la carencia de infraestructura adecuada en muchas unidades médicas de primer nivel. Además, la rotación constante de personal y las divergencias en los instrumentos jurídicos propios de cada entidad generan retrasos, entregas parciales o incluso omisiones en el envío de la información. Este retraso o falta de integración de datos afecta directamente los procesos de planeación y control, imposibilitando contar con indicadores confiables para evaluar la evolución de la salud pública.

Por otro lado, existe la problemática que afecta a los sistemas de información de los integrantes del SNS, respecto a que no cumplen los estándares mínimos para intercambiar información nominal de la o el paciente; carentes de la desagregación de datos por sexo, edad, etnicidad y otros determinantes de la salud, repercute directamente en la capacidad para generar registros integrales y de calidad, afectando tanto a los servicios públicos como al sector privado, comprometiendo la integración de información de primera mano que incide en la toma de decisiones para la salud.

En respuesta a estas problemáticas, se han identificado intervenciones prioritarias. En primer lugar, está el establecimiento, actualización y emisión de los instrumentos jurídicos que fortalezcan el reporte de información al SINAIS y al Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SINBA) en sus componentes respectivos. También se orienta a implementar supervisiones y capacitaciones que han permitido fortalecer los procesos de integración de información dentro del SNS. Asimismo, se ha puesto en marcha la nominalización de los registros; el proceso de transición del registro estadístico al registro nominal en el SINBA y la definición de estándares específicos para el intercambio de información nominal y estadística.

Con lo anterior, se busca contar con información oportuna y veraz que se convierta en un insumo para la generación de productos de inteligencia en salud, que coadyuven en el fortalecimiento de toma de decisiones ante brechas e inequidades en salud.

Adicionalmente, la ausencia de un expediente clínico electrónico, oficial y homologado en el SNS constituye también un problema que limita la modernización del sector lo que se traduce en una fragmentación de la información clínica del paciente en la ineficiencia del uso de recursos, descoordinación entre instituciones y reducción de la calidad de la atención, así como una dispersión de registros que afecta tanto a la continuidad asistencial como a la eficiencia en la toma de decisiones médicas.

Según los datos recopilados en el diagnóstico de implementación de los Sistemas de Expediente Clínico Electrónico (SECE) para el año 2023, se observa una marcada disparidad entre las instituciones. Mientras que organismos como el IMSS, PEMEX, SEDENA, SEMAR y el SNDIF han alcanzado índices de implementación al 100% o cercana a ello, en sus unidades médicas, otras entidades presentan tasas significativamente menores. A nivel nacional, solo el 36.32% de las unidades médicas han adoptado SECE, con un 34.36% en el primer nivel de atención, 57.75% en el segundo y 64.39% en el tercer nivel. (

La problemática descrita no debe interpretarse simplemente como una carencia, sino como un fenómeno en crecimiento que revela la dificultad para integrar, de forma homogénea, los expedientes clínicos electrónicos a lo largo del SNS. El hecho de que múltiples sistemas y bases de datos operen de manera independiente genera duplicidad de registros y la pérdida de información relevante en el historial del paciente. Esto impacta directamente a los usuarios de los prestadores de los servicios de salud públicos del SNS, pues la falta de un expediente clínico unificado puede derivar en retrasos en la atención, diagnósticos incompletos y tratamientos inadecuados.

En respuesta, se han implementado diversas intervenciones orientadas a la estandarización e integración de los expedientes clínicos electrónicos, destacándose la publicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud Intercambio de información en salud. De cara al año 2030, se prevé que con la integración de la información y un expediente clínico electrónico unificado se logre una atención médica oportuna y coordinada, en la que los profesionales dispongan de información completa y actualizada para la planeación y la atención.

Otra área de oportunidad para los sistemas de salud es el acceso a tecnologías de salud que faciliten la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de ECNT.

Se han diseñado programas e intervenciones orientados a modernizar el SNS la implementación de la telemedicina, como una atención médica a distancia, especialmente en zonas de alta marginación; la mejora y ampliación de la infraestructura y equipamiento médico; y el fortalecimiento de la atención para la población sin seguridad social. En el caso de la telemedicina, ésta ha mejorado significativamente el acceso a servicios médicos en zonas marginadas o de difícil acceso. Se proyecta que para el año 2030 la

incorporación de tecnologías de salud modernas y la actualización de documentos basados en evidencia permitan reducir considerablemente los índices de mortalidad por enfermedades prevenibles y tratables, logrando una atención más oportuna y eficaz.

Finalmente, la investigación en salud en México enfrenta importantes desafíos estructurales, financieros e institucionales que limitan su potencial como motor de bienestar social, innovación científica y desarrollo económico. El gasto en investigación y desarrollo ha sido históricamente bajo (menos del 1% del PIB) y en declive desde 2015, debilitando la formación de profesionales y la capacidad institucional.

En 2024, el Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (SNII) registró 43,923 integrantes, con una participación femenina del 40.9%. En el área de Ciencias Médicas y de la Salud, la representación de mujeres y hombres es prácticamente equitativa (5.4% del total cada uno), lo que contrasta con otras áreas donde la brecha de género es más pronunciada. Sin embargo, al analizar los niveles de reconocimiento dentro del sistema se observa una subrepresentación de mujeres en los niveles más altos (Nivel III y Emérito), lo que evidencia barreras para el avance profesional, y los apoyos a grupos históricamente excluidos siguen siendo insuficientes.

En términos de producción científica, México generó en 2022 solo el 0.9% del total mundial, con una disminución del 7.2% respecto al año anterior. El área de medicina clínica destacó al concentrar el 19.4% de las citas nacionales, lo que indica un impacto significativo. Por otro lado, la innovación y la propiedad intelectual presentan rezagos: apenas el 5.9% de las solicitudes de patentes fueron hechas por mexicanos, y solo el 5% de las patentes otorgadas corresponden a titulares nacionales. A pesar de ello, los sectores de productos farmacéuticos, biotecnología y tecnología médica concentran gran parte de la actividad innovadora, representando oportunidades estratégicas para potenciar capacidades científicas si se promueven mecanismos adecuados de financiamiento y transferencia tecnológica.

La industria farmacéutica es clave para la economía del país, con un PIB de 6.79 billones de pesos en 2024. Sin embargo, su dinamismo económico no ha sido acompañado por un entorno robusto de innovación. La ausencia de mecanismos de financiamiento temprano, la reinversión insuficiente y la débil articulación entre academia e industria, sumados a obstáculos normativos como un registro nacional de ensayos clínicos inexistente y procesos de aprobación lentos, frenan el desarrollo y desalientan la inversión.

Fortalecer la investigación en salud en México requiere redirigir esfuerzos hacia la generación de conocimiento que responda a prioridades nacionales, incorporando enfoques de género e interculturalidad, estableciendo incentivos adecuados, revisando los criterios de evaluación del SNII, promoviendo la colaboración interdisciplinaria y consolidando esquemas de financiamiento público-privado. Solo mediante una estrategia integral y sostenida será posible posicionar la investigación en salud como eje transformador para el desarrollo social, económico y científico del país.

Hacia 2030, el Sistema de Salud en México se ha transformado profundamente, con un modelo más integrado, moderno y centrado en las personas, capaz de responder con eficiencia, equidad y calidad a las necesidades sanitarias del país. Esta transformación ha sido el resultado de un proceso progresivo de articulación institucional, digitalización, innovación, tecnológica y fortalecimiento de capacidades locales.

La implementación de un nuevo modelo de intercambio de servicios de salud ha mejorado sustancialmente la equidad en el acceso, especialmente en comunidades con baja afiliación o acceso limitado. Gracias a convenios nacionales estandarizados y un sistema de interoperabilidad entre instituciones, hoy es posible compartir no solo atenciones médicas, sino también recursos clave como personal especializado, medicamentos e insumos.

El SINAIS ha evolucionado hacia una plataforma integrada, interoperable y en tiempo real. A través de estándares nacionales de reporte e intercambio de datos, los diferentes niveles de atención comparten información nominal y estadística de forma fluida y segura.

El expediente clínico electrónico está completamente implementado en todos los niveles del sistema, tanto público como privado. Esta herramienta ha reducido errores médicos, mejorado la continuidad del cuidado y permitido diagnósticos más rápidos y certeros. Los profesionales de salud cuentan con un historial clínico completo, actualizado y accesible, independientemente de dónde haya sido atendido el paciente.

La modernización del sector incluye la expansión masiva de la telesalud, que ha permitido llevar servicios especializados a regiones rurales y marginadas. Millones de consultas y seguimiento a distancia se realizan cada año a través de plataformas digitales, lo que ha reducido traslados innecesarios y tiempos de espera.

México ha posicionado la investigación en salud como una prioridad nacional, con financiamiento público-privado sostenido, incentivos fiscales, y esquemas de cooperación entre academia, industria y gobierno. Se han creado centros de innovación biomédica, y el país ahora cuenta con un registro nacional de ensayos clínicos que promueve la transparencia y agiliza los procesos regulatorios.

La industria farmacéutica nacional ha crecido en innovación y autosuficiencia, con avances significativos en biotecnología, medicina personalizada y tecnologías médicas. Las patentes nacionales y publicaciones científicas han aumentado de manera sostenida, contribuyendo al desarrollo económico y científico del país.

El fortalecimiento del SNS ha sido posible gracias a una gobernanza intersectorial eficaz, que ha alineado esfuerzos del sector salud con el avance tecnológico, financiero, educativo, logístico y de planeación regional. Esta articulación ha permitido diseñar políticas de largo plazo, asegurar inversión sostenida y ejecutar proyectos con impacto territorial real. La planeación en salud ahora se basa en datos de calidad y evidencia científica, lo que permite una mejor asignación de recursos, monitoreo continuo de resultados y generación de inteligencia en salud.

Disminuir las brechas de salud y atención para poblaciones prioritarias y vulnerables

La salud pública, al impactar tanto a nivel individual como colectivo, es clave para reducir brechas de atención. Sin embargo, la falta de coordinación interinstitucional ha limitado la implementación de políticas coherentes que aborden los determinantes sociales de la salud. Es indispensable fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud mediante mecanismos multinivel que aseguren una respuesta equitativa y sostenida. En este contexto, el Servicio Nacional de Salud Pública (SNSP) actúa como eje integrador entre sectores público, social y privado, optimizando la infraestructura y garantizando el cumplimiento de estrategias de salud colectiva.

Es preciso recordar que la falta de coordinación y la distribución desigual de recursos agravan las brechas en el acceso y calidad de los servicios, donde la afectación se concentra en grupos históricamente vulnerables: comunidades de zonas marginadas, población con limitaciones socioeconómicas, NNA, adultos en edad laboral y personas mayores. Dichos grupos requieren estrategias que atiendan tanto necesidades médicas inmediatas como los determinantes sociales subyacentes. Según reportes del INEGI (2023), las áreas con menor cobertura presentan índices de morbilidad superiores, lo que evidencia la necesidad de intervenciones focalizadas.

En el ámbito de la coordinación, se han logrado avances con un modelo de atención orientado a la salud colectiva mediante la creación de 246 distritos y 32 centros coordinadores. De conformidad con el ACUERDO por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR), publicado en el DOF el 25 de octubre de 2022, aproximadamente el 90.6% de las entidades federativas han establecido convenios operativos, lo que indica un compromiso intergubernamental. Sin embargo, la falta en algunas entidades y la inadecuada coordinación reducen la eficacia de estas políticas, perpetuando desigualdades en el acceso y limitando la respuesta ante emergencias sanitarias.

Las enfermedades prevenibles y crónicas afectan especialmente a personas mayores y sectores jóvenes en comunidades marginadas, evidenciando desigualdades por género y acceso a servicios. Estas desigualdades se deben a factores socioeconómicos, centralización de recursos y deficiencias culturales, afectando la calidad de vida y productividad de la población.

Proyectando hacia el 2030, la implementación coordinada de estas acciones podría transformar significativamente el panorama de salud. Se prevé una reducción notable en la incidencia de enfermedades crónicas y prevenibles, un aumento en la esperanza de vida, mejoras en la calidad de vida y productividad, reflejando avances en equidad social y económica.

En cuanto a la salud infantil, el enfoque es crucial para invertir en capital humano, dada la incidencia de morbilidad y mortalidad que varía según edad, contexto geográfico y condiciones socioeconómicas. Los patrones de mortalidad en menores de 1 año, de 1 a 4 años y de 5 a 14 años muestran un panorama que marca áreas de oportunidad para la prevención y atención. Para los menores de 1 año, las afecciones perinatales fueron la causa principal, seguido de las malformaciones congénitas y la neumonía e influenza. Para los de 1 a 4, los accidentes, seguido de las malformaciones congénitas y neumonía e influenza. Para los de 5 a 14 los accidentes se mantienen como la principal, seguido de los tumores malignos y las malformaciones congénitas.

Los indicadores de mortalidad infantil revelan áreas de mejora en la prevención y atención temprana. Asimismo, las infecciones respiratorias e intestinales subrayan la necesidad de intervenciones oportunas. Las deficiencias en atención prenatal, limitaciones en el acceso y factores socioeconómicos adversos contribuyen a la morbilidad y mortalidad infantil, afectando el desarrollo a largo plazo. Aunque se han logrado avances en reducir la mortalidad infantil, persisten disparidades regionales que evidencian la necesidad de enfoques integrales en atención temprana y prevención. Es esencial consolidar un modelo de atención integral para los "Primeros 1000 Días de Vida" coordinando con otros sectores para mejorar condiciones de vida y fortalecer la prevención.

De manera particular, la situación referente al cáncer en la infancia y adolescencia se configura como un desafío de gran envergadura. Se estima que en 2022 se registraron 7,101 casos nuevos, lo que se traduce en una tasa de incidencia de 16.2 casos por cada 100,000 habitantes, posicionando al país en el quinto lugar a nivel regional y en la novena posición global en defunciones por esta enfermedad (Globocan, 2022). Además, se ha observado que aproximadamente el 75% de los casos se diagnostican en etapas avanzadas, lo que reduce las posibilidades de tratamiento exitoso y aumenta los costos asociados a la atención. En este contexto, se presentan como áreas de oportunidad el contar con un registro integral, confiable y la implementación de campañas de concientización dirigidas tanto a la población como a los profesionales de la salud con el fin de mejorar la detección temprana, aspecto crucial para revertir la tendencia de diagnósticos en fases avanzadas (INCMNSZ, 2019).

En el ámbito de la salud de las mujeres, se han reducido la mortalidad materna (584 defunciones en 2023, 66.6% menos que en 2000)(35) y la fecundidad adolescente (59.46 nacimientos por 1000 en 2024, reducción del 28.7%)(36); sin embargo, aún son altas para el estándar internacional y metas fijadas y en grupos vulnerables persisten desafíos estructurales debido a barreras culturales, económicas y geográficas.

En el caso particular de la Razón de Mortalidad Materna (RMM), en 2023 se registraron 34.58 muertes por cada 100,000 nacidos vivos(37), mientras que la meta debe ser al menos de 30 muertes por cada 100,000 nacidos vivos(38). Para ello, es importante continuar fortaleciendo los servicios de salud materna, especialmente en regiones con mayores desafíos. Las principales causas de muerte materna en México incluyen hemorragias obstétricas, trastornos hipertensivos y complicaciones relacionadas con el aborto.

Referente a la mortalidad de cáncer, en específico de mama en 2023 fue de 19.87 por 100 mil habitantes (7,944 defunciones) y la incidencia de 25.34 por 100 mil(39); en la población sin seguridad social la cobertura de mastografía fue de apenas 11.6% y solo el 66.5% de los casos sospechosos accedieron a biopsia(40). En cáncer cuello uterino, la tasa de mortalidad fue de 11.21 por 100,000 mujeres, con cobertura de tamizaje del 13.65% y seguimiento colposcópico del 46.2% en mujeres de riesgo(41). Es necesario fortalecer los programas de detección temprana y seguimiento, alcanzando coberturas del 90% para mejorar el diagnóstico y tratamiento oportuno. La visión para 2030 es ofrecer servicios de calidad en salud sexual y reproductiva, reducir la mortalidad materna y ampliar la detección oportuna del cáncer, minimizando las muertes evitables y sus consecuencias sociales.

Por su parte, la población de personas mayores representa también un grupo prioritario que requiere una política integral de cuidados con acciones en salud claramente identificables. De acuerdo con datos del INEGI, en 2020, el 8% de la población total era adulta mayor. Del total de defunciones (847,716) registradas en 2022, poco más de 58% fue en población adulta mayor, siendo las principales causas de muerte: enfermedades del corazón, diabetes y tumores malignos.

Se espera que para 2030 la población de 65 y más ascienda a 14.1 millones de personas (10% del total de la población proyectada), lo cual conlleva una necesidad inminente de políticas para garantizar la calidad de vida de esta población. El acercamiento de los servicios de salud, a través de estrategias como el programa "Salud Casa por Casa", es una parte medular de una política de cuidados nacional. Asimismo, la atención de enfermedades crónicas, pero también de la atención de problemáticas como la demencia y salud mental, requieren estrategias de atención focalizadas y urgentes.

Otro grupo prioritario en la política de cuidados y visibilización son las personas con discapacidad. De acuerdo con datos del INEGI, en 2020, aproximadamente el 5% de la población presenta alguna discapacidad. De esta población, 2.9 millones de discapacitados corresponden a la población económicamente activa, 2.6 millones son adultos mayores con discapacidad y 0.6 millones son menores

de 15 años. Esta población presenta dos veces más riesgo de desarrollar afecciones como: depresión, asma, diabetes, ictus, obesidad o problemas de salud bucodental y mueren hasta 20 años antes que las personas sin discapacidad. La accesibilidad a los establecimientos de salud se dificulta hasta 6 veces más para personas con discapacidad, por lo que se requiere acercar los servicios de salud con estrategias como el programa "Salud Casa por Casa" y otras acciones enfocadas a esta población. Un avance importante para visibilizar y diagnosticar correctamente las necesidades de intervención para este grupo prioritario es el Certificado Electrónico de Discapacidad (CEDis) que permite estandarizar la certificación de la discapacidad y que lleva hasta ahora un avance inicial relevante y continúa su implementación.

En poblaciones indígenas y afromexicanas, es fundamental aumentar el acceso y la capacidad resolutiva, atendiendo sus particularidades culturales, lingüísticas y geográficas, superando barreras estructurales. Para ello, se ha puesto en marcha una intervención orientada a transformar la atención sanitaria a través de una política nacional de atención intercultural para los pueblos indígenas y afromexicanos. Esta política, aún en fase de desarrollo, tiene como objetivo establecer las condiciones necesarias para modificar la relación entre los servicios de salud y estas poblaciones, promoviendo un modelo que integre la acción comunitaria, prevención, atención integral y respeto a los derechos humanos.

La atención a la población migrante es otro reto: en 2024 se registraron más de 925,000 eventos de migración irregular y casi 79,000 solicitudes de refugio(42) (43). Las caravanas y la dispersión de migrantes dificultan la prestación de servicios, que deben responder a demandas en salud mental, sexual y reproductiva, control de infecciones, manejo de enfermedades crónicas y atención a víctimas de violencia. El SNS debe estar preparado con un enfoque de derechos y perspectiva de género, garantizando el acceso gratuito a servicios públicos de salud conforme al Artículo 77 bis 1 de la Ley General de Salud. De igual manera, se busca continuar reforzando las actividades que se llevan a cabo con el Instituto de las Mexicanas y los Mexicanos en el Exterior (IMME) y la Secretaría de Relaciones Exteriores para mejorar el acceso de la población migrante mexicana en Estados Unidos de América a los servicios básicos y preventivos de salud, a través de orientación, educación, detección oportuna, asesoría y referencias a instalaciones de salud de calidad en un ambiente seguro y amigable. Para ello, la "Estrategia Ventanillas de Salud", dirigida a esta población, continuará ampliando su red de aliados estratégicos, como instituciones de salud locales que brindan un amplio apoyo con detecciones, material educativo y ofrecen orientación el sistema de salud estadounidense.

Por otro lado, la catarata caracterizada por la opacidad progresiva del cristalino que reduce la visión, causada principalmente por el envejecimiento, y factores como herencia, diabetes, tabaquismo, exposición solar sin protección, medicamentos o lesiones oculares, es una de las principales causas de deficiencia visual en México, aunque la cirugía de catarata es altamente costo-efectiva. La OMS busca aumentar la cobertura de cirugías efectivas en 30% para 2030 y reducir la ceguera prevenible en 25%.

La Política Nacional de Atención Intercultural en Salud ha transformado la relación entre el Estado y los pueblos indígenas y afromexicanos. Se reconoce y respeta la medicina tradicional, se cuenta con personal multilingüe, y se han implementado modelos comunitarios de salud que consideran cosmovisiones locales, participación de parteras, promotores comunitarios y servicios con pertinencia cultural.

Las políticas enfocadas en la salud de la infancia han reducido significativamente la mortalidad infantil de niñas y niños. Se han desarrollado estrategias para la detección oportuna de cáncer infantil, y con la implementación de un registro nacional integral, campañas de concientización para diagnóstico temprano y acceso universal al tratamiento. Esto ha elevado las tasas de supervivencia y reducido los costos sociales y económicos del diagnóstico tardío.

Se han reducido sustancialmente la mortalidad materna y la fecundidad adolescente, en parte, gracias al acceso garantizado a servicios de salud sexual y reproductiva, anticoncepción moderna, atención prenatal y educación integral en sexualidad. Los programas de detección temprana de cáncer de mama y de cuello uterino han alcanzado coberturas superiores al 90% en mujeres en edad de riesgo. La tecnología móvil, el autodiagnóstico y las unidades móviles de mastografía y colposcopia han acercado los servicios a mujeres en zonas alejadas.

El desarrollo de una política que fortalezca el sistema de cuidados igualitario y equitativo, tanto para las personas mayores, como para las personas con discapacidad, ha visibilizado y permitido una mayor integración de estas poblaciones prioritarias, ha acercado servicios de salud indispensables y ha permitido una mejor calidad de vida para cada persona y grupos prioritarios.

Además, se ha incorporado un enfoque de género e interculturalidad en la formación del personal de salud, combatiendo estigmas y barreras socioculturales que antes limitaban el acceso y la calidad de la atención. La población joven, especialmente en zonas marginadas, ahora accede a servicios integrales de salud física y mental, programas de prevención de adicciones y estrategias de bienestar emocional, reduciendo factores de riesgo y fortaleciendo su capital humano. El sistema de salud ha adoptado un enfoque humanitario y de derechos hacia las personas migrantes. Se garantiza el acceso universal a la atención, sin importar estatus migratorio, con módulos móviles, atención multilingüe y coordinación entre estados fronterizos.

Visión a largo plazo

Es así que rumbo al año 2030, México dará pasos importantes en la disminución de las desigualdades en salud que por décadas afectaron a grupos prioritarios como comunidades indígenas, afromexicanas, personas con discapacidad, migrantes, mujeres, NNA y personas mayores. Esta transformación será resultado de un enfoque intersectorial, intercultural, y territorial, acompañado de un rediseño del modelo de atención hacia uno más equitativo, preventivo y comunitario. Gracias al fortalecimiento del SNSP y a la consolidación de una gobernanza multinivel, las políticas de salud dejarán de operar de forma aislada y fragmentada. La coordinación interinstitucional efectiva ha permitido reducir la duplicidad de esfuerzos y distribuir recursos de manera más justa, atendiendo determinantes sociales como pobreza, acceso al agua potable, educación y servicios básicos.

De tal manera que, con una visión de largo plazo a veinte años, se habrá consolidado una sociedad donde las desigualdades en salud prácticamente estarán erradicadas. Los avances logrados al 2030 habrán madurado, resultando en un sistema de salud que garantice plenamente el bienestar de todos sus habitantes que disfrutarán de una salud óptima y equitativa, independientemente de su origen, ubicación o condición. Esta realidad será el resultado de la plena integración de un modelo de atención preventivo y comunitario, cuyas políticas de salud serán intrínsecamente intersectoriales, interculturales y territoriales, trabajando en sinergia con otros sectores para incidir directamente en los determinantes sociales de la salud.

6 Objetivos

El acceso universal a los servicios de salud es un pilar fundamental para garantizar el bienestar de todos los mexicanos. En este sentido, el gobierno de la República se ha comprometido a mejorar la cobertura de los servicios de salud, eliminando las barreras que puedan existir tanto para quienes cuentan como para quienes no cuentan con seguridad social. A través de la continuidad de las acciones implementadas en el sexenio anterior y las nuevas estrategias del Segundo Piso de la Cuarta Transformación, se busca que todos los mexicanos tengan acceso a servicios de salud gratuitos, integrales y de calidad. Esta meta no solo implica ofrecer atención médica oportuna, sino también garantizar que sea adecuada a las necesidades de cada individuo, con un enfoque que priorice la prevención, la promoción de la salud y la reducción de las desigualdades en salud entre diferentes grupos y regiones del país. Así, el acceso universal se convierte en una herramienta clave para asegurar que toda la población pueda disfrutar de una vida más sana.

Objetivos del Programa Sectorial de Salud 2025-2030

1.- Garantizar el acceso universal a los servicios de salud para la población.

2.- Incrementar la capacidad resolutiva y calidad de la atención médica del Sistema Nacional de Salud para la población usuaria.

3.- Garantizar la entrega oportuna de medicamentos e insumos para la salud de toda la población.

4.- Mejorar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades de la población.

5.- Fortalecer la integración y modernización del Sistema Nacional de Salud para mejorar la atención a la población.

6.- Disminuir las brechas de salud y atención para poblaciones prioritarias y vulnerables.

6.1 Relevancia del objetivo: Garantizar el acceso universal a los servicios de salud para la población

Las brechas entre grupos y regiones que aún persisten en el país, dificultan el acceso equitativo al derecho a la salud de todas y todos los mexicanos, entendiendo salud como la base del bienestar físico, mental y social, y no solo como la ausencia de enfermedad, por lo que Garantizar el acceso universal a los servicios de salud para la población en territorio nacional, es una prioridad para el Gobierno de la República, ello consiste en lograr que la población tenga la posibilidad real de utilizar servicios de salud públicos integrales, adecuados a cada necesidad individual y otorgados de manera oportuna.

Un propósito primordial del SNS es ser el garante del derecho a la protección de la salud para toda la población, de ahí la relevancia de este objetivo, en el cual concurrirán invariablemente las instituciones prestadoras de servicios, esto implica un proceso universal de cierre de brechas, asegurando la gratuidad en la atención en respuesta a la disminución en la utilización de los servicios públicos por ciertas limitantes estructurales o geográficas, para proteger a los ciudadanos del riesgo económico y aumentar su satisfacción.

El Segundo Piso de la Cuarta Transformación retoma acciones del sexenio pasado para que, sin importar el vínculo respecto a contar o no con seguridad social, todas las personas en territorio nacional gocen de servicios de salud gratuitos y de calidad.

Para lograr el acceso universal, se debe garantizar la atención médica integral y de calidad, mediante la generación de RISS que garanticen la continuidad de atención, para lo cual fortalecer al IMSS-BIENESTAR como proveedor de servicios de salud resulta imprescindible.

Se debe asegurar la sostenibilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud pública del SNS, así como fortalecer tanto los recursos en salud como la capacidad instalada, mediante un sistema nacional rector de información para infraestructura en salud, a cargo de la Secretaría de Salud.

Si bien el acceso universal contempla las etapas de promoción y prevención de la salud, cuando de transformar al país se trata, es importante mencionar que el mayor reto recae en mejorar los desenlaces en salud, aumentar el acceso a todo tipo de servicios relacionados con la salud de la población y garantizar el derecho a la misma.

El acceso a la salud en México se ha convertido en una urgencia nacional debido a problemas críticos que afectan el bienestar de la población. Las principales razones que lo demuestran son: falta de acceso a servicios de salud y seguridad social, en 2022, casi el 40% de la población mexicana carecía de acceso a servicios de salud, cifra que se dispara a casi el 55% en zonas rurales. Además, la mitad de la población no tiene acceso a seguridad social. Esto impulsa a muchas personas a recurrir a servicios públicos insuficientes o al sector privado (casi el 50%), lo que genera una carga económica considerable y acentúa las desigualdades.

Otra causa es la insuficiencia y desigualdad en la infraestructura sanitaria, ya que, a pesar de la existencia de unidades de hospitalización y consulta, la capacidad instalada es insuficiente. El número de camas por cada mil habitantes ha disminuido a 0.72, muy por debajo del mínimo recomendado de 1. Aunque hay más consultorios, estos se encuentran mal distribuidos y concentrados en áreas urbanas, lo que provoca saturación y falta de atención en otras regiones. También existen obras inconclusas y la infraestructura no siempre está adaptada para personas con discapacidad o pueblos originarios.

Asimismo, los denominados "Desiertos de Atención" Médica, reflejan que alrededor de 5.8 millones de mexicanos (4.7% de la población) viven en zonas donde el acceso a un centro de atención básica es de más de 30 minutos o la capacidad es limitada. Estos "desiertos" geográficos y la escasez de personal médico especializado en estas áreas, dificultan que la población más vulnerable reciba atención oportuna de servicios.

Finalmente, el retraso en la cobertura de vacunación donde se expone que las tasas de vacunación infantil están por debajo de los estándares internacionales del 90% (esquema) y 95% (por vacuna), con coberturas promedio del 80.5% en 2024 y 75.69% en 2023. La fragmentación de datos, la desigualdad en la cobertura, el acceso limitado a la tecnología y la infraestructura deficiente en zonas remotas contribuyen a este problema.

El Segundo Piso de la Cuarta Transformación en salud, busca desmantelar las barreras estructurales, económicas y geográficas que han impedido el acceso universal a servicios de salud de calidad. Al abordar la carencia de acceso, la insuficiencia de

infraestructura, la existencia de "desiertos de atención" y el rezago en vacunación, se proyecta un México donde la salud sea un derecho efectivo para todas y todos, contribuyendo así a un modelo de desarrollo más equitativo, inclusivo y enfocado en el bienestar de los mexicanos.

6.2 Relevancia del objetivo: Incrementar la capacidad resolutiva y calidad de la atención médica del Sistema Nacional de Salud para la población usuaria.

El acceso a la salud, es una condición necesaria, pero no suficiente por sí misma para lograr la óptima protección de la salud, por lo que resulta crucial incrementar la capacidad resolutiva y eficacia de la atención médica para mejorar resultados.

El modelo de desarrollo del Segundo Piso de la Cuarta Transformación, en este tema, contribuye al sentar las bases para un sistema de salud accesible, humano y con calidad, que ponga a las personas en el centro, con un enfoque integral y equitativo a través de la universalización de servicios de salud de alta resolución, promoviendo comportamientos éticos y responsables en los equipos de atención. Al estandarizar la calidad y buscar la satisfacción del paciente a través de intervenciones dignas, se consolida un pilar ético y de bienestar social esencial para el nuevo modelo de desarrollo. Este enfoque permite contar con datos precisos y oportunos para el seguimiento de acciones y la toma de decisiones, lo que se traduce en una gestión más eficiente y efectiva de los recursos y las políticas de salud, consolidando un gobierno más transparente y responsable.

El incremento en la capacidad resolutiva, debe partir de una situación en la que todas las personas gocen de servicios de salud altamente resolutivos durante los 365 días del año, con un enfoque preventivo, educativo y de calidad, en las unidades de salud de los tres niveles de atención, incluyendo servicios de laboratorio para la detección temprana de enfermedades que pueden evitarse, atención de factores relacionados con la conservación y seguimiento del estado de salud.

Las brechas de atención aún son amplias y se requiere un mayor número de profesionales médicos y de enfermería en comunidades rurales, donde es impostergable incrementar la capacidad resolutiva para garantizar que los servicios del primer nivel de atención del SNS, sean operados por médicos familiares y personal de enfermería que mejoren la calidad de la atención médica.

En razón de lo anterior, resulta necesario seguir formando más recursos humanos y desarrollar personal de salud competente que permanezca dentro del sector público, acorde a las necesidades actuales de los modelos de atención en apego a los protocolos vigentes, así como establecer un Sistema Nacional de Emergencias en Salud que garantice el fortalecimiento de las capacidades de preparación, respuesta y recuperación ante emergencias y desastres en salud con énfasis en la planeación, coordinación y atención universal.

Las prácticas del sexenio anterior sentaron las bases para la transformación del SNS que, si bien requiere un incremento de recursos para la prestación de servicios, también necesita de otras acciones como, promover un comportamiento ético, altamente responsable y comprometido de los equipos de atención, que traerá como resultado la recuperación del humanismo en los servicios de salud.

Con el logro de este objetivo se estandarizará la calidad de atención de forma que las instituciones prestadoras de servicios de salud pública logren la satisfacción de las personas a través de intervenciones oportunas, humanas y dignas, que se registren en un solo ente rector, el Sistema Nacional de Información en Salud, que proporcionará los datos necesarios para el seguimiento de las acciones implementadas, y la correcta y oportuna toma de decisiones.

La mejora de la calidad y la capacidad de respuesta del sistema de salud es una prioridad crucial para el Segundo Piso de la Cuarta Transformación en México. Los desafíos actuales son significativos y requieren una intervención integral para lograr un sistema de salud más robusto y equitativo.

Los problemas clave que justifican esta atención prioritaria son los siguientes:

- Baja Esperanza de Vida y Alta Mortalidad por Causas Evitables: La esperanza de vida en México es cinco años menor que el promedio de la OCDE (75.3 años). La mortalidad por causas prevenibles y tratables es alarmantemente alta, con 665 muertes evitables por cada 100,000 habitantes, en contraste con las 158 y 79 de la OCDE. Enfermedades como el infarto y la diabetes son las principales causas de muerte, muchas de ellas prevenibles con una atención de calidad y oportuna. Esto resulta en la pérdida de años de vida productiva y una sobrecarga del sistema de salud.
- Epidemiología Compleja y Morbilidad Elevada: México enfrenta una doble carga de enfermedades transmisibles (como las Infecciones Respiratorias Agudas) y no transmisibles (como la hipertensión y la diabetes tipo 2), con altas incidencias. A esto se suman las infecciones intrahospitalarias persistentes, lo que deteriora la salud pública y aumenta la demanda de servicios.
- Deficiencias en la Calidad y Seguridad del Paciente: La satisfacción con la atención médica es baja (solo 57% en México vs. 67% en la OCDE) debido a largos tiempos de espera y saturación. Se registran miles de eventos adversos anuales, muchos de ellos evitables, y hay tasas elevadas de amputaciones en diabéticos, así como baja cobertura de mastografías. La mortalidad post-infarto o accidente cerebrovascular también es superior al promedio de la OCDE. Esto causa daño a los pacientes, incrementa los costos y desgasta la confianza en el sistema público.
- Capacidad Diagnóstica Insuficiente y Obsoleta: A pesar de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública, una parte considerable de los Laboratorios Estatales de Salud Pública no cumplen los criterios, tienen infraestructura inadecuada o suspenden metodologías por falta de insumos. Además, el 81% de los dispositivos médicos están obsoletos. Esto conduce a retrasos e imprecisiones en los diagnósticos, incrementando el gasto de bolsillo de la población.
- Recursos Humanos limitados: México tiene significativamente menos médicos y enfermeras por cada mil habitantes que el promedio de la OCDE (2.5 médicos y 2.9 enfermeras vs. 3.7 y 9.2, respectivamente). Aunque la formación de especialistas ha aumentado, la distribución es inequitativa, concentrándose en zonas urbanas, lo que deja desatendidas las áreas rurales y remotas.
- Insuficiente Preparación ante Emergencias y Desastres: Existe una desarticulación institucional y una limitada capacidad de respuesta integrada ante emergencias, lo que provoca saturación del sistema y afecta desproporcionadamente a los sectores vulnerables.

· Desafíos en Trasplantes y Transfusiones Sanguíneas: Las largas listas de espera para trasplantes (principalmente renales) y la baja tasa de donación por muerte encefálica son un problema crítico que afecta la calidad de vida y la supervivencia. Aunque la tasa de donación de sangre está dentro del rango ideal, requiere una promoción constante.

El Segundo Piso de la Cuarta Transformación busca abordar estos retos, mejorando la esperanza de vida y disminuyendo la mortalidad a través de la prevención, el fortalecimiento de la atención primaria, la implementación de protocolos clínicos eficaces, la expansión y redistribución del personal de salud, una mejor respuesta ante emergencias, y el incremento de trasplantes y la disponibilidad de sangre. El objetivo es gozar de un sistema de salud más justo, eficiente y centrado en las personas.

6.3 Relevancia del objetivo: Garantizar la entrega oportuna de medicamentos e insumos para la salud de toda la población

La lucha contra la corrupción, el acaparamiento, la falta de productividad nacional de insumos, entre otras múltiples causas, sigue siendo una prioridad para el Gobierno de México, que ha trabajado intensamente para lograr que todas las personas cuenten con los medicamentos e insumos necesarios para la salud.

La insuficiencia de medicamentos e insumos para la salud no solo afecta la operación de los servicios de salud, sino también la satisfacción de los usuarios, poniendo en riesgo la vida y el bienestar de la población en territorio nacional.

Manteniendo la continuidad del cambio realizado en años recientes, en este sexenio se mejorará considerablemente y de fondo, la entrega oportuna de medicamentos e insumos para la salud, mediante la implementación de un modelo renovado de compra y distribución que garantice el abasto en las unidades de salud, el uso y aplicación de recetas electrónicas por parte de las instituciones públicas del SNS y la creación de "Farmacias del Bienestar".

De esta manera, el gobierno logrará que las unidades de salud dispongan del abasto suficiente para atender la demanda de los servicios y por ende ninguna persona se quede sin surtir las recetas de los medicamentos que requiere.

Los principales problemas que justifican esta necesidad son:

· Baja Disponibilidad de Medicamentos Al 91% de los pacientes le prescribieron medicamentos, de éstos, el 85% consiguió todos y el 73% los consiguió en el mismo lugar dónde se atendió. Esta deficiencia impacta directamente la continuidad de los tratamientos y la salud de los pacientes.

· Desigualdades Regionales y Alto Gasto de Bolsillo: Existe una marcada inequidad en la distribución de medicamentos, con algunos estados en donde un alto porcentaje de derechohabientes no paga por medicamentos, mientras que otros, como Guerrero e Hidalgo, tienen cifras mucho más bajas. Además, el gasto promedio de bolsillo en medicamentos fue de más de $1,000 pesos por hogar en 2022, lo que representa una carga económica significativa para las familias, especialmente las más vulnerables y las que no tienen seguridad social.

· Ineficiencias en la Cadena de Suministro: La raíz de los problemas radica en una planeación deficiente (basada en consumos históricos en lugar de necesidades actuales), falta de estandarización, mala comunicación, retrasos en las compras y barreras logísticas y tecnológicas. Todo esto contribuye a la escasez y a una distribución ineficaz.

Para abordar estos desafíos, la estrategia del Segundo Piso de la Cuarta Transformación propone una reforma integral del sistema de abasto:

· Modelo de Abasto Unificado y Modernizado: se busca implementar un sistema digital, transparente y consolidado para la compra y distribución de medicamentos, lo que reducirá costos y asegurará el suministro oportuno.

· Reducción del Gasto de Bolsillo y Mayor Acceso: La creación de "Farmacias del Bienestar" acercará los medicamentos a la población, especialmente a las comunidades remotas, y garantizará el acceso gratuito a los insumos, aliviando la carga económica de las familias.

· Fortalecimiento de la Industria Nacional: Se impulsará la industria farmacéutica mexicana para asegurar un suministro constante y aumentar la autonomía del país en la producción de medicamentos.

· Optimización Logística y Tecnológica: La integración de sistemas de información y la modernización de la infraestructura (almacenes, laboratorios) con apoyo tecnológico y financiero mejorará la logística y la precisión en la distribución.

· Coordinación Intersectorial: El éxito de la estrategia dependerá de una estrecha colaboración entre el sector salud y otras áreas como tecnología, finanzas, infraestructura y transporte.

6.4 Relevancia del objetivo: Mejorar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades de la población

Las razones por las cuales una persona pierde su salud son diversas e influyen múltiples factores, considerados determinantes sociales de la salud como es la mala alimentación, condiciones ambientales desfavorables, la pobreza, carencia de actividad física, estrés constante, la carencia de trabajo, entre otros. Muchos problemas de salud son evitables a través de un autocuidado personal y la suma de un ambiente potencialmente benéfico para mantenerse sano. Diversos determinantes sociales, junto con la atención preventiva y curativa, afectan los desenlaces de salud de las personas y comunidades. Por ello es necesario fortalecer acciones para la mejora de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades a fin de incrementar el bienestar general de la población.

La educación para la salud es una acción que debe impulsarse de forma continua y eficaz, debiendo iniciar desde el mismo hogar. Las instituciones educativas, los prestadores de servicios públicos y la misma sociedad, deben contribuir para lograr mejores resultados.

La responsabilidad del gobierno es favorecer que el bienestar sea el máximo posible para todas las personas sin distinción y generar las condiciones para ejercer un autocuidado exitoso; siendo estos, los propósitos principales del Segundo Piso de la Cuarta Transformación.

Las estrategias que se contemplan para este periodo de gobierno incluyen eficaces programas universales de vacunación durante todo el curso de vida, campañas de alimentación saludable, evitar adicciones, mejorar la salud mental, apoyar el deporte, el

esparcimiento sano, entre otras estrategias transversales donde influyen, además de las instituciones de salud como el SNSP, otras esferas públicas relacionadas que ayuden a fortalecer las políticas de salud colectiva que privilegien la detección, prevención de enfermedades y la promoción de la salud para que contribuyan en el bienestar poblacional, considerando los determinantes sociales, la interculturalidad y la perspectiva de género para mejorar su bienestar.

El logro de este objetivo debe traducirse en mejores metas en vacunación y prevención de enfermedades transmisibles evitables por vacunación, disminuir la obesidad infantil, prevenir y atender oportunamente trastornos mentales y adicciones, disminuir los suicidios y accidentes en México.

El Segundo Piso de la Cuarta Transformación considera el fortalecimiento de la promoción y prevención de la salud como una prioridad fundamental. Condicionado por un complejo panorama epidemiológico y cifras preocupantes que evidencian importantes brechas y afectaciones desproporcionadas en la población mexicana.

Los problemas principales que justifican esta atención prioritaria son:

- Inseguridad Alimentaria y Malnutrición: 34% de la población mexicana enfrentó algún nivel de inseguridad alimentaria en 2022, con un 18.2% con carencia de acceso a alimentos nutritivos y de calidad. Esta situación es peor en áreas rurales. México tiene la segunda tasa de obesidad más alta de la OCDE (36.9% en adultos y 18.1% en niños), y una alta prevalencia de anemia en mujeres y adultos mayores. Esto lleva a malnutrición (desnutrición, sobrepeso, obesidad), un aumento de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y afectaciones desproporcionadas en mujeres, niños, adolescentes y zonas marginadas.
- Alta Prevalencia de ECNT: Los malos hábitos alimentarios, el sedentarismo y el consumo excesivo de productos ultraprocesados han provocado una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares y adolescentes, y que la diabetes afecte al 18% y la hipertensión al 31% de los adultos. El consumo excesivo de bebidas azucaradas es común. Las consecuencias son un aumento significativo de la mortalidad, costos de salud elevados y reducción de la productividad.
- Resistencia Antimicrobiana y Enfermedades Infecciosas Emergentes/Reemergentes: El uso inadecuado de antimicrobianos, factores ambientales y socioeconómicos contribuyen a la persistencia de la tuberculosis (con casos resistentes), la alta incidencia de EDAS como causa de muerte prevenible, y una tendencia ascendente del dengue. Esto agrava y aumenta los costos médicos y la mortalidad, afectando especialmente a poblaciones marginadas.
- Salud Mental y Adicciones: En 2023, el 14.9% de la población mostró sintomatología depresiva moderada o severa. En 2024, se atendieron casi 400 mil casos de salud mental, principalmente ansiedad y depresión. La tasa de suicidios ha aumentado, con un incremento alarmante de más del 600% en intentos suicidas en adolescentes desde 2006. Hay una brecha en la detección e intervención, lo que deteriora la salud integral y la calidad de vida, afectando a jóvenes, mujeres y adultos mayores, con atención insuficiente en áreas rurales.
- Lesiones por Siniestros Viales: En 2023, se registraron 16,772 muertes por siniestros viales, con un aumento del 5% en el último año. Son la principal causa de muerte entre niños, niñas, adolescentes y jóvenes de 5 a 24 años, y la segunda en adultos de 25 a 44 años. Esto provoca un aumento en la mortalidad y discapacidad, con un impacto significativo en la salud pública y la economía, especialmente en la población joven.

Para abordar estas problemáticas, el Segundo Piso de la Cuarta Transformación busca un modelo de atención preventiva robusto, integral e intersectorial que se centre en Promoción de Entornos Alimentarios Saludables, para priorizar el derecho a una alimentación nutritiva. Esto incluye políticas fiscales para productos ultraprocesados, fomento de entornos escolares y laborales saludables, y campañas de comunicación.

- Fortalecimiento de la Prevención de Enfermedades Transmisibles: Integrar el Registro Nacional de Vacunación para ampliar la cobertura (superando el 92% en menores de un año), aplicar el enfoque "Una sola Salud" para zoonosis, y desarrollar estrategias para eliminar el paludismo, controlar el dengue y asegurar la atención oportuna del VIH y la Hepatitis C.
- Atención Integral a la Salud Mental y Adicciones: Fortalecer la prevención temprana con campañas de educación y sensibilización, invertir en recursos humanos e infraestructura (especialmente en áreas rurales), integrar sectores y usar la telesalud.
- Seguridad Vial y Reducción de Lesiones Accidentales: Armonizar el marco normativo, ampliar la atención prehospitalaria, promover la movilidad activa y lanzar campañas de educación. La meta es reducir la tasa de mortalidad anual en un 8.3% en seis años, con un Observatorio Nacional de Lesiones Accidentales para monitorear tendencias.

6.5 Relevancia del objetivo: Fortalecer la integración y modernización del Sistema Nacional de Salud para mejorar la atención a la población.

La etapa neoliberal del SNS perdió la oportunidad de lograr mejores resultados derivado principalmente de su fraccionamiento y diferenciación permanente de resultados de acuerdo con los recursos financieros de cada una de las instituciones de servicios públicos de salud. Los mejores resultados se observan asociados a instituciones de seguridad social, lo que marca una profunda desigualdad e inequidad, así como afectación del acceso universal.

Este objetivo busca la integración y modernización del SNS, con una rectoría fortalecida, como columna vertebral que permita transitar de un sistema de salud fragmentado a uno verdaderamente universal, equitativo y eficiente, acorde con la visión del Segundo Piso de la Cuarta Transformación, que consentirá la consolidación de la gobernanza y rectoría de la Secretaría de Salud, el incremento en la prevención de enfermedades a través de la salud colectiva armonizando los determinantes sociales de esta con una regulación sanitaria más eficiente y oportuna.

Este objetivo es trascendental si se desea avanzar en cambios de fondo para lograr con el tiempo un sistema de salud integral, funcional y estructurado.

Durante este periodo de gobierno se consolidará la gobernanza de la Secretaría de Salud para la operación y seguimiento de un nuevo modelo de intercambio de servicios de salud a nivel sectorial obligatorio e integral, que conciba en su núcleo central a la persona y sus necesidades de salud y no solo refiera un proceso de atención basado en excedentes y faltantes institucionales de servicios.

Se fortalecerá la rectoría en los procesos de captación, integración, análisis, difusión y evaluación de la información mediante la implementación de sistemas de información de registro electrónico para la salud, orientadas a la interoperabilidad e intercambio de información, que sirvan de base para contar con un expediente electrónico, que, junto con otras estrategias como la telesalud, la investigación y el equipamiento de vanguardia serán de gran utilidad para el avance nacional en salud.

De esta manera, se pretende incrementar la prevención de enfermedades a través de fortalecer la salud colectiva, armonizando a los diferentes componentes que influyen en los determinantes sociales de la salud, garantizando así una portabilidad adecuada y generando la continuidad de la atención esperada.

Por otra parte, es importante destacar que, en México, persisten retos significativos en materia de vigilancia, control y fomento sanitario. La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), siendo la autoridad responsable, implementará acciones tendientes a la modernización de sus procesos, el uso de tecnologías digitales, la homologación de criterios técnicos y la articulación efectiva con otras instituciones del sector salud, mismas que son esenciales para superar la dispersión operativa, fortalecer la capacidad de respuesta, garantizar una regulación sanitaria más eficiente y oportuna, y asegurar la protección integral de la salud de la población en un entorno cada vez más complejo y dinámico.

La integración y modernización del SNS es una prioridad estratégica para el Segundo Piso de la Cuarta Transformación en México, buscando optimizar recursos, mejorar la calidad y reducir las desigualdades en el acceso a la salud.

Los principales problemas que justifican esta atención prioritaria son:

- Fragmentación del Sistema de Salud: Existe una duplicidad de esfuerzos y recursos, desigualdades en el acceso y calidad de la atención según la afiliación, y una inequitativa distribución de infraestructura, personal y tecnología.
- Fragmentación y Heterogeneidad de la Información en Salud: La falta de interoperabilidad de los sistemas de información y la carencia de infraestructura tecnológica adecuada impiden una recopilación de datos homogénea, oportuna y nominal. Los sistemas de los integrantes del SNS no cumplen con estándares mínimos para el intercambio de información del paciente. Esto provoca retrasos y omisiones en la entrega de datos, imposibilita contar con indicadores confiables, afecta la toma de decisiones y dificulta la identificación de brechas e inequidades en salud.
- Ausencia de un Expediente Clínico Electrónico (ECE) Homologado: La falta de un ECE oficial y estandarizado a nivel nacional genera una dispersión de registros y duplicidad de información. Esto lleva a la fragmentación de la información clínica, ineficiencia en el uso de recursos, descoordinación entre instituciones, reducción de la calidad de la atención, retrasos en diagnósticos y tratamientos inadecuados, afectando la continuidad asistencial del paciente.
- Insuficiente Acceso a Tecnologías de Salud y Telemedicina: Hay limitaciones en la modernización, actualización de equipos y en el despliegue de soluciones tecnológicas. Aunque la telemedicina ha mejorado el acceso en zonas marginadas, su implementación necesita ser ampliada y mejorada. Esto dificulta la prevención, el diagnóstico y el tratamiento oportuno de ECNT y genera desigualdades en el acceso a atención especializada en áreas rurales.

Desafíos en la Investigación en Salud: México invierte menos del 1% del PIB en investigación y desarrollo, una cifra en declive. Existe una débil articulación entre la academia y la industria, así como obstáculos normativos. La producción científica y el número de patentes nacionales son bajos. Esto limita el potencial de la investigación como motor de bienestar, innovación y desarrollo económico, afectando la capacidad de respuesta del sistema de salud y la autonomía tecnológica del país. La integración y modernización del SNS es fundamental para el Segundo Piso de la Cuarta Transformación, buscando un modelo de atención preventivo, resolutivo y centrado en las personas, a través del Nuevo Modelo de Intercambio de Servicios, donde se materializará la Ampliación sustancial de la cobertura y mayor equidad en el acceso a servicios de calidad. Se implementarán convenios nacionales estandarizados y un sistema de interoperabilidad que permitirá compartir atenciones, personal especializado, medicamentos e insumos. Esto se traducirá en una disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad.

- Nuevo modelo de Intercambio de servicios: Que incluye una valoración de una fuente de financiamiento exclusiva para la creación de una cámara de compensación.
- ECE Unificado: Estará completamente implementado en todos los niveles (públicos y privados), garantizando una atención médica oportuna y coordinada, reduciendo errores y mejorando la continuidad del cuidado.
- Modernización Tecnológica y Telemedicina: Se expandirá masivamente la telesalud para llevar servicios especializados a regiones rurales y marginadas, reduciendo traslados y tiempos de espera, lo que espera disminuir los índices de mortalidad por enfermedades prevenibles y tratables.
- Fortalecimiento de la Investigación en Salud: México posicionará la investigación como prioridad nacional, con financiamiento público-privado sostenido, incentivos fiscales y cooperación academia-industria. Se busca aumentar patentes nacionales y publicaciones científicas, impulsando la innovación y la autosuficiencia tecnológica.
- Gobernanza Intersectorial Eficaz: La transformación se logrará mediante la alineación de esfuerzos del sector salud con el avance tecnológico, financiero, educativo, logístico y de planeación regional, asegurando inversión sostenida y proyectos con impacto territorial real. Esta visión integral busca consolidar un sistema de salud más eficiente y equitativo para todos los mexicanos.

6.6 Relevancia del objetivo: Disminuir las brechas de salud y atención para poblaciones prioritarias y vulnerables

Existen marcadas desigualdades en el acceso a la atención de salud en grupos prioritarios (mujeres, indígenas, afromexicanos, personas con discapacidad, migrantes, NNA y personas mayores), lo que exige intervenciones focalizadas.

El objetivo para la reducción de las brechas de salud y atención para la población más vulnerable persigue que estos grupos presenten mayor posibilidad de problemas de salud por no atender con oportunidad sus necesidades de forma diferenciada siendo visibles para el Sistema de Salud.

Las estrategias para atender a las poblaciones vulnerables se establecerán desde una perspectiva que esté alineada con las necesidades específicas de estos grupos.

Se espera que al tener un trabajo colaborativo y vinculatorio entre las diferentes instituciones de salud y las relacionadas con la atención de grupos específicos, logrará una mejor atención a la población infantil, mujeres, personas mayores, personas con discapacidad, pueblos originarios, poblaciones migrantes, entre otros. La rectoría de la Secretaría de Salud y la influencia de los diferentes programas específicos permitirá los mejores resultados.

La urgencia de abordar las desigualdades en el sistema de salud de México radica en cifras y situaciones que muestran una afectación desproporcionada en diversas poblaciones. El Segundo Piso de la Cuarta Transformación en el Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030 busca cerrar estas brechas.

Los problemas de raíz que justifican esta atención prioritaria son:

- Falta de Coordinación y Desigualdad en la distribución de recursos: La fragmentación del sistema de salud y una rectoría débil de la Secretaría de Salud limitan la implementación de políticas coherentes. La, falta de coordinación y articulación reduce la eficacia, perpetuando desigualdades. Esto afecta principalmente a grupos vulnerables (comunidades marginadas, población socioeconómicamente limitada, niños, adolescentes, adultos en edad laboral y personas mayores), evidenciando desigualdades por género y acceso a servicios, lo que impacta su calidad de vida y productividad.
- Alta Morbilidad y Mortalidad Infantil y en la Adolescencia: Las deficiencias en la atención prenatal, el limitado acceso a servicios y factores socioeconómicos adversos, junto con diagnósticos tardíos, contribuyen a las altas tasas de mortalidad. Las principales causas de muerte en menores de 1 año son afecciones perinatales y malformaciones, mientras que en niños y adolescentes de 1 a 14 años son los accidentes y los tumores malignos. El cáncer infantil se diagnostica en etapas avanzadas en aproximadamente el 75% de los casos (INCMNSZ, 2019) lo que reduce las posibilidades de tratamiento exitoso y aumenta los costos.
- Desafíos en la Salud de las Mujeres: Persisten barreras culturales, económicas y geográficas que limitan el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, y a la detección oportuna de cáncer. La Razón de Mortalidad Materna (RMM) sigue siendo alta (34.58 por cada 100,000 nacidos vivos), y la fecundidad adolescente, aunque reducida, se mantiene elevada. La cobertura de mastografías y tamizaje para cáncer de cuello uterino es muy baja (11.6% y 13.65% respectivamente en población sin seguridad social), lo que contribuye a altas tasas de mortalidad prevenible en mujeres.
- Atención Insuficiente a Personas Mayores y Personas con Discapacidad: La creciente población adulta mayor (se proyecta que el 10% de la población será mayor de 65 años para 2030) y la población con discapacidad (aproximadamente el 5% de la población, con dos veces más riesgo de afecciones crónicas y muerte hasta 20 años antes) enfrentan la necesidad urgente de políticas integrales de cuidados y graves barreras de acceso a los servicios de salud (hasta 6 veces más dificultad para acceder a establecimientos) (INEGI, 2020).
- Desafíos en la Atención a Poblaciones Indígenas, Afroamericanas y Migrantes: Barreras culturales, lingüísticas y geográficas, así como la complejidad de los flujos migratorios, dificultan el acceso y la capacidad resolutiva para estas poblaciones. Esto afecta la prestación de servicios esenciales como salud mental, sexual y reproductiva, control de infecciones y manejo de enfermedades crónicas, requiriendo un enfoque de derechos, perspectiva de género e interculturalidad.
- Ceguera Prevenible por Cataratas: A pesar de que la cirugía de cataratas es costo-efectiva, la ceguera por esta causa sigue siendo un problema significativo que impacta la calidad de vida y autonomía, y requiere un aumento urgente en la cobertura de cirugías.

El Segundo Piso de la Cuarta Transformación busca una profunda transformación para reducir estas desigualdades en salud, a través del: Fortalecimiento de la Rectoría de la Secretaría de Salud y el SNSP:

- La Secretaría de Salud actuará como eje integrador para optimizar la infraestructura y garantizar la implementación de estrategias de salud colectiva, esperando una reducción notable en la incidencia de enfermedades crónicas y prevenibles y un aumento en la esperanza de vida. Modelo de Atención Integral y Enfoque en los "Primeros 1000 Días de Vida".
- Consolidar un modelo que mejore las condiciones de vida y fortalezca la prevención, incluyendo la detección oportuna de cáncer infantil, con un registro nacional y campañas de concientización para el diagnóstico temprano y acceso universal al tratamiento.
- Mejora de la Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres: Garantizar el acceso a servicios, anticoncepción moderna, atención prenatal y educación integral. Se buscarán coberturas superiores al 90% en la detección temprana de cáncer de mama y cuello uterino mediante tecnología móvil y unidades móviles.
- Política Integral de Cuidados para Personas Mayores y con Discapacidad: Implementar estrategias como "Salud Casa por Casa" para acercar servicios, incluyendo atención de enfermedades crónicas, demencia y salud mental y el Certificado Electrónico de Discapacidad (CEDis) estandarizará la certificación para un mejor diagnóstico e intervención.
- Atención Intercultural y Humanitaria: Implementar una política nacional de atención intercultural para pueblos indígenas y afromexicanos, reconociendo la medicina tradicional y el personal multilingüe. El sistema de salud adoptará un enfoque humanitario y de derechos hacia migrantes, garantizando acceso universal con atención multilingüe.
- Reducción de la Ceguera Prevenible: Aumentar la cobertura de cirugías de catarata y otras intervenciones para reducir la ceguera prevenible.
- Gobernanza Multinivel y Enfoque Intersectorial: La maduración de una gobernanza multinivel permitirá una coordinación interinstitucional efectiva, reduciendo la duplicidad de esfuerzos y distribuyendo recursos con justicia, abordando determinantes sociales como la pobreza, el acceso al agua potable, la educación y los servicios básicos.
- Enfoque de Género e Interculturalidad en la Formación de Personal de Salud: Combatir estigmas y barreras socioculturales para garantizar una atención más inclusiva y de calidad.

6.7 Vinculación de los objetivos del Programa Sectorial de Salud 2025-2030

El presente Programa Sectorial de Salud, contempla la alineación de objetivos para garantizar en este Segundo Piso de la Cuarta Transformación, el cumplimiento de estrategias que contribuyan a mejorar la salud de la población a través de la atención integral y gratuita de servicios; materializando de esta forma el derecho a la protección de la salud.

Asimismo, tiene como objetivo el acceso a la salud a través de un enfoque inclusivo y sostenible. En este contexto, es fundamental la vinculación de sus estrategias con los objetivos de salud del país inmersos en el PND de la presente administración, los cuales buscan mejorar la calidad de vida de los mexicanos. Los seis objetivos prioritarios-Garantizar el acceso universal a los servicios de salud para la población, Incrementar la capacidad resolutiva y calidad de la atención médica del Sistema Nacional de Salud para la población usuaria, Garantizar la entrega oportuna de medicamentos e insumos para la salud de toda la población, Promover la salud y la prevención de enfermedades, Fortalecer la integración y modernización del SNS, y Disminuir las brechas de atención para poblaciones prioritarias y vulnerables- se encuentran directamente relacionados con garantizar que toda la población, sin importar su ubicación o condición económica, accedan a servicios de salud de calidad, contribuyendo a la construcción de un sistema de salud más equitativo y eficiente.

El Programa Sectorial de Salud 2025-2030, deriva del PND que establece los objetivos, estrategias y líneas de acción para materializar el derecho a la protección de la salud, específicamente en congruencia con los objetivos 2.7 y 2.8 correspondientes al Eje General 2.- Desarrollo con bienestar y humanismo; además de encontrarse alineado con algunos de los 100 compromisos para el Segundo Piso de la Cuarta Transformación.

Los siguientes objetivos buscan contribuir con la solución de las problemáticas sectoriales y se encuentran orientados en la atención de las estrategias y metas para atender las prioridades y políticas que regirán el desempeño de las actividades del SNS.

La alineación de objetivos contribuirá a lograr un mayor impacto en la salud de la población, ya que las acciones y estrategias están diseñadas para abordar los principales desafíos y necesidades de salud; siendo esenciales para garantizar que estas al implementarse contribuyan efectivamente a mejorar la salud de la población.

Objetivos del Programa Sectorial de Salud 2025-2030	Objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030	Estrategias del Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030
1.- Garantizar el acceso universal a los servicios de salud para la población.	Objetivo 2.7.	Estrategia 2.7.1. y 2.7.7.
2.- Incrementar la capacidad resolutiva y calidad de la atención médica del Sistema Nacional de Salud para la población usuaria.	Objetivo 2.8	Estrategia 2.8.1. y 2.8.3.
3.- Garantizar la entrega oportuna de medicamentos e insumos para la salud de toda la población.	Objetivo 2.7.	Estrategia 2.7.6.
4.- Mejorar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades de la población.	Objetivo 2.7	Estrategia 2.7.2 , 2.7.5 y 2.7.11.
5.- Fortalecer la integración y modernización del Sistema Nacional de Salud para mejorar la atención a la población.	Objetivos 2.7 y 2.8	Estrategia 2.7.7, 2.7.10 y 2.8.2.
6.- Disminuir las brechas de salud y atención para poblaciones prioritarias y vulnerables.	Objetivos 2.7 y 2.8	Estrategias 2.7.2, 2.7.3, 2.7.4, 2.7.8, 2.7.9 y 2.8.1.

---

7. Estrategias y líneas de acción

El fortalecimiento del Sistema de Salud en México requiere de estrategias claras y acciones concertadas que garanticen la cobertura universal y mejoren la calidad de los servicios de atención médica. En este contexto, el objetivo de Garantizar el acceso universal a los servicios de salud para la población se aborda a través de diversas estrategias, como el fortalecimiento del IMSS-BIENESTAR para atender a la población no derechohabiente y la creación de RISS para asegurar la continuidad de la atención. Además, se prioriza la calidad en la atención médica mediante la implementación de Protocolos Nacionales de Atención Médica (PRONAM), la integración de servicios de laboratorio y la contratación de personal de salud capacitado. Para mejorar la entrega de medicamentos e insumos, se apuesta por un modelo eficiente de compra y distribución, junto con la creación de "Farmacias del Bienestar". Asimismo, se enfoca en mejorar la promoción de la salud y prevención de enfermedades, fortaleciendo políticas públicas y programas de vacunación universal. En paralelo, se busca modernizar y fortalecer la integración del SNS mediante la implementación de sistemas de información digital y la mejora en la gobernanza y rectoría del sector. Finalmente, las acciones se centran en reducir las brechas de salud para poblaciones vulnerables, promoviendo la atención específica a grupos prioritarios como NNA, mujeres, personas indígenas, migrantes, de diversidad sexual y de género, personas mayores y personas con discapacidad. Estas estrategias reflejan un compromiso integral por mejorar la salud de todos los mexicanos, particularmente de los sectores más necesitados.

Objetivo 1. Garantizar el acceso universal a los servicios de salud para la población

Estrategia 1.1 Fortalecer al IMSS-BIENESTAR como el principal proveedor de servicios de salud para la población no derechohabiente, garantizando acceso universal y cobertura en todo el territorio nacional.

Línea de acción

1.1.1. Generar la articulación con prestadores de servicios de salud y niveles de atención mediante mecanismos de coordinación funcional e interinstitucional.

1.1.2. Promover la acción comunitaria y el autocuidado, para que las personas sean actoras del cambio de los determinantes de la salud.

1.1.3. Continuar con la unificación nacional de servicios de salud para personas sin seguridad social mediante acciones de coordinación administrativa y operativa.

1.1.4. Asegurar la prestación de servicios de salud con calidad, humanismo y oportunidad mediante estándares de atención y mecanismos de supervisión institucional.

1.1.5. Supervisar la prestación de servicios gratuitos en las instalaciones de IMSS BIENESTAR sin distinción y bajo un rigor de garantía de éxito, evitando con ello el gasto de bolsillo de la población usuaria.

1.1.6. Consolidar la federalización de la nómina y erradicar contratos precarios mediante armonización legal y asignación de recursos en entidades federalizadas.

1.1.7. Mejorar el equipamiento y otros dispositivos incluyentes de las unidades de salud mediante criterios técnicos de priorización.

1.1.8. Concluir las unidades de salud pendientes tanto en obra nueva como en remodelación o ampliación mediante seguimiento presupuestal en todos los niveles de gobierno.

1.1.9. Incrementar la capacidad instalada en productividad y a través de recursos nuevos, incluyendo personal médico especialista y de enfermería en zonas rurales o que han carecido de servicios a lo largo del tiempo.

1.1.10. Lograr la cobertura total de servicios de salud para la población sin seguridad social mediante la expansión territorial.

Estrategia 1.2 Garantizar la atención de salud integral, equitativa y de calidad

Línea de acción

1.2.1. Incrementar la capacidad resolutiva del primer nivel de atención mediante capacitación continua, recursos adecuados y protocolos estandarizados.

1.2.2. Priorizar intervenciones preventivas y de promoción de la salud para reducir la carga de enfermedades crónicas y transmisibles, con un enfoque comunitario libre de estigma y discriminación.

1.2.3. Implementar acciones diferenciadas para atender las necesidades de grupos prioritarios: NNA, mujeres, personas mayores, población indígena, personas en contexto de movilidad, comunidad LGBTTTIQA+ y personas que viven con discapacidad.

1.2.4. Designar equipos de salud responsables de poblaciones específicas para garantizar una atención integral brindando seguimiento continuo.

1.2.5. Promover la participación comunitaria a través de actividades educativas y corresponsabilidad en los servicios de salud.

1.2.6. Establecer políticas de salud en el marco de la salud global en coordinación con organismos internacionales.

1.2.7. Fortalecer el marco normativo en alineación a compromisos internacionales de los que México es parte, en materia de salud pública, asistencia social y atención médica.

1.2.8. Mejorar los esquemas de operación y fortalecimiento de las Comisiones Estatales de Bioética, para garantizar la calidad y humanismo mediante la promoción de la práctica de los principios bioéticos en un marco de respeto a los derechos humanos en la atención médica y la investigación.

Estrategia 1.3 Fortalecer los recursos en salud y capacidad instalada para asegurar el acceso universal a servicios de salud.

Línea de acción

1.3.1. Planear la infraestructura y equipamiento en Salud con la participación de la totalidad de las instituciones públicas de salud y bajo un enfoque de compartir capacidad instalada, requerida para solventar la necesidad de servicios de salud.

1.3.2. Integrar el PMI, al que deberán sujetarse de manera obligatoria las instituciones públicas del sector para el desarrollo de infraestructura en salud.

1.3.3. Crear la infraestructura física factible y equipamiento alineados con las necesidades demográficas, epidemiológicas, y con el propósito de disminuir los desiertos de atención como un solo sector, favoreciendo a la población más vulnerable.

1.3.4. Incorporar en la planeación y ejecución de acciones intersectoriales, criterios y estándares que consideren factores como: recurso humano, hospital seguro, cambio climático, acceso al agua potable, vías de comunicación, tecnologías de la información, entre otros.

1.3.5. Simplificar las gestiones para la construcción y fortalecimiento de unidades de salud a través de la actualización o creación de lineamientos normativos en la materia.

1.3.6. Concluir las obras de infraestructura médica que se encuentran en proceso en cada una de las instituciones de salud de prestación de servicios públicos.

1.3.7. Incrementar la infraestructura y capacidad instalada en salud, en particular con los 27 hospitales nuevos proyectados al 2030, algunos con apoyo en la construcción por la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA).

1.3.8. Evaluar la cartera de servicios para la determinación de la construcción de unidades nuevas, ampliación o remodelación de unidades existentes; así como para reducir las brechas de atención y mejorar el acceso en zonas marginadas, a través del intercambio de servicios.

1.3.9. Desarrollar una mayor capacidad de atención en zonas marginadas y distantes a través de unidades y servicios móviles, así como tele consulta y telesalud, en favor de acercar los servicios a la población.

Estrategia 1.4 Asegurar la sostenibilidad financiera para la prestación de servicios de salud a la población sin seguridad social.

Línea de acción

1.4.1 Diseñar un modelo de gestión territorial que optimice la asignación de recursos hacia las áreas con mayores necesidades de cobertura de servicios.

1.4.2. Implementar un esquema de priorización financiera con enfoque presupuestal en servicios esenciales de salud en grupos de atención prioritaria y en situación de vulnerabilidad.

1.4.3. Consolidar procesos de adquisición de insumos para la salud basados en indicadores clave que garanticen la transparencia y rendición de cuentas, a través de la implementación de la Política Nacional de Medicamentos; con la finalidad de incrementar el acceso universal a los servicios de salud.

Estrategia 1.5 Impulsar la generación de Redes Integradas de Servicios de Salud para garantizar la continuidad de atención y cobertura universal.

Línea de acción

1.5.1. Garantizar la continuidad de atención a la salud de todas las personas en el territorio mexicano, mediante la implementación de las RISS de las principales enfermedades de la población.

1.5.2. Consolidar la generación de una Red Integral de Servicios de Salud de primer nivel, con lo que se logrará que la totalidad de la población pueda tener acceso al primer nivel de atención de acuerdo a la cercanía de su domicilio y no necesariamente a la institución de salud que le corresponde.

1.5.3. Mejorar la articulación operativa entre los diferentes niveles de atención y entre las instituciones prestadoras de servicios públicos de salud, favoreciendo que se garantice una continuidad de atención integral.

Estrategia 1.6 Fortalecer la cobertura oportuna de vacunación universal durante todo el curso de vida.

Línea de acción

1.6.1. Garantizar el suministro de vacunas a través de procedimientos de contratación de manera suficientes y oportunos, que permita lograr la cobertura de los esquemas de vacunación de acuerdo con los grupos poblacionales.

1.6.2. Promover el fortalecimiento de la infraestructura de la Red de Frío en el SNS, para el manejo, resguardo y distribución de vacunas.

1.6.3. Avanzar en la recuperación del rezago de coberturas de vacunación, mediante campañas nacionales de vacunación, programas específicos de vacunación al interior de cada institución de salud y acciones a poblaciones de riesgo como pacientes inmunocomprometidos.

1.6.4. Promover Semanas Nacionales de Vacunación y Campañas de Vacunación específicas a nivel nacional.

1.6.5. Desarrollar un registro nominal de vacunación para su implementación a nivel nacional e intersectorial.

1.6.6. Establecer acciones para la difusión de la vacunación en fase permanente e intensiva mediante el empoderamiento del personal de salud; en todas las unidades de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención a fin de verificar y aplicar las vacunas que correspondan conforme a la línea de vida.

Objetivo 2. Incrementar la capacidad resolutiva y calidad de la atención médica del Sistema Nacional de Salud para la población usuaria.

Estrategia 2.1 Fortalecer la disponibilidad y continuidad de servicios médicos de calidad en las unidades de primer, segundo y tercer nivel de atención, garantizando los 365 días del año, atención efectiva a toda la población en territorio mexicano.

Línea de acción

2.1.1. Garantizar la accesibilidad completa a la cartera de servicios en las unidades de salud, para reducir el gasto de bolsillo de todas las personas en territorio mexicano.

2.1.2. Eficientar la capacidad instalada para mejorar la oportunidad de atención y reducir los tiempos de espera, avanzando en la posibilidad de unidades de salud de tiempo completo en los tres niveles de atención.

2.1.3. Fomentar la cultura de calidad y de mejora continua en los tres niveles de atención basado en estándares y un modelo de calidad centrado en las personas, siendo obligatorio para todas las unidades de salud.

2.1.4. Aumentar la seguridad de la atención a través de implementar las acciones esenciales para la seguridad del Paciente de manera obligatoria.

2.1.5. Implementar y consolidar la operación del Sistema Nacional de Salud bajo un enfoque bioético y humanista, donde la persona sea el centro de atención y se respeten permanentemente sus derechos humanos, se garantice la información y la empatía en la relación personal de salud-paciente.

2.1.6. Implementar un modelo de gestión directiva para lograr los estándares de eficiencia y buena gestión de procesos con la finalidad de optimizar los recursos vigentes, mejora continua de procesos y transferencia de buenas prácticas entre las instituciones de salud.

2.1.7. Establecer un mecanismo sectorial de rendición de cuentas en cada institución de salud que incluya la medición de los tiempos de espera, la detección oportuna de enfermedades, el acceso a medicamentos, insumos y tratamientos, los resultados de mortalidad, las listas de espera, el diferimiento, los eventos adversos y la satisfacción de las personas y sus familias.

2.1.8. Establecer el modelo de calidad centrado en las personas y coordinar su implementación en las Instituciones prestadoras de servicios de salud para elevar la calidad de los servicios de atención médica y asistencia social.

2.1.9. Desarrollar y operar un sistema de evaluación integral de la gestión de la calidad en salud para los establecimientos de atención médica que favorezca la implementación de un sistema de gestión de calidad integral y sistémico en los tres niveles de atención.

2.1.10. Fortalecer el Rol Ampliado de Enfermería para mejorar el acceso a los servicios de salud.

Estrategia 2.2 Implementar mecanismos y protocolos de atención para mejorar la calidad de la atención médica.

Línea de acción

2.2.1. Mejorar la prestación de los servicios de salud, para incrementar la satisfacción de las personas y sus familias, mediante la estandarización de acciones en materia de promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como diagnóstico y tratamiento de los principales problemas de salud.

2.2.2. Implementar los Protocolos Nacionales de Atención Médica (PRONAM) con carácter obligatorio en el primer nivel de atención, con el propósito de estandarizar la calidad mínima necesaria en los principales problemas de salud.

2.2.3. Estandarizar e implementar en el SNS con carácter obligatorio, los protocolos para disminuir la mortalidad y la carga de la enfermedad crónica no transmisible en los casos de mayor prevalencia e incidencia nacional como son muerte materna, infarto agudo de miocardio, cáncer de mama y de cuello uterino, entre otros.

2.2.4. Capacitar al personal de salud relacionado con la implementación de protocolos de atención, de forma homogénea y bajo la directriz de la Secretaría de Salud, garantizando no solo el conocimiento sino la ejecución de los estándares

2.2.5. Realizar supervisiones y evaluaciones sectoriales respecto a la implementación de los protocolos de atención, asegurando su ejecución en todos los ámbitos de unidades de salud relacionadas con los resultados en materia de calidad, seguridad y riesgos en la prestación de los servicios.

2.2.6 Institucionalizar la calidad de la atención a la salud mediante el funcionamiento del Comité Nacional de Calidad en Salud y su representatividad estatal y local a fin de consolidar la cultura de calidad en el país.

2.2.7. Contribuir al fortalecimiento de las capacidades técnicas del personal de salud a través de la cooperación internacional con países y organismos internacionales especializados.

2.2.8 Implementar y dar seguimiento a las acciones conducentes para la reducción de las infecciones asociadas a la atención.

2.2.9 Aumentar las acciones prioritarias identificadas para la disminución del rezago quirúrgico mediante jornadas extraordinarias, intercambio de servicios y optimización en el uso de los tiempos quirúrgicos.

2.2.10. Fortalecer los mecanismos para el control de la RAM bajo el enfoque de Una sola Salud.

Estrategia 2.3 Desarrollar e instrumentar modelos de atención, basados en Atención Primaria a la Salud y de Alta Especialidad, que permitan mejorar los resultados en la población mexicana a nivel individual y colectivo.

Línea de acción

2.3.1. Implementar en coordinación con la Secretaría de Bienestar, el programa de atención "Salud Casa por Casa", en específico las acciones que den continuidad de atención a los personas mayores y población con discapacidad.

2.3.2. Implementar un modelo de atención al interior de las instituciones de salud de servicios públicos que esté basado en APS y en donde se fortalezca las acciones preventivas y de educación a la salud, con alta capacidad resolutiva.

2.3.3. Mejorar la capacidad resolutiva para la atención de los principales problemas de salud mediante la implementación de modelos de atención médica de Alta Especialidad, en población que requiera servicios de tercer nivel.

2.3.4. Asegurar la disponibilidad de los insumos requeridos por ofrecer atención médica de Alta Especialidad, para contar con capacidad resolutiva continua en las prioridades nacionales de salud.

2.3.5 Diseñar protocolos de atención de Alta Especialidad, para hacer eficientes las prioridades nacionales de salud.

2.3.6. Integrar equipos interdisciplinarios que apliquen protocolos de atención basados en APS y optimicen el uso de insumos, para incrementar la capacidad resolutiva de la medicina de Alta Especialidad, en las prioridades nacionales de salud.

Estrategia 2.4 Implementar servicios del primer nivel de atención con alta capacidad resolutiva.

Línea de acción

2.4.1. Aumentar la cobertura a la población por las instituciones prestadoras de servicios públicos de salud en unidades de primer nivel, incluyendo las zonas de mayor dificultad de acceso y marginación.

2.4.2. Incrementar la capacidad resolutiva del primer nivel de atención a través de la especialización del médico familiar y del profesional de enfermería en salud pública, favoreciendo el aumento en la capacidad resolutiva en instituciones prestadoras de servicios para la población sin seguridad social.

2.4.3. Incrementar el número de becas ofertadas en el SNS para formar médicos familiares.

2.4.4. Implementar la toma estudios de laboratorio y traslado de muestras hacia laboratorios centrales, en particular en el primer nivel de atención a través de la estrategia "la muestra viaja" con lo que se facilita que las personas tengan mayor cercanía y acceso a la toma de estudios de laboratorio.

2.4.5. Promover con las instituciones educativas el rediseño de los programas académicos del área de la salud, desde nivel técnico hasta especialidades, para incorporar asignaturas enfocadas en APS, así como uso de tecnologías para ambientes clínicos.

2.4.6. Impulsar la certificación de profesionales de la medicina general y de la enfermería.

2.4.7. Desarrollar competencias en el personal de salud del primer nivel de atención en interculturalidad, igualdad de género, interseccionalidad y pertinencia cultural en el marco de derechos humanos, mediante los procesos de educación continua, así como en el uso de tecnologías de la información.

2.4.8. Redirigir la distribución de becas de internado médico de pregrado hacia el Modelo de Internado Rotatorio en APS.

2.4.9. Rediseñar el modelo y programa educativo del personal de medicina general, mediante la formación con un enfoque de salud comunitaria.

2.4.10 Desarrollar un Programa de Educación Continua para el personal de enfermería basado en la APS que fortalezca las competencias en promoción de la salud, prevención de la enfermedad y cuidados integrales.

Estrategia 2.5 Incrementar la formación de recursos humanos para mejorar la capacidad resolutiva y calidad en salud.

Línea de acción

2.5.1. Incrementar el número de becas ofertadas en el SNS para formar especialistas en aquellas áreas que se requieran de acuerdo a las necesidades del sector público.

2.5.2 Impulsar el desarrollo de Centros de Entrenamiento Clínico con herramientas de simulación e inteligencia artificial, que favorezca la formación de las competencias técnicas del recurso humano para salud en formación.

2.5.3. Fortalecer la movilidad de profesionales de la medicina residentes de cirugía general, pediatría, ginecobstetricia, medicina interna, anestesiología, medicina de urgencias y medicina familiar, para que realicen rotaciones de campo en los hospitales de zonas cercanas a desiertos de atención.

2.5.4. Incrementar la inversión necesaria para crear mayor infraestructura educativa en salud, en particular en unidades de salud hospitalarias como son aulas, residencias, espacios educativos y de entrenamiento.

2.5.5. Implementar el modelo de servicio social interprofesional en los hospitales de zonas cercanas a desiertos de atención.

2.5.6. Promover con las universidades del Sistema Educativo Nacional, el incremento de la matrícula para la formación de profesionales en enfermería, así como en las instituciones las plazas necesarias para su incorporación al SNS.

2.5.7. Incorporar en los planes y programas de estudio de enfermería, asignaturas que fortalezcan las competencias vinculadas al Rol Ampliado de Enfermería.

2.5.8. Incrementar la capacitación de promoción de la salud, prevención de enfermedades, detección y atención en materia de salud mental y adicciones en personal no especializado y la formación de personal relacionado con la salud mental y adicciones como psicología, psiquiatría y profesionales de otras disciplinas relacionadas como terapeutas ocupacionales, y enfermería especializada en salud mental, trabajo social, etc.

2.5.9. Incrementar en todas las instituciones prestadoras de servicios públicos de salud, las plazas necesarias para fomentar la contratación de personal relacionado con servicios de salud mental.

2.5.10. Establecer mecanismos que incentiven desde la responsabilidad social, que las personas profesionales de la medicina formadas como especialistas en el sector público se integren a los servicios públicos de atención médica.

Estrategia 2.6 Establecer el Sistema Nacional de Emergencias en Salud Pública que garantice el fortalecimiento de las capacidades de preparación, respuesta y recuperación ante emergencias y desastres.

Línea de acción

2.6.1. Disponer de un mecanismo para la organización, vinculación y coordinación de los diferentes niveles de gobierno que realicen acciones de: 1) monitoreo, detección y alertamiento oportuno; 2) respuesta prehospitalaria, 3) gestión integral de las emergencias en salud pública y 4) desarrollo de planeación, articulación logística sectorial, 5) Asistencia Social a Población en Condiciones de Emergencia, 6) Comunicación de Riesgos. Para el apoyo psicosocial, la atención oportuna, integral e integrada con trato digno y humanitario a la población afectada por epidemias, emergencias y desastres a nivel nacional.

2.6.2. Fortalecer las capacidades de preparación, respuesta y recuperación del SNS ante emergencias y desastres, así como enfermedades emergentes en animales y humanos.

2.6.3. Implementar en todos los hospitales públicos con carácter obligatorio el programa "hospital seguro", con la finalidad de que estén preparados en caso de desastre.

2.6.4. Generar e implementar Proyectos Nacionales en Salud Pública para atender casos específicos de desastre que incluyen: a) Preparación y respuesta ante inundaciones, huracanes y tormentas tropicales, b) Preparación y respuesta ante sismos, c) Preparación y respuesta ante incendios forestales, d) Preparación y respuesta ante emergencias epidemiológicas, e) Preparación y respuesta ante violencia urbana, f) Preparación y respuesta ante emergencias nucleares, g) Preparación y respuesta ante contaminación ambiental y h) Preparación, respuesta ante emergencias por terrorismo, i) Preparación y respuesta ante erupciones volcánicas, j) Preparación y respuesta ante emergencias alimentarias. Con perspectiva de género, discapacidad y principio de interés superior de la niñez.

2.6.5. Contribuir al fortalecimiento de las capacidades de prevención, preparación y respuesta ante emergencias sanitarias a través de la cooperación internacional.

2.6.6. Establecer un mecanismo de coordinación con los servicios estatales de salud que integre y organice a las instancias que participan en las acciones de prevención, previsión, atención y recuperación ante emergencias en salud.

2.6.7. Fortalecer competencias en materia de salud pública y bienestar poblacional del personal de salud para incrementar la capacidad de respuesta y resiliencia del Sistema de Salud particularmente durante pandemias y/o emergencias sanitarias.

2.6.8. Fortalecer la identificación y monitoreo oportuno de enfermedades de relevancia epidemiológica.

2.6.9. Consolidar la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública.

Estrategia 2.7 Incrementar la oportunidad en el acceso a hemocomponentes u órgano favoreciendo la oportunidad en el acceso y la supervivencia de pacientes en situación crítica, con criterios de equidad y eficiencia, mediante el desarrollo y fortalecimiento del registro y monitoreo.

Línea de acción

2.7.1. Promover la cultura de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante.

2.7.2. Fortalecer el Subsistema Nacional de Donación, el Acceso Universal a la Sangre, hemoderivados y células troncales incluyendo campañas informativas y de sensibilización dirigidas a la población en general en las que se difunda su importancia.

2.7.3. Fortalecer a los servicios médicos a través de la medicina transfusional para garantizar unidades de hemoderivados seguros, células troncales compatibles a fin de evitar la muerte del paciente eficientando su manejo.

2.7.4. Consolidar una red de servicios de laboratorios de salud pública, transfusión de sangre y hemoderivados, así como de órganos y tejidos a través de la procuración y promoción de la donación altruista con el fin de incrementar la supervivencia de las y los pacientes que por sus condiciones de salud, requieran algún hemocomponente y órgano para la función y la vida humana.

Objetivo 3. Garantizar la entrega oportuna de medicamentos e insumos para la salud de toda la población

Estrategia 3.1 Implementar el nuevo modelo de planeación e integración de la demanda de medicamentos e insumos para la salud, para garantizar con su compra y distribución el abasto en las unidades de salud.

Línea de acción

3.1.1. Establecer un nuevo modelo de planeación e integración de la demanda de medicamentos e insumos para la salud, su compra y distribución en las unidades de salud de los 3 niveles de atención.

3.1.2. Asegurar la distribución oportuna de medicamentos e insumos para la salud en las unidades de salud a través de estrategias de coparticipación intersectorial como "Última milla" con las Secretarías de Salud de las entidades federativas.

3.1.3. Estandarizar la planeación en insumos para la salud, de acuerdo a una metodología eficaz donde se considere las necesidades de salud de la persona, el apego a protocolos estandarizados de prescripción y a una optimización de claves terapéuticas.

3.1.4. Actualizar el Compendio Nacional de Insumos para la Salud.

3.1.5. Crear la Política Nacional de Medicamentos e Insumos para la Salud para su implementación de forma obligatoria en el SNS.

3.1.6. Optimizar los procesos de control de insumos en cada una de las instituciones de salud, con una interconectividad de un sistema único electrónico de abasto.

3.1.7. Establecer un mecanismo eficaz para la prescripción razonada de insumos, consumo eficiente y estandarizado.

3.1.8. Proponer modificaciones a la legislación vigente con el propósito de optimizar los procesos de planeación e integración de la demanda de medicamentos e insumos para la salud en los procedimientos de contratación consolidados y distribución.

3.1.9. Evaluar los resultados de eficacia del proceso de distribución y uso racional de insumos para asegurar mediante indicadores de desempeño las metas propuestas de acuerdo a la satisfacción de personas usuarias y prestadores de servicios.

Estrategia 3.2 Impulsar y fortalecer la gestión de insumos para la salud mediante el uso y aplicación de la receta médica electrónica que permitirá la optimización de recursos en salud.

Línea de acción

3.2.1. Implementar la receta médica electrónica de forma estandarizada en las instituciones públicas del SNS.

3.2.2. Evaluar los resultados en todas las instituciones públicas de salud en materia de indicadores de satisfacción de acuerdo con el porcentaje de abasto y surtimiento de recetas individuales y colectivas.

3.2.3. Incrementar la eficacia del surtimiento, mediante el fortalecimiento de la receta resurtible, la prescripción por parte del personal de enfermería como continuidad de tratamiento y la entrega de medicamentos en domicilio.

Estrategia 3.3 Establecer mecanismos de acercamiento de los medicamentos e insumos para la salud a las personas usuarias de forma oportuna y gratuita, con lo que se disminuirá el gasto de bolsillo, favoreciendo asimismo la satisfacción del usuario.

Línea de acción

3.3.1. Desarrollar e implementar el programa "Farmacias del Bienestar", como mecanismo para acercar la entrega de medicamentos a la población.

3.3.2. Implementar acciones para que a través del programa de "Salud Casa por Casa" se entreguen medicamentos para el control de padecimientos crónicos como diabetes e hipertensión a los personas mayores y personas con discapacidad.

3.3.3. Asegurar que los usuarios de servicios públicos de salud, reciban de forma gratuita los medicamentos y demás insumos para la salud de forma oportuna y de acuerdo con lo que requieren bajo el esquema de prescripción razonada por el personal profesional de la salud.

Objetivo 4. Mejorar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades de la población.

Estrategia 4.1 Fortalecer la Seguridad Alimentaria como Determinante de la Salud.

Línea de acción

4.1.1. Promover políticas públicas intersectoriales que garanticen entornos alimentarios saludables, fomenten el comportamiento y la vida saludable, así como la actividad física y el acceso a alimentos saludables y sostenibles.

4.1.2. Impulsar intervenciones de salud pública y asistencia social para prevenir enfermedades crónicas y deficiencias nutricionales, alineadas con las nuevas Guías Alimentarias.

4.1.3. Impulsar estilos de vida saludable a través de educación, asistencia social alimentaria y la regulación de los entornos alimentarios mediante las políticas de etiquetado frontal de advertencia.

4.1.4. Implementar y dar seguimiento al Sistema Intersectorial Nacional de Salud, Alimentación, Medio Ambiente y Competitividad.

4.1.5. Contribuir a la transparencia y participación social en las políticas de seguridad alimentaria en el marco del Sistema Intersectorial Nacional de Salud, Alimentación, Medio Ambiente y Competitividad.

4.1.6. Fortalecer la salud colectiva mediante el desarrollo del Servicio Nacional de Salud Pública.

4.1.7. Contribuir con la promoción de conductas y estilos de vida saludables mediante la cooperación internacional.

Estrategia 4.2 Fortalecer las políticas de promoción de la salud, y asistencia social con la finalidad de contribuir al desarrollo de estilos de vida saludables en particular en población vulnerable.

Línea de acción

4.2.1. Diseñar e impulsar políticas y acciones específicas para comunidades, espacios públicos, escuelas y lugares de trabajo que promuevan comportamientos saludables en la población, debiendo implementarse de forma coordinada con diferentes instancias públicas relacionadas.

4.2.2. Fortalecer la acción intersectorial con enfoque en la educación básica del Sistema Educativo Nacional, mediante la implementación de la estrategia nacional "Vida Saludable".

4.2.3. Coordinar acciones institucionales que aseguren el acompañamiento efectivo del SNS a lo largo del curso de vida de la población.

4.2.4. Establecer mecanismos que fomenten conductas y estilos de vida encaminados a mejorar la salud de la población con enfoque de curso de vida mediante intervenciones de comunicación de riesgos, cambios de comportamiento, educación y promoción de la salud.

4.2.5. Impulsar el fortalecimiento del Sistema de Cartillas Nacionales de Salud para fomentar el uso de la Cartilla Nacional de Salud a fin de que la población guarde registro de las diversas intervenciones en salud que ha recibido conforme a la línea de vida.

4.2.6. Fortalecer el Sistema Nacional de Asistencia Social que fomente y coordine la prestación de servicios de asistencia social pública y privada e impulse la participación de la sociedad en la materia.

4.2.7. Proveer servicios de subsistencia, asistencia jurídica, orientación social, y atención especializada a personas con carencias socioeconómicas, discapacidad, NNA, y personas mayores en situación de abandono o desamparo.

4.2.8. Fomentar la participación activa de comunidades vulnerables en acciones de asistencia social, apoyar la educación y capacitación laboral de personas con carencias socioeconómicas, y promover la integración familiar y el bienestar de la persona mayor.

4.2.9. Proteger y restituir los derechos de NNA, promover su desarrollo físico y mental, la paternidad responsable y la prevención de conductas antisociales o fármaco dependencia en menores.

4.2.10 Apoyar la atención, prevención, habilitación y rehabilitación de personas con discapacidad para su integración activa a la vida productiva o social.

Estrategia 4.3 Detectar y atender oportunamente los principales problemas de salud que afectan a las personas desde la primera infancia hasta la adolescencia, considerando los determinantes de la salud, la pertinencia cultural, la interseccionalidad y la perspectiva de género para mejorar su bienestar.

Línea de acción

4.3.1. Prevenir, diagnosticar y tratar oportunamente las enfermedades diarreicas agudas, mediante la ejecución de los diferentes programas institucionales en materia de salud.

4.3.2. Prevenir, diagnosticar y tratar oportunamente las enfermedades respiratorias agudas, mediante la ejecución de los diferentes programas institucionales en materia de salud.

4.3.3. Implementar acciones de detección, vigilancia y control de la mala nutrición incluida la deficiencia de micronutrientes.

4.3.4. Implementar acciones de detección, vigilancia y control de la ganancia acelerada de peso.

4.3.5. Promover medidas anticipatorias para prevención de accidentes en el hogar.

Estrategia 4.4 Detectar y prevenir enfermedades a través del fortalecimiento de la salud colectiva, mediante acciones que permitan influir en los diferentes determinantes sociales de la salud.

Línea de acción

4.4.1. Prevenir, diagnosticar y tratar oportunamente enfermedades infecciosas.

4.4.2. Establecer un mecanismo de coordinación en los servicios estatales de salud que integre y organice a las instancias que participan en las acciones de prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas.

4.4.3. Promover y vigilar la implementación de la iniciativa Corazones México (HEARTS) en las unidades del primer nivel de atención a personas de 20 y más años con enfermedades cardiometabólicas (obesidad, hipertensión arterial, diabetes tipo 2 y dislipidemias).

4.4.4. Instrumentar el abordaje integral de las zoonosis endémicas de interés en Salud Pública, con base en la actualización de los lineamientos normativos, impulsando el desarrollo intra e intersectorial de capacidades conjuntas (detección, diagnóstico, tratamiento y acciones de prevención y control), bajo el enfoque de Una sola Salud con énfasis en la atención de grupos vulnerables.

4.4.5 Implementar acciones de prevención, promoción, manejo, tratamiento, vigilancia y control las Enfermedades Transmitidas por Vectores e Intoxicación por artrópodos venenosos.

4.4.6. Fomentar la participación municipal y comunitaria para el incremento de acciones que favorezcan estilos de vida saludable y coadyuven en la prevención de enfermedades en zonas de atención prioritaria.

4.4.7. Asegurar el acceso universal a servicios de prevención combinada del VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) libres de estigma y discriminación; priorizando a la población clave y en situación de vulnerabilidad de las zonas geográficas más afectadas, en un marco de justicia social.

4.4.8. Incrementar el número de pacientes que conocen su estado serológico que viven con VIH y otras ITS y se vinculan a la atención en las unidades especializadas a través de estrategias de detección temprana universales contra VIH, hepatitis C y sífilis en todos los niveles de atención de salud y servicios comunitarios con énfasis en personas gestantes para la prevención de la transmisión vertical, con perspectiva de género, en un marco de derechos humanos y enfoque diferenciado.

4.4.9. Incrementar el acceso a tratamiento antirretroviral eficaz, adecuado, gratuito y oportuno, sin discriminación, que asegure la atención integral de personas que viven con VIH y otras ITS (diagnósticos, disponibilidad de medicamentos, apoyo psicológico, seguimiento médico, adherencia al tratamiento, consejería y pruebas de monitoreo) a través de servicios centrados en la persona y comunidades que mejoren en su calidad de vida para lograr un control serológico.

4.4.10. Promover la detección oportuna del virus de hepatitis C en poblaciones clave con énfasis en zonas de mayor incidencia para lograr la microeliminación a través del acceso al tratamiento antiviral de acción directa hasta llegar a la curación.

Estrategia 4.5 Favorecer las medidas de prevención de daños a la salud en todo el curso de vida relacionados con la afectación de la salud mental, incluyendo el comportamiento suicida y las adicciones.

Línea de acción

4.5.1 Implementar en el SNS políticas, planes, programas y estrategias en materia de salud mental, alcoholismo y adicciones a diferentes tipos de drogas.

4.5.2 Impulsar las políticas, estrategias y programas sectoriales de autocuidado, hábitos y comportamientos saludables, prevención de conductas de riesgo y fortalecimiento de factores protectores para la salud mental con enfoque de atención primaria de la salud.

4.5.3. Coordinar la implementación de las acciones de promoción, prevención y atención de los problemas de salud mental, comportamiento suicida y adicciones, en los tres niveles de atención alineados a políticas y estrategias de la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA).

4.5.4 Focalizar las acciones de prevención y atención en materia de salud mental, comportamiento suicida y adicciones en las poblaciones prioritarias (NNA, mujeres, personas mayores, personas de la comunidad LGBTTTIQA+, en situación de movilidad, indígenas, afromexicanos y personas con discapacidad).

4.5.5 Reducir la brecha de atención en salud mental, comportamiento suicida y adicciones en las RISS y el fortalecimiento del trabajo interinstitucional priorizando el primer y segundo nivel de atención no especializado.

4.5.6 Consolidar las acciones de promoción y prevención en materia de salud mental, comportamiento suicida y adicciones en los tres niveles de atención.

4.5.7 Fortalecer la atención preventiva en materia de salud mental a través de estrategias comunitarias con enfoque de atención primaria de la salud y participación interinstitucional.

4.5.8. Mejorar la oportunidad de la atención en materia de salud mental, comportamiento suicida y adicciones a través de la ampliación de la capacidad resolutiva en los tres niveles de atención durante todo el curso de vida acorde a la Ley General de Salud (LGS)

Estrategia 4.6 Disminuir el impacto en la salud de la población como es la morbilidad y mortalidad derivada de los accidentes en los diferentes grupos poblacionales de riesgo, mediante acciones de educación y prevención.

Línea de acción

4.6.1 Reducir la tasa de mortalidad por siniestros viales, en consonancia con el Plan Mundial del Decenio de Acción para la Seguridad Vial.

4.6.2 Armonizar el marco jurídico normativo vigente en materia de seguridad vial para reducir muertes, lesiones y discapacidades ocasionadas por siniestros viales.

4.6.3. Promover la movilidad activa de las personas.

4.6.4. Reducir el impacto de las lesiones graves en personas expuestas a accidentes o agentes generadores de emergencias y desastres, mediante la activación y funcionamiento del Sistema de Atención Médico de Urgencias.

4.6.5. Coordinar la recolección, almacenamiento, análisis, aplicación y difusión de información sobre lesiones accidentales a través del Observatorio Nacional de Lesiones.

Objetivo 5. Fortalecer la integración y modernización del Sistema Nacional de Salud para mejorar la atención a la población.

Estrategia 5.1 Consolidar la rectoría de la Secretaría de Salud para la operación y seguimiento del intercambio de servicios.

Línea de acción

5.1.1. Consolidar a nivel nacional el modelo de gobernanza de intercambio de servicios, con la suma del mayor número de unidades de salud y tipos de servicios posible.

5.1.2. Crear la cámara de compensación financiera.

5.1.3. Definir el modelo operativo obligatorio que considere la participación de todas las entidades y las instituciones públicas de salud con un enfoque centrado en la población y sus necesidades de salud.

5.1.4. Crear los sistemas digitales para el intercambio de servicios.

5.1.5. Finalizar la homologación de cartera de servicios.

5.1.6. Generar grupos de control e interinstitucionales en cada uno de los estados del país para garantizar con ello que el modelo se encuentre operando de forma óptima.

Estrategia 5.2 Incrementar el acceso a los servicios de salud a través de compartir capacidad instalada de las Instituciones Públicas de Salud mediante el intercambio de servicios.

Línea de acción

5.2.1. Estandarizar e implementar los protocolos de atención con intercambio de servicios en particular en los problemas de salud que están generando mayor mortalidad como el cáncer, muertes maternas e infarto agudo de miocardio.

5.2.2. Evaluar y supervisar la eficacia del intercambio de servicios para aumentar la productividad y el compromiso entre las instituciones prestadoras de servicios de salud.

5.2.3. Incrementar el número de convenios entre instituciones prestadoras de servicios de salud, priorizando los que atiendan a una población específica con base en las principales causas de morbimortalidad.

5.2.4. Mejorar la gestión y resultados de los convenios de Intercambio de Servicios mediante la participación del Comité Nacional y Estatales en todo el territorio.

5.2.5. Optimizar los recursos institucionales mediante el control de los servicios otorgados en Intercambio de Servicios a través de un sistema informático y rendición de cuentas.

Estrategia 5.3 Mejorar el conocimiento de productividad y resultados en la prestación de servicios de salud, mediante el fortalecimiento de la rectoría en materia de información en salud.

Línea de acción

5.3.1. Desarrollar mecanismos de integración y administración de una Base Nacional de Información estadística y nominal en Salud la cual será de carácter obligatorio para todo el SNS y que permita una mejor toma de decisiones.

5.3.2. Promover la creación del Expediente Clínico Electrónico a partir de la unificación de los mecanismos relacionados con el registro, conservación y almacenamiento de la información y evitar la fragmentación de la información en los diferentes niveles de atención en el SNS.

5.3.3. Coordinar a las instituciones del sector para la integración e intercambio de información en la materia para el fortalecimiento del SINAIS y del SINBA, como fuentes oficiales de información.

5.3.4. Promover entre las instituciones del SNS la vinculación de sus sistemas en el proceso de intercambio de información de forma continua y permanente en la materia para la integración del PMI Sectorial, privilegiándose la digitalización y la integración de los sistemas de datos.

5.3.5. Coordinar la definición, captación, integración, análisis, difusión y evaluación de la calidad de la información que generen los integrantes del SNS del sector.

5.3.6. Contribuir con elementos para la generación de inteligencia en salud de acuerdo con las prioridades nacionales, ya sea por su impacto, magnitud, trascendencia prevención, atención o control de los daños en la salud de la población.

5.3.7. Implementar el seguimiento y evaluación efectiva del desempeño de servicios de salud y programas a partir de la información integrada del Sistema de Salud.

5.3.8. Consolidar el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica para el monitoreo de enfermedades de notificación y la toma de decisión de las autoridades sanitarias en los diferentes niveles de gobierno.

Estrategia 5.4 Implementar esquemas de salud digital para facilitar el acceso a la salud de la población.

Línea de acción

5.4.1. Fomentar el uso de sistemas digitales para telemedicina, orientación y atención médica a distancia.

5.4.2. Implementar y asesorar en la ejecución de las acciones operativas por parte de las instituciones de salud para la salud digital y telesalud.

5.4.3. Digitalizar procesos y trámites administrativos.

Estrategia 5.5 Modernizar los modelos de atención con el propósito de incrementar el acceso a los servicios de salud.

Línea de acción

5.5.1. Mejorar el equipamiento de las unidades de salud a través de la tecnología sanitaria reciente e innovadora que permita hacer más resolutiva la atención en salud.

5.5.2. Favorecer el trabajo tecnológico y de investigación en modernización en salud de las diferentes instituciones del sector, con el fin de que México se encuentre en desarrollo constante.

Estrategia 5.6 Desarrollar investigación interinstitucional para generar información que permita optimizar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las prioridades nacionales de salud.

Línea de acción

5.6.1. Integrar grupos interinstitucionales para desarrollar investigación sobre las prioridades de salud, para obtener información nacional vigente que apoye la toma de decisiones en salud.

5.6.2. Enfocar la investigación interinstitucional para la salud hacia la optimización de procesos de prevención, diagnóstico y tratamiento de las prioridades nacionales de salud, fortaleciendo una cultura de trato humano en la que prevalezcan el respeto a la dignidad y la protección de los derechos de las personas participantes en las investigaciones.

5.6.3 Apoyar la optimización de procesos de prevención, diagnóstico y tratamiento de las prioridades nacionales de salud, con los resultados de investigación biomédica básica desarrollada en México.

5.6.4 Fortalecer con los resultados de investigación interinstitucional desarrollada en México, la actualización quinquenal de los procesos de prevención, diagnóstico y tratamiento de las prioridades nacionales de salud.

5.6.5. Mejorar los esquemas de operación y fortalecimiento de las Comisiones Estatales de Bioética, para garantizar la calidad y humanismo mediante la promoción de la práctica de los principios bioéticos en un marco de respeto a los derechos humanos en la atención médica y la investigación.

Estrategia 5.7 Impulsar la modernización institucional y la mejora regulatoria de COFEPRIS para garantizar la protección contra riesgos sanitarios en territorio nacional.

Línea de acción

5.7.1. Optimizar el proceso de autorización sanitaria e incrementar la capacidad resolutiva.

5.7.2. Fortalecer la digitalización de trámites.

5.7.3. Fortalecer y homologar la atención de emergencias, el control sanitario de insumos para la salud, servicios de salud, productos de uso y consumo, humo de tabaco, sistemas alternos, publicidad, plaguicidas y nutrientes vegetales.

5.7.4. Fortalecer las capacidades analíticas de la CCAYAC y la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública que permita generar resultados analíticos confiables y oportunos.

5.7.5 Incrementar las actividades de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia en México

5.7.6 Consolidar la actualización del marco legal y normativo sanitario para la emisión de instrumentos regulatorios

5.7.7 Fortalecer el proceso de identificación, monitoreo y evaluación de los riesgos sanitarios.

5.7.8 Reducir la exposición a riesgos sanitarios a través de la implementación de acciones de fomento sanitario.

5.7.9 Consolidar la estructura y operación del Sistema Federal Sanitario.

5.7.10 Fortalecer la vinculación internacional en materia de protección contra riesgos sanitarios.

Objetivo 6. Disminuir las brechas de salud y atención para poblaciones prioritarias y vulnerables

Estrategia 6.1 Consolidar al Servicio Nacional de Salud Pública, con la finalidad de implementar acciones en salud colectiva para poblaciones prioritarias y vulnerables.

Línea de acción

6.1.1. Desarrollar y desplegar el Modelo Operativo del Servicio Nacional de Salud Pública que asegure la prestación de servicios, la ejecución, el control y seguimiento, la evaluación, la mejora continua e innovación, de las funciones esenciales de la salud pública.

6.1.2. Desarrollar e instrumentar los modelos, métodos y prácticas institucionales que contribuyan en la estandarización e integración de los servicios y procesos, que permitan la operacionalización del Servicio Nacional de Salud Pública.

6.1.3. Diseñar e implementar el Modelo Integral de Medición y Evaluación de la operación del Servicio Nacional de Salud Pública.

Estrategia 6.2 Mejorar la salud, nutrición y desarrollo en los "Primeros 1000 Días de Vida".

Línea de acción

6.2.1. Promocionar y apoyar la lactancia materna exclusiva al menos durante los primeros 6 meses y complementaria hasta los 2 años de edad.

6.2.2. Fortalecer los controles prenatales y consultas pediátricas periódicas con el propósito de reducir la mortalidad infantil.

6.2.3. Contribuir a un estado nutricional adecuado de las niñas y los niños en sus primeros 1,000 días de vida coordinando a las instituciones de salud y a otras instancias relacionadas, para la implementación de acciones que aseguren una adecuada nutrición.

6.2.4. Asegurar que durante el embarazo, la madre o persona gestante reciba suplementos de ácido fólico, hierro, yodo, calcio, zinc, cobre, así como adecuada alimentación.

6.2.5. Sensibilizar a madres, padres, y demás personas responsables del cuidado de niñas y niños sobre la importancia de la estimulación temprana y la protección esencial para esta etapa, ya que es en el hogar donde se encuentran los actores claves para el mejor cuidado.

6.2.6 Fortalecer la detección oportuna de discapacidad y rezagos en el desarrollo en la persona recién nacida, procurando su oportuna referencia y tratamiento, a través de la aplicación del tamiz en los "Primeros 1000 Días de Vida" (metabólico, auditivo, oftalmológico, cardiaco, cadera).

Estrategia 6.3 Mejorar el diagnóstico, atención y sobrevida para niñas, niños, adolescentes y jóvenes con cáncer.

Línea de acción

6.3.1. Generar acciones oportunas para el diagnóstico temprano del cáncer en etapa pediátrica.

6.3.2. Implementar en las instituciones públicas de salud un modelo estandarizado de atención a la niña y/o el niño con cáncer que permita una continuidad de la atención equitativa y de calidad, acortando los tiempos para diagnóstico y tratamiento completo de atención, suministro suficiente de insumos y el apoyo emocional que requiera la niña, el niño y sus familiares.

6.3.3. Garantizar mediante una reserva estratégica, los insumos de medicamentos y material de curación, para que nunca falte lo necesario en el tratamiento de la niña, niño o adolescente con cáncer.

6.3.4. Generar una Red de atención e intercambio de servicios para garantizar la continuidad de atención a la niña o el niño con cáncer, así como un sistema donde obligatoriamente las instituciones públicas de salud participen.

6.3.5 Generar un registro de cáncer prospectivo de NNA que permita analizar tumores más frecuentes, etapas clínicas del tumor y supervivencia, desagregando datos por sexo, edad, si pertenece a algún grupo de atención prioritaria y otros determinantes sociales.

Estrategia 6.4 Contribuir a la igualdad sustantiva en salud, brindando servicios de salud sexual y reproductiva equitativos y con calidad durante la línea de vida, abarcando la etapa pregestacional, el embarazo, parto y puerperio; incluyendo atención oportuna a la violencia sexual y de género.

Línea de acción

6.4.1. Implementar acciones de mejora para la atención prenatal, del parto y puerperio con el propósito de lograr una disminución de la mortalidad materna en todas las instituciones públicas de salud, sin importar la adscripción de la persona a la seguridad social, lográndose la meta comprometida por México en foros internacionales.

6.4.2. Implementar acciones de promoción, información, educación integral en sexualidad y prestación de servicios de salud sexual y reproductiva durante todo el ciclo de vida, con énfasis en población adolescente con perspectiva de género, interseccionalidad y pertinencia cultural.

6.4.3. Satisfacer la necesidad de anticonceptivos en la población para favorecer la toma de decisiones, la fecundidad informada, libre y elegida, así como para prevenir el embarazo en adolescentes.

6.4.4. Implementar acciones para favorecer la atención de la salud sexual y reproductiva en el marco de los derechos humanos y libres de violencias.

6.4.5. Fortalecer la coordinación interinstitucional para garantizar una atención expedita e integral a víctimas de violencia sexual, así como ampliar la oferta de servicios para la prevención, detección y atención de la violencia sexual y de género, incluida la interrupción voluntaria del embarazo.

6.4.6. Focalizar intervenciones de atención a la salud materna y neonatal, con base en los determinantes sociales, culturales, epidemiológicos y demográficos de la población, con perspectiva de género, libres de estigma y discriminación.

6.4.7 Asegurar la atención de abortos espontáneos e inducidos de forma segura, en todas las instituciones de salud, conforme al marco legal vigente, para contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna.

6.4.8 Incentivar la participación de los hombres en acciones para la regulación de la fecundidad y en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

6.4.9 Asegurar que las y los adolescentes adquieran el conocimiento del uso correcto y efectivo de métodos anticonceptivos y su adquisición en establecimientos de salud públicos o privados, libres de estigma y prejuicios.

6.4.10 Fortalecer las acciones sobre educación e información sobre la salud sexual, reproductiva, derechos sexuales, infecciones de transmisión sexual, violencia sexual y embarazo en adolescentes, con perspectiva de género, interseccionalidad y pertinencia cultural.

Estrategia 6.5 Mejorar la detección temprana de cáncer de mama y cuello uterino, con el fin de aumentar la detección de casos en etapas tempranas y asegurar su ingreso a un tratamiento multimodal.

Línea de acción

6.5.1 Fortalecer las acciones de educación y prevención del cáncer, con énfasis en la ampliación de la cobertura y efectividad de la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH), con articulación intersectorial para incrementar los resultados en salud.

6.5.2. Reducir la brecha de acceso a confirmación diagnóstica de los casos de sospecha de cáncer de mama y de cuello uterino mediante estrategias que garanticen la atención integral oportuna y centrada en las personas usuarias, incorporando una perspectiva interseccional y de género en la cadena de atención integral, con una atención equitativa para todas las personas usuarias, independientemente de su lugar de residencia, condición económica o situación cultural.

6.5.3. Incrementar la oportunidad de tratamiento multimodal en las personas con diagnóstico confirmado de cáncer de mama o cuello uterino. Utilizando estrategias sectoriales como el Intercambio de Servicios que permita una continuidad de atención óptima.

6.5.4. Disminuir la mortalidad por cáncer en la mujer mediante el seguimiento oportuno de cada caso en particular y una intervención terapéutica eficaz, sensible y respetuosa, por cada una de las instituciones prestadoras de servicios públicos.

6.5.5 Asumir un esquema de rendición de cuentas de resultados con indicadores de desempeño en los programas de cáncer, asumiendo las responsabilidades correspondientes en cada institución por inoportunidad en el diagnóstico o tratamiento.

6.5.6 Fortalecer los sistemas de información nominales para análisis de la trazabilidad de casos y el seguimiento hasta tratamiento para monitoreo y evaluación sistemática. Se adoptará un esquema de rendición de cuentas con indicadores de desempeño, asignando responsabilidades por fallas en diagnóstico o tratamiento.

Estrategia 6.6 Establecer las condiciones para mejorar la prestación y transformación de los servicios de salud para y con la población indígena, afromexicana y población en contexto de movilidad con enfoques de género e interseccionalidad.

Línea de acción

6.6.1. Instrumentar mecanismos que permitan asegurar el acceso a servicios de calidad suficientes y oportunos libres de discriminación y estigma, fortaleciendo las redes comunitarias de apoyo, la vinculación funcional con el nivel de atención requerido, el traslado seguro y oportuno, así como la recepción y atención inmediata en la unidad resolutiva final.

6.6.2. Aplicar mecanismos que permitan identificar la etnicidad, el sexo, la edad y condición de movilidad de las personas usuarias en todas las atenciones de los servicios del SNS.

6.6.3. Aplicar lineamientos que garanticen la atención con perspectivas intercultural, interseccional, de género, pertinencia cultural y de respeto a los derechos humanos, a toda la población indígena, afromexicana y en contexto de movilidad.

6.6.4. Incorporar mecanismos que garanticen el uso de la lengua indígena en los servicios de salud.

6.6.5. Aplicar los lineamientos con enfoques de interculturalidad, pertinencia cultural, interseccional, de género y de respeto a los derechos humanos, para todas las acciones y actividades de prevención y atención a la salud que se realizan con población indígena, afromexicana y en contexto de movilidad.

6.6.6. Instrumentar mecanismos para la coordinación entre diferentes instituciones del SNS, otros sectores y niveles de gobierno, que fortalezcan las acciones que se realizan sobre las condiciones y determinantes de la salud con población indígena, afromexicana y en contexto de movilidad con enfoque de atención diferenciada, lo cual incluye alimentación, agua potable, vivienda, manejo de la basura, prevención en el uso indiscriminado de plaguicidas, el ambiente social y la comunicación comunitaria.

6.6.7. Desarrollar procesos de formación de personas replicadoras para que sensibilicen y capaciten al personal del primero y segundo nivel de atención del SNS, con enfoque de interculturalidad, interseccionalidad, pertinencia cultural, de género en el marco de derechos humanos para la atención de población indígena, afromexicana y en contexto de movilidad.

6.6.8. Aplicar lineamientos que permitan la vinculación sinérgica e intercultural con la medicina, partería tradicional y otros modelos de atención incluyentes.

6.6.9. Diseñar políticas públicas que aborden las causas estructurales de la movilidad humana y promuevan un proceso equitativo, seguro, ordenado, libre de discriminación y de respeto a los derechos humanos.

6.6.10. Favorecer el acceso a los servicios de salud de la población mexicana migrante en Estados Unidos de América a través de la estrategia Ventanillas de Salud, con base en las necesidades y características específicas de dicha población

---

Estrategia 6.7 Fomentar un sistema nacional de cuidados para personas vulnerables a través de estrategias focalizadas según sus condiciones y necesidades específicas.

Línea de acción

6.7.1 Implementar el modelo de atención integral de las personas mayores que incluye los componentes de: atención efectiva, sensible y respetuosa al envejecimiento saludable, atención a la fragilidad y sarcopenia, deterioro cognitivo y demencia, optimización de medicación, respuesta rápida a

signos de alarma, combate a la discriminación y cuidados a largo plazo.

6.7.2. Ejecutar acciones de atención especializada a la persona mayor a través de una RISS donde se logre una atención óptima, sensible y respetuosa, y de cuidados libre de violencias y discriminación a la persona mayor.

6.7.3. Implementar acciones para evitar el maltrato y discriminación a la persona mayor en los servicios de salud.

6.7.4. Integrar en el sistema de cuidados los que corresponden a la persona mayor para el bienestar de la población.

6.7.5. Reducir las condiciones de salud que limitan la capacidad funcional de las personas, por disminución de agudeza visual ("Ver por México") o movilidad con énfasis en personas mayores.

6.7.6. Contribuir a la conformación de un Sistema Nacional de Cuidados que brinde justicia social a los grupos de atención prioritaria en México, a través de actividades que redistribuyan la responsabilidad del cuidado más allá del ámbito familiar.

6.7.7. Establecer acciones que eviten la discriminación y las violencias de forma absoluta e inaceptable por todos las personas prestadoras de servicios de salud.

6.7.8. Generar por cada institución de salud planes locales para atender prioritariamente a las personas con discapacidad respecto a sus necesidades de servicios de salud, a través de un esquema de atención diferenciado, inclusivo y sin discriminación.

6.7.9. Incrementar la capacidad instalada del SNS para la atención de la persona con discapacidad en relación con necesidades y características específicas, a través de mecanismos incluyentes, ajustes razonables y acciones afirmativas.

6.7.10. Seguir avanzando en la adaptación de las instalaciones de unidades de salud para personas con discapacidad de acuerdo con los modelos y lineamientos correspondientes.

---

8. Indicadores y metas

El presente apartado articula un marco integral de seguimiento y evaluación en función de los grandes retos del Sistema de Salud, definidos en seis objetivos fundamentales: garantizar el acceso universal a los servicios de salud para la población, incrementar la capacidad resolutiva y calidad de la atención médica del Sistema Nacional de Salud para la población usuaria, garantizar la entrega oportuna de medicamentos e insumos para la salud, mejorar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, fortalecer la integración y modernización del SNS y disminuir las brechas de salud y atención para poblaciones prioritarias y vulnerables. A continuación, se presentan los indicadores que permitirán identificar los avances, ajustar las estrategias a fin de obtener mejores resultados.

La universalidad del acceso exige eliminar barreras económicas, geográficas y culturales que impiden a amplios segmentos de la población recibir atención oportuna. Para ello, se monitorean indicadores como el porcentaje de personas sin seguridad social con necesidad de atención que acuden al sistema público (Indicador 1.1) y la proporción de hogares del primer quintil de ingreso que enfrentan gastos catastróficos en salud (Indicador 1.2). Estos indicadores miden directamente el grado de cobertura efectiva del sistema y la protección financiera de los más pobres, permitiendo identificar rezagos regionales y sociales.

Más allá de la cobertura, es esencial elevar la eficacia clínica y la seguridad del paciente. Para ello se utilizan métricas de mortalidad prematura por enfermedades crónico-degenerativas (Indicador 2.1) y tasa de infecciones asociadas a la atención (Indicador 2.2). Estos indicadores revelan las brechas en diagnóstico temprano, eficacia de la atención primaria y adherencia a protocolos de seguridad, orientando intervenciones en capacitación, protocolos clínicos e infraestructura.

El abastecimiento de medicamentos e insumos para la salud es pilar de la continuidad de los tratamientos. El indicador de surtimiento completo de recetas (Indicador 3.1) cuantifica la proporción de pacientes que reciben la totalidad de sus medicamentos prescritos, reflejando la eficiencia de la cadena de suministro y las deficiencias operativas y Gasto de bolsillo promedio en medicamentos (Indicador 3.2) a fin de medir el gasto promedio que realizan los hogares en la compra de medicamentos, independientemente de su afiliación a algún sistema público de salud.

La prevención es la inversión con mayor retorno en salud pública. Por ello. se miden la cobertura de vacunación en el primer año de vida (Indicador 4.1) y la prevalencia de obesidad desagregada por grupos etarios y sexo (Indicador 4.2). Estos indicadores permiten evaluar tanto la efectividad de programas de inmunización como el impacto de políticas de alimentación saludable y actividad física.

Fortalecer la integración y modernización del SNS es fundamental. Uno de los aspectos a consolidar es la interoperabilidad y la coordinación en la atención médica entre instituciones a fin de incrementar la eficiencia y reducir la fragmentación. Por ello se medirá el intercambio de servicios entre las principales instituciones de salud (Indicador 5.1).

Reconociendo desigualdades históricas, se incorporan dos indicadores: el primero permite medir calidad y equidad de los sistemas de salud, así como las condiciones sociales y económicas que afectan a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio (Indicador 6.1) y el rezago social de niños menores de cinco años (Indicador 6.2). Estos indicadores permitirán detectar y corregir disparidades en acceso, calidad y resultados de salud.

Indicador 1.1

ELEMENTOS DEL INDICADOR			
Nombre	1.1 Porcentaje de la población que buscó atención por una necesidad de salud en los últimos tres meses y fue atendida en una institución pública de salud.		
Objetivo	1. Garantizar el acceso universal a los servicios de salud para la población.		
Definición o descripción	Población que buscó atención por una necesidad de salud en los últimos tres meses y fue atendida en una institución pública de salud.		
Derecho asociado	Artículo 4 de la CPEUM.- Derecho a la salud		
Nivel de desagregación	Nacional	**Periodicidad o frecuencia de**	Anual

		medición	
Acumulado o periódico	Periódico	**Disponibilidad de la información**	En Julio de cada año se publican las bases de un año previo.
Unidad de medida	Porcentaje	**Periodo de recolección de los datos**	Julio a noviembre
Tendencia esperada	Ascendente	**Unidad responsable de reportar el avance**	Secretaría de Salud Unidad de Análisis Económico e Investigación en Salud (UAIES)
Método de cálculo	$PPBANS = \left(\frac{TPBANS3MAIPS}{TPBANS3M}\right) * 100$ · PPBANS = Porcentaje de la población que buscó atención por una necesidad de salud en los últimos tres meses y fue atendida en una institución pública de salud. · TPBANS3MAIPS= Total de personas que buscó atención por una necesidad de salud en los últimos tres meses que se atendió en instituciones públicas de salud. · TPBANS3M = Total de personas que buscó atención por una necesidad de salud en los últimos tres meses.		
Observaciones	Para construir las variables se toma la siguiente información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: · Numerador: Cuestionario de Hogar para estimar la población que buscó atención por una necesidad de salud en los últimos tres meses (p. 4.4) y fue atendida (p. 4.6) en las instituciones públicas de salud (p. 4.8) · Denominador: Cuestionario de Hogar para estimar que buscó atención por una necesidad de salud en los últimos tres meses (p 4.4)		

APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE

Nombre variable 1	Total de población que buscó atención por una necesidad de salud en los últimos tres meses y fue atendida en una institución pública de salud	**Valor variable 1**	14,236,335	**Fuente de información variable 1**	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Instituto Nacional de Salud Pública
Nombre variable 2	Total de personas que buscó atención por una necesidad de salud en los últimos tres meses	**Valor variable 2**	26,806,167	**Fuente de información variable 2**	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Instituto Nacional de Salud Pública
Sustitución en método de cálculo	14,236,335 / 26,806,167 = 0.5311 *100 = 53.11				

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS

Línea base		**Nota sobre la línea base**
Valor	53.11 %	
Año	2024	
Meta 2030		**Nota sobre la meta 2030**
60.0%		Incrementar el porcentaje de la población que se atiende en el sector público al 60.0 %

SERIE HISTÓRICA DEL INDICADOR

2018	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**
47.22 %	NA	41.31 %	43.86 %	52.38 %	51.01 %	53.11 %

METAS					
2025	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
54.0%	55.0%	56.0%	57.0%	58.0%	60.0%

Indicador 1.2

ELEMENTOS DEL INDICADOR					
Nombre	1.2 Porcentaje de población que se atendió en sector público y que tuvo gasto de bolsillo en salud.				
Objetivo	1.- Garantizar el acceso universal a los servicios de salud para la población.				
Definición o descripción	Estimar la proporción de población que realizó un gasto de bolsillo en salud que se atendió en cualquiera de los tres niveles de atención en el sector público. El gasto de bolsillo incluye pagos por consulta, medicamentos, estudios de laboratorio o instrumental médico. Este indicador permite medir la gratuidad del sistema de salud y se refiere al acceso a servicios médicos sin costo directo.				
Derecho asociado	Artículo 4 de la CPEUM. - Derecho a la salud				
Nivel de desagregación	Nacional	**Periodicidad o frecuencia de medición**	Bienal		
Acumulado o periódico	Periódico	**Disponibilidad de la información**	Julio del año siguiente al levantamiento de la fuente de información.		
Unidad de medida	Porcentaje	**Periodo de recolección de los datos**	Agosto a noviembre del año previo a su publicación.		
Tendencia esperada	Descendente	**Unidad responsable de reportar el avance**	Secretaría de Salud Unidad de Análisis Económico e Investigación en Salud.		
Método de cálculo	$G_t = \left(\frac{PGS_t}{PTSp_t}\right) * 100$ · *Gt* = Porcentaje de población que se atendió en sector público y tuvo gasto de bolsillo en salud en el año *t*. · *PGSt* = Población que se atendió en el sector público y tuvo un gasto de bolsillo en salud en el año *t*. · *PTSpt* = Población total que se atendió en el sector público en el año *t*. · *t* = año de cálculo				
Observaciones	El indicador se estima independientemente de la afiliación.				
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE **La línea base debe corresponder a un valor definitivo para el ciclo 2024 o previo, no podrá ser un valor preliminar ni estimado.**					
Nombre variable 1	Población que se atendió en el Sector Público y tuvo un gasto en salud	**Valor variable 1**	6,194,764	**Fuente de información variable 1**	Módulo de Gastos realizados en el hogar a nivel población (integrante) asociado a la Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto de los Hogares elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).
Nombre variable 2	Población total que se atendió en el Sector Público	**Valor variable 2**	34,723,097	**Fuente de información variable 2**	Módulo de Gastos realizados en el hogar a nivel población (integrante) asociado a la Encuesta Nacional de Ingresos y

					Gasto de los Hogares elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).
Sustitución en método de cálculo	$6{,}194{,}764 / 34{,}723{,}097 = 0.1784 * 100 = 17.84\%$				

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS						
Línea base			**Nota sobre la línea base**			
Valor	17.84%					
Año	2022					
Meta 2030			**Nota sobre la meta 2030**			
12.0%			Se busca reducir 30% la proporción de población (individuos) que se atendió en el sector público y tuvo gasto de bolsillo en salud.			
SERIE HISTÓRICA DEL INDICADOR						
2018	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**
18.03%	NA	16.66%	NA	17.84%	NA	ND
METAS						
2025	**2026**	**2027**		**2028**	**2029**	**2030**
NA	16.0%	NA		14.5%	NA	12.0%

Indicador 2.1

ELEMENTOS DEL INDICADOR			
Nombre	2.1 Probabilidad de muerte entre las edades de 30 y 70 años de enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas.		
Objetivo	2. Incrementar la capacidad resolutiva y calidad de la atención médica del Sistema Nacional de Salud para la población usuaria.		
Definición o descripción	Se define como el porcentaje de personas de 30 años que morirían antes de cumplir 70 años a causa de enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas.		
Derecho asociado	Artículo 4 de la CPEUM. - Derecho a la salud		
Nivel de desagregación	Nacional	**Periodicidad o frecuencia de medición**	Anual
Acumulado o periódico	Periódico	**Disponibilidad de la información**	Noviembre de cada año con un año de desfase
Unidad de medida	Porcentaje	**Periodo de recolección de los datos**	enero a diciembre.
Tendencia esperada	Descendente	**Unidad responsable de reportar el avance**	Secretaría de Salud Dirección General de Evaluación del Desempeño
Método de cálculo	La probabilidad incondicional de morir se estima utilizando tasas de muerte específicas por edad (en grupos de 5 años, por ejemplo, 30-34, 35-39, ... 60-64, 65-69, para aquellos entre 30 y 70) debidas a alguna de las cuatro ENT principales (enfermedades cardiovasculares (I00-I99), cáncer (C00-C97), diabetes (E10-E14) y enfermedades respiratorias crónicas (J30-J98, XX-XX)). Utilizando el método de la tabla de vida, el riesgo de muerte entre las edades exactas de 30 y 70, por cualquiera de las cuatro causas y en ausencia de otras causas de muerte, se calculó como se describe a continuación.		

	Las tasas específicas por edad en grupos de edad quinquenales se calcularon con la siguiente fórmula: $5M_x$ = Total de defunciones debidas a las cuatro ENT entre las edades x y x+5 / Total de población entre las edades x y x+5 Esas tasas específicas por edad se transformaron en la probabilidad de morir debido a cualquiera de las cuatro ENT en cada grupo de edad mediante la ecuación siguiente: $5q_x = (5M_x * 5) / 1 + 5M_x * 2.5$ Entonces, la probabilidad incondicional de morir entre las edades de 30 a 70 años, se calculó usando la fórmula siguiente: 40q30 = 1 - { (1- 5q30) x **...** x (1- 5q65) }
Observaciones	El indicador se actualiza cada año con la publicación de las estadísticas de mortalidad.

APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE

Nombre variable 1	Total de muertes por las 4 causas por grupos quinquenales de edad entre la edad exacta 30-69 años	**Valor variable 1**	Defunciones 30-34 = 4150 35-39 = 6087 40-44 = 9651 45-49 = 15895 50-54 = 22956 55-59 = 30966 60-64 = 40059 65-69 = 46950	**Fuente de información variable 1**	Estadísticas Vitales, defunciones registradas INEGI. https://www.inegi.org.mx/datosabiertos/
Nombre variable 2	Población por grupos quinquenales de edad entre la edad exacta 30-69 años	**Valor variable 2**	Población 30-34 = 1047489 35-39 = 9410549 40-44 = 8318732 45-49 = 7887875 50-54 = 7261954 55-59 = 6216665 60-64 = 5049076 65-69 = 3809637	**Fuente de información variable 2**	Proyecciones de población 2020-2070 de CONAPO. https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2020-2070
Sustitución en método de cálculo	El indicador se obtiene a partir de un procedimiento que involucra grupos de edad, el resultado final es el producto de las probabilidades de cada grupo de edad como se muestra a continuación: Grupo / Tasas m / Probabilidad 30-34 / 0.00040 / 0.00198 35-39 / 0.00065 / 0.00323 40-44 / 0.00116 / 0.00578 45-49 / 0.00202 / 0.01003 50-54 / 0.00316 / 0.01568 55-59 / 0.00498 / 0.02460 60-64 / 0.00793 / 0.03890 65-69 / 0.01232 / 0.05978 **40q30** = 1-(1-0.00198)*(1-0.00323)*(1-0.00578)*(1-0.01003)*(1-0.01568)*(1-0.02460)*(1-0.03890)*(1-0.05978)=0.1505 * 100 = 15.05				

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS

Línea base		**Nota sobre la línea base**
Valor	15.05	
Año	2023	
Meta 2030		**Nota sobre la meta 2030**
13.50		La disminución de la probabilidad de muerte entre las edades de 30 y 70 años de enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas, requiere de sólidos avances en acceso universal a servicios de salud, atención primaria robusta, infraestructura adecuada, detección temprana,

	calidad clínica, sistemas de información, capital humano, acción intersectorial y financiamiento, a fin de disminuir de manera sostenida la probabilidad de muerte prematura entre los 30 y 70 años por enfermedades crónicas de alta carga en el país y alcanzar las metas establecidas.

SERIE HISTÓRICA DEL INDICADOR

Se deberán registrar los valores de acuerdo a la frecuencia de medición del indicador.

Pude registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.

2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
15.45	15.79	19.55	18.49	15.61	15.05	14.37

METAS

Puede registrar NA cuando no aplique meta para ese año, de acuerdo con la frecuencia de medición.

2025	2026	2027	2028	2029	2030
14.61	14.39	14.16	13.94	13.72	13.50

Indicador 2.2

ELEMENTOS DEL INDICADOR			
Nombre	2.2 Tasa de incidencia de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).		
Objetivo	2. Incrementar la capacidad resolutiva y calidad de la atención médica del Sistema Nacional de Salud para la población usuaria.		
Definición o descripción	Número de pacientes con IAAS por cada 1,000 días estancia		
Derecho asociado	Artículo 4 de la CPEUM.- Derecho a la Salud, Derecho al Bienestar		
Nivel de desagregación	Nacional	**Periodicidad o frecuencia de medición**	Anual
Acumulado o periódico	Periódico	**Disponibilidad de la información**	Mayo
Unidad de medida	IAAS por cada 1,000 días estancia	**Periodo de recolección de los datos**	1ero de enero al 31 de diciembre del año evaluado.
Tendencia esperada	Descendente	**Unidad responsable de reportar el avance**	Secretaría de Salud Dirección General de Epidemiología
Método de cálculo	Tasa de incidencia de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) = (Total de IAAS adquiridas en las unidades centinelas RHOVE en el periodo de estudio /Total de días estancia hospitalarios de las unidades centinela RHOVE en el mismo periodo) * 1,000		
Observaciones	La tasa de incidencia es un indicador clave en epidemiología para dimensionar la magnitud y velocidad de enfermedad en una población expuesta por un tiempo específico a un riesgo. En este caso el indicador dimensiona la magnitud de las IAAS en la población usuaria de los servicios de atención médica de acuerdo con el tiempo que estuvieron expuestos al riesgo (días estancia).		

APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE

La línea base debe corresponder a un valor definitivo para el ciclo 2024 o previo, no podrá ser un valor preliminar ni estimado.

Nombre variable 1	Total de IAAS adquiridas en las unidades centinelas RHOVE en el periodo de estudio	**Valor variable 1**	101,944	**Fuente de información variable 1**	Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE).
Nombre variable 2	Total de días estancia hospitalarios de las unidades centinela RHOVE en el mismo periodo	**Valor variable 2**	12,979,065	**Fuente de información variable 2**	Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE).

Sustitución en método de cálculo	Tasa de incidencia de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) = 101,944 / 12,979,065 * 1,000 = 7.85

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS		
Línea base		**Nota sobre la línea base**
Valor	7.85	El valor corresponde a las IAAS por cada 1,000 días estancia de todo el 2024. Se trabaja en el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de las IAAS, así como en el análisis de las tendencias para mejorar el seguimiento nacional del indicador para la meta del 2030.
Año	2024	
Meta 2030		**Nota sobre la meta 2030**
5.1		La meta es factible siempre y cuando se consolide un Programa Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de las IAAS a nivel nacional con la rectoría de la Secretaría de Salud, un presupuesto y el fortalecimiento de la RHOVE.

SERIE HISTÓRICA DEL INDICADOR						
2018	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**
ND	ND	ND	ND	8.25	7.8	7.85

METAS					
2025	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
9.9	12.0	10.28	8.55	6.83	5.1

Indicador 3.1

ELEMENTOS DEL INDICADOR			
Nombre	3.1 Porcentaje de surtimiento completo de recetas, en el mismo lugar de atención, para población sin seguridad social que presentó un problema de salud y fue atendida en el sector público.		
Objetivo	3. Garantizar la entrega oportuna de medicamentos e insumos para la salud de toda la población.		
Definición o descripción	El indicador mide el porcentaje de personas sin seguridad social que, tras haber presentado un problema de salud en los últimos tres meses y haber sido atendidas en una unidad del sector público, recibieron el surtimiento completo de sus recetas médicas en el mismo lugar donde fueron atendidas.		
Derecho asociado	Artículo 4 de la CPEUM. - Derecho a la salud		
Nivel de desagregación	Nacional	**Periodicidad o frecuencia de medición**	Anual
Acumulado o periódico	Periódico	**Disponibilidad de la información**	Enero
Unidad de medida	Porcentaje	**Periodo de recolección de los datos**	Julio a octubre
Tendencia esperada	Ascendente	**Unidad responsable de reportar el avance**	Secretaría de Salud Unidad de Análisis Económico e Investigación en Salud
Método de cálculo	%SCR=(PSCR/PNSCR)*100 %SCR=Porcentaje de surtimiento completo de recetas, en el mismo lugar de atención, para la población que presentó un problema de salud y fue atendida en el sector público PSCR= Personas sin seguridad social que atendieron su problema de salud en los últimos tres meses y recibieron, en el mismo lugar de atención, el surtimiento completo de los medicamentos prescritos en su receta PNSCR =Personas sin seguridad social que atendieron su problema de salud en los últimos tres meses y recibieron una receta médica		
Observaciones			

APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE La línea base debe corresponder a un valor definitivo para el ciclo 2024 o previo, no podrá ser un valor preliminar ni estimado.					
Nombre variable 1	Personas sin seguridad social que atendieron su problema de salud en los últimos tres meses y recibieron, en el mismo lugar de atención, el surtimiento completo de los medicamentos prescritos en su receta	**Valor variable 1**	2,012,898	**Fuente de información variable 1**	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua (ENSANUT) 2024
Nombre variable 2	Personas sin seguridad social que atendieron su problema de salud en los últimos tres meses y recibieron una receta médica	**Valor variable 2**	3,270,290	**Fuente de información variable 2**	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua (ENSANUT) 2024
Sustitución en método de cálculo	(2,012,898 / 3,270,290) *100 = 61.55				

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS		
Línea base		**Nota sobre la línea base**
Valor	61.55	
Año	2024	
Meta 2030		**Nota sobre la meta 2030**
80		

SERIE HISTÓRICA DEL INDICADOR Se deberán registrar los valores de acuerdo con la frecuencia de medición del indicador. Pude registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.						
2018	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**
NA	N.A.	66.17	63.9	55.82	54.88	61.55

METAS Puede registrar NA cuando no aplique meta para ese año, de acuerdo con la frecuencia de medición.					
2025	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
64.62	67.70	70.77	73.85	76.92	80

Indicador 3.2

	ELEMENTOS DEL INDICADOR		
Nombre	3.2 Porcentaje de hogares que se atendió en el sector público y tuvo gasto de bolsillo en medicamentos prescritos		
Objetivo	3 Garantizar la entrega oportuna de medicamentos e insumos para la salud de toda la población.		
Definición o descripción	Porcentaje de hogares que recibieron servicios médicos en el sector público y realizaron desembolsos directos exclusivamente para la adquisición de medicamentos prescritos, lo que refleja el nivel efectivo de cobertura de medicamentos dentro del sector público,		
Derecho asociado	Artículo 4 de la CPEUM.- Derecho a la salud		
Nivel de desagregación	Nacional	**Periodicidad o frecuencia de medición**	Bienal
Acumulado o periódico	Periódico	**Disponibilidad de la información**	Julio del año siguiente al levantamiento de la fuente de información

Unidad de medida	Porcentaje	**Periodo de recolección de los datos**		Agosto a noviembre del año previo a su publicación	
Tendencia esperada	Descendente	**Unidad responsable de reportar el avance**		Secretaría de Salud Unidad de Análisis Económico e Investigación en Salud	
Método de cálculo	$PHGB_t = \left(\frac{HGBM_t}{THM_t}\right) \times 100$ · $PHGB_t$ = Porcentaje de hogares usuarios del sector público que realizó gasto de bolsillo en medicamentos prescritos. · $HGBM_t$ = Total de hogares atendidos en el sector público con gasto de bolsillo en medicamentos prescritos · THM_t = Total de hogares que fueron atendidos en el sector público.				
Observaciones	Incluye los medicamentos recetados y material de curación reportados en la base de Gastos del Hogar (a nivel gasto) de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), correspondientes a distintos tipos de atención: · Durante el parto: clave J004 · Durante el embarazo: clave J009 · Consulta externa (no hospitalaria ni embarazo): claves J020 a J035 (abarcan medicamentos para infecciones, dolor, enfermedades crónicas como diabetes o hipertensión, vitaminas y anticonceptivos) · Atención hospitalaria (excluye parto): Clave J042 Esta información se vincula con la base de Población (a nivel de integrante del hogar) para identificar la población atendida en el sector público.				
	APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE **La línea base debe corresponder a un valor definitivo para el ciclo 2024 o previo, no podrá ser un valor preliminar ni estimado.**				
Nombre variable 1	Total de hogares atendidos en el sector público con gasto de bolsillo en medicamentos prescritos	**Valor variable 1**	8,057,078	**Fuente de información variable 1**	Módulos de Población y de Gasto en Hogar asociados a la Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto de los Hogares elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).
Nombre variable 2	Total de hogares que fueron atendidos en el sector público	**Valor variable 2**	36,968,871	**Fuente de información variable 2**	Módulos de Población y de Gasto en Hogar asociados a la Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto de los Hogares elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).
Sustitución en método de cálculo	$PHGB_t = {}^{8,057,078}/_{36,968,871} = 0.2179 * 100 = 21.79\ \%$				
	VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS				
	Línea base	**Nota sobre la línea base**			
Valor	21.79%				
Año	2022				
Meta 2030		**Nota sobre la meta 2030**			
10.0%		Se busca reducir el 54% la proporción de hogares que se atendió en el sector público y tuvo gasto de bolsillo en medicamentos prescritos.			

SERIE HISTÓRICA DEL INDICADOR *

2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
27.44%	NA	21.85%	NA	25.63%	NA	21.79%	NA	ND

METAS

	2025	2026	2027	2028	2029	2030

	NA	16.0%	NA	13.0%	NA	10.0 %

Indicador 4.1

ELEMENTOS DEL INDICADOR					
Nombre	4.1 Porcentaje de la población de un año de edad que cuenta con esquema de vacunación en el periodo t.				
Objetivo	4. Mejorar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades de la población.				
Definición o descripción	Es el porcentaje de la población de un año de edad que cuenta con el promedio de esquema básico de vacunación, con relación al total de niños de un año de edad.				
Derecho asociado	Artículo 4 de la CPEUM.- Derecho a la salud				
Nivel de desagregación	Nacional		**Periodicidad o frecuencia de medición**	Anual	
Acumulado o periódico	Periódico		**Disponibilidad de la información**	Marzo	
Unidad de medida	Porcentaje		**Periodo de recolección de los datos**	Enero a diciembre	
Tendencia esperada	Ascendente		**Unidad responsable de reportar el avance**	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA)	
Método de cálculo	Este indicador resulta de dividir a la población de un año de edad que recibió el esquema básico de vacunación en un determinado año, entre la población de un año de edad conforme a las poblaciones de responsabilidad institucional, proyecciones CONAPO, multiplicado por 100. $PN^{t}1_{a} = (P^{t}1_{a} / PR^{t}1_{a})*100$ Significado de las siglas o abreviaturas: $PN^{t}1_{a}$: Porcentaje de la población de un año de edad que cuenta con esquema de vacunación en el periodo t $P^{t}1_{a}$: Promedio de dosis aplicadas a niñas y niños de un año de edad que recibió el esquema básico de vacunación *t* $PR^{t}1_{a}$: Población de Responsabilidad Sectorial de un año de edad de conformidad con los Lineamientos para la Distribución de Población de Responsabilidad Institucional en el año *t* ***t*** = año de cálculo ***1a*** : Un año de edad				
Observaciones	El indicador corresponde al promedio de dosis aplicadas conforme al esquema de vacunación en las niñas y niños de 1 año de edad en un periodo determinado				
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE **La línea base debe corresponder a un valor definitivo para el ciclo 2024 o previo, no podrá ser un valor preliminar ni estimado.**					
Nombre variable 1	Promedio de dosis aplicadas a niñas y niños de un año de edad que recibió el esquema básico de vacunación	**Valor variable 1**	891,530	**Fuente de información variable 1**	Secretaría de Salud (SS). Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA)
Nombre variable 2	Población de Responsabilidad Sectorial de un año de edad de conformidad con los Lineamientos para la Distribución de Población de Responsabilidad Institucional en el año t.	**Valor variable 2**	1,334,505	**Fuente de información variable 2**	Secretaría de Salud (SS). Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA)
Sustitución en método	(891,530 / 1,334,505) * 100 = 66.8%				

de cálculo						
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS						
Línea base			**Nota sobre la línea base**			
Valor	66.8					
Año	2024					
Meta 2030			**Nota sobre la meta 2030**			
>=90						
SERIE HISTÓRICA DEL INDICADOR						
2018	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**
89.80	79.70	77.60	88.40	84.90	75.70	66.8
METAS						
2025	**2026**	**2027**		**2028**	**2029**	**2030**
78.73	80.98	83.23		85.48	87.73	90

Indicador 4.2

Nombre	4.2 Porcentaje de población con obesidad, desglosado por edad.		
Objetivo	4. Mejorar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades de la población.		
Definición o descripción	Porcentaje de la población con Índice de Masa Corporal (IMC) que los ubican dentro de la categoría de obesidad		
Derecho asociado	Artículo 4 de la CPEUM.- Derecho a la salud		
Nivel de desagregación	Nacional y por edad	**Periodicidad o frecuencia de medición**	Anual
Acumulado o periódico	Periódico	**Disponibilidad de la información**	Junio
Unidad de medida	Porcentaje	**Periodo de recolección de los datos**	Enero a diciembre
Tendencia esperada	Descendente	**Unidad responsable de reportar el avance**	Secretaría de Salud Subsecretaría de Políticas de Salud y Bienestar Poblacional
Método de cálculo	Para niñas y niños de 5 a 11 años y adolescentes de 12 a 19 se calcula el IMC para la edad y sexo de acuerdo con las tablas de referencia de la OMS-2007, clasificando la obesidad con puntajes >2 desviaciones estándar (DE). La evaluación del estado de nutrición de la población > 20 años de edad se realiza considerando válido los valores de talla entre 1.3 y 2.0 m y los de IMC entre 10 y 58 kg/m2. Los datos fuera de estos intervalos, así como los casos de mujeres embarazadas se excluyen del análisis. Se utiliza la clasificación del IMC de la OMS con punto de corte para obesidad de >=30.0 kg/m2.		
Observaciones			
Nombre	4.2.1 Porcentaje de población con obesidad, niñas y niños de 5 a 11 años.		
Objetivo	4. Mejorar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades de la población.		
Definición o descripción	Porcentaje de la población de niñas y niños de 5 a 11 años con Índice de Masa Corporal (IMC) que los ubican dentro de la categoría de obesidad		
Derecho asociado	Artículo 4 de la CPEUM.- Derecho a la salud		
Nivel de desagregación	Nacional, de 5 a 11 años	**Periodicidad o frecuencia de medición**	Anual
Acumulado o periódico	Periódico	**Disponibilidad de la información**	Junio
Unidad de medida	Porcentaje	**Periodo de recolección de los datos**	Enero a diciembre
Tendencia esperada	Descendente	**Unidad responsable de reportar el avance**	Secretaría de Salud Subsecretaría de Políticas de Salud y Bienestar

				Poblacional	
Método de cálculo	Porcentaje de población con obesidad, niñas y niños de 5 a 11 años: (Número de niñas y niños entre 5 y 11 años de edad, cuyo IMC se ubica a más de dos DE del valor medio indicado en las tablas de referencia de la OMS / Total de niños del mismo grupo etario) * 100				
Observaciones	Para niñas y niños de 5 a 11 años se calcula el IMC para la edad y sexo de acuerdo con las tablas de referencia de la OMS-2007, clasificando la obesidad con puntajes >2 desviaciones estándar (DE).				
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE					
Nombre variable 1	Número de niñas y niños entre 5 y 11 años de edad, cuyo IMC se ubica a más de dos DE del valor medio indicado en las tablas de referencia de la OMS	**Valor variable 1**	2,452,230	**Fuente de información variable 1**	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Instituto Nacional de Salud Pública
Nombre variable 2	Total de niños del mismo grupo etario	**Valor variable 2**	15,619,300	**Fuente de información variable 2**	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Instituto Nacional de Salud Pública
Sustitución en método de cálculo	Porcentaje de población con obesidad, niñas y niños de 5 a 11 años= 2452230 / 15619300*100 = 15.70				

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS		
Línea base		**Nota sobre la línea base**
Valor	15.70	Para el 2023 de cada 100 niños entre 5 y 11 años, 15.7 tiene obesidad.
Año	2023	
Meta 2030		**Nota sobre la meta 2030**
14.70		Para el 2030 de cada 100 niños entre 5 y 11 años, 14.7 tendrá obesidad.

SERIE HISTÓRICA DEL INDICADOR						
2018	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**
ND	17.5	18.6	18.6	17.1	15.70	ND
METAS						
2025	**2026**	**2027**		**2028**	**2029**	**2030**
15.41	15.27	15.13		14.99	14.84	14.70

Nombre	4.2.2 Porcentaje de población con obesidad, adolescentes de 12 a 19 años.		
Objetivo	4. Mejorar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades de la población.		
Definición o descripción	Porcentaje de la población adolescente de 12 a 19 años con Índice de Masa Corporal (IMC) que los ubican dentro de la categoría de obesidad		
Derecho asociado	Artículo 4 de la CPEUM.- Derecho a la salud		
Nivel de desagregación	Nacional de 12 a 19 años	**Periodicidad o frecuencia de medición**	Anual
Acumulado o periódico	Periódico	**Disponibilidad de la información**	Junio
Unidad de medida	Porcentaje	**Periodo de recolección de los datos**	Enero a diciembre
Tendencia esperada	Descendente	**Unidad responsable de reportar el avance**	Secretaría de Salud Subsecretaría de Políticas de Salud y Bienestar Poblacional
Método de cálculo	Porcentaje de población con obesidad, adolescentes de 12 a 19 años: (Número de adolescentes entre 12 y 19 años de edad, cuyo IMC se ubica a más de dos DE del valor medio indicado en las tablas de referencia OMS / Total de adolescentes del mismo grupo etario) * 100		
Observaciones	Para adolescentes de 12 a 19 se calcula el IMC para la edad y sexo de acuerdo con las tablas de referencia de la OMS-2007, clasificando la obesidad con puntajes >2 desviaciones estándar (DE).		

APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE					
Nombre variable 1	Número de adolescentes entre 12 y 19 años de edad, cuyo IMC se ubica a más de dos DE del valor medio indicado en las tablas de referencia OMS	**Valor variable 1**	2,942,206	**Fuente de información variable 1**	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Instituto Nacional de Salud Pública
Nombre variable 2	Total de adolescentes del mismo grupo etario	**Valor variable 2**	17,618,000	**Fuente de información variable**	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Instituto Nacional

				2	de Salud Pública	
Sustitución en método de cálculo	Porcentaje de población con obesidad, adolescentes de 12 a 19 años ==2942206/17618000 * 100 = 16.70					
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS						
Línea base			**Nota sobre la línea base**			
Valor	16.70		Para el 2023 de cada 100 adolescentes de 12 a 19 años, 16.7 tiene obesidad.			
Año	2023					
Meta 2030			**Nota sobre la meta 2030**			
15.70			Para el 2030 de cada de cada 100 adolescentes de 12 a 19 años, 15.7 tendrá obesidad.			
SERIE HISTÓRICA DEL INDICADOR						
2018	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**
NA	14.6	17	18.2	17.2	16.70	ND
METAS						
2025	**2026**	**2027**		**2028**	**2029**	**2030**
16.41	16.27	16.13		15.99	15.84	15.70
Nombre	4.2.3 Porcentaje de población con obesidad, de 20 años y más.					
Objetivo	4. Mejorar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades de la población.					
Definición o descripción	Porcentaje de la población de 20 años y más con Índice de Masa Corporal (IMC) que los ubican dentro de la categoría de obesidad					
Derecho asociado	Artículo 4 de la CPEUM.- Derecho a la salud					
Nivel de desagregación	Nacional de 20 años y más		**Periodicidad o frecuencia de medición**		Anual	
Acumulado o periódico	Periódico		**Disponibilidad de la información**		Junio	
Unidad de medida	Porcentaje		**Periodo de recolección de los datos**		Enero a diciembre	
Tendencia esperada	Creciente		**Unidad responsable de reportar el avance**		Secretaría de Salud Subsecretaría de Políticas de Salud y Bienestar Poblacional	
Método de cálculo	Porcentaje de población con obesidad, de 20 años y más: (Número de adultos de 20 y más años de edad, cuyo IMC se ubica 30 kg/m2 / Total de adultos del mismo grupo etario) * 100					
Observaciones	La evaluación del estado de nutrición de la población > 20 años de edad se realiza considerando válido los valores de talla entre 1.3 y 2.0 m y los de IMC entre 10 y 58 kg/m2. Los datos fuera de estos intervalos, así como los casos de mujeres embarazadas se excluyen del análisis. Se utiliza la clasificación del IMC de la OMS con punto de corte para obesidad de >=30.0 kg/m2.					
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE						
Nombre variable 1	Número de adultos de 20 y más años de edad, cuyo IMC se ubica 30 kg/m2	**Valor variable 1**	32,386,253	**Fuente de información variable 1**	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Instituto Nacional de Salud Pública	
Nombre variable 2	Total de adultos del mismo grupo etario	**Valor variable 2**	83,255,149	**Fuente de información variable 2**	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Instituto Nacional de Salud Pública	
Sustitución en método de cálculo	Porcentaje de población con obesidad, de 20 años y más =(32,386,253/83255149) * 100 =38.90					
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS						
Línea base			**Nota sobre la línea base**			
Valor	38.90		En 2023 de cada 100 adultos de 20 y más años 38.9 tiene obesidad, de acuerdo con los reportes de resultados de la ENSANUT 2023.			
Año	2023					
Meta 2030			**Nota sobre la meta 2030**			
40.16			Desacelerar el crecimiento de la prevalencia de obesidad al 2030 a solo 40.16 por cada 100 adultos de 20 años o más.			
SERIE HISTÓRICA DEL INDICADOR						
2018	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**
	36.1	36.1	36.1	36.9	38.90	ND
METAS						
2025	**2026**	**2027**		**2028**	**2029**	**2030**
39.26	39.44	39.62		39.80	39.98	40.16

Indicador 5.1

ELEMENTOS DEL INDICADOR	
Nombre	5.1 Incremento en la participación de las unidades médicas en el intercambio de servicios de atención médica por institución y estado, medido en porcentaje.
Objetivo	5. Fortalecer la integración y modernización del Sistema Nacional de Salud para mejorar la atención a la población.
Definición o descripción	Este indicador mide el incremento en el porcentaje de participación de las unidades médicas en el intercambio de servicios de atención médica, en una institución, estado y periodo determinados.
Derecho asociado	Artículo 4 de la CPEUM.- Derecho a la salud

Nivel de desagregación	Nacional, por institución	**Periodicidad o frecuencia de medición**	Trimestral
Acumulado o periódico	Periódico: Intercambio de servicios por trimestre.	**Disponibilidad de la información**	Mes siguiente del trimestre reportado
Unidad de medida	Incremento en porcentaje	**Periodo de recolección de los datos**	Enero a diciembre
Tendencia esperada	Ascendente	**Unidad responsable de reportar el avance**	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, dependiente de la Secretaría de Salud
Método de cálculo	$$IS_{ijt} = \left(\frac{UM_{ijt} - UM_{ijt-1}}{UM_{ijt-1}}\right) * 100$$ • IS_t = Incremento porcentual de unidades médicas participando efectivamente en el intercambio de servicios de atención médica de una institución *i* en una entidad federativa *j* en el trimestre *t*. • UM_{ijt} = Unidades médicas de la institución *i* en la entidad federativa *j* en el trimestre *t*. • UM_{ijt-1} = Unidades médicas de la institución *i* en la entidad federativa *j* en el trimestre *t-1*.		
Observaciones	1. Para considerar que una unidad participa efectivamente en el intercambio de servicios, debe ser parte de un convenio específico y operarlo. 2. El porcentaje de incremento se medirá por entidad federativa e institución, es decir, se contará con un mínimo de 32 valores.		

APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE
La línea base debe corresponder a un valor definitivo para el ciclo 2024 o previo, no podrá ser un valor preliminar ni estimado.

Nombre variable 1	Unidades médicas de la institución *i* en la entidad federativa *j* en el trimestre *t*.	**Valor variable 1**	ND	**Fuente de información variable 1**	Informes de pacientes atendidos al amparo del intercambio de servicios de una institución en una entidad federativa
Nombre variable 2	Unidades médicas de la institución *i* en la entidad federativa *j* en el trimestre *t-1*.	**Valor variable 2**	ND	**Fuente de información variable 2**	Informes de pacientes atendidos al amparo del intercambio de servicios de una institución en una entidad federativa
Sustitución en método de cálculo	0				

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS

Línea base		**Nota sobre la línea base**
Valor	ND	El Nuevo Modelo de Intercambio de Servicios de Atención Médica fue aprobado en 2025 e iniciará su implementación durante el segundo semestre del año, por lo que a partir de 2026 se podrá disponer de la información necesaria para obtener el indicador.
Año	2025	
Meta 2030		**Nota sobre la meta 2030**
25%		Dado que no existe antecedente formal del indicador, la meta considera valores de $IS_{ijt} > 0$ para las 32 entidades federativas, así como para las instituciones con mayor cobertura de servicios de salud en el país y se espera alcanzar un 25% de participación del total de unidades médicas por una institución dada en un estado determinado.

SERIE HISTÓRICA DEL INDICADOR
Se deberán registrar los valores de acuerdo a la frecuencia de medición del indicador.
Pude registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.

2018	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

METAS
Puede registrar NA cuando no aplique meta para ese año, de acuerdo con la frecuencia de medición.

2025	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
NA	5%	5%	10%	15%	25%

Indicador 6.1

ELEMENTOS DEL INDICADOR			
Nombre	6.1 Razón de Mortalidad Materna.		
Objetivo	6. Disminuir las brechas de salud y atención para poblaciones prioritarias y vulnerables		
Definición o descripción	La RMM es un indicador que mide el número de muertes maternas que ocurren en un año específico por cada 100,000 nacidos vivos en el mismo año. La mortalidad materna, se define como el fallecimiento de una mujer durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, debido a causas relacionadas con o agravadas por el embarazo o su manejo, excluyendo causas accidentales o incidentales.		
Derecho asociado	Artículo 4 de la CPEUM.- Derecho a la igualdad y no discriminación Artículo 4 de la CPEUM.- Derecho a la Salud Derecho al Bienestar		
Nivel de desagregación	Nacional	**Periodicidad o frecuencia de medición**	Anual
Acumulado o periódico	Periódico	**Disponibilidad de la información**	Noviembre
Unidad de medida	Razón por 100,000	**Periodo de recolección de los datos**	Enero a diciembre
Tendencia esperada	Descendente	**Unidad responsable de reportar el avance**	Centro Nacional de Equidad de Género, Salud Sexual y Reproductiva
Método de cálculo	RMM = (DM_t / NV_t) * 100,000 Donde: RMM = Razón de Mortalidad Materna DM_t = Número de muertes maternas en un determinado periodo NV_t = Número de nacidos vivos en el mismo periodo, expresado por 100,000 nacidos vivos,		
Observaciones	La razón de mortalidad materna (RMM) es un indicador fundamental en salud pública, ya que proporciona información crítica sobre la calidad y equidad de los sistemas de salud, así como sobre las condiciones sociales y económicas que afectan a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. Además, es un indicador esencial que ayuda a identificar áreas de mejora en la atención sanitaria y a promover la equidad en salud, contribuyendo así al bienestar de las mujeres y al desarrollo de sociedades más justas.		

APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE La línea base debe corresponder a un valor definitivo para el ciclo 2024 o previo, no podrá ser un valor preliminar ni estimado.					
Nombre variable 1	Número de muertes maternas en un determinado periodo	**Valor variable 1**	584	**Fuente de información variable 1**	INEGI/DGIS/CNEGSSR
Nombre variable 2	Número de nacidos vivos en el mismo periodo, expresado por 100,000 nacidos vivos	Valor variable 2	1,688,663	**Fuente de información variable 2**	CONAPO/SINAC/INEGI/DGIS
Sustitución en método de cálculo	RMM = (584 / 1,688,663) * 100,000 = 34.58				

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS			
Línea base		**Nota sobre la línea base**	
Valor	34.1	Aunque la disminución en la RMM es alentadora, es importante continuar fortaleciendo los servicios de salud materna, especialmente en regiones con mayores desafíos. Las principales causas de muerte materna en México incluyen hemorragias obstétricas, trastornos hipertensivos y complicaciones relacionadas con el aborto.	
Año	2024		
Meta 2030		**Nota sobre la meta 2030**	
30.0		A nivel regional, se alcanzaría la meta establecida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para las Américas de reducir la RMM a menos de 30 muertes por cada 100,000 nacidos vivos para 2030	

SERIE HISTÓRICA DEL INDICADOR						
2018	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**
35.22	35.56	55.23	59.19	38.21	34.58	34.1

METAS					
2025	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
33.6	33.0	32.4	31.8	31.1	30.0

Indicador 6.2

ELEMENTOS DEL INDICADOR			
Nombre	6.2 Tasa de mortalidad de niñas y niños menores de 5 años.		
Objetivo	6. Disminuir las brechas de salud y atención para poblaciones prioritarias y vulnerables		
Definición o descripción	Es el número de defunciones de niñas y niños menores de 5 años de edad por cada mil nacidos vivos, en el año de referencia.		
Derecho asociado	Artículo 4 de la CPEUM.- Derecho a la igualdad y no discriminación Artículo 4 de la CPEUM.- Derecho a la Salud Derecho al Bienestar		
Nivel de desagregación	Nacional	**Periodicidad o frecuencia de medición**	Anual
Acumulado o periódico	Periódico	**Disponibilidad de la información**	Noviembre
Unidad de medida	Personas (Defunciones de menores de 5 años por cada mil nacidos vivos)	**Periodo de recolección de los datos**	Enero a diciembre
Tendencia esperada	Descendente	**Unidad responsable de reportar el avance**	Secretaría de Salud Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la adolescencia (CENSIA).
Método de cálculo	$TM_t = (DEF_t<5a / NV_t) \times 1,000$ Donde: TM_t = Tasa de mortalidad en niñas y niños menores de 5 años en el año t. $DEF_t<5a$ = Defunciones de menores de 5 años de edad en el año t. NV_t = Número de nacidos vivos en el en el año t.		
Observaciones	Es un indicador del nivel de rezago social y las condiciones de salud de la población menor de cinco años, permite observar el comportamiento de la mortalidad de este grupo poblacional en un momento y lugar determinados, aportando información valiosa acerca de la disponibilidad y acceso a los servicios de salud.		

APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE La línea base debe corresponder a un valor definitivo para el ciclo 2024 o previo, no podrá ser un valor preliminar ni estimado.					
Nombre variable 1	Defunciones de menores de 5 años de edad en el año t.	**Valor variable 1**	27,115	**Fuente de información variable 1**	Bases de datos de mortalidad de INEGI ajustada por subregistro por la DGIS.
Nombre variable 2	Número de nacidos vivos en el en el año t.	**Valor variable 2**	1'688,663	**Fuente de información variable 2**	Base de datos del Subsistema de Información sobre Nacimientos ajustados por el subregistro por la DGIS.
Sustitución en método de cálculo	TMt = 27,115 / 1'688,663) * 1,000 = 16.06				

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS		
Línea base		**Nota sobre la línea base**
Valor	16.06	La línea base se debe actualizar cuando se actualice la cifra de nacimientos estimada por el CONAPO, luego de la encuesta InterCensal 2025
Año	2023	
Meta 2030		**Nota sobre la meta 2030**
13.50		La meta de los ODS es llegar a una tasa de 25 por cada mil nacidos vivos, el país en 2020 ya había alcanzado una tasa de 13.65 pero con la pandemia por COVID-19 se tuvo un repunte importante que no se ha logrado revertir por lo que la meta de 13.5 defunciones de menores de 5 años por cada mil nacidos vivos es una meta ambiciosa dado los niveles que tiene el país actualmente. Es importante mencionar que la meta se debe valorar, una vez que se actualicen las proyecciones del CONAPO porque podrían modificarse las estimaciones significativamente.

SERIE HISTÓRICA DEL INDICADOR						
2018	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**

15.58	16.25	13.65	14.47	15.26	16.06	ND
METAS						
2025	**2026**	**2027**		**2028**	**2029**	**2030**
15.33	14.96	14.60		14.23	13.87	13.50

9. Referencias

1. Auditoría Superior de la Federación. (2024). *Informe individual del resultado de la fiscalización superior de la Cuenta Pública 2023: Vigilancia epidemiológica (Auditoría de desempeño 2023-0-12100-07-0388-2024)*. Auditoría Superior de la Federación. https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2023b/Documentos/Auditorias/2023_0388_a.pdf
2. Auditoría Superior de la Federación. (2024). *Prevención y control del cáncer de la mujer. Informe individual del resultado de la fiscalización superior de la Cuenta Pública 2022 (Auditoría de desempeño 2022-5-12L00-07-0035-2023)*. https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2022b/Documentos/Auditorias/2022_0035_a.pdf
3. Bautista-Arredondo, S. A., Vargas-Flores, A., & Colchero, M. A. (2024). Búsqueda de atención y utilización de servicios en el primer nivel, 2006-2023. Salud Pública de México, 66(4), 589-597. https://doi.org/10.21149/16215
4. Campos-Nonato, I., Galván-Valencia, O., Hernández-Barrera, L., Oviedo-Solís, C., & Barquera, S. (2023). *Prevalencia de obesidad y factores de riesgo asociados en adultos mexicanos: Resultados de la Ensanut 2022. Salud Pública de México, 65*(supl 1), S238-S247. https://doi.org/10.21149/14809
5. Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados. (2025, 2 de enero). *La COMAR en números: Cierre diciembre 2024*. Secretaría de Gobernación. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/964580/Cierre_Diciembre-2024.pdf
6. Consejo Nacional de Población. (2024, 3 de junio). *Tendencias de la fecundidad adolescente en México, 2000-2024* (Boletín informativo). Recuperado el 15 de julio de 2025, de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/945089/Boletin_Abril_030624.pdf
7. Co-operation and Development. (2023). Health at a Glance 2023: OECD indicators. OECD Publishing. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en.html
8. Dirección General de Epidemiología. (2024). Anuario de Morbilidad 2023: Incidencia nacional, distribución de casos nuevos de enfermedad por grupos de edad [Base de datos]. https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2023/morbilidad/nacional/distribucion_casos_nuevos_enfermedad_grupo_edad.pdf
9. Dirección General de Información en Salud. (2024). Tasas estandarizadas de defunción general por 100 000 habitantes, México, 2013-2023 [conjunto de datos]. Sistema Nacional de Información en Salud, Secretaría de Salud. https://sinaiscap.salud.gob.mx/DGIS/AnalisisSalud
10. Gaona-Pineda, E. B., Rodríguez-Ramírez, S., Medina-Zacarías, M. C., Valenzuela-Bravo, D. G., Martínez-Tapia, B., & Arango-Angarita, A. (2023). *Consumidores de grupos de alimentos en población mexicana. Ensanut Continua 2020-2022. Salud Pública de México, 65*(Supl. 1), S248-S258. https://doi.org/10.21149/14785
11. Instituto Mexicano del Seguro Social. (2022, 25 de octubre). Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR). DOF. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707
12. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022, 14 de diciembre). *Cuenta satélite del sector salud de México, 2021* (Comunicado de prensa núm. 779/22). https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/CSSS/CSSS2021.pdf
13. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2024, 8 de noviembre). Estadísticas de defunciones registradas 2023: Cifras definitivas (Comunicado de prensa núm. 661/24). https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/EDR/EDR2023_Dtivas.pdf
14. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2024, 8 de noviembre). *Estadísticas de Defunciones Registradas 2023: Anexo "20 principales causas de defunción por grupos de edad"* (Comunicado de prensa núm. 661/24). INEGI. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/EDR/EDR2023_Dtivas.pdf
15. Instituto Nacional de Salud Pública. (s. f.). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2020-2023*. https://ensanut.insp.mx/
16. International Agency for Research on Cancer. (2024). *Cancer Today-Mexico fact sheet (GLOBOCAN 2022 estimates)*. Global Cancer Observatory. Recuperado el 15 de julio de 2025, de https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/484-mexico-fact-sheet.pdf
17. Mejía-Rodríguez, F., Mundo-Rosas, V., García-Guerra, A., Mauricio-López, E. R., Shamah-Levy, T., Villalpando, S., & De la Cruz-Góngora, V. (2023). *Prevalencia de anemia en la población mexicana: Análisis de la Ensanut Continua 2022. Salud Pública de México, 65*(Supl. 1), S225-S230. https://doi.org/10.21149/14771
18. Organisation for Economic Co operation and Development. (2023). Health at a Glance 2023: OECD indicators. OECD Publishing. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/11/health-at-a-glance-2023_e04f8239/7a7afb35-en.pdf
19. Rojas-Martínez, R., Escamilla-Núñez, C., Castro-Porras, L., Gómez-Velasco, D., Romero-Martínez, M., Hernández-Serrato, M. I., López-Ridaura, R., Díaz, M. Á., & Aguilar-Salinas, C. (2024). *Detección oportuna de prediabetes y diabetes. Salud Pública de México, 66*, 518-527. https://doi.org/10.21149/15837
20. Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2025, abril 2). Informe anual 2024 del SICAM: Indicadores de detección y diagnóstico de cáncer de mama y cuello uterino (pp. 15-22, 40-45). Información basada en datos operativos del SICAM citados en el Informe de Gestión Gubernamental del CNEGSR 2018-2024.
21. Secretaría de Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud. (2024). *Resultados en las encuestas de marco de autoevaluación de la higiene de manos 2024* [Informe técnico]. Secretaría de Salud. https://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/2024/resultados_encuesta_higiene_manos2024.pdf
22. Secretaría de Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud. (2024). *Boletín de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS), cierre 2023* [Informe técnico]. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/926669/BoletinIAAScierre2023.pdf
23. Secretaría de Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud. (2024). *Boletín de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS): Cierre 2023*. Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/926669/BoletinIAAScierre2023.pdf
24. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. (2024). *Anuario de Morbilidad 2023: Distribución de casos nuevos de enfermedad por grupos de edad*. Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica. https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2023/morbilidad/nacional/distribucion_casos_nuevos_enfermedad_grupo_edad.pdf
25. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. (2024, 5 de enero). *Informe nacional de notificación inmediata de muerte materna, semana epidemiológica 52, año 2023*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/878706/MM_2023_SE52.pdf
26. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. (2024, 5 de enero). *Boletín de vigilancia epidemiológica de muerte materna. Semana epidemiológica 52, año 2023*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/964501/MM_2024_SE52.pdf
27. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. (2025, 3 de enero). *Boletín epidemiológico. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica/Sistema Único de Información. Semana epidemiológica 52, año 2024: Tuberculosis*. https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/direccion-general-de-epidemiologia-boletin-epidemiologico
28. Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. (2024). *Programa Sectorial de Salud 2020-2024: Informe de avance y resultados enero 2023-junio 2024. Indicador hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención ambulatoria*. Gobierno de México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/642844/IAR_PSS_2023-2024.pdf
29. Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. (2025). Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 2025 [Base de datos].
30. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Grupo Intersecretarial de Salud, Alimentación, Medio Ambiente y Competitividad, & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2023). *Guías alimentarias saludables y sostenibles para la población mexicana 2023*. Secretaría de Salud. https://www.gob.mx/promosalud/documentos/guias-alimentarias-para-la-poblacion-mexicana
31. Secretaría de Salud. (2023). *Nota en lenguaje ciudadano. Programa Sectorial de Salud 2020-2024: Actualización de indicadores 2023. Indicador 5.1 Razón de mortalidad materna*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/870887/NotaLenguajeCiudadano__Actualizaci_n_2023.pdf
32. Secretaría de Salud. (2024). *Programa Sectorial de Salud 2020-2024: Informe de avance y resultados enero 2023-junio 2024. Indicador 2.2 Probabilidad incondicional de muerte entre los 30 y 70 años por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas.* Gobierno de México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/642844/IAR_PSS_2023-2024.pdf
33. Secretaría de Salud. (2024, 9 de julio). *Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-045-SSA-2024, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de la salud*. DOF. https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5732885

34. Shamah-Levy, T., Gaona-Pineda, E. B., Cuevas-Nasu, L., Morales-Ruan, C., Valenzuela-Bravo, D. G., Méndez-Gómez Humarán, I., & Ávila-Arcos, M. A. (2023). *Prevalencias de sobrepeso y obesidad en población escolar y adolescente de México. Ensanut Continua 2020-2022*. *Salud Pública de México, 65*(supl 1), S218-S224. https://doi.org/10.21149/14762

35. Shamah-Levy, T., Gaona-Pineda, E. B., Cuevas-Nasu, L., Valenzuela-Bravo, D. G., Morales-Ruan, C., Rodríguez-Ramírez, S., Méndez-Gómez-Humarán, I., & Villalpando-Carrión, S. (2024). *Sobrepeso y obesidad en población escolar y adolescente*. *Salud Pública de México, 66*(4), 404-413. https://doi.org/10.21149/15842

36. Shamah-Levy, T., Lazcano-Ponce, E. C., Cuevas-Nasu, L., Romero-Martínez, M., Gaona-Pineda, E. B., Gómez-Acosta, L. M., Mendoza-Alvarado, L. R., & Méndez-Gómez-Humarán, I. (2024). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2023: Resultados nacionales*. Instituto Nacional de Salud Pública. https://www.insp.mx/resources/images/stories/2024/docs/241105_Ensanut_23.pdf

37. Unidad de Inteligencia en Salud Pública. (s. f.). Sistema de información para el análisis de accesibilidad y cobertura en población no derechohabiente de la seguridad social [Tablero interactivo]. Instituto Nacional de Salud Pública. https://uisp.insp.mx/wp/index.php/accesibilidad-y-cobertura/

38. Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas. (2025). *Boletín anual de estadísticas migratorias 2024: Eventos de personas en situación migratoria irregular en México*. Secretaría de Gobernación. https://portales.segob.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CEM/Estadisticas/Boletines_Estadisticos/2024/Boletin_2024.pdf

39. United Nations Office on Drugs and Crime. (2024). *World Drug Report 2024* (Booklets 1-6). https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html

40. World Health Organization. (2023). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025* (4th ed.). https://iris.who.int/handle/10665/375711

---

1 Shamah-Levy,T.,Lazcano-Ponce,E.C.,Cuevas-Nasu,L.,Romero-Martínez,M.,Gaona-Pineda,E.B.,Gómez-Acosta,L.M.,Mendoza-Alvarado,L.R.,&Méndez-Gómez-Humarán,I.(2024).Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua2023: Resultados nacionales. Instituto Nacional de Salud Pública. https://www.insp.mx/resources/images/stories/2024/docs/241105_Ensanut_23.pdf

2 Bautista-Arredondo,S.A., Vargas-Flores,A., &Colchero,M.A.(2024). Búsqueda de atención y utilización de servicios en el primer nivel,2006-2023. Salud Pública de México, 66(4),589-597. https://doi.org/10.21149/16215

3 Diario Oficial de la Federación. (26 de febrero de 2025). Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos de Operación del Programa Salud Casa por Casa, para el ejercicio fiscal 2025. Diario Oficial de la Federación. https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5750669

4 Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud.(2025).Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)2025[Base de datos].

5 Instituto Mexicano del Seguro Social.(2022,25de octubre).Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR).DOF.https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707

6 Unidad de Inteligencia en SaludPública.(s.f.). Sistema de información para el análisis de accesibilidad y cobertura en población no derechohabiente de la seguridad social [Tablero interactivo]. Instituto Nacional de SaludPública. https://uisp.insp.mx/wp/index.php/accesibilidad-y-cobertura/

7 Co-operation and Development.(2023). Health at a Glance2023:OECD indicators. OECD Publishing. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en.html

8 Dirección General de Información en Salud.(2024). Tasas estandarizadas de defunción general por 100000 habitantes, México, 2013-2023 [conjunto de datos]. Sistema Nacional de Información en Salud, Secretaría de Salud. https://sinaiscap.salud.gob.mx/DGIS/AnalisisSalud

9 Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2024, 8 de noviembre). Estadísticas de defunciones registradas 2023: Cifras definitivas (Comunicado de prensa núm.661/24). https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/EDR/EDR2023_Dtivas.pdf

10 Secretaría de Salud.(2024). Programa Sectorial de Salud2020-2024: Informe de avance y resultados enero2023-junio2024. Indicador2.2Probabilidad incondicional de muerte entre los30y70años por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas. Gobierno de México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/642844/IAR_PSS_2023-2024.pdf

11 DirecciónGeneral de Epidemiología.(2024).Anuario de Morbilidad2023: Incidencia nacional, distribución de casos nuevos de enfermedad por grupos de edad[Base de datos]. https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2023/morbilidad/nacional/distribucion_casos_nuevos_enfermedad_grupo_edad.pdf

12 Secretaría de Salud, DirecciónGeneral de Calidad y Educación en Salud.(2024).Boletín de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS), cierre2023[Informe técnico].https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/926669/BoletinIAAScierre2023.pdf

13 Secretaría de Salud, DirecciónGeneral de Epidemiología.(2024).Anuario de Morbilidad2023: Distribución de casos nuevos de enfermedad por grupos de edad. Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica. https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2023/morbilidad/nacional/distribucion_casos_nuevos_enfermedad_grupo_edad.pdf

14 Organisation for Economic Co-operation and Development.(2023).Health at a Glance2023: OECD indicators. OECD Publishing. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/11/health-at-a-glance-2023_e04f8239/7a7afb35-en.pdf

15 Secretaría de Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud.(2024).Resultados en las encuestas de marco de autoevaluación de la higiene de manos2024[Informe técnico].Secretaría de Salud.

https://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/2024/resultados_encuesta_higiene_manos2024.pdf

16 Secretaría de Salud, DirecciónGeneral de Calidad y Educación en Salud.(2024).Boletín de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS): Cierre2023. RedHospitalaria de Vigilancia Epidemiológica. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/926669/BoletinIAAScierre2023.pdf

17 Secretaría de Salud. (2024,9dejulio). Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-045-SSA-2024, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de la salud. DOF. https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5732885

18 Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. (2024). Programa Sectorial de Salud2020-2024: Informe de avance y resultados enero2023-junio2024. Indicador hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención ambulatoria. Gobierno de México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/642844/IAR_PSS_2023-2024.pdf

19 Auditoría Superior de la Federación.(2024). Informe individual del resultado de la fiscalización superior de la Cuenta Pública2023: Vigilancia epidemiológica (Auditoría de desempeño2023-0-12100-07-0388-2024). Auditoría Superior de la Federación.

https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2023b/Documentos/Auditorias/2023_0388_a.pdf

20 Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES). (2025). Secretaría de Salud.

21 Campos-Nonato,I., Galván-Valencia,O., Hernández-Barrera,L., Oviedo-Solís,C., &Barquera,S.(2023). Prevalencia de obesidad y factores de riesgo asociados en adultos mexicanos: Resultados de la Ensanut2022. Salud Pública de México, 65(supl1), S238-S247. https://doi.org/10.21149/14809

22 Shamah-Levy,T., Gaona-Pineda,E.B., Cuevas-Nasu,L., Morales-Ruan,C., Valenzuela-Bravo,D.G., Méndez-GómezHumarán,I., &Ávila-Arcos,M.A.(2023). Prevalencias de sobrepeso y obesidad en población escolar y adolescente de México. EnsanutContinua2020-2022. Salud Pública de México, 65(supl1), S218-S224. https://doi.org/10.21149/14762

23 Mejía-Rodríguez,F., Mundo-Rosas,V., García-Guerra,A., Mauricio-López,E.R., Shamah-Levy,T., Villalpando,S., &DelaCruz-Góngora,V.(2023). Prevalencia de anemia en la población mexicana: Análisis de la Ensanut Continua 2022. Salud Pública de México, 65(Supl.1), S225-S230. https://doi.org/10.21149/14771

24 Shamah-Levy,T.,Gaona-Pineda,E.B.,Cuevas-Nasu,L.,Valenzuela-Bravo,D.G.,Morales-Ruan,C.,Rodríguez-Ramírez,S.,Méndez-Gómez-Humarán,I.,&Villalpando-Carrión,S.(2024).Sobrepeso y obesidad en población escolar y adolescente. Salud Pública de México, 66(4),404-413.https://doi.org/10.21149/15842

25 Rojas-Martínez,R.,Escamilla-Núñez,C.,Castro-Porras,L.,Gómez-Velasco,D.,Romero-Martínez,M.,Hernández-Serrato,M.I.,López-Ridaura,R.,Díaz,M.Á.,&Aguilar-Salinas,C.(2024).Detección oportuna de prediabetes y diabetes. Salud Pública de México, 66,518-527.https://doi.org/10.21149/15837

26 Campos-Nonato, I., Oviedo-Solís, C., Hernández-Barrera, L., Márquez-Murillo, M., Gómez-Álvarez, E., Alcocer, L., Puente-Barragán, A., Ramírez-Villalobos, D., Basto-Abreu, A., Rojas-Martínez, R., Medina-García, C., López-Ridaura, R., & Barquera, S. (2024). Detección, atención y control de hipertensión arterial.Salud Pública de México,66(4), 539-548. https://doi.org/10.21149/15867

27 Gaona-Pineda,E.B.,Rodríguez-Ramírez,S.,Medina-Zacarías,M.C.,Valenzuela-Bravo,D.G.,Martínez-Tapia,B.,&Arango-Angarita,A.(2023).Consumidores de grupos de alimentos en población mexicana. Ensanut Continua 2020-2022. Salud Pública de México, 65(Supl.1),S248-S258.https://doi.org/10.21149/14785

28 Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Grupo Intersecretarial de Salud, Alimentación, Medio Ambiente y Competitividad, & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.(2023).Guías alimentarias saludables y sostenibles para la población mexicana2023. Secretaría de Salud.https://www.gob.mx/promosalud/documentos/guias-alimentarias-para-la-poblacion-mexicana

29 Instituto Nacional de Estadística y Geografía.(2022,14dediciembre).Cuenta satélite del sector salud de México,2021(Comunicado de prensa núm.779/22).https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/CSSS/CSSS2021.pdf

30 Instituto Nacional de Salud Pública.(s.f.). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua2020-2023. https://ensanut.insp.mx/

31 Secretaría de Salud, DirecciónGeneral de Epidemiología.(2025,13deenero).Boletín epidemiológico. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica/Sistema Único de Información. Semana epidemiológica52, año2024: Tuberculosis. https://www.gob.mx/salud/documentos/boletinepidemiologico-sistema-nacional-de-vigilancia-epidemiologica-sistema-unico-de-informacion-355523

32 Instituto Nacional de Estadística y Geografía.(2024,8denoviembre).Estadísticas de Defunciones Registradas 2023: Anexo 20 principales causas de defunción por grupos de edad (Comunicado de prensa núm.661/24).INEGI.https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/EDR/EDR2023_Dtivas.pdf

33 World Health Organization.(2023). WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025 (4th ed.). https://iris.who.int/handle/10665/375711

34 United Nations Office on Drugs and Crime.(2024). World Drug Report 2024 (Booklets 1-6). https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html

35 Secretaría de Salud, DirecciónGeneral deEpidemiología.(2024,5deenero).Boletín de vigilancia epidemiológica de muerte materna. Semana epidemiológica52, año2023.https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/964501/MM_2024_SE52.pdf

36 Consejo Nacional de Población.(2024,3dejunio).Tendencias de la fecundidad adolescente en México,2000-2024(Boletín informativo). Recuperado el15dejuliode2025, de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/945089/Boletin_Abril_030624.pdf

37 Secretaría de Salud, DirecciónGeneral de Epidemiología.(2024,5deenero).Informe nacional de notificación inmediata de muerte materna, semana epidemiológica52, año2023. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/878706/MM_2023_SE52.pdf

38 Secretaría de Salud.(2023).Nota en lenguaje ciudadano. ProgramaSectorial de Salud2020-2024: Actualización de indicadores2023. Indicador5.1 Razón de mortalidad materna. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/870887/NotaLenguajeCiudadano__Actualizaci_n_2023.pdf

39 International Agency for Research on Cancer.(2024).CancerToday-Mexico fact sheet (GLOBOCAN2022 estimates). Global Cancer Observatory. Recuperado el15dejuliode2025, de https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/484-mexico-fact-sheet.pdf

40 Auditoría Superior de la Federación.(2024).Prevención y control del cáncer de la mujer. Informe individual del resultado de la fiscalización superior de la Cuenta Pública2022 (Auditoría de desempeño2022-5-12L00-07-0035-2023). https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2022b/Documentos/Auditorias/2022_0035_a.pdf

41 20. Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2025, abril 2). Informe anual 2024 del SICAM: Indicadores de detección y diagnóstico de cáncer de mama y cuello uterino (pp. 15-22, 40-45). Información basada en datos operativos del SICAM citados en el Informe de Gestión Gubernamental del CNEGSR 2018-2024.

42 Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas.(2025). Boletín anual de estadísticas migratorias2024: Eventos de personas en situación migratoria irregular en México. Secretaría de Gobernación. https://portales.segob.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CEM/Estadisticas/Boletines_Estadisticos/2024/Boletin_2024.pdf

43 Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados.(2025,2deenero). LaCOMAR en números: Cierre diciembre2024. Secretaría de Gobernación. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/964580/Cierre_Diciembre-2024.pdf