



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**INSABI**  
INSTITUTO DE SALUD  
PARA EL BIENESTAR

# Modelo de Salud para el Bienestar dirigido a las personas sin seguridad social, basado en la Atención Primaria de Salud

---



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**INSABI**  
INSTITUTO DE SALUD  
PARA EL BIENESTAR

**Modelo de Salud para el Bienestar  
dirigido a las personas sin seguridad social,  
basado en la Atención Primaria de Salud**



# **Modelo de Salud para el Bienestar dirigido a las personas sin seguridad social, basado en la Atención Primaria de Salud**

---

**Ciudad de México  
Diciembre 2020**

Gobierno de México  
Secretaría de Salud  
Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)  
Modelo de salud para el bienestar dirigido a las personas sin seguridad  
social, basado en la Atención Primaria de Salud  
2ª edición, diciembre 2020



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**INSABI**  
INSTITUTO DE SALUD PARA  
EL BIENESTAR



## **DIRECTORIO**

### **SECTOR SALUD**

- **Dr. Jorge Carlos Alcocer Varela**

Secretario de Salud

- **Mtro. Zoé Robledo Aburto**

Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social

- **Mtro. Luis Antonio Ramírez Rivera**

Director general del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

- **Dr. Hugo López-Gatell Ramírez**

Subsecretario de Prevención y Promoción a la Salud

- **Dr. Pedro Flores Jiménez**

Titular de la Unidad de Administración y Finanzas

- **Mtro. Juan Antonio Ferrer Aguilar**

Director General del Instituto de Salud para el Bienestar

- **Dra. Gisela Lara Saldaña**

Titular de la Unidad del Programa IMSS-Bienestar

- **Dr. José Ignacio Santos Preciado**

Secretario del Consejo de Salubridad General

- **Mtra. Maricela Lecuona González**

Abogada General de la Secretaría de Salud



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**INSABI**  
INSTITUTO DE SALUD  
PARA EL BIENESTAR

**Modelo de Salud para el Bienestar  
dirigido a las personas sin seguridad social,  
basado en la Atención Primaria de Salud**



## **DIRECTORIO**

### **INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR**

**Mtro. Juan Antonio Ferrer Aguilar**

Director General

**Lic. Víctor Manuel Lamoyi Bocanegra**

Titular de la Unidad de Coordinación Nacional de  
Administración y Finanzas

**Arq. Carlos Sánchez Meneses**

Titular de la Unidad de Coordinación Nacional de  
Infraestructura

**Dr. Alejandro Antonio Calderón Alipi**

Titular de la Unidad de Coordinación Nacional de  
Abastecimiento de Medicamentos y Equipamiento Médico

**Dr. Alejandro Ernesto Svarch Pérez**

Titular de la Unidad de Coordinación Nacional Médica

**Dr. Joaquín Felipe Molina Leza**

Coordinador de Análisis Estratégico y Evaluación

**Lic. Alberto César Hernández Escorcía**

Coordinador de Asuntos Jurídicos



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**INSABI**  
INSTITUTO DE SALUD  
PARA EL BIENESTAR

**Modelo de Salud para el Bienestar  
dirigido a las personas sin seguridad social,  
basado en la Atención Primaria de Salud**



# Índice

Presentación. ....	11
1. Introducción. ....	15
2. Salud y bienestar en México, retos y oportunidades. ....	21
2a. La salud de la población. ....	23
2b. Los recursos para la atención a la población. ....	30
3. El Modelo de Salud para el Bienestar (SABI) dirigido a las personas sin seguridad social. ....	33
4. Principios organizativos del Modelo de Salud para el Bienestar. ....	41
5. Alcance del Modelo de Salud para el Bienestar. ....	47
6. Organización de la prestación de servicios de salud a las personas. ....	53
6a. Elementos estructurales del Modelo SABI. ....	55
6b. Contenidos de la atención. ....	58
6c. Organización, secuencia y progresividad de la atención gratuita a la población sin seguridad social. ....	61
6d. La participación y el apoyo comunitario a la salud. ....	64
7. Financiamiento del Modelo SABI basado en la APS. ....	67
8. Seguimiento del Modelo SABI. ....	73
9. Jerarquización y supervisión de la aplicación del Modelo SABI. ....	77
10. Los recursos humanos en la APS en México. ....	83
10a. El personal médico. ....	85
10b. El personal de enfermería. ....	88
10c. Las y los gestores comunitarios de APS. ....	89
10d. Otros profesionales y técnicos de salud. ....	91
11. Visión de mediano plazo del sistema de salud de México. ....	93
12. Consideraciones finales. ....	99
13. Bibliografía. ....	105
Siglas y acrónimos. ....	113



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**INSABI**  
INSTITUTO DE SALUD  
PARA EL BIENESTAR

**Modelo de Salud para el Bienestar  
dirigido a las personas sin seguridad social,  
basado en la Atención Primaria de Salud**



## **Presentación**

---



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**INSABI**  
INSTITUTO DE SALUD  
PARA EL BIENESTAR

**Modelo de Salud para el Bienestar  
dirigido a las personas sin seguridad social,  
basado en la Atención Primaria de Salud**

El Modelo de Salud para el Bienestar tiene el objetivo central de garantizar por el Estado la protección a la salud bajo criterios de universalidad e igualdad, donde todas las personas, de todas las edades y en toda la geografía del país, sin excepciones de ninguna clase y sin catálogos limitantes, reciban servicios de salud gratuitos, con manejo eficiente de los recursos, de manera digna, oportuna, con calidad y eficacia.

Se propone fortalecer la Atención Primaria de Salud como estrategia para la salud y el bienestar de las personas, familias y comunidades, satisfaciendo las necesidades sanitarias a lo largo de la vida, no solo de un conjunto de enfermedades; velando que las personas reciban una atención integral, desde la promoción y la prevención hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos; brindando acceso gratuito, efectivo y de calidad que satisfaga las necesidades y demandas de los beneficiarios del sistema público de salud.

Los contenidos del Modelo están cimentados en un proceso metodológico realizado conjuntamente entre la Secretaría de Salud, el IMSS-BIENESTAR, el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), recibiendo importantes aportes de los directivos de las Secretarías de Salud estatales y Jurisdicciones Sanitarias, así como de otras Secretarías e Instituciones del gobierno federal.

Su implementación es de carácter nacional y la participación de cada entidad federativa queda refrendada en el Acuerdo de Coordinación para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, que celebra cada año con la Secretaría de Salud Federal y el Instituto de Salud para el Bienestar. Su inicio es en enero del año 2020, conforme a las disposiciones que se desprenden del Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la

Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 29 de noviembre de 2019.

El Modelo SABI honra plenamente el derecho humano reconocido en el párrafo cuarto del Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el sentido de que: *“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”*.

La Cuarta Transformación (4T) está ante la posibilidad de trascender en la historia con la propuesta del C. Presidente de la República, de atender uno de los pilares más importantes del desarrollo: la salud, colocándolo en el centro del bienestar social.

***Mtro. Juan Antonio Ferrer Aguilar***



# 1. Introducción

---



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**INSABI**  
INSTITUTO DE SALUD  
PARA EL BIENESTAR

**Modelo de Salud para el Bienestar  
dirigido a las personas sin seguridad social,  
basado en la Atención Primaria de Salud**



Cuarenta y dos años atrás, en 1978, los gobiernos del mundo suscribieron la Declaración de Alma-Ata, que estableció la prioridad de aumentar el acceso a los servicios y universalizar el derecho a la salud mediante la implementación de la Atención Primaria de Salud (APS). Hubo voces que tildaron de poco realista este llamado, también quienes aprovechando circunstancias de preminencia política impulsaron una APS selectiva, con planes y programas que restringieron la práctica de una salud integral, alejándose del enfoque de salud como elemento esencial del bienestar de las personas, familias y colectividades.

La visión reduccionista de la Declaración sobre APS olvidó el carácter holístico del derecho a la salud, limitándolo a un conjunto de intervenciones sanitarias o paquete de servicios para la población más desprotegida, muchas veces acompañado de la promoción a los actores privados quienes, teniendo en mente prioridades diferentes a la salud universal, incrementaron su espacio de actuación en los sistemas de salud. Las consecuencias fueron la reducción de la inversión en los servicios públicos y la fragmentación y segmentación de los sistemas de salud, con saldos negativos en la integralidad y eficacia de la atención médica e ineficiencias en el uso de los recursos públicos. Ese daño, lamentablemente, alcanzó a México.

Consciente de lo anterior, el Estado mexicano está adoptando medidas para verdaderamente garantizar el derecho a la protección de la salud que establece el párrafo cuarto del Artículo 4º Constitucional y desarrollar un Sistema de Salud para el Bienestar.

Bajo los principios de la Cuarta Transformación (4 T), el Gobierno se propone impulsar los valores humanos y éticos de la salud, convencido de que para alcanzar acceso y cobertura universal de salud es imprescindible transformar el sector y colocar, por encima de otras consideraciones, el entendimiento de la salud como un derecho de las personas.

Cuatro décadas después de la Declaración de Alma-Ata, el valor innovador de la APS es reconocido ampliamente en el mundo. La evidencia aportada por numerosos países sobre la estrecha relación entre la APS y la mejoría de la salud con equidad, el aumento de la seguridad sanitaria y un mayor costo-eficacia de las acciones sanitarias, convierten la APS en piedra angular para el fortalecimiento de los sistemas de salud. México no debe quedar retrasado en esta evolución.

No se van a repetir los errores del pasado insistiendo en políticas que no consideran la visión integral de la APS. Se han analizado los desarrollos anteriores y se reconocen los logros y las insuficiencias del modelo de gestión de la salud de las últimas décadas en México.

Resultado de ese análisis es la constatación que en el país prevalecen notables diferencias de posibilidades de las personas para lograr el mayor nivel posible de salud, que afecta de manera desproporcionada a las que no tienen acceso a la seguridad social y están expuestos a determinantes sociales de la salud que aumentan las desigualdades sanitarias.

La conclusión inequívoca es que los problemas actuales de desigualdades en la población y de ineficiencia en la gestión de los servicios de atención son de tal magnitud, que se necesita una nueva síntesis entre la organización de los servicios y su financiamiento, a alcanzar en un marco de universalidad de la atención.

Para conducir esa evolución se crea el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) y surge el Modelo de Salud para el Bienestar (SABI), trayendo una misión, visión y principios organizativos transformadores del concepto y el funcionamiento de los servicios de salud.

En las páginas siguientes se describen los fundamentos, principios organizativos y el alcance del nuevo Modelo SABI. Se explican los elementos estructurales y los

contenidos que, en lo adelante, caracterizarán la prestación de servicios de salud a la población sin seguridad social.

En otros capítulos se exponen aspectos importantes del financiamiento, la jerarquización y la supervisión, así como el marco de monitoreo y evaluación que se utilizará para medir el progreso y retroalimentar la toma de decisiones políticas, organizativas y técnicas para el éxito del Modelo.

Se incluye un análisis sobre el personal médico, de enfermería y las y los gestores comunitarios de APS, puntualizando los pasos a dar para disponer de éstos trabajadores en la cuantía y con la preparación requerida.

Previo a las consideraciones finales, se presenta una visión de mediano plazo sobre el poder transformador del Modelo SABI para superar la segmentación institucional que hoy caracteriza negativamente el sistema nacional de salud y es fuente de ineficiencias en la gestión y de inequidades entre personas, concluyendo con la delineación de un posicionamiento sectorial para alcanzar el acceso y la cobertura universal de salud de la población.



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**INSABI**  
INSTITUTO DE SALUD  
PARA EL BIENESTAR

**Modelo de Salud para el Bienestar  
dirigido a las personas sin seguridad social,  
basado en la Atención Primaria de Salud**



## **2. Salud y bienestar en México, retos y oportunidades**

---



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**INSABI**  
INSTITUTO DE SALUD  
PARA EL BIENESTAR

**Modelo de Salud para el Bienestar  
dirigido a las personas sin seguridad social,  
basado en la Atención Primaria de Salud**

## **2a. La salud de la población.**

Al igual que otros países de ingreso medio, México muestra una clara tendencia al envejecimiento de la población y enfrenta un conjunto amplio de problemas de salud en el que coexisten enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades transmisibles y lesiones, además de problemas complejos como la salud mental, los accidentes, las adicciones y la violencia, vinculados con la persistencia de desigualdades, descomposición del tejido social y la insuficiente protección de importantes segmentos poblacionales.

La población mexicana en 2019 se calculó en 124,9 millones de habitantes, con un incremento anual de 1.2%, estimándose que a partir de 2060 su crecimiento entrará fase de meseta y de franco declino a partir de 2070 (Health metrics, 2020)

La reducción de la natalidad y de la mortalidad de las últimas décadas ha propiciado modificaciones en la estructura poblacional, con reducción proporcional de los grupos menores de 20 e incremento de los mayores de 60 años. Se estima que antes de 2030 tendremos a la población dependiente 1:1, es decir, que por cada habitante económicamente activo -21 a 59 años- habrá otra persona fuera de ese rango de edad. La razón hombre por mujer es 1:1.2, aunque existen siete entidades federativas en donde la migración hace esta diferencia aún mayor (INEGI, 2015).

En 2018, se estimó que los menores de 10 años constituían el 16.5%, mientras que la población adolescente de 10 a 19 era el 18.1%, la de 20 a 59 años el 53.3%; y mayores de 60 años 12.2%. (ENSANUT, 2018).

La esperanza de vida al nacer para 2018 era de 77.5 años, ubicando al país en el lugar 21 del continente con menor cantidad de años. Entre los países de Las Américas, son México y Venezuela, en ese orden, quienes menos aumentaron la esperanza de vida al nacer entre 1995-2019 (OPS, 2019).

En los últimos diez años, las primeras causas de muerte general se vinculan con los padecimientos crónicos no transmisibles, como la diabetes mellitus, el sobrepeso y la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, neurovasculares y la hipertensión arterial, las cuales son responsables del 45% de las muertes y cada año provocan la pérdida de 11.4 millones (40%) de años vida con calidad. Su carga en la mortalidad general, como grupo de enfermedades, ha aumentado desde 49% (1990) a 74.9% (2019), con más fuerza en los mayores de 40 años con respecto a las edades precedentes.

Entre 2000 y 2017, la tasa de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón aumentó 83%, por diabetes 82%, por hipertensión arterial 89% y por homicidios 123%; en cambio, las tasas de mortalidad por enfermedades diarreicas y por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años disminuyeron 66.5% y 87.6%, respectivamente. (Secretaría de Salud/DGIS, 2019).

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en México están entre las más altas del mundo. El 73% de la población mayor de 20 años, el 38.4% de entre 12 a 19 años y 35.6% de las niñas y niños entre 5 y 11 años las padecen (ENSANUT 2018). Este problema se relaciona con estilos de vida, en particular el consumo excesivo de alimentos no saludables y el sedentarismo, así como con factores económicos y sociales que restringen la libertad de los individuos para discernir y acceder a opciones alimentarias saludables.

La obesidad y el consumo inadecuado de alimentos tiene mayor prevalencia en las áreas urbanas y en el nivel socioeconómico más alto. Sin embargo, se han observado algunas excepciones por lo que es importante tomar medidas para prevenir que esta carga se concentre en los grupos en desventaja social (Rivera et al, 2018). La oferta de productos ultra procesados de bajo valor nutricional y alto contenido energético, con elevada cantidad de sal y grasas saturadas, es condición de riesgo a la salud que hay que combatir de manera frontal.

La prevención y control del sobrepeso y la obesidad requiere de urgente atención colectiva. Las intervenciones preventivas más efectivas son: las políticas multisectoriales con enfoque de salud pública, como el etiquetado de advertencia en los productos ultra procesados con alto contenido energético y bajo valor nutricional; la regulación estricta de la publicidad, especialmente la dirigida a las niñas y los niños; el fomento de espacios escolares y sociales saludables; garantizar el acceso a agua potable; la promoción efectiva de la actividad física; y el estímulo a la oferta alimentaria saludable (Rivera et al, 2018).

Las enfermedades del corazón son causa importante de muerte y de años de vida saludables perdidos (15.5%), principalmente las isquémicas que ocasionan 72% del total de este grupo. En 2017 fueron la primera causa, con 141,619 (20%) de las 703,047 muertes totales registradas (Secretaría de Salud, 2019). Su prevalencia creciente se relaciona con el sobrepeso, el consumo excesivo de sal, dislipidemia y otros factores de estilo de vida, sumado al diagnóstico tardío, deficiencias en el control clínico y la capacidad limitada de los servicios prehospitalarios para manejar eficazmente las emergencias críticas. México ocupa el lugar 31 entre los países del continente, ordenados de menor a mayor tasa de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón (OPS, 2019).

La hipertensión tiene una prevalencia creciente, pasando de 16.6% a 18.4% en mayores de 20 años entre 2012 y 2018. Su consecuencia más importante está en la Enfermedad Vasculare Cerebral (EVC) hipertensiva, que constituye una importante causa de discapacidad (AVISA=1.7%) por el manejo tardío de la enfermedad, así como también que es responsable del 18% del daño renal grave. Se ha calculado que 15.2 millones de personas tienen un diagnóstico de este padecimiento. En los estados de Baja California, Campeche, Chihuahua, Ciudad de México, Coahuila, Durango, Sonora, Tabasco, Veracruz y Yucatán afecta a más de 1 de cada 5 habitantes (ENSANUT, 2018).

La prevalencia de diabetes mellitus en mayores de 20 años en México está entre las más elevadas del mundo y su tendencia es creciente, pasando de 9.2% a 10.3% entre 2012 y 2018 (ENSANUT, 2018). Fue la segunda causa de muerte general en 2017 con 106,525 que representa 15% de las muertes registradas, ocupando entre los países de las Américas el lugar 42 ordenados de menor a mayor tasa de mortalidad (OPS, 2019). Se ha estimado que solo la mitad de los afectados conoce su estado y que, en promedio, se les diagnostica 10 a 12 años después de iniciada la enfermedad. El control metabólico de los pacientes es inadecuado, siendo menos del 25% de los atendidos los que tienen un control glucémico sostenido por más de un año, a veces combinado con el descontrol de otras condiciones como la hipertensión arterial y dislipidemia (Secretaría de Salud, 2019).

Los tumores malignos son la tercera causa de mortalidad general. El 12% (84,142) de las muertes registradas en 2017 se atribuyeron al cáncer. En la niñez y adolescencia los más frecuentes son las leucemias y los linfomas. En las mujeres adultas predomina el cáncer de mama y el cervicouterino y en hombres adultos el de próstata. Le siguen en frecuencia absoluta, sumados ambos sexos, los cánceres de pulmón, colon, estómago y páncreas (Secretaría de Salud, 2019). El financiamiento público para la atención del cáncer es insuficiente, requiriéndose de más servicios especializados para mejorar la oportunidad diagnóstica y terapéutica, incluyendo el manejo de las complicaciones asociadas.

Las tasas de mortalidad infantil y del menor de 5 años, así como la razón de mortalidad materna, evidencian descensos en las últimas décadas. No obstante, al compararlas con las de otros países resulta claro que México puede y debe mejorar mucho éstos indicadores, acorde con sus capacidades y potencialidades económicas y sociales. En las dos primeras tasas mencionadas, México ocupaba en 2016 el lugar número 20 entre los países del continente y en la razón de mortalidad materna la posición 10 (OPS, 2019).

En 2017, un total de 38,833 óbitos (5.5% del total) se atribuyeron a enfermedad crónica del hígado, siendo la cuarta causa general de muerte. De éstas, 14,176 (37%) se clasificaron como enfermedad alcohólica del hígado (Secretaría de Salud, 2019). El alcoholismo tiene graves consecuencias individuales y sociales, que afecta negativamente la función de casi todos los órganos y sistemas, induce depresión y otros trastornos mentales, modifica el comportamiento de las personas precipitando las violencias y es causa directa de importante cantidad de los accidentes de tráfico.

Los accidentes fueron la quinta causa general de muerte con 36,215 (5.2% del total general) registradas en 2017 y, de éstas, 15,863 (44%) ocasionadas por vehículos automotores (Secretaría de Salud, 2019). En menores de 25 años, los accidentes ocupan las dos primeras causas de muerte. En menores de 5 años, los principales accidentes letales son los de tráfico vehicular y los domésticos, que incluyen caídas, ahogamientos, envenenamientos y quemaduras. En la población adulta también hay una importante carga de mortalidad y morbilidad por accidentes laborales, pobremente estudiado en la población sin seguridad social. Se suma el costo social generado por la discapacidad temporal y permanente, los gastos de atención y las perturbaciones en la vida familiar y social que ocasionan.

Prevenir los accidentes abordándolos como un problema de salud pública requiere de políticas multisectoriales e intervenciones estructuradas que disminuyan los riesgos y mejoren la seguridad vial; que exista una clara definición y vigilancia de estándares de seguridad en el trabajo; se fomente una cultura de seguridad en el hogar, así como la aplicación de regulaciones en los espacios públicos; y mejorar también las capacidades y la calidad de atención prehospitalaria y hospitalaria de urgencia.

Las características geográficas, la marginación social y la insuficiencia de servicios de saneamiento básico favorecen la persistencia, emergencia y reemergencia de

enfermedades transmisibles, con sus secuelas e impactos negativos sobre la salud y el bienestar de las personas y las comunidades.

Múltiples enfermedades infecciosas transmitidas por vectores son endémicas en el país, destacando el dengue, zika, chikunguña y paludismo. Otras, como las enfermedades de Chagas, leishmaniasis y las rickettsiosis están presentes en el país, pero se carece de buena información sobre su magnitud y trascendencia.

Las enfermedades zoonóticas perjudican la salud de la población. La salmonelosis, brucelosis y tuberculosis bovina afectan la inocuidad de los alimentos, transmitiéndose a los humanos. El control de rabia humana transmitida por animales domésticos -perros y gatos- ha sido exitoso en el país.

Entre las enfermedades infecciosas con impacto en la morbilidad y mortalidad destacan las infecciones respiratorias agudas. La influenza es la causa más común y cada año aflige a la tercera parte de la población mundial (OPS, 2018). Aproximadamente 10% presenta cuadros agravados y 1% necesita de atención hospitalaria. Cada año mueren entre 12,000 y 17,000 personas por influenza o neumonía en México (DGIS, 2017). Las embarazadas, los menores de 5 años y los mayores de 60 años tienen mayor riesgo de complicación, hospitalización y muerte, junto con quienes padecen enfermedades crónicas como la diabetes, cardiopatías, neuropatías, cáncer, inmunosupresión, VIH o tienen sobrepeso.

La tuberculosis es un problema persistente de salud pública. Su tasa de incidencia en 2017 era de 22.0 por 100,000 habitantes, colocando a México en el lugar 22 entre los países del continente (OPS, 2019). Su tasa de mortalidad se ha reducido, pasando de 3.51 en 2000 a 1.70 por 100,000 habitantes en 2017 (Secretaría de Salud/DGIS, 2019), mientras que la de morbilidad tuvo poca variación en el mismo periodo (Secretaría de Salud, 2019). Persisten barreras de acceso al diagnóstico y el tratamiento, así como ineficiencias en la vigilancia epidemiológica, al tiempo que las epidemias de diabetes, tabaquismo,

alcoholismo, adicciones y el VIH/SIDA aumentan el riesgo de infección y las fallas terapéuticas de la tuberculosis.

La tasa de mortalidad por VIH/SIDA pasó de 4.69 en 2008 a 3.77 por 100,000 habitantes en 2017 (Secretaría de Salud/DGIS, 2019). Se considera una epidemia concentrada, con baja prevalencia en la población total (0.03% en 2012), pero en ciertos grupos es muy alta (17% en hombres que tienen sexo con hombres). A pesar de que anualmente se invierten 3,250 millones de pesos en antirretrovirales, se requiere mejorar la efectividad de los tratamientos, considerando que la mitad de las personas no alcanzan la supresión viral sostenida, condición indispensable para evitar el daño inmunológico. La mitad de quienes son atendidos por VIH en los servicios tienen inmunosupresión grave al momento de su diagnóstico y mueren, en promedio, seis meses después por enfermedades oportunistas. El estigma y la discriminación, junto con la insuficiencia de las intervenciones, son obstáculos para una prevención combinada efectiva.

Otras infecciones de transmisión sexual (ITS), como la sífilis y la gonorrea resistente a los antimicrobianos, son problemas mal caracterizados con indicios de descontrol. Es preocupante que la transmisión vertical del VIH y la sífilis congénita aún perdure.

El país enfrenta rezagos en salud reproductiva y está lejos de alcanzar las metas trazadas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Se ha progresado en reducir la mortalidad materna, alcanzando en 2017 una razón notificada de 34.0 p/100 000 nacidos vivos (Secretaría de Salud, 2019), que puede reducirse aún más considerando que persisten causas controlables vinculadas con riesgos sociales, barreras de acceso y problemas de calidad y oportunidad en los servicios de salud. Para una maternidad segura y humanizada es indispensable que se combata la violencia de género y la violencia obstétrica en los establecimientos de atención.

El embarazo en adolescentes es un problema social y de salud que reduce oportunidades de desarrollo personal. Actualmente, la cuarta parte de los nacimientos son hijos de mujeres adolescentes.

Hay una tendencia positiva en los indicadores de lactancia materna (LM), pero aún lejos de estándares adecuados. Entre 2012 y 2018, la LM exclusiva en los primeros 6 meses de vida pasó de 14.4% a 28.6% y la LM predominante de 25% a 42.2%. En general, en el medio rural se observan mejores porcentajes de práctica de LM que en las zonas urbanas (ENSANUT 2018).

Por último, la salud mental es causa y consecuencia de desarticulación y exclusión social. Se ha estimado que un tercio de la población sufrió de depresión o ansiedad en algún momento de la vida. El suicidio y las lesiones autoinfligidas han aumentado en años recientes, al igual que el homicidio y las lesiones intencionales.

El feminicidio y la violencia contra las mujeres son graves problemas de salud pública, que exigen de la acción inmediata de toda la sociedad. No se cuenta con buena información sobre la prevalencia de psicosis y demencias.

Este entramado de problemas de salud pública, de padecimientos, enfermedades y determinantes sociales y ambientales que afectan la salud, es el terreno donde el Modelo SABI desarrolla su labor para reducir la inequidad y mejorar el bienestar de la población.

## **2b. Los recursos para la atención a la población.**

En 2019, el sistema público de salud contabilizó más 28 mil unidades de atención ambulatoria y 4,600 hospitales, con 123 mil camas, 355 mil enfermeras y más de 314 mil médicos en activo. Los mismos se consideran insuficientes para cubrir con eficacia a la población sin seguridad social y a los derechohabientes de esas instituciones (Gobierno de México/SS/SIDSS, 2019).



El siguiente cuadro presenta la distribución de recursos básicos para la atención de salud a la población sin seguridad social en 2018.

Entidad federativa	Población sin seguridad social	Porcentaje	Consultorios de medicina general X 1,000	Consultorios especialidades X 1,000 hab.	Camas censables X 100,000 hab.	Quirofanos X 100,000 hab.	Médicos generales X 1,000 hab. 1/	Médicos especialistas X 1000 hab. 2/	Enfermeras generales X 1,000 hab.	Enfermeras especialistas X 1,000 hab.
<b>Aguascalientes</b>	666,263	38.1	0.32	0.45	0.61	3.88	0.52	0.9	1.44	0.23
<b>Baja California</b>	1,356,154	35.4	0.28	0.19	0.46	1.84	0.29	0.44	1.13	0.07
<b>Baja California Sur</b>	308,095	31.6	0.41	0.48	0.83	3.57	0.74	0.77	1.79	0.03
<b>Campeche</b>	514,006	44.3	0.46	0.45	0.95	4.47	0.91	0.67	1.64	0.14
<b>Coahuila</b>	956,657	38.9	0.38	0.41	0.86	3.97	0.5	0.67	1.08	0.27
<b>Colima</b>	336,688	11.8	0.65	0.45	0.91	5.35	0.8	0.97	1.51	0.22
<b>Chiapas</b>	4,408,125	47.8	0.41	0.18	0.39	2.86	0.69	0.33	1.33	0.15
<b>Chihuahua</b>	1,518,613	60.5	0.41	0.34	0.84	4.21	0.55	0.69	1.76	0.07
<b>CDMX</b>	3,912,578	29	0.29	0.85	1.56	6.98	0.6	1.81	3.18	0.82
<b>Durango</b>	851,619	35.6	0.6	0.37	1	4.23	0.79	0.65	1.56	0.24
<b>Guanajuato</b>	3,680,378	52.8	0.3	0.24	0.51	2.5	0.58	0.5	1.24	0.12
<b>Guerrero</b>	2,797,733	61.2	0.53	0.21	0.43	2.43	1.02	0.38	1.37	0.15
<b>Hidalgo</b>	2,016,449	52.2	0.53	0.22	0.46	2.03	0.77	0.35	0.91	0.09
<b>Jalisco</b>	4,064,216	43.8	0.32	0.25	0.68	3.08	0.42	0.52	0.84	0.08
<b>México</b>	9,596,846	53.5	0.25	0.18	0.43	1.44	0.39	0.41	0.95	0.17
<b>Michoacán</b>	3,232,964	53.7	0.41	0.23	0.26	2.29	0.51	0.33	0.63	0.04
<b>Morelos</b>	1,194,856	53.7	0.39	0.26	0.4	2.51	0.47	0.52	0.96	0.11
<b>Nayarit</b>	671,546	42.6	0.69	0.36	0.52	3.42	1.03	0.42	1.11	0.61
<b>Nuevo León</b>	1,699,496	28.3	0.4	0.35	0.4	1.71	0.31	0.36	0.87	0.12
<b>Oaxaca</b>	3,011,936	53.5	0.59	0.28	0.5	2.39	0.77	0.39	1.19	0.1
<b>Puebla</b>	4,632,491	56.6	0.32	0.23	0.48	2.63	0.46	0.32	0.49	0.11
<b>Querétaro</b>	1,069,308	40.9	0.39	0.28	0.39	2.43	0.57	0.65	1	0.1
<b>Quintana Roo</b>	707,379	37.8	0.4	0.34	0.64	2.83	0.86	0.65	1.87	0.08
<b>San Luis Potosí</b>	1,558,274	40.8	0.42	0.36	0.64	2.82	0.51	0.42	1.11	0.13
<b>Sinaloa</b>	1,394,299	35.1	0.46	0.35	0.65	3.16	0.65	0.67	1.13	0.17
<b>Sonora</b>	1,197,036	37	0.51	0.42	0.96	4.18	0.56	0.72	1.61	0.34
<b>Tabasco</b>	1,620,334	65	0.57	0.41	0.62	3.64	0.89	0.5	1.26	0.15
<b>Tamaulipas</b>	1,584,711	36.6	0.42	0.35	0.89	3.85	0.75	0.74	1.15	0.62
<b>Tlaxcala</b>	944,451	60.3	0.39	0.31	0.47	2.75	0.74	0.47	0.95	0.17
<b>Veracruz</b>	5,473,512	51.9	0.36	0.2	0.46	2.3	0.57	0.31	0.44	0.06
<b>Yucatán</b>	1,102,256	38.5	0.39	0.33	0.77	3.27	0.62	0.8	1.16	0.38
<b>Zacatecas</b>	1,024,557	45.3	0.5	0.31	0.64	3.32	0.84	0.57	1.18	0.17
<b>TOTAL</b>	<b>69,101,826</b>	<b>44.7</b>	<b>0.39</b>	<b>0.29</b>	<b>0.6</b>	<b>2.86</b>	<b>0.59</b>	<b>0.53</b>	<b>1.14</b>	<b>0.19</b>

Fuente: SS/DGIS/Sistema de información en salud. Citado en "Atención primaria de salud integral e integrada: la propuesta metodológica y operativa" Secretaría de Salud, 2019.

1/ No incluye pasantes de medicina ni internos de pregrado.

2/No incluye odontólogos ni residentes.

La insuficiencia de recursos es particularmente aguda en varias entidades federativas, a juzgar por las diferencias entre éstas. Por ejemplo, la disponibilidad

de médicos especialistas en la CDMX es la más alta con 1.81 por cada 1,000 habitantes, en cambio, en Veracruz, Puebla y Chiapas esta relación es de 0.31, 0.32 y 0.33, respectivamente; en la CDMX hay 1.56 camas censables por 100,000 habitantes, mientras otros 30 estados no llegan a 1. Asimismo, las enfermeras generales en la CDMX son más de 3 por cada 1,000 habitantes, al tiempo que 9 estados no llegan a 1 y ningún estado alcanza la cifra de 2. Cabe añadir que también se han documentado notables diferencias entre las capitales de los estados y los municipios del interior, al igual que entre zonas urbanas y rurales.

Un informe de la OCDE contrastó que México tiene 2.2 médicos y 2.6 enfermeras por 1,000 habitantes, bastante menos que los promedios de 3.3 y 9.1 en los países de esa organización. El informe también llama a mejorar la eficiencia del gasto total en salud (GTS) del país, pues se invierte el 20% en atención ambulatoria, en contraste con 33% promedio de los países miembros, mientras que el costo administrativo del sistema mexicano es el más alto con 8.9% del GTS (OCDE, 2016).

La ENSANUT de 2018 reveló que entre 2012 y 2018 la tasa de uso de servicios hospitalarios pasó de 3.8% a 4.6% (las mujeres de 4.9% a 5.8% y los hombres de 2.6% a 3.3%), al tiempo que decreció el uso de los servicios ambulatorios de 8.2% a 6.4% (las mujeres de 9.6% a 7.6% y en los hombres de 6.6% a 5.1%). Este resultado es contrario a lo deseable para los fines de eficiencia, eficacia, calidad y sostenibilidad del sistema de salud nacional.

Los recursos humanos y materiales insuficientes, junto con la evidencia de envejecimiento de la población y el desafío operacional de atender la compleja trama epidemiológica del país de manera universal y gratuita, son reveladores de la enorme carga asistencial y lo impostergable que resulta ampliar y mejorar las capacidades resolutivas de los servicios de salud.



### **3. El Modelo de Salud para el Bienestar (SABI) dirigido a las personas sin seguridad social**

---



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**INSABI**  
INSTITUTO DE SALUD  
PARA EL BIENESTAR

**Modelo de Salud para el Bienestar  
dirigido a las personas sin seguridad social,  
basado en la Atención Primaria de Salud**

La descripción de un modelo de atención contiene las decisiones centrales adoptadas para el cuidado individual y colectivo de la salud de la población.

Además de lo intrínseco al ordenamiento de las prestaciones sanitarias a las personas, la descripción del modelo debe determinar cómo se promoverá el trabajo intersectorial y la participación comunitaria para actuar sobre los procesos de determinación social y ambiental de la salud, aceptados como elementos claves a ser atendidos para conseguir la mejoría de la salud y el bienestar colectivo de manera efectiva y sostenida.

En las últimas décadas, la Secretaría de Salud ha definido varios modelos de atención para la población sin seguridad social (MASPA, MIDAS, MAI). Cada uno explica sus valores, principios y demás rasgos que los distinguen, quedando todos en la práctica distante de la propuesta. Son variadas las explicaciones sobre los desencuentros entre las propuestas y la realidad de los servicios de salud en los años recientes de México; la principal, la falta de compromiso y voluntad política para llevar a cabo las transformaciones estructurales y las inversiones que requiere el sistema nacional de salud, dejando que prevalecieran insuficiencias, inercias y vicios en los distintos niveles de gestión que impidieron el cambio organizacional que se necesitaba.

En este contexto de impostergable transformación institucional es que surge el Modelo SABI que, expresado concisamente, es el esquema de cuidados integrales que se impulsa en los servicios públicos de salud dirigidos a la población sin seguridad social, fijando la organización de los servicios y el proceder general para llevar a cabo las labores de promoción de la salud, prevención de enfermedades, mejoría y recuperación de la salud, incluyendo el trabajo intersectorial y comunitario necesario para potenciar el bienestar individual y colectivo actuando sobre los procesos de determinación social y ambiental de la salud.

El principio rector del Modelo SABI, basado en la APS y dirigido a la población sin seguridad social, es el reconocimiento pleno de que la protección de la salud es un derecho de todas y todos los mexicanos por mandato constitucional y que el Estado asume la responsabilidad de garantizarlo.

El INSABI es el encargado de impulsar el Modelo SABI en todo el país. Las modificaciones a la Ley General de Salud (LGS), publicadas en el DOF el 29 de noviembre de 2019, legalizan al INSABI como entidad definiéndolo, en el Artículo 77 bis 35, como un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propio, sectorizado en la Secretaría de Salud. Su objeto es proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a la población sin seguridad social, así como impulsar, en coordinación con la Secretaría de Salud, una adecuada integración y articulación entre las instituciones públicas del sector salud.

La fórmula legal del INSABI para relacionarse con los gobiernos de los estados son los Acuerdos de Coordinación dirigidos a garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, en los términos previstos en el Título Tercero BIS de la LGS. En estos Acuerdos se refrenda el compromiso de implementar el Modelo SABI como estrategia organizacional de los servicios de salud.

El quehacer del INSABI incluye el desarrollo de las capacidades humanas en la APS; la disponibilidad y asequibilidad de medicamentos y demás insumos, seguros y efectivos; la programación de las inversiones y el mantenimiento de la infraestructura y los equipos médicos; la regularización de los contratos de los trabajadores de salud; el fortalecimiento del marco regulatorio de los establecimientos de salud y de las relaciones entre los niveles de atención; y el análisis del desempeño de los servicios de salud.

Para entender mejor los elementos clave y las modificaciones que introduce el Modelo SABI, conviene revisar la situación de partida y los antecedentes sobre la organización y gestión de la atención a la salud en México.

En 2019, alrededor de 69 millones de personas carecían de acceso a la seguridad social, colocándolos en situación de vulnerabilidad que, en materia de salud, se abordó en los últimos años con el denominado Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y su brazo operativo el Seguro Popular (SP), complementado para los menores de 5 años con el Seguro Médico Siglo XXI (antes Nueva Generación).

Puede juzgarse que el SP, en esencia, estableció un esquema de financiamiento orientado al paciente -no a las personas y comunidades- donde un conjunto predeterminado de servicios es prestado por operadores públicos o privados, recortando el carácter universal de la salud como un derecho humano. Tuvo un claro sentido de promover un mayor espacio a los prestadores privados en el mercado de salud, como de facto ocurrió, aunque los establecimientos públicos continuaron sosteniendo la mayor proporción de servicios de salud prestados a la población sin seguridad social.

Un dato significativo es que en 2018-2019, alrededor de 23.5 millones de personas (18.7% de la población) no estaban afiliados a la seguridad social ni al SP, es decir, se estaba lejos de tener una cobertura universal de salud (ENSANUT 2018).

Una síntesis de las insuficiencias del SP incluye el predominio de programas de atención orientados a curar las enfermedades, con insuficiente consideración a las acciones de promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el abordaje de los determinantes ambientales y sociales de la salud. Adoptó una importante separación entre el cuidado de la salud colectiva y de las personas, que condicionaron conductas de la población y prácticas de los servicios contrarias a la integralidad de la atención y un comportamiento asistencial mayormente reactivo a la demanda y, por tanto, episódico en los cuidados de salud a las personas, con fallas notables en la continuidad de la atención.

Además, manifestó mala calidad y baja eficiencia del gasto público en salud (GPS) debido a la gran heterogeneidad de los prestadores de cuidados de salud a las personas y de los compradores de insumos y servicios, con consecuencias negativas en la eficiencia institucional y bajo control sobre el ejercicio del presupuesto, que se prestó al mal uso de los recursos y actos de corrupción.

El SP operó con altos costos de transacción, con una burocracia costosa, que en 2018 se calculó en 800 millones de pesos en el nivel Federal y 3,200 millones para los 32 Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPS).

Las reformas a la LGS de 2003 para crear el SP abonaron la inequidad en salud en la población mexicana, al legalizar que la población sin seguridad social recibiera la atención gratuita solo para determinados padecimientos -los incluidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y en el listado de intervenciones cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC)-, condicionando injustas e indeseables diferencias con las personas afiliadas a la seguridad social con derecho a recibir todas las atenciones de salud, según las necesidades de cada persona.

Evidencia contundente de dicha inequidad es que el FPGC, al financiar solo 66 intervenciones definidas, excluyó la atención de diversos tumores (de pulmón, hígado, páncreas, en las extremidades, buco maxilar, de piel, etc.), ciertas afecciones renales, numerosos trasplantes, los infartos agudos de miocardio en los mayores de 65 años y muchos otros padecimientos e intervenciones médicas.

Para 2019, el SPSS contempló la atención de 2,103 claves, considerando a través del CAUSES 1,807 claves repartidas en 294 intervenciones y por el FPGC otras 296 claves distribuidas en 66 intervenciones. Por su parte, la seguridad social cubre un total de 10,541 claves, marcando una notable diferencia con los afiliados al SP con acceso solo al 20% de los beneficios que disfrutaban los afiliados a la seguridad social (Gobierno de México/SS/SIDSS, 2019).

El financiamiento del SP restringido a cierto número de intervenciones médicas condicionó que las unidades de atención, con el tiempo, fueran perdiendo capacidades para realizar variadas intervenciones, conllevando a que la población sin seguridad social tuviera que pagar una contribución al recibir la atención “cuota de recuperación” en los servicios públicos o buscara atención en el sector privado, incurriendo muchas personas en importantes gastos de bolsillo (contabilizado en 45% del gasto total en salud en los últimos 10 años) para la atención de los padecimientos no incluidos en la Cartera de Servicios, coadyuvando al empobrecimiento de las familias.

En contraste con las insuficiencias y desigualdades que impuso el SP, el Modelo SABI busca superar las limitaciones en el acceso y la cobertura eliminando el CAUSES, transformando radicalmente el sistema de cuidados de salud a la población sin seguridad social, que en adelante será universal, proactivo, integrado, continuo y centrado en las personas y comunidades.



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**INSABI**  
INSTITUTO DE SALUD  
PARA EL BIENESTAR

**Modelo de Salud para el Bienestar  
dirigido a las personas sin seguridad social,  
basado en la Atención Primaria de Salud**



## **4. Principios organizativos del Modelo de Salud para el Bienestar**

---



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**INSABI**  
INSTITUTO DE SALUD  
PARA EL BIENESTAR

**Modelo de Salud para el Bienestar  
dirigido a las personas sin seguridad social,  
basado en la Atención Primaria de Salud**

**Integral.** Identificado con la concepción biopsicosocial de la salud, la prestación de los servicios de salud son gestionados de manera sistémica desde la promoción, pasando por la prevención, el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, los cuidados paliativos y la rehabilitación; realizados coordinadamente entre los diferentes niveles y unidades de atención e instancias de salud, considerando las necesidades particulares de las personas a lo largo del ciclo de vida, desde antes de nacer hasta la vejez.

**Acceso universal garantizado.** Referido a la activa identificación y remoción de todo obstáculo geográfico, social, financiero, cultural, organizacional, de género o identidad que limite el acceso de las personas a los servicios de atención integral a la salud y a recibir los beneficios de los programas y servicios de salud pública.

**Centrado en las personas.** Comprensión y organización de la atención de salud basada en los requerimientos, las consideraciones, expectativas y el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades, como gestores y beneficiarios que son del sistema de salud. Es más amplia que la atención centrada en el paciente, que enfatiza en el restablecimiento de la salud perdida, la que está incluida.

**Eficiente y eficaz.** Relacionado con el uso óptimo de los recursos humanos, materiales y financieros disponibles, logrando los mayores alcances posibles en término de protección y cuidado de la salud, procurando satisfacer las necesidades y demandas de salud y bienestar de las personas.

**Calidad.** Dirigido a asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, para lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la satisfacción del paciente con el proceso. Incluye el buen trato y la calidez por parte de los prestadores de servicios.

**Equitativo.** Conseguir mayor equidad de la población en los beneficios que recibe del sistema de salud, superando las diferencias dictadas por la segmentación del acceso de la población a la atención de salud a través de diferentes instituciones públicas, como también eliminando las desigualdades determinadas por el estigma o cualquier forma de discriminación hacia las personas relacionada con la raza, etnia, condición social, orientación sexual u otra.

**Enfoque de género.** Considerar en la estructura y funcionamiento de las unidades y en la labor del personal de salud las diferencias de necesidades y problemática sanitaria que tienen las mujeres y los hombres, tanto en lo biológico como condicionadas por los patrones sociales y culturales prevalentes en cada región. Incluye atender las distintas oportunidades de acceso y uso de los servicios que tienen las mujeres y los hombres debido a las interrelaciones entre éstos y los papeles que socialmente se asignan a cada género.

**Interculturalidad.** Contribuir al reconocimiento de las poblaciones autóctonas y mantener una política de respeto a los distintos grupos étnico-culturales y sus maneras de entender la salud y el uso de los servicios de atención. Desarrollar prácticas de acercamiento e intercambio de saberes, promoviendo la complementariedad y el enriquecimiento mutuo entre los distintos agentes de salud y la población beneficiaria, con atención en la reducción de desigualdades y el derecho a la salud de todas las personas con equidad.

**Equipos Interdisciplinarios a nivel local.** En el centro del Modelo SABI está la constitución y el funcionamiento de equipos interdisciplinarios a nivel local, compuesto por personal médico, de enfermería y gestor comunitario de APS, a los cuales se les denomina Equipos de Salud para el Bienestar (ESB). Son los encargados de programar y llevar a cabo las acciones de salud a la población de un territorio delimitado, con enfoque de APS, para lo cual cada integrante tiene definido sus responsabilidades y espacio de acción, siendo el trabajo conjunto la

garantía de una atención integral y coordinada a los problemas de salud prevalentes.

**Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).** Ligado a la concepción de una APS fuerte, las RISS se interpreta como el conjunto de establecimientos e instituciones que prestan, o hace arreglos interinstitucionales para prestar de manera coordinada, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, que debe rendir cuenta por los resultados de la gestión organizativa adoptada y del estado de salud de la población de responsabilidad territorial. En las RISS se garantizan los cuidados a la salud en el nivel de atención que se requiera, hasta la resolución de los padecimientos de las personas.

**Financiamiento adecuado.** El esquema de financiamiento del Modelo SABI debe asegurar oportunidad, calidad, equidad, eficiencia y sostenibilidad de las acciones de salud. Los recursos planificados deben permitir ofrecer servicios integrales con calidad, eliminando todo pago de bolsillo. Debe ser sostenible, en el sentido que los recursos se dispongan sin fluctuaciones que amenacen el funcionamiento del Modelo, con directrices de aplicación que privilegien la inversión en la población más necesitada desde el punto de vista sanitario y acompañe los principios y prácticas de eficiencia en el gasto público con transparencia y rendición de cuenta.

**Coordinación intersectorial.** Es la acción técnica y política coordinada entre diversos actores gubernamentales y sociales, la comunidad y los trabajadores de la salud, bajo el liderazgo de éstos último, para abordar los problemas que trascienden el espacio tradicional de actuación de los servicios sanitarios, pero que resulta vital atender y solucionar porque están afectando la salud colectiva y de las personas. La labor intersectorial será también encaminada a remover las barreras que generan inequidades en salud, siendo la fuerza más potente para transformar los determinaciones sociales y ambientales que actúan negativamente sobre la salud poblacional o de ciertos grupos sociales.



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**INSABI**  
INSTITUTO DE SALUD  
PARA EL BIENESTAR

**Modelo de Salud para el Bienestar  
dirigido a las personas sin seguridad social,  
basado en la Atención Primaria de Salud**



## **5. Alcance del Modelo de Salud para el Bienestar**

---



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**INSABI**  
INSTITUTO DE SALUD  
PARA EL BIENESTAR

**Modelo de Salud para el Bienestar  
dirigido a las personas sin seguridad social,  
basado en la Atención Primaria de Salud**

El Modelo SABI es la directriz clave para la transformación del sistema de servicios de salud dirigido a la población sin seguridad social. Su contenido orienta el quehacer político y técnico para hacer más accesible e integral la atención, lograr mayor eficiencia y eficacia en la administración de la salud y alcanzar los resultados y las metas de salud de manera más equitativa.

Compete a la Secretaría de Salud del Gobierno Federal y el INSABI la rectoría del proceso de implementación, teniendo este último la responsabilidad de la planeación, operación y monitoreo de los avances del Modelo. Asimismo, se asigna a las Secretarías de Salud de las entidades federativas un relevante papel en la planeación y el desarrollo del Modelo SABI en sus territorios.

El Modelo SABI tiene tres elementos de sustento que lo promueven: I) El compromiso y liderazgo político del Gobierno Federal en la transformación del modelo de atención; II) La formulación y consolidación de marcos de política y la reglamentación que favorezca la APS; III) La financiación adecuada para proporcionar una atención y servicios de calidad, promoviendo la equidad nacional.

Un elemento de vital relevancia del Modelo SABI es que el acceso a los servicios de salud, los medicamentos y demás insumos asociados sea universal y gratuito para las personas sin seguridad social, tal como lo establece el Artículo 77 bis 1 de la LGS. Las disposiciones reglamentarias que emita el Ejecutivo Federal regularán la gestión eficiente, oportuna y sistemática para garantizar la gratuidad, la universalidad y la integralidad de la atención.

La aplicación del Modelo SABI comienza luego de la firma de los Acuerdos de Coordinación entre la Secretaría de Salud y el INSABI con los gobiernos de las entidades federativas, previéndose la ampliación gradual de su alcance y profundidad a lo largo de los próximos años. Su horizonte de consolidación es el año 2024.



En las entidades que decidan continuar siendo responsables de organizar, operar y supervisar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados, el INSABI brindará a la Secretaría de Salud del estado la asesoría técnica que requiera para el desarrollo del Modelo SABI.

Los principios organizativos descritos en el capítulo 4 son válidos también para las redes de atención del IMSS-BIENESTAR, con la salvedad de que la prestación de servicios de esa institución preservará las prácticas propias que se juzgan positivas, teniendo en los aspectos organizativos del Modelo SABI, descritos en el capítulo 6, un referente para mejorar sus procesos de trabajo y la coordinación interinstitucional con las Secretarías de Salud de las entidades federativas y las Jurisdicciones Sanitarias (JS).

El Modelo SABI coloca especial interés en el desarrollo de la APS, entendiéndolo en la doble condición de: marco visionario del gobierno y la sociedad para garantizar el derecho a la salud, en especial de la población en condiciones de mayor vulnerabilidad; así como de estrategia transformadora de los cuidados a la salud para brindar atención gratuita y universal a través de las RISS, con criterio territorial y poblacional, resolutivo de los principales problemas de salud y capaz de articular la atención continua de los pacientes hasta de alta especialidad.

Luego de revisar a profundidad la atención a la salud prevalente en el país para la población sin seguridad social, se ha estimado que el desarrollo de la APS en la coyuntura actual de México implica: a) invertir más recursos en la atención ambulatoria; b) prestar especial atención a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, procurando mantener sanas el mayor número posible de personas; c) articular los tres niveles de complejidad médica a través de RISS, garantizando accesibilidad real y continuidad de la atención a todas las personas; d) desarrollar más la coordinación funcional y la complementariedad entre los distintos prestadores públicos y; e) centrar los cuidados en las



comunidades y las personas -no solo en los enfermos- con cobertura universal de salud efectiva.

La APS integral y el funcionamiento de las RISS son importantes ejes conductores de la implementación del Modelo SABI. Son objetivos progresivos y exigentes, a implementar acompañados de una estrategia de gestión del cambio para superar la cultura organizacional derivada del SP.

La figura 1 resume la naturaleza multinivel y las metas generales de la atención a la salud, proyectadas bajo el Modelo SABI.

Figura 1.



Fuente: Elaboración propia, INSABI, 2020.

La identificación y superación de cualquier barrera de acceso de la población a los servicios de salud es tarea central en la concepción del Modelo SABI, así como reconocer y contribuir a controlar las determinaciones sociales y ambientales

que afectan negativamente la salud de la población en cada territorio, promoviendo círculos virtuosos de salud.

Sin entrar en detalles sobre la labor intersectorial en favor de la salud, lo que se hará en las guía operacionales, los reglamentos y protocolos institucionales, se reconoce la importancia del trabajo conjunto con la Secretaría de Educación Pública para la promoción de hábitos saludables, la higiene y el autocuidado de la salud; con las Secretarías del Medio Ambiente, de Agricultura y Desarrollo Rural e instituciones de salud animal para la higiene de los alimentos, la regulación del empleo de contaminantes y agentes químicos tóxicos, las prácticas de una agricultura y cría de animales que no deteriore el ambiente y se controle el uso de antibióticos y fungicidas; y con la Secretaría del Bienestar para la sinergia e inclusión de la salud en los programas de desarrollo social.

El desafío planteado es formidable y los cambios propuestos son pertinentes para que el sector salud acompañe las aspiraciones de equidad y cohesión social de la política nacional de bienestar.



## **6. Organización de la prestación de servicios de salud a las personas**

---



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**INSABI**  
INSTITUTO DE SALUD  
PARA EL BIENESTAR

**Modelo de Salud para el Bienestar  
dirigido a las personas sin seguridad social,  
basado en la Atención Primaria de Salud**



Para la mejor comprensión de la organización y el desarrollo de los servicios de salud que propone el Modelo SABI, se describen a continuación los elementos estructurales, de contenido de la atención, la progresividad en la implementación de las transformaciones y la estrategia de participación social que se promueve.

### **6a. Elementos estructurales del Modelo SABI.**

- Los actuales Núcleos Básicos de los centros de salud, integrados por personal médico y de enfermería en el primer nivel de atención, modificarán su estructura organizativa y funcional para constituirse en Equipos de Salud para el Bienestar (ESB), con un nuevo enfoque de trabajo donde destaca el actuar interdisciplinario.
- Cada ESB está compuesto por un médico general o especialista en salud familiar, personal de enfermería y un gestor comunitario de APS. Se suman voluntarios de la comunidad, quienes apoyan en las labores de promoción de la salud y el fomento de la participación comunitaria en la gestión de salud.
- Un ESB asume la responsabilidad de la mejoría de la salud integral de un territorio/población definido, idealmente entre 3,000 y 5,000 habitantes, distribuidos en un espacio que para llegar a la unidad de atención no demore más de una hora en el transporte habitual y caminando no sea mayor de 7 km, salvo en zonas rurales con muy alta dispersión de la población.
- El ESB planifica y desarrolla su trabajo considerando las alternativas de atención a las personas en el consultorio o en visitas de campo, con horarios adecuados a las condiciones de vida y desarrollo del territorio y la población.
- Los ESB trabajan en un consultorio individual, un Centro de Salud (CS) o Unidad Médica Rural (UMR). Pueden coexistir varios equipos en un CS, cada uno con su propio territorio/población delimitado, o desarrollar sus labores en unidades móviles, cuando las características del territorio y población así lo determinen.

- Se estudiará y perfeccionará la regionalización actual de los servicios de salud, de manera que todas las personas sin seguridad social conozcan y tengan acceso garantizado a un CS de adscripción y demás establecimientos de primer y segundo nivel de atención.
- Se establece un plan de inversión nacional para progresivamente ir ampliando el número de ESB conforme a los parámetros establecidos y, en lo posible, dotar a los CS con varios ESB de recursos diagnósticos y terapéuticos, humanos y materiales adicionales que mejoren la capacidad de resolución frente a los principales problemas de salud, acercando la atención a donde vive y trabaja la población.
- La infraestructura y condiciones de las unidades de atención y CS debe (re)pensarse considerando la creciente carga de las enfermedades crónicas y las complicaciones del envejecimiento progresivo de la población mexicana. Lo anterior implicará disponer en los CS, o cercano a éstos, de áreas para la práctica de ejercicio físico, contar con espacios para desarrollar terapias con grupos de personas con riesgos específicos, crear condiciones para el cuidado y bienestar de los adultos mayores y preparar ambientes para que los técnicos y profesionales de la salud no médicos trabajen en la APS (especialistas en nutrición, trabajo social, psicología, de rehabilitación, etc.).
- Los medicamentos, equipos, mobiliario y otros insumos necesarios para que los ESB desarrollen sus labores, son definidos en los manuales de organización y procedimientos que el INSABI emite, con adecuaciones a las características locales cuando sea necesario.
- Todos los CS, Casa de Salud y Unidades Móviles donde trabajan los ESB tendrán clara integración a una RISS, junto con otros establecimientos de atención especializada ambulatoria (UNEME y otros) y hospitales rurales, comunitarios y generales para el internamiento de quienes lo requieran para recuperar su salud.

- Las RISS tienen como misión garantizar la atención continua y oportuna de toda persona según sus necesidades, hasta la resolución de su(s) problema(s) de salud. Son una propuesta para hacer frente a las dificultades que causa la fragmentación de los servicios de salud y contribuir a superar los actuales problemas estructurales que segmentan el acceso a los servicios públicos.
- Las RISS funcionan con un importante grado de autonomía para la coordinación operacional en el marco del principio rector del Modelo SABI, que es el derecho de todas las personas no afiliadas a la seguridad social a una atención médica de calidad con los medicamentos gratuitos.
- En cada RISS tiene que existir una definición clara de los establecimientos adonde acuden las personas para realizarse los exámenes complementarios y las terapias especializadas indicadas por los médicos de los ESB y los especialistas.
- Las RISS se determinan en cada entidad federativa tomando en cuenta los flujos poblacionales y el rigor técnico que cada una cuente con las capacidades para que sea resolutive de los principales problemas de salud que afectan a la población. Su estructura se calcula alrededor de los 300,000 habitantes o más en las grandes urbes.
- Los hospitales estatales de mayor complejidad, con servicios de especialidades que reciben referencias de todas las JS, quedan bajo la responsabilidad funcional de las Secretarías de Salud de las entidades federativas.
- En el cumplimiento de las expectativas de las RISS, son importante los mecanismos de referencia y contrarreferencia que se establezcan entre las unidades del primer y segundo nivel de atención y con los hospitales estatales e Institutos Nacionales y Hospitales Federales de Referencia y Hospitales Regionales de Alta Especialidad, con los cuales se relacionan funcionalmente.
- Las Secretarías de Salud de las entidades federativas tienen a su cargo la articulación y jerarquización de las RISS, con base en las normativas y

disposiciones complementarias definidas por la Secretaría de Salud Federal y el INSABI, quienes ejercen la función rectora del sistema de servicios de salud.

- En cada Entidad Federativa se debe actualizar la definición, estructura y el funcionamiento de las actuales JS, como órgano subestatal de gestión técnica y administrativa de los servicios de salud. Hay que cuidar que las nuevas definiciones estén adaptadas a las posibilidades y el contexto de cada territorio. Este proceso es conducido por los directivos de cada entidad federativa, para que los cambios que se introduzcan en la demarcación y las funcionalidades de estas instancias sean viables y sostenibles.

- Una línea a considerar para la actualización de la estructura y el funcionamiento de las JS en el marco de las RISS es el concepto de Distrito de Salud, desarrollado por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud en 2019.

### **6b. Contenidos de la atención.**

- Todo ESB necesita tener actualizado un análisis de situación de salud (ASIS) de su territorio y población, que es la guía para la planificación de la promoción de salud y la prevención de enfermedades, las actividades clínicas y de la labor intersectorial para actuar sobre las determinaciones sociales y ambientales de la salud.

- La labor de los ESB debe ser competente, desarrollando progresivamente las capacidades para solucionar los principales problemas de salud y evitar las derivaciones innecesarias de pacientes a los hospitales.

- La orientación general de la atención es centrada en las personas, garantizando la continuidad de los cuidados a través de niveles de complejidad médica creciente (primero, segundo y tercer nivel). Los hospitales donde se atienden los padecimientos que por su complejidad y baja frecuencia requieren de atención especializada, son accesibles a las personas a través de las RISS complementando la labor de los ESB en las comunidades.

- Las RISS proporcionan una atención resolutive de los problemas y padecimientos prevalentes en cada región y, como primer paso en esa dirección, se deben remover las barreras de acceso a los servicios de salud y a los medicamentos necesarios, que pasan a ser gratuitos.
- El lugar de entrega de los medicamentos debe ser lo más cerca posible de donde viven los pacientes, sabiendo que hay medicamentos que no pueden ser prescritos por los ESB como, por ejemplo, los oncológicos, antirretrovirales y algunos de uso psiquiátrico y cardiológico, entre otros.
- Los atributos esenciales de las RISS y sus mecanismos de trabajo se describirán en el Manual de Organización de las RISS, que se elaborará próximamente con los aportes de todos los prestadores de servicios de salud.
- El territorio es el escenario para la labor intersectorial sobre las determinaciones sociales y ambientales que afectan la salud, procurando mantener sanas a las personas y la prevención de los riesgos a la salud. El ESB tiene un papel central en desarrollar la coordinación entre actores para el fomento de una vida saludable, ahí donde las personas, familias y la comunidad vive y se desarrolla.
- Se necesita acrecentar el quehacer para mejorar la calidad de vida en el envejecimiento, sumando los esfuerzos del sector salud con los de otras instituciones de gobierno, la sociedad organizada y las familias. Incluye la concientización sobre las necesidades del adulto mayor y el apoyo a las estrategias para su bienestar, como son las casas de cuidados diurno, el empleo adecuado, los ejercicios físicos y el apoyo en las viviendas para garantizar el acceso a las comidas y la higiene personal, además de la atención médica especializada y los cuidados de enfermería domiciliar.
- Los ejes principales de la labor asistencial son procurar mantener sanas a las personas y apoyar a quienes están en situación de riesgo y los que padecen de alguna enfermedad para evitar que evolucionen a una fase aguda o desarrollen



complicaciones que exijan una terapéutica más compleja. El éxito de esta labor se medirá por la reducción progresiva de los internamientos en los hospitales por causas susceptible de cuidado en la APS.

- En cada RISS, con el apoyo y la asesoría técnica de las Secretarías de Salud de las entidades federativas y las JS, se articularán las acciones de salud colectiva con las actividades clínicas, con fuerte acento en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

- El Modelo SABI contempla las acciones de atención médica del Programa de Atención Integral a Víctimas, de Salud de los Migrantes, de Atención a la Violencia contra las Mujeres y otros compromisos asumidos por el gobierno nacional y en instrumentos internacionales firmados por las autoridades del país.

- Se procura potencializar las experiencias positivas de las UNEME para la atención de enfermedades crónicas, la detección y diagnóstico del cáncer de mama, la atención de las enfermedades mentales, en la prevención y atención del VIH/SIDA y otras ITS, de geriatría y de atención a las adicciones. La visión es que sean establecimientos de atención ambulatoria que trabajan en la APS aportando cuidados especializadas para reducir los riesgos de complicaciones médicas de las personas, al tiempo que contribuye a reducir la presión asistencial sobre los hospitales.

- Para promover la salud de la población adolescente se requiere direccionar la atención hacia temas cruciales de impacto en la salud y el bienestar de este grupo, como son: la prevención de las adicciones, de los embarazos no deseados y de las ITS; la práctica regular de actividad física para prevenir la obesidad y las enfermedades crónicas; la promoción de la no violencia y de la igualdad de género y no discriminación. Esta orientación requiere encararse con trabajo intersectorial y la participación de la comunidad.

- Hay el empeño de fomentar, en el marco del Modelo SABI y con la rectoría de la Secretaría de Salud, el uso de tecnologías digitales que faciliten el acceso a la atención y mejoren la eficiencia y eficacia de los servicios de salud. Se dará prioridad a la instrumentación de la historia clínica digital como elemento integrador entre los distintos niveles de complejidad técnica para la continuidad de la atención en el sistema público de salud.

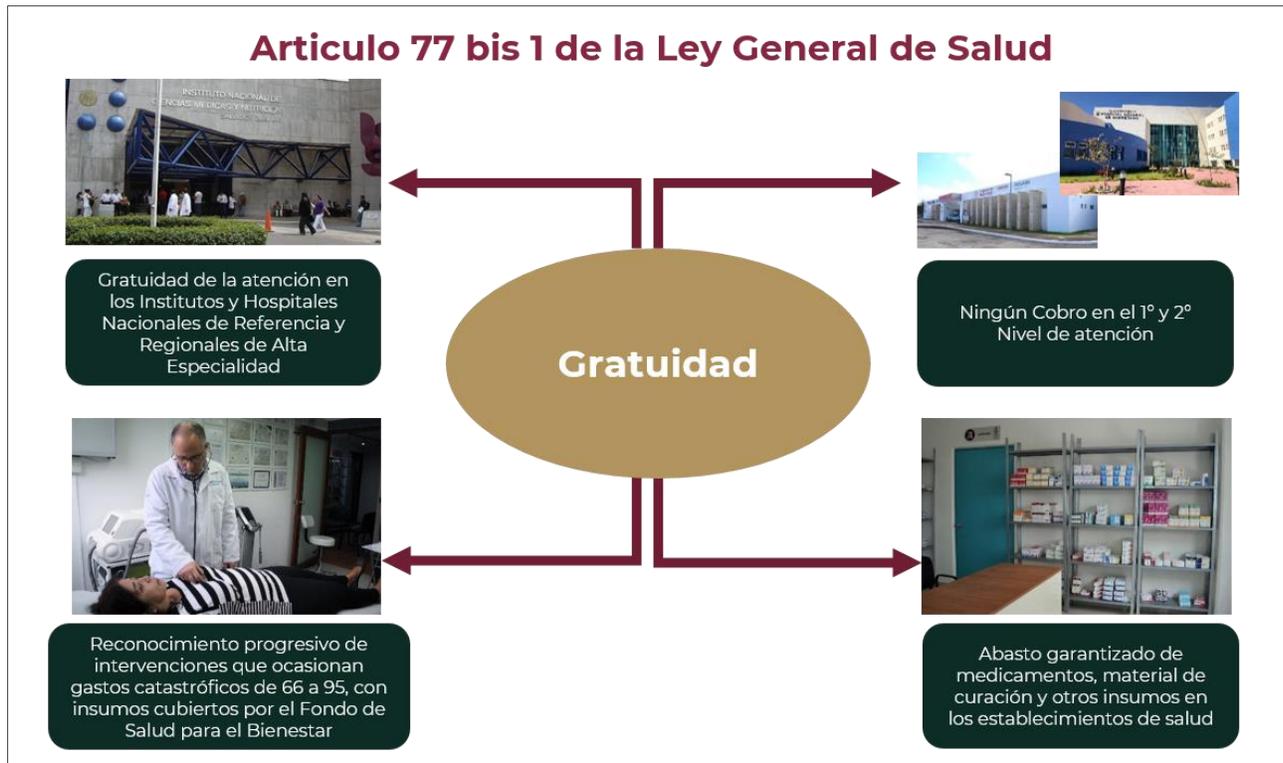
### **6c. Organización, secuencia y progresividad de la atención gratuita a la población sin seguridad social.**

- El Artículo 77 de la LGS sobre la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, establece que la autoridad de salud debe generar las condiciones de acceso gratuito, progresivo, efectivo, oportuno, de calidad y sin discriminación a servicios médicos que satisfagan de manera integral la salud de la población.

- La gratuidad es entendida como el no pago al momento de requerir los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados por parte de las personas sin seguridad social que se encuentren en el territorio nacional.

- La figura 2 muestra cuatro momentos en la implantación de la gratuidad, secuenciados desde encima a la derecha y en sentido de las manecillas del reloj, a desarrollar progresivamente a lo largo del 2020 en los servicios públicos de salud, tanto de nivel federal como estatal.

Figura 2.



Fuente: Elaboración propia, INSABI 2020.

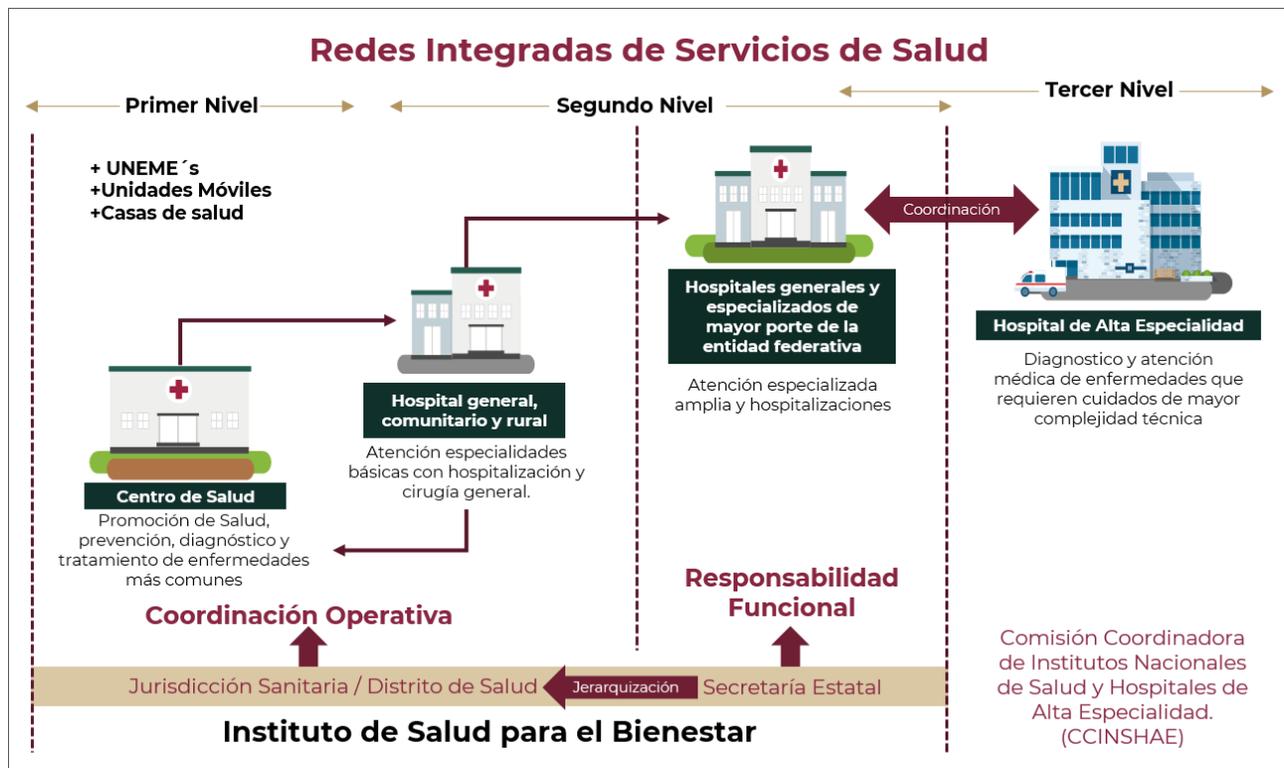
- En primer lugar, se introduce la gratuidad de los servicios, así como de los medicamentos y demás insumos que necesiten los pacientes en los establecimientos de primer y segundo nivel de atención, impulsada por el INSABI desde el inicio de su operación en enero de 2020, estando refrendado en los Acuerdos de Coordinación que establece con cada una de las entidades federativas.

- La gratuidad de las intervenciones que provocan gastos catastróficos en las familias se ampliará progresivamente, a partir de las 66 que cubría en 2019 el anterior Fideicomiso, siendo el Consejo de Salubridad General el encargado, por ley, de definir las nuevas intervenciones. La fuente principal de financiamiento para éstos gastos es el Fondo de Salud para el Bienestar, establecido en el Artículo 77 bis 29 de la LGS.



- La gratuidad alcanza también la atención que brindan los Institutos Nacionales de Salud y los Hospitales de Referencia Nacional y Regionales de Alta Especialidad, cuya administración está a cargo de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE).
- La continuidad de la atención a las personas, según las necesidades de recuperación de la salud perdida, se conseguirá con el funcionamiento pleno de las RISS construyendo una sólida relación operacional entre las unidades de salud con diferentes capacidades técnicas, sean estas de atención ambulatoria o hospitalaria, así como entre los niveles administrativos del sistema de salud.
- Considerando 3 niveles de complejidad técnica en las RISS, la figura 3 resume cómo llevar a cabo la continuidad de la atención y las responsabilidades de cada una de las instancias de gestión administrativa para garantizar la atención integral de las personas.

Figura 3



Fuente: Elaboración propia, INSABI 2020.

- Corresponde a la dirección de las JS la coordinación eficiente, oportuna y sistemática de la prestación de servicios de salud de primer y segundo nivel de atención médica, este último principalmente referido a las cuatro especialidades básicas (medicina interna, ginecología y obstetricia, cirugía y pediatría) que se brindan en los hospitales generales, comunitarios y rurales, sumadas las otras especialidades médicas en los casos de los establecimientos donde existan estas capacidades.
- Los hospitales con mayor capacidad en las entidades federativas, que generalmente ofrecen atención de varias especialidades y subespecialidades, además de las básicas, permanecen bajo la coordinación funcional de las Secretarías Estatales de Salud, esquema que está abierto a las consideraciones que las direcciones estatales de salud aporten en cada caso.
- Las Secretarías de Salud de las entidades federativas mantienen una relación de jerarquización administrativa y técnica sobre las JS, por lo que son, en última instancia, responsables del funcionamiento del primer y segundo nivel de atención.
- El INSABI también asume las responsabilidades de coordinación operativa con los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Referencia Nacional y Regionales de Alta Especialidad para la atención de los pacientes que requieran los servicios especializados de estas instituciones, las que serán reguladas mediante acuerdos de trabajo con la CCINSHAE.

#### **6d. La participación y el apoyo comunitario a la salud.**

- La participación comunitaria permite a la población canalizar de mejor manera sus percepciones sobre la salud, expresar sus posiciones e influir en el modo que se planifica, financia y entrega la atención sanitaria. También contribuye a generar confianza y respeto mutuo entre la población y los trabajadores de la

salud, con potencial para tejer redes de apoyo solidario que pueden jugar un importante papel en la promoción de la salud y el bienestar.

- Su dinamismo depende mucho de que las direcciones de los CS y las JS promuevan la participación de las comunidades en la identificación de los problemas locales de salud y las soluciones en el contexto de la APS, posibilitando que las personas y la comunidad sean, al propio tiempo, gestores y sujetos activos en el cuidado de la salud.

- Se necesita impulsar el funcionamiento de Consejos Comunitarios de Salud y Bienestar a nivel de los CS, con la idea que sean dinámicos en el control y apoyo a la labor de los servicios de salud, aportando las opiniones de los beneficiarios de la atención. Una tarea práctica de los Consejos es ayudar a constituir una red de voluntarios por la salud en las comunidades.

- Especial esfuerzo debe hacerse para fomentar la participación de los grupos de población tradicionalmente marginados del derecho al acceso universal a la salud. En el caso de las poblaciones indígenas, la participación social en salud se debe dar en el marco de los usos y costumbres que los distinguen, partiendo del reconocimiento a su expresión de organización tradicional.

- Otro aporte crucial de la participación social es la colaboración en la identificación de los riesgos personales, familiares y comunitarios a la salud existentes y el traslado de esta información al personal de salud para decidir e implementar las mejores soluciones que ayuden a mitigarlos y controlarlos.

- Para el fomento y apoyo a la participación social en salud, se establecerá una unidad técnica en la estructura de Dirección de las RISS y en los establecimientos de atención donde las características sociodemográficas y la condición sanitaria prevalente así lo aconseje.



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**INSABI**  
INSTITUTO DE SALUD  
PARA EL BIENESTAR

**Modelo de Salud para el Bienestar  
dirigido a las personas sin seguridad social,  
basado en la Atención Primaria de Salud**



## **7. Financiamiento del Modelo SABI basado en la APS**

---



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**INSABI**  
INSTITUTO DE SALUD  
PARA EL BIENESTAR

**Modelo de Salud para el Bienestar  
dirigido a las personas sin seguridad social,  
basado en la Atención Primaria de Salud**



México invierte poco en salud. Datos de la OCDE muestran que el país tenía en 2018 un gasto total en salud (GTS) de 5.5% del PIB, mientras sus pares de la OCDE invertían 8.9% en promedio. El análisis de tendencia realizado para Latinoamérica y el Caribe, evidenció que entre 2010 y 2017 el gasto público en salud (GPS) de México como porcentaje del PIB decreció, al igual que como porcentaje del gasto público total (GPT), colocando al país en ambos indicadores entre los de más baja proporción en el continente (OCDE, 2020).

Los análisis realizados por la OPS/OMS y especialistas de otras instituciones muestran que los países que más han avanzado en el acceso universal a la salud tienen un GPS superior al 6% del PIB. En contraste, el país reportó para 2015 un GPS de 3.1%, por debajo del promedio de los países latinoamericanos, que era 3.6% del PIB.

Probable consecuencia de un GPS insuficiente es que el 41% del GTS en 2016 fue “de bolsillo”, afectando principalmente a quienes no tienen acceso a la seguridad social (OPS, 2018).

El financiamiento del Modelo SABI debe ser suficiente, creciente, sostenible y alineado con los objetivos de eficiencia, equidad y alcance de los objetivos de salud y bienestar planeados, debiendo conseguirse mediante planteamiento formal y estructurado a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y llevando a cabo su movimiento a través de la mecánica presupuestaria. Los recursos para financiar la salud provendrán mayormente de la tributación general a la nación.

Suficiente significa que puedan financiarse los servicios integrales de calidad a los individuos, las familias y comunidades, atendiendo el ASIS establecido y las demandas de atención de la población.

Debe ser sostenible en el sentido de que se aseguren los montos evitando las fluctuaciones que ponen en peligro la capacidad de los servicios de salud de

funcionar de manera eficaz y eficiente. La clave está en la previsibilidad del flujo de recursos financieros de un período a otro, en coherencia con las políticas de manejo de los recursos públicos.

El ejercicio de los recursos financieros debe ser alineado con los objetivos de eficiencia, austeridad y ahorro del gasto que impulsa el gobierno federal, sin menoscabo de los principios de equidad y eficacia de la atención y de los planes y programas de salud que desarrolla la autoridad sanitaria nacional.

Habrán consideraciones de prioridad para los territorios y las poblaciones en situación de mayor rezago y vulnerabilidad.

Hasta el presente, el financiamiento de los servicios de salud para la población sin seguridad social laboral ha provenido principalmente de cuatro fuentes:

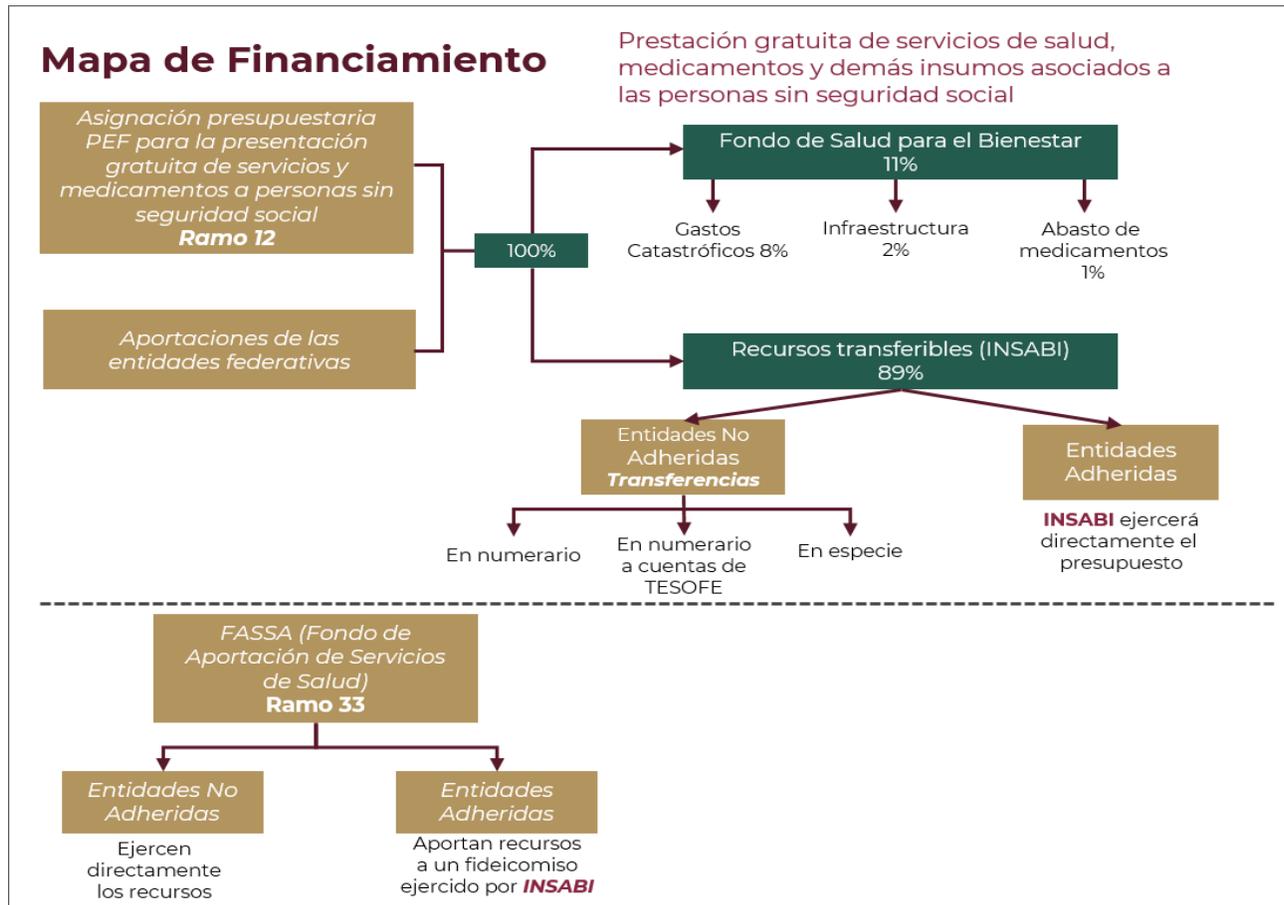
- Ramo 33 Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA): 99.4 Mil Millones de Pesos (MMDP) para el ejercicio fiscal 2019.
- Ramo 12 (incluye 72 MMDP del seguro popular): 124.2 MMDP para 2019.
- Ramo 19 (IMSS Bienestar): 11.8 MMDP en 2019.
- Recursos propios de las entidades federativas: alrededor de 50.5 MMDP.

La prestación gratuita de servicios públicos de salud, medicamentos y demás insumos asociados se mantiene financiada de manera solidaria por la Federación y las entidades federativas en los términos que marca la LGS y las disposiciones reglamentarias que de la misma emanan.

Con la operación de los servicios de salud bajo el nuevo esquema de financiamiento, luego del cierre del SP, se espera mejore la eficiencia del gasto y se generen ahorros en el presupuesto del sector, que se reinvertirán para conseguir una mayor cobertura de los servicios de salud.

En la siguiente figura se muestra el esquema básico de financiamiento de los servicios de salud en el Modelo SABI.

Figura 4



Fuente: Elaboración propia, INSABI

El Gobierno Federal transferirá a los gobiernos de las entidades federativas los recursos para la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social, de acuerdo con las disposiciones reglamentarias que se emitan y los acuerdos de coordinación que se celebren entre ambas partes.

Asimismo, contribuirá a este fin el Fondo de Salud para el Bienestar, un fideicomiso público sin estructura orgánica que concentra el 11% de los fondos del ramo 12, que destina los recursos de su patrimonio a los siguientes rubros:

1. La atención a las enfermedades que generan gastos catastróficos (8%).



2. La inversión en infraestructura, privilegiando a las entidades federativas con mayor nivel de marginación social (2%).
3. Complementar los recursos destinados al abasto y distribución de medicamentos y demás insumos, así como para el acceso a exámenes clínicos de las personas sin seguridad social (1%).

Los recursos que se asignan al Fondo de Salud para el Bienestar y el destino que reciben está definido en la LGS, las disposiciones reglamentarias relacionadas y las Reglas de Operación del Fondo.



## **8. Seguimiento del Modelo SABI**

---



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**INSABI**  
INSTITUTO DE SALUD  
PARA EL BIENESTAR

**Modelo de Salud para el Bienestar  
dirigido a las personas sin seguridad social,  
basado en la Atención Primaria de Salud**

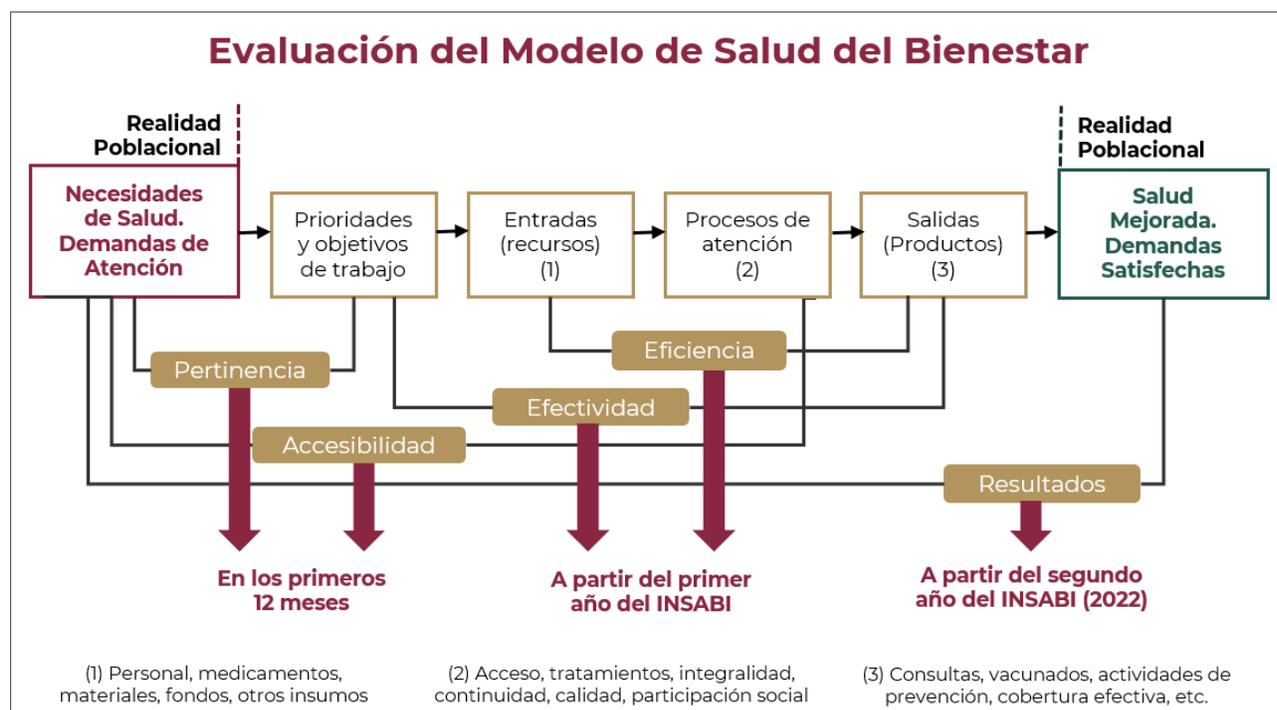
El seguimiento y la evaluación de los avances en la implementación del Modelo SABI se realizará empleando indicadores cuantitativos y apreciaciones situacionales, que permitirán formar un criterio sobre los resultados alcanzados, así como la magnitud de los desafíos que se enfrentan en el funcionamiento de los servicios de salud. Está primordialmente dirigida, aunque no exclusivamente, a proporcionar información a las autoridades de salud para la toma de decisiones gerenciales.

Se planea utilizar cinco categorías (pertinencia, accesibilidad, efectividad, eficiencia y resultados) para medir los avances en la aplicación del Modelo SABI. En cada una se establecen los parámetros de análisis y los indicadores a utilizar.

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

En la figura 5 sintetiza las etapas, los tipos de medición y los tiempos previstos.

Figura 5



Fuente: Elaboración propia, INSABI 2020

La Secretaría de Salud Federal y el INSABI realizarán análisis periódicos en cada una de las cinco categorías señaladas utilizando los indicadores definidos.

Adicionalmente, se tomarán en cuenta los resultados de estudios y evaluaciones realizados en las instituciones académicas y de investigación del país sobre el desarrollo del sistema de salud y el desempeño sectorial, para enriquecer los juicios sobre la aplicación del Modelo SABI y las posibilidades de mejorarlo.

Finalmente, se señala que la evaluación de resultados tomará en cuenta la medición de las brechas de desigualdades y sus cambios en el tiempo, en lo concerniente al acceso y la cobertura universal de salud con equidad.



## **9. Jerarquización y supervisión de la aplicación del Modelo SABI**

---



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**INSABI**  
INSTITUTO DE SALUD  
PARA EL BIENESTAR

**Modelo de Salud para el Bienestar  
dirigido a las personas sin seguridad social,  
basado en la Atención Primaria de Salud**

El INSABI es la institución encargada de cumplir las tareas normativas, organizativas, de control y supervisión de la aplicación del Modelo SABI. Para la prestación de los servicios de salud se han definido los siguientes lineamientos de trabajo:

1. El Gobierno de la República mantendrá dos sistemas de atención a la salud, procurando la máxima coordinación entre ambos: por un lado, el de derechohabientes del ISSSTE y del IMSS y demás instituciones de seguridad social y, por el otro, el sistema de atención a la población sin seguridad social.
2. La coordinación de todo el sector salud está a cargo de la Secretaría de Salud Federal, de la cual dependen, en lo normativo, todas las instituciones del sistema nacional de salud.
3. El INSABI asumirá progresivamente la operación de los CS, hospitales y demás establecimientos de salud que se determinen y tendrá a su cargo la aplicación de las políticas del programa IMSS-Bienestar.
4. El INSABI tiene cuatro líneas de acción prioritarias desde el inicio de operaciones:
  - a) Adquirir, en coordinación con las Direcciones Generales del IMSS, del ISSSTE y otros prestadores públicos, todos los medicamentos, material de curación, equipos médicos e insumos que se requieren, con apego a la normatividad y los lineamientos emitidos por la Secretaría de Salud, así como su almacenamiento y la distribución, procurando crear un sistema eficaz de entrega a los establecimientos de salud. El objetivo es que nunca falten las medicinas y que se disponga de los equipos, sobre todo en los CS, UMR y hospitales, con especial cuidado a los ubicados donde habitan los indígenas, los más pobres y en las comunidades apartadas de los centros urbanos.



b) Supervisar que no falte personal de salud en las unidades de atención, cuidando que haya presencia permanente de médicos y enfermeras en las comunidades marginadas y remotas. Estar atento que no falten los médicos residentes y especialistas en los hospitales. Se contemplan incentivos y compensaciones en los tabuladores salariales para que ganen más quienes laboran en las comunidades más apartadas y las zonas en situación de pobreza. Se mantendrá actualizada la información sobre los médicos contratados y disponibles, así como de las escuelas de medicina existentes, públicas y privadas, procurando proyectar la formación en consideración con las necesidades presentes y futuras de médicos, enfermeras y demás trabajadores de la salud. Se estudiarán las opciones y se tomarán decisiones para incrementar la formación de médicos y especialistas en las universidades.

c) Establecer en el INSABI una Unidad de Coordinación Nacional a cargo de la construcción y el mantenimiento de la infraestructura de salud, orientada a mejorar las instalaciones existentes y decidir sobre las obras inconclusas, dando continuidad a las que se consideren necesarias para fortalecer el sistema público de salud. Se trabajará con racionalidad para no derrochar los recursos públicos.

d) Llevar a cabo un plan para mejorar, y en lo posible homogenizar, las condiciones de los contratos de los trabajadores del sector. A partir de un censo confiable, se eliminan las duplicidades y se cancelan las plazas de quienes cobran sin trabajar. Este plan incluye una propuesta para regularizar progresivamente a los trabajadores del sector salud, tomando en consideración la antigüedad, el buen desempeño y la disponibilidad de recursos. El propósito es que a finales del 2024 todos los trabajadores cuenten con plaza presupuestaria, con prestaciones salariales y sociales que marca la Ley Federal del Trabajo, a tono con la importante labor social que realizan.

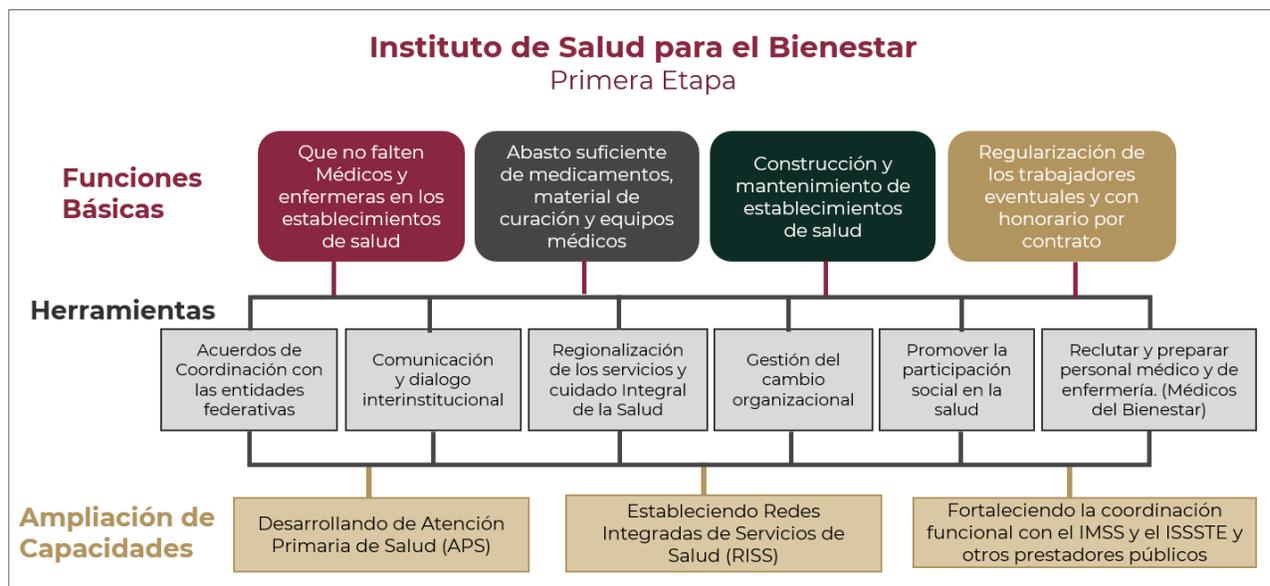
5. El INSABI regula su vínculo con los gobiernos de las entidades federativas a través de Acuerdos de Coordinación, que pueden tener dos variantes básicas según la decisión libre que cada una adopte:

(I) el INSABI será responsable de organizar, operar y supervisar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social;

(II) El ejecutivo del estado, a través de la Secretaría de Salud y de los Servicios de Salud del estado, será responsable de organizar, operar y supervisar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social.

La figura 6 ilustra las relaciones entre las líneas de acción prioritarias para el INSABI, con las herramientas institucionales a utilizar en los primeros momentos de vida del INSABI y la ampliación de las capacidades de trabajo del sector salud que se persiguen como metas generales.

Figura 6



Fuente: Elaboración propia, INSABI 2020.

6. El INSABI funciona con un equipo de dirección pequeño, con dos niveles superiores de mando que consisten en un Director General como autoridad principal y cuatro Titulares de Unidades de Coordinación Nacional: (1) Médica; (2) Abastecimiento de Medicamentos y Equipamiento Médico; (3) Infraestructura y Rehabilitación de Establecimientos Públicos; (4) Administración y Finanzas.



## **10. Los recursos humanos en la APS en México**

---



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**INSABI**  
INSTITUTO DE SALUD  
PARA EL BIENESTAR

**Modelo de Salud para el Bienestar  
dirigido a las personas sin seguridad social,  
basado en la Atención Primaria de Salud**



### **10a. El personal médico.**

En el contexto de la APS, el sistema nacional de salud requiere de manera creciente de personal médico para trabajar en las áreas rurales y marginales del país. Necesitan tener la formación y las habilidades necesarias para responsabilizarse con la salud de una población definida e interactuar con las familias, la población organizada y los liderazgos locales para abordar las determinaciones sociales y ambientales que afectan la salud.

Tomando en consideración las experiencias de otros países y las nacionales donde está desplegada una efectiva APS, se plantea la conveniencia de desarrollar un conjunto de competencias básicas en el personal médico, idealmente desde su formación, para cumplir las siguientes tareas:

- Mantener actualizado el ASIS de la población.
- Desarrollar los conocimientos y las habilidades para la APS con fuerte orientación a la promoción de la salud, siendo también capaces de prevenir y resolver los principales problemas de salud de la población y de impulsar los programas prioritarios de la Secretaría de Salud.
- Establecer una relación de respeto y confianza en el diálogo con las personas, familias y la comunidad, reconociendo y respetando la diversidad cultural, étnica, de preferencias y orientación de las personas.
- Comprender el ciclo de vida y los requerimientos de promoción, prevención, atención y rehabilitación que caracterizan cada etapa.
- Trabajar en un equipo interprofesional y asumir el liderazgo en el diálogo con otros sectores a nivel local sobre los temas sanitarios.
- Generar su propia capacidad de autoaprendizaje y de búsqueda de conocimientos.

Las ambiciosas capacidades señaladas se alcanzan mejor si el personal médico se forma trabajando con la comunidad, lo que puede significar para muchas

universidades transformar su currículum educativo, requiriendo tiempo para elaborar los nuevos programas de estudio y ponerlos en marcha.

Algunas recomendaciones convenientes de implementar en la formación médica, para orientarla mejor hacia el ejercicio de la APS, son las siguientes:

- Academizar la APS. Llevar a cabo un proceso de creciente interacción entre las instituciones de educación y los servicios de APS, con el doble propósito -y beneficio- de mejorar la atención de salud y de contribuir a la generación de conocimientos en el nivel local.
- Poner en contacto lo más temprano posible a las y los estudiantes con el trabajo local de la salud, para que el aprendizaje se sustente en los programas comunitarios y en la respuesta a las necesidades más frecuentes de las personas.
- Favorecer un mejor equilibrio de la formación en los distintos niveles de atención (hospitalaria y ambulatoria), con importante carga en las actividades de promoción de la salud y prevención de riesgos y enfermedades, en sintonía con el perfil epidemiológico y el contexto social y demográfico de la población.
- Consensuar los currículos disciplinares hacia un paradigma integrador que considere las prácticas interdisciplinarias e interprofesionales.
- Trabajar la comprensión sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud y la importancia de su superación para la equidad y justicia en salud.
- Desarrollar en las y los educandos valores éticos y de sensibilidad social, identificando la salud como un derecho humano y el compromiso de la profesión con el bienestar de la población, así como la comprensión de las perspectivas de género, diversidad e interculturalidad en la salud.



- Valorizar más el ejercicio de la profesión en la APS, eliminando la visión de éxito profesional vinculado solo al ejercicio de las especialidades hospitalarias.
- Rotar a las y los médicos residentes de tercer año de Medicina Interna un tiempo en las unidades médicas de APS, cubriendo en estas los 12 meses del año, lo que será un valioso elemento en su formación como especialista.

El Modelo SABI contempla un conjunto de posibilidades para crecer y estimular la práctica profesional en la APS, entre los que destacan las siguientes:

- Reclutar profesionales con alto sentido de ética y compromiso social en el ejercicio profesional, a través de la iniciativa denominada “Médicos del Bienestar”, para trabajar en las regiones con mayor vulnerabilidad del país.
- Crear un estímulo monetario progresivo, adicional al salario base, para quienes trabajan en las regiones de difícil acceso y alta vulnerabilidad social.
- Dar oportunidad al personal médico del servicio público para recibir formación especializada en APS, cumpliendo un programa académico acreditado por universidades del país. La Secretaría de Salud se compromete a facilitar el tiempo para que el personal médico complete el esquema académico.
- Generar las condiciones adecuadas de infraestructura y la disponibilidad de recursos para el ejercicio de la práctica profesional de la APS en los CS, UMR y las Unidades Móviles.
- Desarrollar una estrategia nacional de valorización del ejercicio de la APS, combinando tareas de comunicación y estímulos morales y materiales para los profesionales de la salud.
- Establecer convenios de cooperación con la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), UNICEF, Universidades públicas y privadas, Escuelas de Salud Pública y otras



instituciones para desarrollar estudios sobre la situación y el control de enfermedades, la promoción de la salud, el desarrollo de nuevas tecnologías médicas y de procesos asistenciales, entre otras líneas de trabajo.

### **10b. El personal de enfermería.**

El desarrollo de la APS demanda personal de enfermería preparado para trabajar en las unidades de primer nivel de áreas rurales y urbanas, con las habilidades necesarias para brindar cuidados de calidad privilegiando el enfoque preventivo y de promoción de la salud.

Su labor debe ser en interacción estrecha y permanente con la comunidad. En las unidades donde se atiende población originaria resulta conveniente que el personal sea oriundo de la localidad y domine el dialecto local.

Entre las responsabilidades a cumplir por el personal de enfermería, se encuentran las siguientes:

- Colaborar en el ASIS de la población, en la preparación de los planes y el desarrollo de las acciones de salud, realizadas tanto en las unidades como donde la población vive, trabaja y se desarrolla, promoviendo la participación de las personas y la comunidad en el autocuidado de la salud y la superación de las determinaciones sociales y ambientales que la afectan negativamente.
- Apoyar la entrega y la vigilancia del uso de las Cartillas Nacionales de Salud, la conservación, el manejo y la aplicación de productos biológicos con apego a lo normado para la red de frío y cumplir un importante papel operacional en las actividades de vacunación.
- Participar en las labores interprofesionales junto con el personal médico y otros trabajadores aplicando el enfoque de curso de vida, de manera destacada en el trabajo con los menores de 5 años, las embarazadas y púerperas, los pacientes con enfermedades crónicas y condiciones de

riesgo (sobrepeso, obesidad, etc.), desnutridos y en la atención integral del adolescente, las mujeres y los adultos mayores.

- Atender el control y seguimiento de los padecimientos de notificación obligatoria (tuberculosis, VIH/SIDA, malaria, etc.) y participar en la respuesta a las situaciones de emergencia epidemiológica y desastres.
- Apoyar en el control y la entrega de medicamentos a los pacientes.
- Preparar y esterilizar el material de curación, equipo, instrumental y ropa para la atención de los pacientes. Manejar los desechos y residuos tóxicos e infectocontagiosos de acuerdo con las disposiciones aplicables. También educar, supervisar y colaborar con el personal de servicios generales para que las áreas se mantengas limpias y ordenadas para la atención segura de la población.

Considerando los desafíos que enfrentan los cuidados de enfermería dentro del Modelo SABI, se planea desarrollar, junto con instituciones académicas, procesos de perfeccionamiento de la formación y educación continua para el desarrollo de las habilidades y prácticas de enfermería en el ejercicio de la APS.

### **10c. Las y los gestores comunitarios de APS.**

Este personal está pensado como importantes agentes del cuidado de la salud de la población, desempeñando funciones especiales dentro del ESB en la promoción de la salud, prevención y curación de las enfermedades a nivel local, siendo particularmente valiosos para cumplir diversas tareas sanitarias donde las personas desarrollan su vida familiar y comunitaria: en las casas, los centros de trabajos y lugares de reunión, entre otros.

La presencia y utilización en los programas prioritarios de salud de las y los actuales promotores de salud, cuyo perfil ocupacional es parecido al asignado a los gestores comunitarios de APS en el Modelo SABI, es bastante disímil entre las instituciones públicas prestadoras de servicios e incluso entre entidades federativas. Existen numerosos ejemplos de buenas prácticas de este personal,



principalmente centradas en la prevención y la promoción de la salud y la organización comunitaria, de las que se pueden extraer interesantes lecciones y aprendizajes sobre la contribución que hacen para mejorar la salud poblacional.

La idea que se persigue es potencializar los aportes de este personal al cuidado de la salud. Partiendo de las experiencias exitosas de las y los promotores, sean contratados o voluntarios de la comunidad, se planea hacer un amplio reclutamiento y la preparación progresiva de este recurso humano para integrarlo a los ESB. La propuesta incluye que sean parte de la plantilla de personal, con derechos laborales reconocidos, incluido el goce de un salario y condiciones de trabajo seguras, sin coerción ni discriminación alguna.

De preferencia, deben ser originarios y aceptados por la comunidad para ocupar el puesto, considerando que los conocimientos sobre las características socioeconómicas y culturales prevalentes le pueden facilitar mucho su labor, sumado al dominio de la lengua local donde esto es relevante.

El nivel de escolaridad mínimo deseable para este personal es de secundaria, pero si la situación local lo exige, se puede aceptar la primaria terminada. Están sujetos a cumplir un programa de educación continua sobre temas esenciales de promoción de la salud, la prevención de enfermedades y otros diversos contenidos de salud pública.

El personal gestor comunitario de APS está llamado a desarrollar contactos estrechos con las familias y comunidades, en muchos casos como interlocutor inicial, con foco operacional en incrementar en las personas el conocimiento sobre salud en temas como: cuidado de la salud individual y familiar; control sanitario ambiental; promoción de la salud mental; prevención de la violencia, las adicciones y los accidentes; fomento del ejercicio físico y de los espacios saludables; apoyo social a las y los discapacitados y adultos mayores; y de abogacía por la salud con las autoridades en el nivel local.

También deben ser activos, formando parte de los ESB, en promover la participación comunitaria en salud; contribuir a la prestación de servicios integrales y centrados en las personas; realizar censos nominales y levantar cédulas de micro diagnóstico sanitario; e informar a la población sobre los servicios que se prestan en las unidades de salud de primer y segundo nivel de atención y contribuir a encaminar a las personas a las unidades de salud cuando lo necesiten.

#### **10d. Otros profesionales y técnicos de salud.**

Se contempla incorporar otras(os) profesionales de la salud en los CS, particularmente en los de más de tres ESB, cuando institucionalmente sea aconsejable dada la alta demanda de atención, condiciones de acceso a la atención y el perfil epidemiológico de la población. Se trata de personal de odontología, psicología, técnicos de radiología y de rehabilitación, de trabajo social, laboratoristas y nutriólogos, principalmente. En las UNEME se debe contar con la presencia de especialistas, según el perfil del trabajo que ésta tiene.



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**INSABI**  
INSTITUTO DE SALUD  
PARA EL BIENESTAR

**Modelo de Salud para el Bienestar  
dirigido a las personas sin seguridad social,  
basado en la Atención Primaria de Salud**



## **11. Visión de mediano plazo del sistema de salud de México**

---



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**INSABI**  
INSTITUTO DE SALUD  
PARA EL BIENESTAR

**Modelo de Salud para el Bienestar  
dirigido a las personas sin seguridad social,  
basado en la Atención Primaria de Salud**

Numerosos estudios y las opiniones de especialistas y autoridades de salud coinciden que el sistema de salud mexicano ofrece una protección incompleta y desigual a la población. Asimismo, tiene amplia aceptación la idea de que, para conseguir mayor equidad y universalidad, es necesario que se supere la segmentación del acceso y la cobertura, actualmente dividida en varios subsistemas públicos de atención, cada uno orientado a distinto grupo poblacional, con diferencias en las capacidades técnicas y en el nivel y las prioridades de gasto, donde la entrada de las personas a cada institución es dictada por su inserción laboral o la condición económica.

Los análisis más acabados concuerdan que la gobernanza y el financiamiento fragmentado del sector salud obstaculiza la eficiencia y eficacia del gasto público en salud y también impide brindar una respuesta cabal a las necesidades de salud de la población. Hay consenso entre autoridades, analistas e investigadores sobre lo impostergable que resulta, desde la perspectiva de justicia social, avanzar decididamente hacia un sistema de salud más equitativo, eficiente y sostenible.

Es necesaria una evolución del sistema nacional de salud que apunte a la integración del trabajo entre las instituciones públicas prestadoras de servicios. Esta es una meta compleja posible de visualizar solo en el mediano plazo, dadas las diferencias de todo tipo existente entre las instituciones y la complejidad de las transformaciones que deben realizarse.

La presente administración federal tiene la firme decisión política de llevar adelante este salto cualitativo hacia la integración del sistema nacional de salud y alcanzar nuevas metas de salud y bienestar con equidad para la población mexicana.

Con la puesta en marcha del Modelo SABI, se crean condiciones para avanzar en el trabajo armonizado entre los distintos prestadores públicos de servicios de salud. El Artículo 77 bis 35 de la LGS, al fijar el objeto del INSABI, establece que

trabaje en coordinación con la Secretaría de Salud, en su carácter de órgano rector del sector, impulsando acciones orientadas a lograr una adecuada integración y articulación de las instituciones públicas del sistema nacional de salud.

La ruta crítica propuesta para este proceso transita inicialmente por la adopción de enfoques compartidos entre las instituciones de salud (IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud, abierto a incorporar otras instituciones de seguridad social), definiendo principios funcionales y programas priorizados comunes, así como objetivos, metas de trabajo y criterios de desempeño compartidos. Dentro de este enfoque, la primera pieza cumplida es el análisis conjunto de los contenidos del Modelo SABI, incorporando importantes experiencias de las instituciones de seguridad social.

Un segundo momento es la convergencia de prácticas en la prestación de servicios, expresado en la homologación de normas y procedimientos de gestión y atención a la salud, que debe incluir los sistemas de información, guías operacionales, protocolos de atención y la integración de Comités Técnicos conjuntos, entre otros desarrollos convenientes de armonizar en el marco del Modelo SABI. Buenos ejemplos de convergencia son la compra conjunta de medicamentos de las instituciones públicas de salud realizada desde 2020 y las guías de práctica clínica para la atención del VIH/SIDA, la hepatitis C y otras afecciones.

El tercer momento de la integración funcional del sistema nacional de salud es la oferta de capacidades conjuntas para atender las demandas de la población. Sus principales elementos son alcanzar una regionalización común de los servicios y el uso compartido de los establecimientos de salud con criterio territorial, para satisfacer las necesidades de la población lo más cerca posible adonde viven, trabajan y se desarrollan.

Una visión compartida entre todos los prestadores públicos es alcanzar, en algún momento del desarrollo sectorial, la oferta de los servicios públicos integrados a todas y todos los ciudadanos sin distinciones de otro tipo que no sea la necesidad de cuidados médicos y el uso eficiente de las capacidades instaladas, como paso decisivo para la universalización de la atención a la salud en México.

La siguiente figura resume la propuesta operacional descrita anteriormente.

Figura 7



Fuente: Elaboración propia, INSABI 2020

Los tres momentos en la visión de mediano plazo del sistema nacional de salud no debe entenderse como que el fin de uno marca el inicio del siguiente. El desarrollo de los tres momentos se traslapa, en la medida las instituciones públicas avanzan en el consenso y la factibilidad para trabajar integradamente. Quiere decir, por ejemplo, que aun cuando se buscan enfoques compartidos en determinados elementos de la atención, existen otros donde se actúa con plena



convergencia de prácticas o con integración de las capacidades de las instituciones para prestar los servicios de salud que necesita la población en un territorio determinado.

La apreciación hecha sobre tres momentos de articulación de la labor entre los distintos prestadores públicos de salud no debe entenderse como abandono de la formalización de convenios y acuerdos de cooperación de ámbito nacional, estatal o local; todo lo contrario, buscan abonar el entendimiento en los temas y espacios comunes, con el objetivo superior de beneficiar a la población de la mejor manera posible. El Modelo SABI busca ser una plataforma de encuentro para los arreglos interinstitucionales.

Esta visión de mediano plazo se considera el camino para que en un futuro no tan lejano se logre consolidar un sistema de salud integrado en la república mexicana, que garantice por igual a todas y todos los ciudadanos acceso universal a servicios integrales de salud, públicos y gratuitos.



## **12. Consideraciones finales**

---



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**INSABI**  
INSTITUTO DE SALUD  
PARA EL BIENESTAR

**Modelo de Salud para el Bienestar  
dirigido a las personas sin seguridad social,  
basado en la Atención Primaria de Salud**

La salud es un derecho de todas las personas y el Estado es responsable de su preservación y mejoría continua. Su cuidado no es tarea exclusiva de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, del INSABI ni los gobiernos locales; es tarea de todas y todos.

El mejoramiento de la salud es el resultado de la unión de esfuerzos que abarca desde el compromiso individual, familiar y comunitario con el autocuidado, sumado a la responsabilidad del Estado y la sociedad organizada de atenderla con mirada aguda y acento operativo en la promoción de la salud y en superar las determinaciones sociales y ambientales que la afectan y frenan el enorme aporte que la salud puede hacer al bienestar de las personas, familias y comunidades.

La Secretaría de Salud de México, como institución del gobierno encargada de preservar y mejorar la salud individual y colectiva de la población, y el INSABI, en su carácter de organismo descentralizado de la administración pública federal, responsable de proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos e insumos asociados a las personas sin seguridad social, tienen la responsabilidad de conducir los esfuerzos institucionales para alcanzar el propósito de una buena salud y bienestar para todas las personas por igual.

La necesidad de corregir las debilidades e inconsistencias producidas por el Seguro Popular y de superar otras fallas sistémicas del sector tiene una magnitud tal, que solo con una marcada evolución estructural y funcional del sistema de salud será posible lograr la salud universal en el país, estimándose como una opción necesaria y factible la implementación del Modelo SABI basado en la APS.

En adelante, el ejercicio de la responsabilidad pública por la salud de la población coloca su acento operacional en el desarrollo del Modelo SABI, el cual tiene como condición esencial centrarse en el bienestar de las personas, familias y comunidades promoviendo la salud y los cuidados preventivos desde el hogar y

en los entornos públicos, desarrollando una atención a las personas más integral y eficaz a un costo que la nación puede sostener.

El nacimiento del INSABI en el año 2020 vislumbra una nueva etapa que busca resolver los problemas de fondo del sector salud en México y construir un sistema sanitario más equitativo y menos fragmentado, que supere definitivamente las injustas diferencias de acceso y cobertura de atención a la salud entre connacionales, dictadas por la inserción en la economía nacional o el poder adquisitivo de las personas y familias.

La fuerza para conseguir el cambio estructural y funcional del sector salud es el compromiso del gobierno con una política pública orientada al bienestar humano y será el resultado de la labor mancomunada de las y los profesionales de la salud y de otras disciplinas como la arquitectura, ingenierías, antropología, sociología, trabajo social, cultura del deporte, físicos, químicos, biólogos y de administración, instrumentada mediante una decidida labor conjunta entre las instituciones del sector salud y con otros sectores del desarrollo económico y social.

La transformación del sistema de salud de México será progresiva, con un hito en 2024 cuando se espera tener consolidado un sistema esencialmente público, plenamente gratuito y basado en la APS. Sus valores serán la universalidad, donde todas las personas disfruten de acceso y cobertura de atención según las necesidades de cada quien; la equidad en los beneficios que las y los ciudadanos reciben del sistema sanitario, independiente del régimen de adscripción o no a la seguridad social; integral porque cubrirá la promoción, prevención, curación y rehabilitación, velando por la atención continua de las personas en los diferentes niveles de complejidad técnica ambulatoria y hospitalaria; y de calidad, considerando el uso seguro de los servicios de salud y la garantía de condiciones estructurales y funcionales adecuadas para el fomento y cuidado de la salud individual y colectiva de la población.

La implementación del Modelo SABI es marcada por un renovado y profundo esfuerzo de trabajo conjunto entre los prestadores públicos de servicios de salud, particularmente entre el IMSS, el ISSSTE y la Secretaría de Salud, que se traduce en la visión compartida de un sistema nacional de salud universal, que actúa con oportunidad y eficiencia en el uso de los recursos públicos, posible de alcanzar en el mediano plazo.

Se desplegará un marco de medición de los avances y desafíos que persisten en la protección de la salud, cuantificando los resultados alcanzados en relación con las expectativas trazadas, de manera que los directivos y los gestores puedan tomar decisiones correctivas, de sostenimiento o de intensificación de las acciones, al tiempo que se facilita la obligada rendición de cuenta a la sociedad sobre la labor cumplida.

Con la aplicación del Modelo SABI se avanzará en la construcción del sistema de salud para el bienestar que establece el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, contribuyendo a edificar un país con oportunidades para todas y todos, donde las personas y comunidades vivan seguras en un entorno saludable, disfrutando de acceso y cobertura universal de salud.



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**INSABI**  
INSTITUTO DE SALUD  
PARA EL BIENESTAR

**Modelo de Salud para el Bienestar  
dirigido a las personas sin seguridad social,  
basado en la Atención Primaria de Salud**



## **13. Bibliografía**

---



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**INSABI**  
INSTITUTO DE SALUD  
PARA EL BIENESTAR

**Modelo de Salud para el Bienestar  
dirigido a las personas sin seguridad social,  
basado en la Atención Primaria de Salud**

- Báscolo E, Houghton N, del Riego A. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. Rev Panamericana Salud Pública. 2018;42:e126. En: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.126>
- Bitton A et al. Primary Health Care as a Foundation for Strengthening Health System in low - and Middle – Income Countries. J Gen Intern Med 32(5): 566-71. 2016 (open Access at Springerlink.com)
- Bitton A, Fifields J, Ratcliffe H, et al. Primary healthcare system performance in low-income and middle-income countries: a scoping review of the evidence from 2010 to 2017. BMJ Global Health 2019;4:e001551. doi:10.1136/bmjgh-2019-001551
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social CONEVAL. Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2018. Ciudad de México. 2018. En: [https://www.coneval.org.mx/Evaluación/IEPSM/Documents/IEPD\\_2018.pdf](https://www.coneval.org.mx/Evaluación/IEPSM/Documents/IEPD_2018.pdf) (acceso el 04/12/2019)
- Consejo de Salubridad General (CSG). Hacia la construcción del compendio nacional de medicamentos. Junio 2019.
- Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. En: <https://www.e-quipu.pe> (acceso el 17/12/2019)
- DOF. DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y la Ley de los Institutos Nacionales de Salud. 29/11/2019. En: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5580430&fecha=29/11/2019](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5580430&fecha=29/11/2019) (acceso el día 2/12/2019)
- Gobierno de México. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS). Atención Primaria de Salud Integral e Integrada: la propuesta metodológica y operativa. Ciudad de México. Noviembre de 2019. En:

[http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/Distritos\\_de\\_Salud\\_VF.pdf](http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/Distritos_de_Salud_VF.pdf) (acceso el día 13/01/2020)

- Hernández Ávila M, Cervantes Trejo A. Santamaría Guasch C, Castro Onofre M, Vieitez Martínez I, Castañeda Alcántara ID, Santamaría Guasch A. Salud deteriorada. Opacidad y negligencia en el sistema público de salud. Ciudad de México: Mexicanos contra la Corrupción y la Impunidad, 2018

- INEGI/Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018. Presentación de resultados. En: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ensanut/2018/doc/ensanut\\_2018\\_presentacion\\_resultados.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ensanut/2018/doc/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf)(acceso el día 05/01/2020)

- Laurell Asa C. Impacto del Seguro Popular en el Sistema de Salud Mexicano. Consejo latinoamericano de Ciencias Sociales. Colección CLACSO-CROP. Buenos Aires, Argentina 2013.

- Lineamientos del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). Documento de trabajo. México, 8 de julio de 2019.

- López-Arellano O, Jarillo-Soto E. La reforma neoliberal de un sistema de salud. Evidencia del caso mexicano. Cad. Saúde Pública vol. 33 supl.2 Rio de Janeiro 2017. En: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017001405002&lang=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001405002&lang=es) (acceso el día 02/08/2019)

- Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C y grupo de trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Pública.2007;21(2/3):73-84.

- Mendes, Eugenio Vilaça. Las redes de Atención a la Salud. Ed. En español. OPAS/OMS Representación en Brasil. Brasilia-DF. 2013.

- Mújica OJ, Moreno CM. De la retórica a la acción: medir desigualdades en salud para “no dejar a nadie atrás”. Rev Panam Salud Pública. 2019;43:el2.<https://doi.org/10.26633/RPSP:2019.12>.

- OECD (2019), Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.  
En: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- OECD (2016). OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016, OECD Publishing, Paris.
- OECD/The World Bank (2020). Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020, OCDE Publishing, Paris. En:  
<https://doi.org/10.1787/740f9640-es>
- OMS. La Atención Primaria de Salud más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra, Suiza. 2008.
- OMS. Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona. Informe de la Secretaría. 69ª Asamblea Mundial de la Salud punto 16.1 de la Orden del día provisional. Ginebra, Suiza. Abril/2016.
- OMS. Declaración de Astaná. Global Conference on Primary Health Care. Astaná, Kazakstán. 25-26 de octubre de 2018. WHO/HIS/SDS/2018.61
- Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Políticas y Hoja de Ruta para su implementación en Las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en Las Américas. Washington D.C. 2010.
- Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Oficina de Argentina. Transformando los Servicios de Salud hacia Redes Integradas de Servicios de Salud. Buenos Aires. 2017.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Hospitales en Redes Integradas de Servicios de Salud. Recomendaciones Estratégicas. Washington D.C. 2018.
- Organización Panamericana de la Salud. Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Resumen ejecutivo de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en Las Américas. Washington D.C.: OPS 2018.

- Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos. Situación de Salud en Las Américas. Washington, D.C. Estados Unidos de América, 2019.
- Organización Panamericana de la Salud. Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Ed. Revisada. Washington D.C.: OPS, 2019.
- Paim Jairnilson Silva. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil publicado em Política e Sistema de Saúde no Brasil, cap. 15, pag. 547-573. Rio de Janeiro, Brasil. 2013.
- Pesec M, Ratcliffe HL, Karlage A, et al. Primary health care that works: The Costa Rican experience. *Health Affairs* 36, No. 3 (2017): 531-538. Doi:10.1377/hlthaff.2016.1319
- Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Estados Unidos Mexicanos-MÉXICO. DOF: 12/07/2019.
- Rivera JA, Colchero MA, Fuentes ML, Gonzalez de Cosío T, Aguilar CA, Hernández G, Barquera S (eds). La obesidad en México. Estado de la política pública y recomendaciones para su prevención y control. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2018.
- Saturno P, Gutiérrez JP, Armendáriz DM, Armenta N, Candía E, Contreras D, Fernández M, Galván A, Hernández JL, Hernández Ávila JE, Palacio LS, Poblano O, Vértiz J, Vieyra W, Wirtz V. Calidad en el primer nivel de atención de los servicios estatales de salud. Diagnóstico estratégico de la situación actual. Cuernavaca, México: INSP, 2014.
- Saturno P, Gutiérrez JP, Armendáriz DM, Candía E, Fernández M, Galván A, Hernández JL, Hernández Ávila JE, Palacio LS, Poblano O, Vértiz J, Vieyra W, Wirtz V. Calidad en el primer nivel de atención de los servicios estatales de salud. Propuesta de intervenciones. Cuernavaca, México: INSP, 2014.
- Schwarz D et al. Continuity in Primary care: a critical but neglected component for achieving high-quality universal health coverage. *BMJ Global Health* 2019; e001435.doi:10.1136/bmjgh-2019-001435.

- Secretaría de Salud (SSA). Gasto en salud por fuente de financiamiento, 1993-2017. México, agosto 2019. En:  
[www.dgis.salud.gob.mx/descargas/xls/1\\_01\\_2017\\_A\\_CORR\\_O.xlsx](http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/xls/1_01_2017_A_CORR_O.xlsx) (acceso el día 23/08/2019)
- Secretaría de Salud. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Dirección General de Información en Salud (DGIS). Tablero histórico de control de mortalidad 2000-2007. Septiembre 2019. En:  
[http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/tablero/analisis\\_informacion/publicaciones/Tablero\\_Mortalidad\\_2000\\_2017.pdf?v=1.1](http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/tablero/analisis_informacion/publicaciones/Tablero_Mortalidad_2000_2017.pdf?v=1.1)
- Secretaría de Salud (SSA). Acuerdo para garantizar el derecho a la protección de la salud de toda la población y hacer efectivo el acceso a la atención médica y medicamentos gratuitos a las personas sin seguridad social (documento de trabajo). México, 2019.
- Secretaría de Salud (SSA). Primer Informe de labores 2018 – 2019. 1º de septiembre de 2019.
- Starfield B., Shi L., Macinko J., Contribution of primary care to health systems and health. The Milbank Quarterly, 2005. USA. En:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690145/pdf/milq0083-0457.pdf> (acceso el día 20/08/2019)
- The Institute for Health Metrics and Evaluation. Profile of Mexico 2020. Seattle, WA: IHME, Universidad de Washington, 2018. En:  
<http://www.healthdata.org/Mexico>.



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**INSABI**  
INSTITUTO DE SALUD  
PARA EL BIENESTAR

**Modelo de Salud para el Bienestar  
dirigido a las personas sin seguridad social,  
basado en la Atención Primaria de Salud**

## Siglas y acrónimos

APS	Atención Primaria de Salud
ASIS	Análisis de Situación de Salud
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CCINSHAE	Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
CDMX	Ciudad de México
CS	Centro de Salud
CESSA	Centro de Servicios de Salud Ampliados
CSG	Consejo de Salubridad General
DOF	Diario Oficial de la Federación
ESB	Equipo de Salud para el Bienestar
FPGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
GPS	Gasto Público en Salud
GRAL	General
GTS	Gasto Total en Salud
Hab.	Habitantes
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía
INSABI	Instituto de Salud para el Bienestar
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
ITS	Infección de Transmisión Sexual
JS	Jurisdicción Sanitaria
MAI	Modelo de Atención Integral a la Salud
MASPA	Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta

MIDAS	Modelo Integrador de Atención a la Salud
MMDP	Mil Millones de Pesos
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PIB	Producto Interno Bruto
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
SABI(Modelo)	Modelo de Salud para el Bienestar
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SEMAR	Secretaría de la Marina
SSA	Secretaría de Salud
UMR	Unidad Médica Rural
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
4 T	Cuarta Transformación de la República Mexicana



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**INSABI**  
INSTITUTO DE SALUD  
PARA EL BIENESTAR

**Modelo de Salud para el Bienestar  
dirigido a las personas sin seguridad social,  
basado en la Atención Primaria de Salud**



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**INSABI**  
INSTITUTO DE SALUD  
PARA EL BIENESTAR

**Modelo de Salud para el Bienestar  
dirigido a las personas sin seguridad social,  
basado en la Atención Primaria de Salud**



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**INSABI**  
INSTITUTO DE SALUD PARA  
EL BIENESTAR