

Ciudad de México, 14 de diciembre de 2020.

**Oficio No. UAE-260-2020**

**Asunto:** Respuesta a preguntas de Diputados y Senadores

**Lic. Mónica A. Mieres Hermosillo**  
Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social

**PRESENTE**

Me permito remitirle los documentos que contienen la atención a las preguntas de la Senadora Federal Beatriz Paredes Rangel y del Diputado Federal Éctor Jaime Ramírez Barba, derivado de la comparecencia del Secretario de Salud, Jorge C. Alcocer Varela ante la Cámara de Diputados y de Senadores.

Lo anterior, para que por su amable conducto se le haga llegar a la Senadora y Diputado los documentos anexos de referencia.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

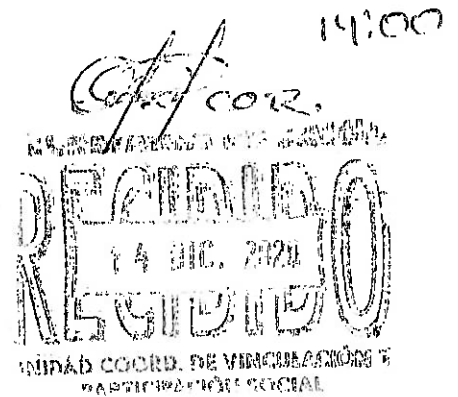
**ATENTAMENTE**



**Dr. Marcos Cantero Cortés**  
Titular de la Unidad de Análisis Económico

c.c.p.- Dr. Jorge C. Alcocer Varela, - Secretario de Salud. - Para su conocimiento.

Sección/Serie: 252



Ciudad de México, a 14 de diciembre de 2020.

**Estimado Diputado Dr. Éctor Jaime Ramírez Barba,**

**Derivado de la Comparecencia del C. Secretario de Salud en la Cámara de Diputados se da respuesta a las preguntas pendientes.**

**Temas principales**

### **1. Covid- 19**

La vigilancia epidemiológica en el país, inició desde el 31 de diciembre de 2019, cuando se detectó en medios no oficiales, la circulación de casos de neumonía por un agente etiológico hasta entonces desconocido, detonando la activación del sistema específico de vigilancia.

Desde los primeros días de enero del presente año hasta la fecha, se ha articulado con los Servicios de Salud de todas las entidades federativas el estudio epidemiológico de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral, el cual se ha aplicado a toda persona que cumple con la definición operacional vigente, y posterior notificación a la plataforma informática del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Respiratorias (SISVER) componente del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) que gestiona la Dirección General de Epidemiología (DGE) para la recepción, verificación, integración y análisis de información para la toma de decisiones de COVID-19.

Hasta el 11 de octubre de 2020, se han publicado 260 Informes técnicos diarios COVID-19, 24 informes semanales de la situación epidemiológica de COVID-19, ocho informes de personal de salud afectados por COVID-19 y 224 conferencias vespertinas de COVID-19.

Se coordinaron acciones para la identificación de casos en poblaciones vulnerables, generándose grupos de trabajo intersectoriales e interinstitucionales para generar acciones conjuntas: 24 informes para embarazadas-puérperas, 19 enfocados a migrantes en territorio mexicano y cuatro análisis en la población que se reconocen como indígena.

Al 11 de octubre de 2020, se emitieron 2,393 informes relacionados generados por la Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria (UIES). De los que presentan:

- 286 informes de monitoreo de medios, 286 informes diarios de monitoreo epidemiológico, 232 informes técnicos de situación mundial.
  - 223 mapas y gráficas de regiones afectadas por COVID-19, que tienen la finalidad de realizar un análisis para su uso constante en la toma de decisiones. Se utilizan indicadores como mortalidad, letalidad global y regional, casos acumulados, defunciones a nivel global.
-

- 244 bullets con información internacional que se publican en el sitio oficial para informar a la población sobre el comportamiento en otras regiones de COVID-19.
- 180 informes de monitoreo de medios en conjunto Secretaría de Salud- Instituto Mexicano del Seguro Social- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (SSA-IMSS-ISSSTE).
- 132 gráficos de análisis, que incluyen indicadores epidemiológicos.
- 80 análisis de tendencias, generados de la vigilancia de las tendencias de Twitter.
- 76 informes especiales de monitoreo de medios, predecesor del informe de monitoreo de medios conjunto SSA-IMSS-ISSSTE.
- 114 informes de inteligencia (briefing), que resume los eventos de mayor importancia en las últimas 24 horas detectados en medios de comunicación, la evidencia científica relacionada a COVID-19 de mayor impacto publicada en las últimas 24 horas, los brotes identificados en medios de comunicación, así como el análisis de las tendencias en Twitter.
- 57 análisis de situación por COVID-19 de los países fronterizos e iniciales de la pandemia, incluyendo a Estados Unidos, Belice y Guatemala.
- 281 informes técnicos de eventos relacionados a COVID-19, relacionados con evidencia científica de alto impacto, comunicados técnicos, reuniones y conferencias de organizaciones gubernamentales como los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS), y el *European Centre for Disease Control and Prevention* (ECDC), eventos de alto riesgo epidemiológico y eventos relacionados a la sanidad internacional.
- 87 “alertómetros”, donde se integran los puntos clave de los eventos más relevantes para la salud de la población relacionados a COVID-19, con la información de las últimas 24 horas.
- 34 informes diarios de monitoreo de medios de agresiones al personal de salud.
- 21 informes de medidas de desconfinamiento e indicadores implementados por la pandemia, que incluye información internacional.
- 19 secciones de situación internacional publicadas en el informe semanal de COVID-19.
- 20 informes del panorama de COVID-19 en la región de las Américas.
- 9 avisos Preventivos de Viaje.
- 7 evaluaciones Rápidas de Riesgo que se llevan a cabo en las etapas iniciales de un evento o incidente de potencial amenaza para la salud pública.
- 5 informes especiales de brotes identificados en medios de comunicación.

La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) autorizó la importación y comercialización de dispositivos médicos, entre los que destacan los ventiladores pulmonares y pruebas para la detección del COVID-19.

Realizó además la evaluación y aprobación de protocolos de investigación de medicamentos, plasma convaleciente y de bioequivalencia, infraestructura del condicionamiento de espacios destinados a la atención médica, así como condicionamiento de servicios de sangre.

Esto representa la atención de 52,607 solicitudes de las cuales, se han resuelto 48,437 y se encuentran en proceso de atención 4,170, todas dentro de los tiempos oficiales de resolución.

---



Se han emitido 18 autorizaciones de maquilas, 2 de Farmacias Hospitalarias, 70 Certificados de Buenas Prácticas de Fabricación, la liberación de 37 biológicos y la emisión de licencias para 752 servicios de desinfección.

- En materia de Protocolos de Investigación al 31 de agosto de 2020, hay 82 protocolos atendidos (25 de plasma y 57 estudios de diferentes fármacos relacionados con el tratamiento de COVID-19).
- Se han autorizado 21 pruebas serológicas al 31 de agosto de 2020.
- Pruebas moleculares, al 31 de agosto de 2020, el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE) ha evaluado favorablemente 49 pruebas y se han emitido 40 autorizaciones temporales.

#### **Ventiladores invasivos**

Al 31 de agosto de 2020, se han recibido 34 solicitudes de autorización, mismos que ya se comercializan en el mundo, de las cuales 31 se han autorizado.

Se han recibido 9 solicitudes de autorización de prototipos de ventiladores invasivos y 2 han sido autorizados.

Al 31 de agosto de 2020, se Autorizaron 7 Unidades de Atención Temporal COVID-19: 4 en CDMX, 2 en Estado de México y 1 en Nuevo León.

- En una tarea intersecretarial la COFEPRIS ha participado de manera activa en el ámbito de sus atribuciones en los asuntos siguientes:
  - a. La compra consolidada a través de la evaluación técnica de los productos que se adquieren.
  - b. Asistencia en el proceso de donación nacional e internacional a través de la evaluación técnica de los productos que se donan.
  - c. La elaboración del procedimiento para la autorización de pruebas diagnósticas, en coordinación con el InDRE, para establecer el procedimiento de autorización de pruebas diagnósticas moleculares, el cual se encuentra publicado en: <https://www.gob.mx/cofepris/articulos/aviso-importante-sobre-la-prueba-diagnostica-covid-19>, para conocimiento de la población e interesados particulares.

En términos de vigilancia sanitaria se clausuraron 10 Laboratorios por realizar pruebas Covid-19 con irregularidades (2 Baja California Sur, 2 Coahuila, 2 Jalisco, 3 Morelos, 1 Sinaloa, 1 Tamaulipas). Se aseguraron pruebas rápidas en San Luis Potosí, Sonora y Quintana Roo.

#### **Acuerdos**

Referente a los **acuerdos realizados** debido al Covid-19, se han publicado **27 lineamientos en el Diario Oficial de la Federación (DOF)** para atender las necesidades generadas por **SARS-CoV2 (COVID-19)**.

---

La materia de estos acuerdos incluye: acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria, actividades de atención y respuesta, medidas preventivas para la mitigación y control de los riesgos para la salud, adquisición e importación de los bienes y servicios necesario para combatir la enfermedad grave de atención prioritaria generada por el virus SARSCoV2 (COVID-19), establecimiento de lineamientos técnicos y actividades esenciales, contratación del personal de salud, estrategia para la reapertura de las actividades sociales, educativas y económicas, así como un sistema de semáforo por regiones; criterios para las poblaciones en situación de vulnerabilidad; promoción e impartición de contenidos que fomenten y promuevan estilos de vida saludables, manejo de cadáveres a consecuencia de la enfermedad por el virus SARSCoV2 (COVID-19) y medidas para el registro de las defunciones en el marco de la emergencia sanitaria.

En colaboración con los diferentes sectores, se han desarrollado y actualizado de manera permanente, lineamientos y documentos de recomendaciones en materia COVID-19; los cuales han sido puestos a disposición para la población en general y personal de salud en el sitio web: [coronavirus.gob.mx](http://coronavirus.gob.mx).

Al 17 de septiembre del presente, suman un total de 66 documentos publicados, que se desglosan de la siguiente manera: 17 lineamientos, 5 guías, 4 protocolos de actuación, 14 documentos de recomendaciones y 26 documentos de carácter general. Algunos de estos son:

- Elaboración del lineamiento técnico para el uso y manejo del equipo de protección personal ante la pandemia por COVID-19.
  - Cédula de Autoevaluación para CAT-Covid-hospital móvil para la atención de pacientes.
  - Lineamientos de reconversión hospitalaria.
  - Lineamiento para la atención de pacientes por COVID-19.
  - Lineamiento de control de infecciones.
  - Uso de medicamento de eficacia no demostrada en pacientes con COVID-19 atendidos en Hospitales en la República Mexicana.
  - Recomendación de que el Tocilizumab no debe de ser utilizado como alternativa de tratamiento para pacientes COVID-19.
  - Uso de Dexametasona en pacientes hospitalizados por COVID-19.
  - Algoritmo diagnóstico y de alta sanitaria para personal de salud en unidades de atención y que presentan sintomatología de infección respiratoria aguda.
  - Proceso de prevención de infecciones para las personas con COVID-19.
  - Lineamientos técnicos para protocolos de investigación relacionados al uso terapéutico de plasma proveniente de donadores convalecientes de COVID-19 secundaria a infección por SARS-CoV-2.
  - Recomendaciones y lineamientos a los Bancos de Sangre y a las Instituciones de Salud.
  - Lineamiento Técnico de Donantes de Sangre de Células Troncales con infección por SARS CoV2 y COVID-19.
  - Lineamientos para protocolos de investigación de plasma convaleciente.
  - Estrategia para el abastecimiento de sangre segura.
  - Selección de donantes de sangre en el contexto de la pandemia.
  - Selección de donantes y trasplante de células troncales.
-

- Bioseguridad en los bancos de sangre y servicios de transfusión.
- Ruta crítica para procesamiento de muestras.
- Listas de verificación para Bancos de Sangre en el contexto de la pandemia.
- Guía para la transición hacia la nueva normalidad.
- Registro y seguimiento a los protocolos de investigación del uso terapéutico de plasma convaleciente en pacientes con SARS CoV-2.
- Lineamientos de respuesta y de acción en salud mental y adicciones para el apoyo psicosocial durante la pandemia por COVID-19 en México.
- Lineamientos generales para mitigación y prevención de COVID-19 en hospitales psiquiátricos.
- Recomendación sobre actividad física para personas con discapacidad psicosocial (trastornos de ansiedad) durante la pandemia COVID19.
- Recomendaciones para cuidar la salud mental de adultos mayores durante la pandemia.
- Recomendaciones para familiares en duelo durante la pandemia de COVID-19.
- Recomendación para personas con discapacidad psicosocial (trastornos de ansiedad) durante la pandemia COVID19.
- Recomendaciones para padres, madres y cuidadores de niñas, niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (TEA) durante la contingencia COVID-19.
- Documentos de apoyo para personas que conviven con pacientes del TEA.

### Situación actual

La situación al 11 de octubre de 2020:

- Entidades en semáforo naranja (riesgo alto): 17
- Entidades en semáforo amarillo (riesgo medio): 15

Escenario internacional:

- 36,361,054 casos confirmados a nivel mundial
- 4,100,822 casos confirmados en los últimos 14 días
- 2.9% tasa de letalidad global

Escenario nacional:

- 817,503 casos confirmados: (casos confirmados por laboratorio 792,920), casos por asociación o dictaminación clínica-epidemiológica a COVID-19 24,583), 26,515 activos, 301,579 sospechosos y 969,859 negativos.
  - 83,781 defunciones por COVID-19: (Defunciones confirmadas por laboratorio (n=81,258) y defunciones por asociación o dictaminación clínica-epidemiológica (n=2,523); 14,472 defunciones sospechosas que incluyen las pendientes por laboratorio (n=2,304) y las que están en proceso de asociación- dictaminación clínico – epidemiológica (n=12,150) en SISVER.
  - 2,088,941 personas estudiadas
  - 594,180 recuperados
-



- 947,852 casos estimados
- 34,511 (4.2%) casos activos estimados
- 95,327 defunciones estimadas

Las cinco entidades con mayor número de casos activos: Ciudad de México: 4,960, Nuevo León: 2,671, Guanajuato: 1,596, Jalisco: 1,596 y Coahuila: 1,505.

Disponibilidad de camas de hospitalización general: 28,331 camas totales, 20,771 camas disponibles y 7,560 camas ocupadas (27%).

Las cinco entidades con menor porcentaje de camas disponibles de hospitalización general: Nuevo León: 50%, Chihuahua: 45%, Durango: 42%, Ciudad de México: 41% y Nayarit: 39%.

Disponibilidad de camas de hospitalización con ventilador: 10,291 camas totales, 7,900 camas disponibles y 2,391 camas ocupadas (23%).

Casos confirmados por 100,000 habitantes: (actualizado a 29 de septiembre 2020) (Fuente: Johns Hopkins University CSSE)

1. Chile: 2345.5
2. Perú: 2307.1
3. Brasil: 2109.7
4. Estados Unidos: 2026.5
5. Israel: 1918.8
6. Colombia: 1483.2
7. Argentina: 1323.8
8. España: 1314.9
9. Irak: 788.5
10. Rusia: 744.4
11. Francia: 662.6
12. Reino Unido: 572.5
13. México: 539.6

Defunciones por 100,000 habitantes: (actualizado a 29 de septiembre 2020) (Fuente: Johns Hopkins University CSSE)

1. San Marino: 124.32
  2. Perú: 96.68
  3. Bélgica: 86.98
  4. Andorra: 68.83
  5. Bolivia: 65.87
  6. España: 64.73
-

7. Chile: 64.38
8. Ecuador: 64.36
9. Brasil: 64.02
10. Reino Unido: 62.83
11. Estados Unidos: 60.14
12. Italia: 58.98
13. Suecia: 57.55
14. México: 57.04

### **Hospitales COVID**

A través de la celebración del Convenio Marco para el Intercambio y Atención de pacientes graves con COVID-19, entre la Secretaría de Salud (SS), la Secretaría de Defensa Nacional (SEDENA), la Secretaría de Marina (SEMAR), el Instituto Nacional de Salud y Bienestar (INSABI), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y Petróleos Mexicanos (PEMEX), se establecieron las bases para la atención de enfermos con COVID-19 en las unidades médicas, así como para la optimización del empleo de su personal e infraestructura médica.

La SS acompañó a las instituciones de todo el sector y entidades en los procesos de expansión de las capacidades hospitalarias para la atención de pacientes con Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) tanto de hospitalización general como para atención de pacientes críticos con necesidades de ventilación mecánica.

Se estableció la Red IRAG como un sistema de monitoreo de actualización diaria de ocupación y disponibilidad de camas de hospitalización de cada unidad hospitalaria de todo el sector en las 32 entidades federativas. Con datos de la Red IRAG del 31 de marzo al 15 de septiembre de 2020, se tiene los siguientes datos relevantes:

- 968 unidades reportan a nivel nacional.
- 90 unidades de nueva creación para la atención de COVID-19.
- 878 unidades reconvertidas a nivel nacional para la atención de COVID-19.
- 32,112 camas generales para la atención de IRAG, 25.12 camas por 100 mil habitantes a nivel nacional.  
10,888 camas con ventilador para la atención de IRAG, 8.52 camas por 100 mil habitantes a nivel nacional.

La red IRAG también favoreció la posibilidad de traslado entre unidades hospitalarias con ayuda del establecimiento en mayo de 2020, del Centro Regulador de Urgencias Médicas (CRUM) federal con la finalidad de evitar sobresaturación en unidades específicas.

Del 11 de mayo al 15 de septiembre de 2020, se logró 566 y 24,655 regulaciones para traslado de pacientes sospechosos o confirmados a COVID-19 por el CRUM federal y CRUMs estatales respectivamente.

---



Del 26 junio al 15 de septiembre de 2020, operaron Hospitales Móviles COPAC: 3 hospitales móviles desplegados en apoyo a la atención de COVID-19 en los municipios de Chilpancingo, Zihuatanejo y Ometepe, en Guerrero.

## Vacuna

Información al 2 de octubre 2020.

Existen 42 tipos de vacuna en fase clínica y 151 en fase preclínica. Los proyectos de vacuna en fase clínica con mayor desarrollo son:

### Fase 3

Tipo de vacuna	Desarrollador	Dosis	País
SARS-CoV-2 inactivo	Sinovac ^	2	China
SARS-CoV-2 inactivo	Sinopharm / Wuhan ^	2	China
SARS-CoV-2 inactivo	Sinopharm / Beijing ^	2	China
Vector de adenovirus	AstraZeneca ^	1	Reino Unido
Vector de adenovirus 5	CanSino ^	1	China
Vector de adenovirus	Instituto de Investigación de Gamaleya ^	2	Rusia
Vector de adenovirus 26	Janssen ^	2	Estados Unidos / Bélgica
Subunidad proteica	Novavax *	2	Australia / Sudáfrica
RNAm en nanopartículas	Moderna *	2	Estados Unidos
RNAm en nanopartículas	BioNtech / Fosun / Pfizer *	2	Estados Unidos / Alemania

### Fase 2

Tipo de vacuna	Desarrollador	Dosis	País
Subunidad proteica	Anhui Zhifei Longcom ^	2 o 3	China
RNAm	CureVac *	2	Bélgica / Alemania
SARS-CoV-2 inactivo	Academia de Ciencias Médicas ^	2	China
SARS-CoV-2 inactivo	Instituto de investigación de la república ^	2	Kazajistán
Plásmido de DNA	Inovio ^	2	Estados Unidos
Plásmido de DNA	Universidad de Osaka / Takara ^	2	Japón
Plásmido de DNA	Cadila ^	3	India
DNA	Genexine ^	2	Corea del Sur
Subunidad proteica	Sanofi Pasteur / Glaxo ^	2	Francia

### Fase 1

Tipo de vacuna	Desarrollador	Dosis	País
Vector viral no replicante	ReiThera <sup>^</sup>	1	Italia
Subunidad proteica	Clover / Glaxo / Dynavax <sup>^</sup>	2	Australia
Proteína S recombinante	Vaxine / Medytox <sup>^</sup>	1	Australia
Proteína S estabilizada	Universidad de Queensland <sup>^</sup>	2	Australia
Subunidad proteica	Instituto Finlay de Vacunas <sup>^</sup>	2	Cuba
Péptido	Koitsovo <sup>^</sup>	2	Rusia
Subunidad productora	Universidad de Sichuan <sup>^</sup>	2	China
Vector de sarampión	Instituto Pasteur <sup>^</sup>	1 o 2	Francia
Vector replicante	Beijing Wantai Biological <sup>^</sup>	1	China
RNA <sub>m</sub> en nanopartículas	Colegio Imperial de Londres <sup>*</sup>	2	Inglaterra
RNA <sub>m</sub>	Walvax Biotech <sup>*</sup>	2	China
Proteína vegetal y adyuvante	Medicago <sup>^</sup>	2	Estados Unidos
Vector viral recombinante	Avimex <sup>^</sup>	2	México

<sup>\*</sup>Cadena de frío especial (-80 grados centígrados)

<sup>^</sup>Cadena de frío estándar (2 a 8 grados centígrados)

El 13 de agosto de 2020, el presidente instruyó la conformación del Grupo Interinstitucional de Política de Vacunación contra COVID-19. Este grupo, encabezado y coordinado por la Secretaría de Salud, define la política general de acceso, uso, autorización sanitaria, vigilancia, investigación y desarrollo de las vacunas contra COVID-19 en México.

El 14 de septiembre de 2020, se presenta la política nacional de vacunación COVID-19. Sin embargo, considerando que, hasta el día de hoy, las candidatas a vacuna contra COVID-19 no han terminado su periodo de evaluación de estudios clínicos y, por lo tanto, se carece de evidencia sobre su perfil de eficacia y seguridad, esta política continúa en construcción. Los criterios emitidos por ésta, varían a medida que se genere evidencia científica sólida, sobre la eficacia y seguridad de las vacunas en desarrollo.

En esta política, se tiene identificadas las siguientes prioridades:

- Evaluación de las características epidemiológicas de la enfermedad, de los riesgos individuales y poblacionales, así como de la eficacia y seguridad de las vacunas que estarán disponibles.
- Generar un marco de prioridades poblacionales para una estrategia de vacunación escalonada para garantizar la asignación más adecuada a esta vacuna, considerando el número limitado de dosis de vacunas que estarán disponibles inicialmente.
- Seleccionar desarrollos avanzados de vacunas en meses próximos.
- Previsión de aspectos administrativos (presupuestales), logísticos y operativo de distribución y aplicación de vacunas.

La COFEPRIS ha realizado la revisión de 5 desarrollos de vacunas mexicanas.

### **Participación de México en COVAX**

En la definición de la participación de México en COVAX, participan la Secretaría de Salud, la SHCP y la SRE. El 31 de agosto, México notificó a GAVI<sup>1</sup>, a través de una carta de intención (documento que no es jurídicamente vinculante), su interés en participar en COVAX en la opción de “compras comprometidas”.

El 24 de septiembre el Dr. Jorge Alcocer, Secretario de Salud, firmó el acuerdo vinculante con GAVI, mediante el cual se confirma el interés de México por participar en COVAX.

### **Uso del cubrebocas**

Ciudades de México y el mundo han recomendado a la población el uso de cubrebocas en espacios públicos, como una medida frente a la COVID-19. Esta recomendación parte de la evidencia de que hay personas enfermas de COVID-19 que no tienen síntomas, pero sí pueden propagar el virus al toser, estornudar o hablar.

### **Equipo médico para contingencia**

En el marco de las acciones del Comité Nacional para la Seguridad en Salud para garantizar la existencia de insumos durante la contingencia, la Unidad de Administración y Finanzas, el Instituto de Salud para el Bienestar y el CENAPRECE colaboran desde el 31 de enero y hasta la fecha, en los procedimientos de adquisición para satisfacer la demanda del sector.

Como parte de las actividades de preparación a cargo del Subcomité Técnico de Enfermedades Emergentes, se desarrolló una metodología de cálculo de insumos basada en carga de enfermedad que se actualiza conforme evoluciona la epidemia.

Desde el 10 de febrero y hasta la fecha, operan Grupos de Trabajo Interinstitucionales de Expertos para la evaluación técnica de más de 240 tipos insumos, incluyendo Equipo de Protección Personal, Higiene de Manos, Medicamentos, Equipo Médico, Material de Curación e Insumos de Diagnóstico por Laboratorio.

Del 29 de marzo a la fecha, y en coordinación con el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, el INSABI y la COFEPRIS se evaluaron 126 ventiladores mecánicos ofertados en el mercado internacional con el objetivo de facilitar la disponibilidad, comercialización y operación en el territorio nacional.

---

<sup>1</sup> GAVI,<sup>1</sup> la Alianza para las Vacunas. Es una alianza público-privada que ayuda a vacunar a la mitad de los niños del mundo contra algunas de las enfermedades con mayor mortalidad. También ejerce una función en la mejora de la seguridad sanitaria mundial. GAVI reúne a gobiernos de los países en desarrollo y los gobiernos donantes, la OMS, UNICEF, el Banco Mundial, la industria de las vacunas, los organismos técnicos, la sociedad civil, la Fundación Bill y Melinda Gates y otros asociados del sector privado.

En conjunto con el CONACYT se impulsa el desarrollo de prototipos nacionales en la “Comisión Interinstitucional de Ventiladores Mecánicos Invasivos en México”, que complementa los esfuerzos para garantizar su existencia, durante la atención de la contingencia y busca contribuir al desarrollo de la industria en el territorio nacional.

INSABI participó en el proceso de adquisición de equipo médico, realizando cédulas de especificaciones técnicas con las características requeridas, de acuerdo a las necesidades clínicas y de funcionamiento, para satisfacer la demanda de equipamiento médico para la atención de pacientes con COVID- 19.

Se evaluaron técnicamente las propuestas recibidas, para asegurar que los equipos ofertados cumplieran con las características mínimas indispensables, de lo cual se derivó la adjudicación de 11,604 equipos médicos.

Se ha dado seguimiento a la distribución, instalación y operación de 7,203 equipos en 32 Estados del país, además de instituciones como IMSS, ISSSTE, CCINSHAE, COPAC, SEDENA y SEMAR.

Aún faltan por distribuirse 4,401 equipos, como se muestra en la siguiente tabla.

Equipo médico	Cantidad adjudicada	Otorgado a los estados	Estados	Unidades Médicas Beneficiadas	Falta por distribuir
Ventilador adulto-pediátrico	4219	1362	32	208	2857
Monitor de signos vitales	3044	1695	29	50	1349
Cama para cuidados intensivos	491	491	12	21	0
Cama hospitalaria eléctrica de múltiples posiciones	1278	1278	17	74	0
Carro camilla para adultos	80	80	3	3	0
Ultrasonido Point of Care	187	155	16	86	32
Oxímetro de pulso portátil	245	175	7	10	70
Oxímetro de pulso portátil (dedal)	2000	1907	7	9	93
Rayos X portátil	60	60	10	59	0
<b>Total</b>	<b>11604</b>	<b>7203</b>	<b>133</b>	<b>520</b>	<b>4401</b>

Adicionalmente, debido a la Emergencia Sanitaria por la pandemia de COVID-19, la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública ha gestionado y entregado donaciones a favor del INSABI. La APBP redactó y presentó al Secretario de Salud, la Guía Específica de Operación de Recepción de Donativos al Patrimonio de la Beneficencia Pública a través de la APBP en apoyo al INSABI. En el marco de dicha Guía, se han entregado al Instituto un millón 618 mil 205 insumos, que han beneficiado a miles de pacientes de COVID-19 y al personal de la salud que les atiende.

Insumo donado	No de artículos	Insumo donado	No de artículos
Ventiladores	44	Insumos cuidado y protección de piel	4,200
Monitores de signos	128	Productos de limpieza	2,136
Ambulancias de Urgencias Avanzadas	23	Mascarillas N95/KN95	564,500
Videolaringscopios	30	Guantes para Cirugía	66,000
Oxímetros	101	Inhaladores	10,000

Cubrebocas	502,800	Sanitizante para manos	3,000
Caretas	133,450	Alcohol en Gel	19,440
Suero Oral	100,000	Guantes de Nitrilo	186,000
Overoles	5,700	Goggles	4,000
Refugios Temporales	50	Batas	6,000
Gel Antibacterial	10,600	Bombas de infusión	3
<b>Totales</b>			<b>1,618,205</b>

### Contratación de personal médico

El 4 de abril del año en curso, el presidente anunció la “Jornada Nacional de Reclutamiento y Contratación de Recursos Humanos para la Salud”, con la finalidad de contar con los recursos humanos necesarios para fortalecer las capacidades de atención médica durante la contingencia COVID-19.

Con el fin de apoyar la atención de la pandemia, el INSABI celebró convenios con 11 hospitales federales, a efecto de brindarles apoyo económico por un monto de \$760 mdp para la contratación de profesionales de la salud como son: médicos, enfermeras, entre otras, que permitió reforzar la plantilla de los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Generales de Referencia y Regionales de Alta Especialidad reconvertidos a Hospitales COVID como se describe a continuación:

UNIDAD MÉDICA	PLAZAS
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas”	1,421
Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”	622
Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca	424
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”	385
Hospital Juárez de México	234
Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán	233
Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío	191
Hospital General Dr. Manuel Gea González	175
Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca	152
Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”	131
Hospital Infantil de México “Federico Gómez”	71
<b>Total de plazas</b>	<b>4,039</b>

El INSABI ha contratado de manera eventual a personal médico, paramédico y afín, para que apoyen en la prestación de servicios a las personas sin seguridad social.

Se han autorizado 26,314 recursos humanos para el apoyo a contingencia por COVID-19 (personal médico, paramédico y grupo afín) para 29 Entidades Federativas, Institutos Nacionales y Hospitales de Alta Especialidad, CEFERESOS, unidades que prestan servicios de atención médica de la SS, y del ISSSTE; de los cuales 20,163 están contratados y 6,151 están en proceso.



A la fecha, más de 45,000 profesionales de todo el Sector Salud (INSABI, IMSS, ISSSTE, SEDENA, SEMAR, PEMEX y Secretarías de Salud Estatales) se han registrado en la plataforma de capacitación médica continua de educación a distancia.

De igual forma, se han realizado 176 sesiones de capacitación de micrófono abierto, sobre diferentes temáticas: cuidados intensivos, anestesiología, medicina interna, pediatría, ginecología, salud mental, enfermería, trabajo social, entre otros, en los que han participado 500 profesionales de la salud por sesión, alcanzando al día de hoy, 88,000 profesionales de la salud capacitados.

Dicho esfuerzo ha concluido en un Diplomado “Fundamentos Básicos del Manejo del Paciente Crítico con COVID-19”, avalado por la UNAM y el INCMNSZ, con la intención de continuar el esfuerzo de fortalecer habilidades en el equipo profesional de la salud no especialista que atiende a pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con la idea de optimizar la capacidad de respuesta de los recursos humanos disponibles.

### **Colaboradores de salud de Cuba**

A través de un convenio de colaboración para apoyar la epidemia ocasionada por el virus SARS-CoV2 en la CDMX, la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA) estableció con el Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba, un convenio de cooperación técnica, científica y académica en materia de salud, para contribuir a fortalecer la estrategia mexicana ante la situación de emergencia sanitaria.

Dicho Convenio se financió con recursos transferidos por el INSABI del Gobierno de México, aunque el Instituto no ha participado en dichos Acuerdos, solo ha brindado el apoyo económico (\$135,875,081.52 mdp en abril y \$69,169,545.70 mdp adicionales en junio).

El gobierno cubano comprometió la participación de 585 trabajadores de la salud de diversas disciplinas y especialidades, integrantes de la Brigada “Henry Reeves” (conocida como “Contingente Internacional de médicos especializados en situaciones de desastres y graves epidemias), en apoyo a la estrategia.

Entre el 23 y 24 de abril de 2020, 578 integrantes de la brigada arribaron a CDMX. Del 27 de abril al 1 de mayo, los brigadistas recibieron capacitación por parte de equipos médicos de los Hospitales de la CDMX, sobre el uso de equipos de protección personal (EPP), ubicación en los servicios de los Hospitales Covid-19, triages y carpas de hospitalización temporal, toma de muestras.

El 4 de mayo de 2020, iniciaron actividades formales en los 4 hospitales COVID reconvertidos (Hospital de Especialidades Belisario Domínguez, Hospital General Enrique Cabrera, Hospital General Tláhuac y Hospital Pediátrico Villa).

Las actividades de la brigada concluyeron exitosamente el 23 de julio, previa realización de una jornada médico-científica virtual, en la que se presentaron tanto los informes de actividades, como experiencias prácticas y algunos aportes al conocimiento de la epidemia, en la CDMX.

### **Atención de salud mental durante la contingencia por COVID-19**

Como parte de la respuesta sanitaria, la Secretaría de Salud, a través del Consejo Nacional de Salud Mental (CONSAME), los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) y la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), con el objeto de integrar el componente de salud mental y adicciones implementaron diversas acciones en materia de salud mental.

- En coordinación con el CENAPRECE se reactivó y actualizó el Grupo Técnico de Trabajo de Salud Mental (GTTSM) con el objeto de fortalecer las capacidades nacionales para la atención de la salud mental y apoyo psicosocial durante la contingencia por COVID-19.
- Se publicaron Lineamientos y se activaron servicios de atención telefónica.
- Capacitación: 390,741 personas se han registrado en capacitaciones (mayormente virtuales) sobre temas de salud mental y COVID, como apoyo psicológico de primera respuesta, comunicación de malas noticias, salud mental en niños, niñas y adolescentes, entre otros.
- Intervenciones comunitarias: se ha generado material sobre promoción de salud mental y prevención de factores de riesgo. En la pandemia, se han aplicado 99,882 tamizajes en de salud mental, de los cuales: 67,525 en población general, 15,158 de personal de salud, 17,199 de comunidad universitaria, seguimiento a 3,990 personas, los problemas de salud mental con mayor prevalencia durante el confinamiento son violencia, consumo de sustancias y depresión.
- Atenciones en salud mental: 9,317 personas recibieron atención telefónica en La Línea de la vida, 1,638 intervenciones en personal de salud y se presentó un directorio unificado de líneas de atención a distancia.
- En las UNEME – CAPA se proporcionó atención especial a 19,284 personas; de las cuales, 9,794 fue por consumo de sustancias; 3,382 información por COVID-19; 3,668 salud mental, 157 violencia intrafamiliar y 2,283 otras problemáticas.
- Se impartieron 5,290 sesiones de capacitación: 1,617 sobre COVID-19; 324 primeros auxilios; 1,065 salud mental y 64 emergencias sanitarias.
- En el marco de la Conmemoración por el Día Internacional de la lucha contra el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas, se realizaron 9 foros temáticos para profesionales de las salud y público en general.
- En junio de 2020 se presentó la Guía Breve para la Implementación del Enfoque de Reducción de Riesgos y Daños con usuarios de drogas.

- En septiembre se dio inicio al “Estudio Hemisférico sobre Patrones de Consumo de Sustancias Psicoactivas durante la Pandemia por COVID-19”.
- Asimismo, como parte de la estrategia de COVID-19, en la Coordinación de Atención Médica, se creó un equipo especial, quien se ha encargado, durante la pandemia, de atender el agotamiento físico y mental del personal de salud, en las unidades coordinadas por la CCINSHAE.

### **Temporada de influenza**

La herramienta diseñada para operar durante la “Nueva Normalidad”, posterior al término de la Jornada Nacional de Sana Distancia (JNSD), es el “Semáforo de Riesgo COVID-19”, cuyo principal objetivo es precisamente prevenir los rebrotes, o nuevos incrementos epidémicos de casos, mediante la implementación de reglas de operación en lo local, que facilitan un paulatino y ordenado regreso a las actividades laborales no esenciales y sociales en el espacio público, advirtiendo además de manera oportuna el aumento de transmisión y casos, para así reiniciar o incrementar el cierre de actividades poblacionales orientadas a mitigar la transmisión del virus. La operación de esta herramienta se encuentra en la competencia de cada una de las entidades federativas, para lo cual cuentan con toda una serie de lineamientos, manuales y guías para su operación, tanto en las fases preventivas y de preparación, como ante la necesidad de expandir la capacidad de atención médica hospitalaria para pacientes graves o críticos, los cuales ya han probado su efectividad al evitar la saturación hospitalaria durante el primer pico de la epidemia en México.

Las medidas para enfrentar un posible rebrote de COVID, asociado o no con la temporada de influenza, son semejantes a las instauradas en el primer ciclo de la epidemia. Hasta el mundo carece de tratamientos específicos y de vacuna contra COVID. Por tanto, en México y el resto del mundo, las medidas de salud pública siguen siendo las mismas y se basan en cuatro elementos fundamentales: a) contención de cadenas de transmisión mediante identificación de casos, estudios de contactos y aislamiento temporal de todos estos; b) mitigación comunitaria consistente en el cierre temporal de actividades públicas; c) reconversión hospitalaria para asegurar disponibilidad de atención de casos y d) reducción de mortalidad mediante acciones de promoción de la salud, detección temprana, evaluación y monitoreo de casos y tratamiento oportuno.

La Influenza utiliza los mismos mecanismos de transmisión que COVID-19, motivo por el cual las medidas de comunicación de riesgos y promoción de la salud hasta el momento implementadas en el territorio nacional, ayudarán a prevenir ambas enfermedades. La vigilancia epidemiológica en México se realiza de manera “sindromática”, lo que permitirá monitorear el comportamiento de ambas enfermedades a través de la misma toma de muestra a los casos sospechosos de padecerlas. La capacidad hospitalaria para la atención de pacientes con COVID-19, siempre se definió como camas disponibles para pacientes con IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave) que es la manifestación clínica principal para las personas que desarrollan enfermedad grave en ambos casos (COVID-19 e Influenza), por lo que las guías y manuales de reconversión y expansión hospitalaria aplican por igual para ambos casos, permitiendo tener siempre una cama disponible para los pacientes que puedan presentar alguna de estas dos enfermedades. Una ventaja paralela al descenso evidenciado hasta el momento de COVID-19, ha sido la desocupación hospitalaria, que en estos



momentos ofrece entre el 50 y 90 % de camas disponibles para pacientes con IRAG, lo que permitirá atender a pacientes con Influenza grave con bastante soltura, dado que históricamente la mayor intensidad en los contagios y por ende generación de casos de Influenza se produce históricamente entre la segunda quincena de enero y febrero de cada temporada invernal.

Durante la temporada invernal 2020-2021, se prevé aplicar por el sector salud 36.4 millones de dosis de vacuna anti-influenza a población en riesgo, lo que representa un aumento del 11.6 % comparado con la temporada 2019-2020. A partir del 15 de octubre iniciará la temporada 2020-2021 para vacunar contra influenza estacional temporada invernal, a niñas y niños de 6 meses de edad a menores de 5 años, adultos de 60 y más años, embarazadas, personal de salud y personas con factores de riesgo, como diabetes, obesidad, enfermedades respiratorias o del corazón, inmunosuprimidos, cáncer y VIH.

El eje de vacunación en la Jornada Nacional de Salud Pública (JNSP) 2020, a realizarse del 19 de octubre al 6 de noviembre, se centrará en la aplicación de vacuna anti influenza con el objetivo de crear títulos protectores en los grupos poblacionales objetivo y de riesgo para disminuir la incidencia de casos graves que requieran hospitalización con y sin ventilación asistida. Adicionalmente, la JNSP, será una oportunidad para desarrollar actividades intensivas en la población para avanzar en la solución del rezago en cobertura del programa de vacunación.

Seguimiento a la temporada invernal 2020-2021 en materia de vacunación contra la Influenza:

**Influenza Entregada (corte 09-oct-2020)**

<b>Institución</b>	<b>Dosis</b>	<b>Fecha de entrega</b>
32 Secretarías de Salud Estatales (CENSIA)	5,338,980	14-18 de septiembre
Hospitales de alta Especialidad (CENSIA)	62,470	23-24 de septiembre
1a IMSS 35 Delegaciones	400,000	28 de septiembre
ISSSTE 1a	100,000	28 de septiembre
ISSSTE 2a	424,900	01 de octubre
2a IMSS 3 Delegaciones metropolitanas	124,700	02 de octubre
1a SEDENA	15,000	02 de octubre
2a IMSS 32 Delegaciones interior del país	818,300	05 de octubre
PEMEX 1a	50,000	06 de octubre
3a IMSS 35 Delegaciones	1,416,000	08-09 de octubre
ISSSTE 3a	100,000	08 de octubre
<b>SUMA</b>	<b>8,850,350</b>	<b>DOSIS</b>

## PORCENTAJE DE AVANCE EN LAS ENTREGAS DE VACUNA CONTRA LA INFLUENZA

Institución	Dosis a distribuir	Dosis distribuidas	porcentaje
OPDs-SECRETARÍA DE SALUD*	18,230,000	9,001,450	49.4%
ISSSTE	2,000,000	624,900	31.2%
IMSS	14,421,000	2,759,000	19.3%
SEDENA*	150,000	50,000	33.3%
PEMEX	169,000	50,000	29.6%

### \*Producto programado para próximos días incluidos en el cuadro

32 Secretarías de Salud Estatales (CENSIA)	3,600,000	12-16 de octubre
SEDENA	35,000	12-20 de octubre

### Aspectos a considerar en las entregas:

- La vacuna llega en parcialidades, debido a la producción y a la existencia de vuelos a México.
- Se está liberando de forma simplificada.
- Las entregas dependen de los tiempos:
  - Que se tarda BIRMEX en los trámites aduanales, acondicionamiento, muestreo, sometimiento a COFEPRIS, liberación, preparación de documentos para distribución (15 días); además, tanto en el IMSS como en el ISSSTE tienen requerimientos especiales en cuanto a etiquetado y documentos, lo que requiere de 1 a 2 días adicionales.
  - En la COFEPRIS la recepción, la emisión de liberación (6 días), en SANOFI, la llegada de documentos por lote (variable).

Para el caso del IMSS e ISSSTE, el contrato firmado señala primera entrega 15 de octubre y última entrega en diciembre, por lo que se han adelantado los procesos y se ha prestado vacuna a las delegaciones por parte de la Secretaría de Salud.

### Exceso de mortalidad durante la contingencia

El monitoreo del exceso de mortalidad por todas las causas (número de defunciones observadas menos el número de defunciones esperadas) permite vigilar la evolución de la epidemia, independientemente de lo registrado en los sistemas de vigilancia sindromática o por laboratorio, que dependen de la interacción entre los casos sospechosos y el sistema de salud y de vigilancia y de la sensibilidad y especificidad de las pruebas diagnósticas.

Con este objetivo y por iniciativa de la Secretaría de Salud Federal, en mayo del 2020, se conformó el grupo de trabajo interinstitucional entre varias dependencias de la Secretaría con el RENAPO, INEGI, CONAPO, INSP y OPS. A la fecha se han publicado dos números del boletín estadístico de exceso de mortalidad (<https://coronavirus.gob.mx/>) de la Secretaría de Salud.

En su segundo boletín se presentaron los datos del exceso de mortalidad hasta la semana 33 (9—15 de agosto) para evitar interpretación inexacta secundaria al retraso en el registro de las actas de defunción coordinada por RENAPO. Los resultados de este boletín se resumen en los siguientes datos:

Del 15 de marzo al 29 de agosto de 2020 (SE 12 a SE 35):

- 28 entidades federativas incluidas. Se excluyeron: Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Yucatán, por no cumplir los indicadores de calidad y oportunidad de la información.
- Muertes esperadas a nivel nacional (28 estados): 272,698.
- Muertes registradas en 2020: 431,825.
- Total, de exceso de mortalidad por todas las causas: 159,127.
- Porcentaje de exceso de mortalidad por todas las causas: 58.4%.
- Semana de inicio de exceso de mortalidad: semana 13.
- La semana con mayor porcentaje: semana 29 (105.3%).
- Estados con mayor % de exceso: Tlaxcala (120.7%), Estado de México (101.1%), Campeche (99.1%), Ciudad de México (94.1%) y Sonora (84.0%).

## **2. Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)**

El 29 de noviembre de 2019, se publicó en el DOF el 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, con lo cual se creó el INSABI.

En cumplimiento al párrafo primero del Artículo Tercero Transitorio del Decreto publicado en el DOF que establece que “los recursos humanos, financieros y materiales con que cuente la Comisión Nacional de Protección Social en Salud serán transferidos al Instituto de Salud para el Bienestar, en términos de las disposiciones aplicables”, se ha transferido de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud al INSABI 80 plazas de mando, 83 plazas de confianza operativa y 142 plazas eventuales con un costo anualizado de 136.5 mdp.

El objetivo del INSABI es proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, así como impulsar en coordinación con la Secretaría de Salud acciones orientadas a lograr una adecuada integración y articulación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

A fin de garantizar el derecho humano que toda persona tiene en nuestro país a la protección de la salud, consagrado en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se han suscrito con las entidades de Nayarit, Michoacán, Tlaxcala, Baja California, Baja California Sur, Guerrero, San Luis Potosí, Veracruz, Coahuila, Chiapas, Oaxaca, Durango, Colima, Hidalgo, Estado de México, Morelos, Puebla, Sinaloa, Ciudad de México, Tabasco y Zacatecas, el Acuerdo de Coordinación para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en los términos previstos en el Título Tercero bis de la Ley General de Salud.

---



Los avances que se tienen en materia de atención médica son:

- La gratuidad en los servicios de salud se está efectuando de manera progresiva en el primer y segundo nivel de atención.
- Aun cuando la emergencia por COVID-19 concentró en gran parte los esfuerzos y recursos, el INSABI ha logrado implementar estrategias dinamizadoras para el primer nivel de atención con mayor oportunidad y cobertura a la población sin seguridad social respecto a la eliminación de la hepatitis C; control de enfermedades cardio-metabólicas y código infarto; así como para disminuir las brechas en salud mental.
- Cabe destacar que, derivado de la emergencia por COVID-19, los servicios de cuidados críticos prácticamente se han triplicado (de 3,552 a 11,265) y la disponibilidad de camas hospitalarias para pacientes en terapia intensiva ha aumentado en un 217%.
- De igual forma, es importante hacer mención a la contratación de personal médico, de enfermería y afín, con la finalidad de contar con los recursos humanos necesarios para fortalecer las capacidades de atención médica durante la contingencia.
- En ese contexto, el INSABI se ha dado a la tarea de reclutar, contratar y capacitar para que apoyen en la prestación de servicios a las personas sin seguridad social.
- El INSABI apoya con cerca de 17,563 recursos humanos para la salud a las diferentes entidades federativas que han requerido personal para la atención de pacientes por COVID-19 y ha capacitado cerca de 89,500 profesionales de la salud.
- Los esfuerzos de capacitación se han aterrizado en un curso con nivel de Diplomado (avalado por la UNAM y el INCMNSZ), titulado “Fundamentos Básicos del Manejo del Paciente Crítico con COVID-19”, dirigido a médicos generales de las 32 entidades federativas, con la intención de fortalecer la capacidad de respuesta de los recursos humanos disponibles.

Actualmente se trabaja para cumplir con la eliminación de cuotas para el mes de diciembre. La Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad orienta su actividad institucional y su planeación estratégica, para alinearse a los principios rectores y establecer criterios que garanticen el acceso efectivo a la salud para todas las personas que se encuentren en el territorio nacional, sin menoscabo de origen étnico, de género, posición social, creencias o todos aquellos factores ajenos a su condición de persona. En este sentido, la CCINSHAE ha diseñado la Estrategia para conformar el Sistema de Atención Médica de Alta Especialidad de Calidad bajo un esquema de gratuidad, la cual tiene como objetivo general: Establecer un Sistema de Atención Médica de Alta Especialidad de Calidad, bajo un esquema de gratuidad integrado en la Red de Servicios de Salud bajo la coordinación de la CCINSHAE.

Con el propósito de lograr este objetivo, se han diseñado 6 acciones estratégicas que contribuirán al logro de la gratuidad para el 1º de diciembre de 2020. A saber:

---

1. Optimizar, estandarizar e incrementar la eficiencia en los procesos de atención médica.
2. Armonizar la normatividad en la materia.
3. Incrementar eficiencia en mecanismos de financiamiento, obtención de recursos y gasto.
4. Asegurar la misión de investigación básica y clínica de los Institutos Nacionales.
5. Fortalecer la formación de recursos humanos especializados.
6. Implementar un programa de comunicación integral de la CCINSHAE con los Hospitales de Alta Especialidad e Institutos Nacionales de Salud.

En lo relativo a la eliminación de las cuotas de recuperación, las líneas de acción implementadas son:

- Se estableció un esquema de análisis del gasto real de los servicios de atención médica en las áreas de hospitalización y atención ambulatoria, así como el gasto de bolsillo que devengan los usuarios.
- Se presentó el resultado del análisis del costo real de atención médica a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para gestionar los recursos necesarios para poder eliminar las cuotas de recuperación
- Se realizaron acuerdos específicos con el INSABI para coadyuvar en el financiamiento de la atención de la población no derechohabiente.
- Se consolidó el procedimiento de compras consolidadas, con los ajustes necesarios.
- Se establecerán mecanismos para determinar los recursos humanos necesarios para hacer más eficiente la atención médica.
- Se está implementando un mecanismo de seguimiento y evaluación del ejercicio presupuestario, su correlación con los recursos humanos, el estado de los insumos, adquisición y mantenimiento de equipos.

### **3. Medicamentos oncológicos y vacunas**

Las unidades reconvertidas denominadas “híbridas”, así como aquellas que no fueron reconvertidas, continuaron con la prestación de servicios de atención médica a pacientes no COVID.

Los Hospitales de Alta Especialidad y los Institutos Nacionales de Salud continúan brindando seguimiento y tratamiento a los pacientes que padecen cáncer, aplicando estrategias que permiten la atención segura de los mismos. No se han suspendido los servicios de quimioterapias ni de radioterapia en las unidades que no fueron reconvertidas para atención de COVID-19. Este es el caso del Instituto Nacional de Cancerología, el Instituto Nacional de Pediatría, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suarez.

Otros hospitales como el Hospital Infantil de México Federico Gómez, el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, el Hospital Juárez de México y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad, aunque tuvieron zonas de reconversión hospitalaria para la atención de pacientes COVID-19, mantuvieron áreas prioritarias de atención de manera independiente a las de COVID-19, siendo la atención y seguimiento de los pacientes con cáncer una de ellas.



Los Institutos que realizaron una reconversión total para la atención de COVID-19, fueron el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, los cuales se apoyaron en otros Hospitales, para el seguimiento de sus pacientes con cáncer.

En algunos casos, se recalendarizaron procedimientos programados no urgentes para evitar el riesgo de contagio según el semáforo epidemiológico y la capacidad hospitalaria. En caso necesario, se refirieron pacientes a otras unidades de alta especialidad para continuar con sus tratamientos médicos.

Cabe mencionar que se siguen recibiendo día con día nuevos pacientes diagnosticados con cáncer que se suman a los pacientes atendidos. La estrategia es continuar con estos servicios sin poner en riesgo la vida de los pacientes como hasta ahora se ha hecho.

Por otro lado, existen diferentes causas que dieron origen a la disminución de abasto de medicamentos, vacunas y en específico de medicamentos oncológicos. Derivado de la aparición del virus SARS-COV-2 enfermedad COVID-19 que inició a finales del 2019 en la provincia de Wuhan, China y dada las medidas sanitarias establecidas en dicho país, se presentó una disminución en la producción y distribución de fármacos siendo este país uno de los mayores productores a nivel internacional.

De acuerdo a diferentes investigaciones en 2019, China exportó US\$37.000 millones en productos farmacéuticos (81% corresponden a fármacos). China e India tienen el mayor número de grupos de fabricación de Fármacos. Estos dos países juntos representan el 80% de los medicamentos genéricos enviados a la UE (Unión Europea) y el 70% de los medicamentos genéricos enviados a EE.UU. El 44% de los fabricantes de fármaco del mundo se encuentran en territorio chino, mientras que el 36% está en la India.

A nivel nacional existía un proceso de compra descentralizada en el que los procesos de adjudicación, compra y distribución se realizaban directamente por cada institución y entidad federativa con la empresa adjudicada, sin embargo, laboratorios PISA monopolizaba el mercado de medicamentos oncológicos, puesto que en la licitación de 2019, fue el mayor adjudicado con un monto de \$888,306,979.05 y un total de 75,443,313 piezas correspondientes a 65 claves, dicho laboratorio era el responsable de abastecer medicamentos oncológicos, y del servicio de preparación de mezclas estériles oncológicas. Debido a una denuncia presentada en febrero de 2019, donde tres niños que recibieron quimioterapias en el Hospital del Niño Poblano, presentaron reacciones adversas serias, que concluyeron en la muerte de uno de ellos.

Derivado de la denuncia, COFEPRIS, desplegó las acciones de vigilancia y supervisión de la ruta de abasto del medicamento y de la preparación de mezclas de Metotrexato, lo que resultó en la suspensión de la línea de fabricación de Metotrexato en el Laboratorios PISA, en mayo 2019, ante ello, COFEPRIS, suspendió 7 Centrales de Mezclas de las 17 Centrales del corporativo Laboratorios Pisa, por irregularidades y por otra denuncia sobre un brote de infecciones nosocomiales.

En octubre de 2019, COFEPRIS suspende la línea de fabricación de medicamentos oncológicos de PISA. En esta línea se fabricaban medicamentos de alto impacto y sensibilidad social: Doxorubicina, Oxaliplatino, Metotrexato, Imatinib, Docetaxel, Cisplatino, Vincristina, Ciclofosfamida, Citarabina, Mitomicina, Ifosfamida, Fluorouracilo, Dacarbazina, Etopósido, Mitoxantrona, Idarubicina.

En el pasado reciente dichas empresas seguían funcionando con omisiones e incumplimientos a lo establecido por la normatividad. Debido a la falta de planeación que considerará los eventos antes mencionados limitó la posibilidad de que la industria farmacéutica nacional e internacional contara con capacidad productiva para abastecer la demanda.

A través de la adquisición consolidada de medicamentos oncológicos, cuya adjudicación se llevó a cabo en el mes de mayo de 2020, se han atendido los tratamientos médicos para distribuir 334,861 dosis de medicamentos a las secretarías de salud de los estados adheridos al INSABI.

Es preciso mencionar que derivado de la emergencia sanitaria provocada por la enfermedad COVID-19, los laboratorios adjudicados en la referida compra consolidada, han reducido su producción. Ante este panorama, se tomó la decisión sectorial de llevar a cabo una compra complementaria internacional, a través de BIRMEX para complementar el abasto de las principales claves oncológicas: etopósido, epirubicina, ciclofosfamida, vincristina, paclitaxel, cisplatino, metotrexato, vinblastina y doxorubicina.

Derivado del COVID-19 se ha incrementado y potencializado la incidencia de comorbilidades, esto impactó en el desabasto de medicamentos, sin embargo, el abasto de los medicamentos oncológicos se ha realizado, tal como se muestra a continuación.

**Abasto de medicamentos oncológico de mayo a septiembre para las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud- México 2020**

Medicamento	Cantidad importada May – Sept 2020	Cantidad entregada	Piezas (cajas) Disponibles Sept 2020
1. Ciclofosfamida 200 mg (caja con 5 frascos)	16,599	11,972	4,627
2. Ciclofosfamida 1 g	42,673	39,292	3,381
3. Bleomicina	17,910	15,669	2,241
4. Vincristina	46,979	43,014	3,965
5. Dacarbazina	23,904	18,106	5,798
6. Fluorouracilo (caja con 5 frascos)	23,730	18,991	4,739
7. Mitomicina	17,105	12,482	4,623
8. Daunorubicina	20,862	17,795	3,067
9. Etopósido	13,745	8,595	5,150

10. Idarubicina	9,894	4,603	5,201
11. Paclitaxel	6,645	1,831	4,814
12. Oxaliplatino 50 mg	16,430	9,810	6,620
13. Oxaliplatino 100 mg	14,423	11,222	3,201
14. Epirubicina 50 mg	8,456	8,456	-
<b>Total</b>	<b>279,355</b>	<b>221,838</b> <b>79.40%</b>	<b>57,427</b> <b>20.60%</b>

Nota: Actualización al 28 sept. 2020. Fuente: Inventario Novag infancia

**Compra complementaria de medicamentos oncológicos para las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud- México 2020**

Medicamento	Presentación	Proveedor	País de origen	Cantidad importada
1. Ciclofosfamida 500 mg	Caja con 1 frasco	Baxter	Alemania	21,000 31,000 por iniciar análisis en COFEPRIS
2. Ciclofosfamida 1 g	Caja con 1 frasco	Baxter	Alemania	20,000
3. Epirubicina	Caja con 10 frascos	AQ VIDA	Alemania	32,021
4. Vincristina	Caja con 10 frascos	AICA	Cuba	5,750
5. Vinblastina	Caja con 10 frascos	AICA	Cuba	5,381
6. Metotrexato	Caja con 10 frascos	AICA	Cuba	7,392
7. Cisplatino	Caja con 10 frascos	AICA	Cuba	5,038
8. Doxorubicina	Caja con 10 frascos	AICA	Cuba	1,228
9. Carboplatino	Caja con 1 frasco	AICA	Cuba	60,000 en proceso contratación
10. Etopósido	Caja con 10 frascos	CIPLA	Bulgaria	5,400 en proceso contratación
11. Paclitaxel	Caja con 1 frasco	RICHMOND	Argentina	14,076 en proceso de traslado

**Estrategia para atender el desabasto**

Al detectar las consecuencias de las políticas de sanitarias internacionales de los países y la falta de proveeduría en México de los medicamentos oncológicos y otros insumos, la Secretaría de Salud, tuvo a bien publicar en el Diario Oficial de la Federación el 28 de enero de 2020, el Acuerdo de reconocimiento de requisitos de registro donde se consideró la importación de medicamentos sin registro sanitario para atender las necesidades de salud y asegurar tratamientos. Este Acuerdo tiene varios candados y evita que se importen medicamentos de baja calidad y que se ponga en riesgo a los pacientes, pero también tiene como beneficio aumentar la proveeduría.



Por otro lado, existe una planeación de consolidación de medicamentos, material de curación e insumos para la salud de aquellas instituciones que han decidido adherirse a una compra consolidada, esto permite una mejor negociación de precios y la posibilidad de garantizar el abasto de manera multianual.

También el hecho de fortalecer a una empresa paraestatal que garantice la distribución nacional de los diferentes tipos de medicamentos en un proceso gradual hasta llegar a los pacientes, elimina la posibilidad de desvío de los insumos desde los almacenes y/o farmacias.

La Secretaría de Salud está fortaleciendo el papel rector llevando a cabo una comunicación efectiva con todas las instituciones públicas que conforman el Sistema Nacional de Salud y su sector, es así que para el tema que nos ocupa, semanalmente se conoce el estado que guarda la situación de abasto en el país, así como también se fortalece con el área de asuntos internacionales de la Secretaría de Salud las actividades para que se amplíe la posibilidad de proveedores de otros países.

#### **4. Enfermos no-COVID**

Es importante destacar que, aunque los servicios de consulta externa estuvieron restringidos durante la fase de alerta máxima del semáforo epidemiológico, en ningún momento dejaron de funcionar los servicios de Atención Médica Continua, mismos que permiten la atención inmediata de los pacientes que así lo requieren.

Las unidades reconvertidas denominadas “híbridas”, así como aquellas que no fueron reconvertidas (coordinadas por la CCINSHAE), continuaron con la prestación de servicios de atención médica a pacientes no COVID.

En junio de 2020 se emitió el Plan de Reactivación de los Programas de Donación y Trasplantes, con el objetivo de impulsar la actividad de los programas hospitalarios en el contexto de la pandemia de COVID-19.

El Instituto Nacional de Cancerología ha mantenido el seguimiento y tratamiento de sus pacientes, sin embargo, se están estableciendo estrategias como la tele consulta para poder dar seguimiento a aquellos casos que pudieran beneficiarse de este procedimiento, ya que limita el número de pacientes que tienen que acudir presencialmente a su consulta, limitado el riesgo de contagio en una población que se sabe es vulnerable.

En otros Hospitales de Alta Especialidad e Institutos Nacionales de Salud, ya se tienen contemplados los Programas de reapertura de escalonada de más áreas de atención No COVID-19 como ya se describió anteriormente, que, entre otras estrategias, también contemplan la tele consulta y telemedicina en general para un mejor seguimiento y con mayor seguridad para los pacientes, dadas las condiciones actuales.

---

## Observaciones y respuestas al documento entregado

### Total de unidades en instituciones del sector público de salud<sup>1)</sup>

(Número)

Año	Total	Población no asegurada a SS y servicios de salud de entidades federativas <sup>2)</sup>				Total	Entidad no asegurada					Establec. <sup>3)</sup>
		Total	IMSS	IMSS-BIENESTAR	Unidad médicas <sup>4)</sup>		IMSS	INSSTE	ISSMEX	SEDFINA	SEMAR	
2000	19,099	15,239	11,971	3,267	3,267	3,860	1,774	2,086	0	0	0	159
2005	19,099	15,196	12,763	2,433	2,433	2,861	1,245	1,616	0	0	0	161
2010	21,078	16,762	14,075	2,687	2,687	3,116	1,364	1,752	0	0	0	173
2011	22,066	16,929	14,326	2,603	2,603	3,139	1,401	1,738	0	0	0	173
2012	22,317	19,051	14,926	4,125	4,125	3,166	1,431	1,735	0	0	0	173
2013	22,335	19,161	15,101	4,060	4,060	3,174	1,433	1,741	0	0	0	173
2014	22,465	19,291	15,047	4,244	4,244	3,172	1,435	1,737	0	0	0	173
2015	22,666	19,429	15,027	4,402	4,402	3,177	1,435	1,742	0	0	0	173
2016	22,890	19,416	15,122	4,294	4,294	3,174	1,435	1,739	0	0	0	173
2017	22,672	19,499	15,122	4,377	4,377	3,177	1,435	1,742	0	0	0	173
2018	25,617	19,474	15,109	4,365	4,365	3,181	1,435	1,746	0	0	0	173
2019	22,330	19,228	14,941	4,287	4,287	3,165	1,435	1,730	0	0	0	173
2020 <sup>5)</sup>	22,126	19,020	14,764	4,256	4,256	3,166	1,435	1,731	0	0	0	173

1. Se consideran hospitales, centros de diagnóstico y unidades de especialidad, policlínicas, centros de salud, consultorios, unidades móviles y unidades de atención ambulatoria a partir de 2010, según el padrón de establecimientos de Salud, marzo de 2010 (C-19-10).

2. Incluye información de registros que se cargan al Sistema de Salud Federal, Instituciones Federales de Salud, Hospitales Federales de Referencia, Hospitales Regionales de Alta Especialidad y Hospitales de Atención Especializada y de Servicios de Salud de Entidades Federativas. En 2015 se añadió el dato de una unidad para SE y servicios de salud de entidades federativas.

3. Hasta 2013 denominado RAS (Red de Atención). A partir de 2014 y hasta 2018 cambia a PROSPERA. A partir de 2019 cambia a IMSS-BIENESTAR.

4. Incluye unidades médicas de atención ambulatoria, unidades móviles, unidades de atención ambulatoria.

5. Incluye unidades propias y subrogadas.

6. Se refiere a unidades médicas de los gobiernos estatales y municipales (no incluye DIF).

7. No disponible.

8. Datos estimados al 31 de diciembre de 2020.

Fuente: Secretaría de Salud, Dirección General de Información y Atención al Ciudadano, Sistema Nacional de Información en Salud y Catálogo Único de Establecimientos de Salud.

### Unidades de consulta externa en instituciones del sector público de salud<sup>1)</sup>

(Número)

Año	Total	Población no asegurada a SS y servicios de salud de entidades federativas <sup>2)</sup>				Total	Entidad no asegurada					Establec. <sup>3)</sup>
		Total	IMSS	IMSS-BIENESTAR	Unidad médicas <sup>4)</sup>		IMSS	INSSTE	ISSMEX	SEDFINA	SEMAR	
2000	16,102	14,725	11,101	3,624	3,624	3,977	1,504	2,473	0	0	0	152
2005	17,078	15,571	12,130	3,441	3,441	3,467	1,348	2,119	0	0	0	167
2010	20,580	17,967	13,742	4,225	4,225	3,596	1,330	2,266	0	0	0	173
2011	20,745	18,130	13,970	4,160	4,160	3,615	1,331	2,284	0	0	0	173
2012	20,879	18,246	14,180	4,066	4,066	3,631	1,331	2,300	0	0	0	173
2013	20,989	18,348	14,266	4,082	4,082	3,641	1,331	2,310	0	0	0	173
2014	21,101	18,466	14,372	4,094	4,094	3,645	1,331	2,314	0	0	0	173
2015	21,240	18,601	14,487	4,114	4,114	3,639	1,331	2,308	0	0	0	173
2016	21,220	18,565	14,474	4,091	4,091	3,635	1,331	2,304	0	0	0	173
2017	21,294 <sup>5)</sup>	18,656	14,448	4,208	4,208	3,638	1,331	2,307	0	0	0	173
2018	21,230	18,621	14,452	4,169	4,169	3,632	1,331	2,301	0	0	0	173
2019	20,942	18,279	14,080	4,275	4,275	3,663	1,331	2,332	0	0	0	173
2020 <sup>6)</sup>	20,684	18,126	13,950	4,146	4,146	3,668	1,331	2,337	0	0	0	173

1. Se consideran centros de salud, consultorios, unidades móviles y unidades de atención ambulatoria. A partir de 2007, datos tomados del Catálogo de Establecimientos de Salud (C-19-07).

2. Incluye información de registros que se cargan al Sistema de Salud Federal, Instituciones Federales de Salud, Hospitales Federales de Referencia, Hospitales Regionales de Alta Especialidad y Hospitales de Atención Especializada y de Servicios de Salud de Entidades Federativas. En 2015 se añadió el dato de una unidad para SE y servicios de salud de entidades federativas.

3. Hasta 2013 denominado RAS (Red de Atención). A partir de 2014 y hasta 2018 cambia a IMSS-PROSPERA. A partir de 2019 cambia a IMSS-BIENESTAR.

4. Incluye unidades médicas de atención ambulatoria, unidades móviles, unidades de atención ambulatoria.

5. Incluye unidades propias y subrogadas.

6. Se refiere a unidades médicas de los gobiernos estatales y municipales (no incluye DIF).

7. No disponible.

8. Datos estimados al 31 de diciembre de 2020.

Fuente: Secretaría de Salud, Dirección General de Información y Atención al Ciudadano, Sistema Nacional de Información en Salud y Catálogo Único de Establecimientos de Salud.

### **Tabla Total de unidades en instituciones del sector público de salud y Unidades de consulta externa en instituciones del sector público de salud**

De acuerdo a las notas que se incluyen en el documento recibido, se identifica que se realiza una observación, en cuanto el descenso en el número de unidades registradas en los totales y subtotales en lo que corresponde a la población no asegurada y asegurada. Es importante mencionar que, como se incluye en las notas al pie del cuadro, se incluyen unidades médicas que van desde hospitales especializados hasta unidades móviles, las cuales a lo largo del tiempo pueden tener diversos estatus (en operación, pendiente de entrar en operación, sustitución, y baja) lo cual es la explicación para las variaciones reflejadas en la estadística.

Es importante no perder de vista que el estatus de una unidad médica depende de factores que influyen según el tipo de unidad médica, por ejemplo: las unidades médicas móviles (caravanas de salud) son vehículos que están destinados para recorrer caminos de difícil acceso en zonas remotas que provoca un gran desgaste de las unidades y en determinado tiempo provoca su baja, o se tienen problemas de recursos para operarlas, mientras que en las unidades médicas como centros de salud u hospitales los factores que pueden determinar su baja son varios como daños en su infraestructura, falta de personal, sustitución del inmueble por desgaste y eventos catastróficos que ocasionan daños severos en la infraestructura que pueden derivar en la baja de la misma.

La disminución en el número de unidades médicas en operación en 2019, se debe a que tanto en las Secretarías de Salud de los Estados e IMSS Bienestar se dieron de baja unidades por falta de personal, por infraestructura y vehículos obsoletos, o bien debido a la cancelación de programas como PROSPERA.

En 2019 fueron generadas las siguientes bajas de unidades pertenecientes a:

#### **Secretaría de Salud**

- 96 bajas son Unidades Móviles
- 87 centros de salud dados de baja porque se sustituyen
- 15 centros de salud dado de baja porque presentan daños estructurales
- 15 centros de Salud dados de baja sin personal
- 59 centros de salud urbanos de 1 núcleo básico dados de baja en Michoacán debido a la conclusión del Programa PROSPERA.
- 5 centros de Salud por traslado a otro inmueble

#### **IMSS Bienestar**

- 3 brigadas dadas de baja porque el vehículo era obsoleto

#### **ISSSTE**

- 23 unidades de medicina familiar de un consultorio que estaban en espacios que no pertenecen al ISSSTE
- 4 consultorios médicos en centro de trabajo

Si bien, los datos registrados en los cuadros antes mencionados para la fecha del informe son estimados a junio 2020, con cifras preliminares a octubre 2020 se tienen identificadas las siguientes bajas hasta el mes de octubre de 2020.

## Secretaría de Salud

319 unidades móviles dadas de baja (139 no cuentan con personal, 35 se sustituyen, 31 por vehículo obsoleto, entre otros)

181 centros de Salud dado de baja (Jalisco 66, San Luis Potosí 42, Veracruz 20, Guerrero 12, entre otros), la mayor parte de las bajas es porque se sustituyeron.

## IMSS Bienestar

303 unidades Médicas Urbanas dadas de baja por IMSS Bienestar debido a que, por disposición emitida por el gobierno federal, en el que ya no se considera el componente salud del PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL PROSPERA, se llevó a cabo el cierre de las unidades médicas urbanas.

Tabla Equipamiento en instituciones del sector público de salud

Equipamiento en instituciones del sector público de salud <sup>1/</sup>

(Número)	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>CAMAS CENSABLES</b>	77 144	76 235	84 625	85 609	85 656	87 472	88 929	87 860	89 172	89 086	89 562	89 538	89 723
<b>Población no asegurada</b>	34 958	36 370	41 174	41 158	40 726	42 478	42 986	41 753	42 428	42 563	42 416	43 047	42 580
entre las federales <sup>2/</sup>	31 447	32 833	37 678	37 662	37 193	38 935	39 443	38 194	38 834	38 972	38 827	39 358	38 891
IMSS BIENESTAR	1 511	1 541	2 496	2 486	2 531	2 538	2 316	2 559	2 594	2 598	2 591	2 634	2 589
Unidades de Salud	1 310	1 397	2 200	2 200	2 200	2 200	2 100	2 200	2 200	2 200	2 200	2 200	2 200
<b>Población asegurada</b>	42 186	39 866	43 451	44 451	44 930	44 994	45 943	45 827	46 744	46 523	47 146	46 491	47 143
IMSS	38 129	36 327	39 955	40 955	41 403	41 467	42 316	42 267	43 134	42 925	43 521	42 822	43 393
URSAE	4 061	3 541	3 496	3 496	3 527	3 527	3 597	3 597	3 597	3 597	3 597	3 597	3 597
MEMEX	300	300	322	322	322	322	322	322	322	322	322	322	322
SEELSA	3 980	3 980	4 180	4 180	4 180	4 180	4 180	4 180	4 180	4 180	4 180	4 180	4 180
SEMAR	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Estatales <sup>3/</sup>	1 400	1 400	1 400	1 400	1 400	1 400	1 400	1 400	1 400	1 400	1 400	1 400	1 400
<b>CONSULTORIOS</b>	57 492	5 886	65 801	70 196	69 221	71 767	74 056	74 115	74 080	74 804	77 217	76 875	77 880
<b>Población no asegurada</b>	28 226	31 437	38 580	40 016	41 987	42 959	43 735	44 826	46 237	46 777	47 038	47 024	47 367
entre las federales <sup>2/</sup>	25 738	27 828	33 095	34 481	36 473	37 522	38 371	39 374	40 348	40 827	41 028	41 024	41 367
IMSS BIENESTAR <sup>4/</sup>	1 511	1 541	2 496	2 486	2 531	2 538	2 316	2 559	2 594	2 598	2 591	2 634	2 589
Unidades de Salud	1 310	1 397	2 200	2 200	2 200	2 200	2 100	2 200	2 200	2 200	2 200	2 200	2 200
<b>Población asegurada</b>	29 266	21 925	27 221	30 180	27 234	28 808	30 321	29 309	27 842	28 027	29 819	29 867	30 513
IMSS	25 167	17 786	23 459	27 464	24 703	26 277	27 815	28 767	26 537	26 328	28 324	28 225	29 196
URSAE	3 000	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500
MEMEX	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
SEELSA	2 700	2 700	2 700	2 700	2 700	2 700	2 700	2 700	2 700	2 700	2 700	2 700	2 700
SEMAR	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Estatales <sup>3/</sup>	4 100	4 100	4 100	4 100	4 100	4 100	4 100	4 100	4 100	4 100	4 100	4 100	4 100

1/ El número de camas censables incluye a las unidades de salud que para algunos años se incluyeron en datos que provienen de IMSS, pero que actualmente ya no forman parte del sistema de información de las instituciones.  
 2/ En el 2019, debido al cambio de reglas y al inicio de la pandemia por COVID-19, se redujeron las camas censables en las unidades de salud.  
 3/ En el 2019, debido al cambio de reglas y al inicio de la pandemia por COVID-19, se redujeron las camas censables en las unidades de salud.  
 4/ Hasta 2019, el IMSS BIENESTAR operó como una unidad de salud dentro del IMSS. A partir del 2019, cambió a IMSS-PR (PERA). A partir del 2019, cambió a IMSS-PR (PERA).

## Camas censables

Si hacemos un análisis del periodo 2000-2019, las camas censables registraron un incremento de 12,394 unidades. Si bien, en el total de camas y en el periodo de largo plazo se puede observar un aumento, en el presente sexenio de 2018 a 2019 se observa que hubo una reducción de 24 camas, sin embargo, el señalamiento es de una reducción entre 2019 y 2020, una explicación es que para el año 2020 los datos son estimados, con base en la tendencia de los datos registrados en años previos y los datos definitivos estarán disponible para el siguiente informe. Aunado a ello dado que hubo una reducción de unidades médicas de hospitalización (16 unidades) el hecho debió impactar en las camas

censables, también es importante considerar que las camas censables son un equipamiento que sufre cierto desgaste, razón por la que pueden causar baja. No se debe perder de vista que la suma camas censables en instituciones que atienden población asegurada y población no asegurada arrojan la diferencia final de 185 camas, a pesar, de que en las instituciones de población asegurada el incremento fue de 628 camas, menos la reducción de 443 en la población no asegurada tenemos 185 de aumento en el total entre 2019 y el valor estimado en 2020.

En el mismo cuadro viene información de consultorios el cual parece no ser materia de discusión ya que solo establece el aumento entre los años 2019 y 2020. No obstante, los datos 2020 son estimados, por lo cual debe considerarse con reserva la cifra para comparación, adicionalmente que tanto en 2019 como en 2020 hay bajas de hospitales y también serán dados de alta varios hospitales que sustituyen algunos dados de baja. Finalmente resaltar que se trata de camas en áreas de hospitalización que al cierre del año correspondiente se encontraban en funcionamiento.

Equipamiento en instituciones del sector público de salud<sup>1/2</sup>

(Número)	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2019	2020	2019	2020
<b>QUIRÓFANOS</b>	2,761	2,894	2,489	2,724	2,594	2,962	4,074	4,074	4,160	4,160	4,288
<b>Población no asegurada</b>	2,250	1,411	1,451	1,952	1,937	2,449	2,030	2,034	2,189	2,024	2,067
Asistencia en el hogar	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Consultorios	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Módulo BENESTAR <sup>3/4</sup>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Hospital General <sup>5/6</sup>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Población asegurada</b>	1,511	1,483	1,038	772	657	513	2,044	2,040	2,151	2,144	2,221
IMT	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
EIMEX	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
SEELMA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
SEMAN	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>LABORATORIOS DE ANÁLISIS CLÍNICOS</b>	1,818	1,293	1,938	2,141	2,210	2,227	2,387	2,402	2,459	2,424	2,514
<b>Población no asegurada</b>	1,018	970	1,072	1,125	1,215	1,295	1,321	1,394	1,431	1,451	1,472
Asistencia en el hogar	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Consultorios	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Módulo BENESTAR <sup>3/4</sup>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Hospital General <sup>5/6</sup>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Población asegurada</b>	800	323	866	1,016	995	932	1,066	1,008	1,028	973	1,042
IMT	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
EIMEX	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
SEELMA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
SEMAN	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

1. Fuente: Encuesta de Equipamiento de las Instituciones del Sector Público de Salud, 2010, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 y 2020. 2. Fuente: Encuesta de Equipamiento de las Instituciones del Sector Público de Salud, 2010, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 y 2020. 3. Fuente: Encuesta de Equipamiento de las Instituciones del Sector Público de Salud, 2010, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 y 2020. 4. Fuente: Encuesta de Equipamiento de las Instituciones del Sector Público de Salud, 2010, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 y 2020. 5. Fuente: Encuesta de Equipamiento de las Instituciones del Sector Público de Salud, 2010, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 y 2020. 6. Fuente: Encuesta de Equipamiento de las Instituciones del Sector Público de Salud, 2010, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 y 2020.

2221  
2138  
081

**Quirófanos**

Al parecer el cuestionamiento, de acuerdo a las notas, en este cuadro se deriva de una inconsistencia en la suma, además de un error editorial pues hay un 2020 en lugar de 2019. A partir de la revisión de las cifras, la diferencia entre 2019 y 2020 son 7 quirófanos para población no asegurada, a los cuales pone un signo de interrogación. Resulta que el incremento del total de quirófanos es de 90 entre 2019 y 2020, sin embargo, si sumamos los números de olas notas el resultado es 88 dos quirófanos menos, esto se debe a que en la fila de la población asegurada la cifra resultante de la

resta es 2,221-2,138=83 y no 81 como se establece la nota en el documento, de esta forma si sumamos 83+7=90 es la operación correcta.

**Tablas Infraestructura en establecimientos particulares y Médicos del sector público de salud**

**Infraestructura en establecimientos particulares de salud <sup>1/</sup>**

(Número)

Año	Unidades médicas registradas (en camas)					Recursos materiales						
	Total de unidades	Menos de 15	15 a 24	25 a 44	45 y más camas	Camas disponibles	Consultorios	Laboratorios de diagnóstico	Equipos de radiología	Quirófanos	Ultrasonido	Áreas de diagnóstico
2000	1 026	4 300	2 13	154	4	30 200	2 200	1 500	1 100	1 100	1 100	1 100
2005	3 172	3 144	2 13	135	6	35 576	32 300	2 200	1 200	1 200	1 200	1 200
2010	3 144	2 13	2 13	135	6	35 576	32 300	2 200	1 200	1 200	1 200	1 200
2011	3 088	2 13	2 13	135	6	35 576	32 300	2 200	1 200	1 200	1 200	1 200
2012	3 064	2 13	2 13	135	6	35 576	32 300	2 200	1 200	1 200	1 200	1 200
2013	3 071	2 13	2 13	135	6	35 576	32 300	2 200	1 200	1 200	1 200	1 200
2014	3 014	2 13	2 13	135	6	35 576	32 300	2 200	1 200	1 200	1 200	1 200
2015	3 967	2 13	2 13	135	6	35 576	32 300	2 200	1 200	1 200	1 200	1 200
2016	2 906	2 13	2 13	135	6	35 576	32 300	2 200	1 200	1 200	1 200	1 200
2017	2 877	2 13	2 13	135	6	35 576	32 300	2 200	1 200	1 200	1 200	1 200
2018	2 861	2 13	2 13	135	6	35 576	32 300	2 200	1 200	1 200	1 200	1 200
2019 <sup>2/</sup>	2 788	2 286	2 13	164	9	33 527	16 000	431	1 900	1 100	2 522	2 422
2020 <sup>3/</sup>	2 763	2 253	2 13	168	9	33 431	16 732	431	1 950	1 200	2 752	2 691

1/ Incluye a unidades médicas privadas con sistema de hospitalización.  
 2/ Incluye unidades médicas con agente comunitario.  
 3/ Incluye unidades al 31 de diciembre de cada año.  
 Fuente: Consultas hechas a: 1/ Sistema de Información Estadística (SIE) de la Secretaría de Salud; Encuesta de Unidades Médicas Particulares (EUM) de México en 2010 y 2015; Encuesta Estadística de Unidades Médicas Particulares (EUM) de México en 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019; Encuesta Estadística de Unidades Médicas Particulares (EUM) de México en 2020.

**Médicos del sector público de salud <sup>1/</sup>**

(Número)

Año	Población en asegurada					Estructura por especialidad						
	Total	Total	IMSS	BILNEFIAR <sup>2/</sup>	Universitarios <sup>3/</sup>	Total	IMSS	INSYT	SEMEX	SILENA	SUMAR	Laborales <sup>4/</sup>
2000	119 512	56 337	42 700	13 637	1 395	63 085	18 641	16 913	2 292	1 470	782	2 926
2005	141 890	68 209	63 505	4 704	1 440	73 690	20 262	16 157	1 975	1 400	1 070	3 066
2010	173 415	87 828	81 952	5 876	1 440	84 765	24 371	17 807	2 476	1 725	1 140	4 214
2011	183 804	95 198	88 220	6 978	1 440	90 206	26 841	19 462	2 478	1 948	1 430	4 983
2012	186 493	96 200	89 642	6 558	1 440	90 203	27 154	19 411	2 492	1 914	1 411	5 141
2013	194 601	100 457	93 744	6 713	1 440	94 144	28 662	19 722	2 492	1 914	1 411	5 141
2014	204 485	106 623	98 838	7 785	1 440	97 862	30 619	20 411	2 522	1 914	1 411	5 141
2015	217 767	109 976	101 644	8 332	1 440	107 391	32 811	21 411	2 522	1 914	1 411	5 141
2016	228 648	112 169	103 738	8 431	1 440	112 479	34 804	22 511	2 522	1 914	1 411	5 141
2017	228 785	114 061	105 584	8 477	1 440	114 124	35 677	23 222	2 522	1 914	1 411	5 141
2018	220 827	116 121	107 514	8 607	1 440	114 856	36 099	23 777	2 522	1 914	1 411	5 141
2019	228 458	117 660	109 377	8 283	1 440	118 298	38 277	24 355	2 522	1 914	1 411	5 141
2020 <sup>5/</sup>	242 135	118 773	110 907	7 866	1 440	123 362	40 811	25 036	2 676	1 914	1 411	5 141

1/ Incluye información de unidades médicas que pertenecen a la Secretaría de Salud Federal (Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia, Hospitales Regionales de Alta Especialidad y Centros de Atención Primaria) y de los Secretarías de Salud Estatales.  
 2/ Hasta 2013 denominado BIAS. Dependientes. A partir de 2014 y hasta 2017 cambia a BIAS-PROSPEFA. A partir de 2018 cambia a BIAS-BIENESTAR.  
 3/ Incluye unidades médicas de universidades que ofrecen servicios de atención.  
 4/ Incluye unidades médicas de los gobiernos estatales y municipales (no incluye IMSS).  
 5/ Datos estimados al 31 de diciembre de 2020.  
 Fuente: Secretaría de Salud; Encuesta Estadística de Información en Salud (EIS); Sistema Nacional de Información en Salud (SINIS).

Handwritten calculations and notes:

242 135  
 235 458  
 -----  
 6 677

110 907  
 109 119  
 -----  
 1 788 Médicos +

De acuerdo con las notas al parecer no hay cuestionamientos en estos cuadros y se circulan las cifras de los años 2019 y 2020 los cuales para el caso de infraestructura ambos años son cifras estimadas y para el cuadro de médicos estimadas para 2020, solo obtiene las diferencias para ver en cuanto se incrementaron y los números son correctos.

## Tablas Indicadores de salud del ISSSTE

### Indicadores de salud del ISSSTE

Concepto	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*
Unidades de atención de salud de alta especialidad (Número)	140 496	122 141	127 144	127 149	165 937	111 111	126 441	143 490	1 547 068	101 863	101 863	101 863
Equipos de diagnóstico especializado (Número)	108 543	117 719	118 632	162 119	169 950	125 440	117 181	129 520	139 652	108 618	130 077	127 417
Equipos de diagnóstico general (Número)	280 242	287 131	276 431	283 119	343 109	241 767	251 364	249 100	274 810	301 891	231 112	300 037
Franchisas de atención de enfermedades transmisibles y contagiosas de alta especialidad (Número)	10 000 000	11 192 000	11 201 112	11 201 112	11 201 112	11 201 112	11 201 112	11 201 112	11 201 112	11 201 112	11 201 112	11 201 112
Sobres de Vida Suero Oral (Número)	1 017 640	7 030 280	11 413 119	11 351 119	11 351 119	1 201 320	4 807 469	4 114 748	1 014 000	1 014 000	2 018 112	421 318
Surtimiento completo de recetas (Porcentaje)	99.94	99.94	99.94	99.94	99.94	99.94	99.94	99.94	99.94	99.94	99.94	99.94
Número de recetas de urgencias (Número)	99 999	11 512 112	11 512 112	11 512 112	11 512 112	11 512 112	11 512 112	11 512 112	11 512 112	11 512 112	11 512 112	11 512 112

\* Datos provisionales de junio de 2020. Fuente: Sistema de Estadísticas de Atención de Salud del ISSSTE. Última actualización: 15 de junio de 2020.

En el cuadro hay dos conceptos subrayados, Sobres de vida suero oral y Surtimiento completo de recetas. Al parecer la drástica disminución de la entrega de los sobres de suero llamó la atención, pues en 2018 se entregaron poco más de 4 millones, en 2019 se entregaron casi tres millones de sobres y en 2020 las cifras preliminares apenas rebasan los 470 mil, debe hacerse notar que precisamente en 2020 las cifras no son finales, sin embargo, si hay una tendencia a reducir la entrega de los sobres desde 2018.

Al respecto, el ISSSTE comenta que el número de sobres Vida Suero Oral (VSO) registrados en 2019 y al 30 de junio de 2020 en el Segundo Informe de Gobierno, es inferior a lo reportado en años anteriores debido a un retraso en la disponibilidad del insumo, lo que impidió su distribución en tiempo y forma a las unidades médicas; esta situación para el ejercicio 2020 se ha regularizado, lo cual se verá reflejado en el segundo semestre de este año. En tal caso, las cifras alcanzadas a partir de la regularización de las acciones serán reportada en informe de gobierno 2020-2021.

En cuanto al surtimiento de recetas se observa un aumento desde 2018 lo cual no debería ser objeto de cuestionamientos, más bien reconocer los avances.

### Población usuaria de servicios de salud.

Concepto	Población usuaria de servicios de salud <sup>4</sup>										
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Total</b>	<b>96,916</b>	<b>98,942</b>	<b>100,312</b>	<b>101,044</b>	<b>101,974</b>	<b>99,704</b>	<b>99,419</b>	<b>100,116</b>	<b>101,043</b>	<b>102,043</b>	<b>111,333</b>
Atención de salud	15,137	15,485	15,837	16,189	16,541	16,893	17,245	17,597	17,949	18,301	18,653
Atención de salud	15,137	15,485	15,837	16,189	16,541	16,893	17,245	17,597	17,949	18,301	18,653
Atención de salud	15,137	15,485	15,837	16,189	16,541	16,893	17,245	17,597	17,949	18,301	18,653
Atención de salud	15,137	15,485	15,837	16,189	16,541	16,893	17,245	17,597	17,949	18,301	18,653
Atención de salud	15,137	15,485	15,837	16,189	16,541	16,893	17,245	17,597	17,949	18,301	18,653
Atención de salud	15,137	15,485	15,837	16,189	16,541	16,893	17,245	17,597	17,949	18,301	18,653
Atención de salud	15,137	15,485	15,837	16,189	16,541	16,893	17,245	17,597	17,949	18,301	18,653
Atención de salud	15,137	15,485	15,837	16,189	16,541	16,893	17,245	17,597	17,949	18,301	18,653
Atención de salud	15,137	15,485	15,837	16,189	16,541	16,893	17,245	17,597	17,949	18,301	18,653

*Handwritten notes:*  
 1. MSB  
 2. 111,333  
 3. 102,043  
 4. 101,043  
 5. 101,043

### Sobre la nota de la población usuaria de servicios de salud del IMSS

El cuadro muestra la población que demandó los servicios al menos una vez en el año en las dos modalidades, población asegurada y población no asegurada del sector público. Al parecer, por la nota que se agrega, se toma como referencia a la población asegurada en el IMSS y restó la población que demandó servicios del mismo año para obtener a la población no usuaria, la resta para obtener la población no usuaria está mal realizada ya que 70,343 (afiliados) menos 51,443 (población demandante) son 18,900 (no usuarios), sin embargo, se establece que fueron 28,900. Además, es importante aclarar que la nota establece que los 51,443 demandantes de servicios de salud son del 2019 cuando en realidad es la cifra estimada en 2020, por lo que la diferencia se obtiene con diferentes periodos.

**Sobre la nota de la Población usuaria de servicios de salud del ISSSTE.**

**Población usuaria de servicios de salud<sup>1</sup>**  
(Miles de personas)

Concepto	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Diciembre 2020
<b>Total</b>	95,236	91,942	89,010	86,044	81,904	77,766	73,439	68,218	62,002	51,443
Población usuaria de servicios de salud	36,247	37,245	37,503	36,236	34,752	33,242	31,777	30,204	28,900	28,900
IMSS	31,802	32,593	32,802	31,609	30,259	28,738	27,311	25,799	24,400	24,400
ISSSTE	4,445	4,652	4,701	4,627	4,493	4,504	4,466	4,405	4,500	4,500
SE	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Estaduales	17	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Población no usuaria	58,989	54,697	51,507	49,808	47,152	44,524	41,662	38,014	33,102	22,543
IMSS	51,443	49,000	46,800	45,191	42,557	40,504	38,466	36,405	34,000	34,000
ISSSTE	7,546	5,697	4,707	4,617	4,595	4,020	3,196	1,609	900	850
SE	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Estaduales	17	15	15	15	15	15	15	15	15	15

<sup>1</sup> Población usuaria de servicios de salud: Población que al menos una vez en el año utilizó los servicios de salud.  
<sup>2</sup> Fuente: Encuesta de 2019 sobre la población usuaria de servicios de salud.  
 Fuente: Encuesta de 2020 sobre la población usuaria de servicios de salud.

Respecto a este cuadro, al igual que en el caso del IMSS, la nota que agrega el diputado, se refiere a la diferencia entre población "afiliada o derechohabiente del ISSSTE" y su diferencia con los registros incluidos en el cuadro sobre población usuaria, por lo que la denomina no usuaria, aunado a que nuevamente el dato señalado como población no usuaria (4,007 miles de derechohabientes), sin embargo tampoco es preciso ya que se obtuvo con base en la comparación de dos variables de distintos periodos, es decir, el dato de la población derechohabiente corresponde al ejercicio 2019 y la población usuaria de los servicios de salud es un dato estimado para el cierre de diciembre de 2020.

A partir de la consulta con la ISSSTE, para precisar sus cifras de derechohabientes se recibieron comentarios pertinentes a considerar para ambas instituciones de seguridad social. Al respecto se hacen las siguientes precisiones respecto a los conceptos de población derechohabiente, usuaria y no usuaria.

**Población derechohabiente del IMSS y del ISSSTE, según tipo de afiliación**

(Miles de personas)

Año	Total de derechohabientes			Asegurados permanentes y eventuales			Familiares asegurados		
	Total	IMSS	ISSSTE	Total	IMSS	ISSSTE	Total	IMSS	ISSSTE
2006	55 140	44 500	10 640	19 249	17 859	1 390	30 801	25 641	5 160
2006	57 474	46 714	10 760	20 162	18 772	1 390	31 312	26 151	5 161
2007	58 671	47 911	10 760	21 095	19 705	1 390	32 576	27 411	5 165
2008	60 211	49 451	10 760	21 292	19 902	1 390	33 919	28 854	5 065
2009	60 224	49 464	10 760	21 608	19 915	1 693	34 616	29 551	5 065
2010	64 101	53 341	10 760	22 907	21 215	1 692	36 193	31 141	5 052
2011	67 117	56 357	10 760	24 181	22 589	1 592	37 428	32 376	5 052
2012	69 926	59 166	10 760	25 709	24 117	1 592	38 840	33 987	4 853
2013	72 141	61 381	10 760	26 711	25 119	1 592	39 720	34 867	4 853
2014	72 291	61 531	10 760	27 574	26 082	1 492	39 268	34 415	4 853
2015	74 839	64 079	10 760	28 646	27 154	1 492	39 762	34 909	4 853
2016	76 991	66 231	10 760	28 740	27 248	1 492	39 575	34 722	4 853
2017	79 144	68 384	10 760	29 693	28 201	1 492	39 912	35 059	4 853
2018	81 505	70 745	10 760	30 144	28 652	1 492	41 020	36 167	4 853
2019	83 822	73 062	10 760	31 607	29 615	1 992	41 866	37 013	4 853
2020	81 320	70 560	10 760	30 660	28 668	1 992	40 107	35 254	4 853

Este cuadro muestra la población de derechohabientes del IMSS y del ISSSTE, según tipo de afiliación, en el periodo comprendido entre 2006 y 2020. La población de derechohabientes del IMSS y del ISSSTE se refiere a la población que tiene derecho a utilizar los servicios de salud de estas instituciones, independientemente de si se encuentra afiliado o no a ellas. La población de derechohabientes del IMSS y del ISSSTE se refiere a la población que tiene derecho a utilizar los servicios de salud de estas instituciones, independientemente de si se encuentra afiliado o no a ellas. La población de derechohabientes del IMSS y del ISSSTE se refiere a la población que tiene derecho a utilizar los servicios de salud de estas instituciones, independientemente de si se encuentra afiliado o no a ellas.





A partir del cuadro anterior se confirman las cifras para Población Derechohabiente en ambas instituciones, y es importante precisar que la población derechohabiente que se registra corresponde a la amparada total que anualmente se reporta y está conformada por trabajadores afiliados, pensionados vigentes y su composición familiar (ascendientes y descendientes).

Por su parte, la población usuaria, corresponde a la que demandó algún servicio de salud y recibió atención médica en las instituciones en el año de referencia.

En relación a la observación realizada por el Diputado Éctor Ramírez Barba, se aclara que la definición y el cálculo que realizó para determinar la población no usuaria de los servicios de salud, no contextualiza la información de este Instituto, al definir como población no usuaria, la diferencia entre la población derechohabiente y la población usuaria de los servicios de salud. Esta definición no es adecuada ya que un derechohabiente que no hace uso de los servicios que proporciona el Instituto en cierto periodo de tiempo, no lo convierte en población no usuaria, ya que puede utilizarlos cuando lo requiera; el término implica considerar a un universo de personas que nunca han acudido a recibir algún servicio y que en un futuro no lo requerirá.

**Saludos cordiales.**

---