



Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración

**Análisis Económico – Financiero del
Sistema de Protección Social en Salud vs Instituto de Salud para el
Bienestar y el Plan Estratégico Organizacional**

T e s i s

Que para optar por el grado de:

Maestra en Finanzas
Campo de conocimiento: Finanzas Corporativas

Presenta:
Esther Arrieta Fernández

Tutor:
Dr. Luis Alfredo Valdés Hernández
Facultad de Contaduría y Administración

Ciudad de México, septiembre 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO 1	9
1. PROBLEMÁTICA Y METODOLOGÍA.....	10
1.1 Descripción de la situación actual en salud de la población mexicana y su problemática	10
1.1.1 Demografía	11
1.1.2 Mercado laboral.....	14
1.1.3 Economía	15
1.1.4 Morbi-mortalidad	21
1.1.5 Indicadores en salud	25
1.2 Objetivos	33
1.3 Preguntas de investigación	34
1.4 Hipótesis	35
1.5 Tipo de investigación del estudio	36
CAPÍTULO 2	37
2. MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA.....	38
2.1 Estructura del sistema de salud.....	38
2.1.1 Instituciones, beneficiarios, derechos y beneficios de los afiliados	39
2.1.2 Subsistemas de salud	42
2.1.3 Niveles de atención	42
2.1.4 Régimen estructural.....	43
2.2 El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)	44
2.3 Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)	48
2.4 Financiamiento de la salud	48
2.4.1 Financiamiento al Sistema de Protección Social en Salud.....	49
2.4.2 Recursos totales asignados al SPSS 2012-2019	51
2.4.3 Recursos destinados al Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud	53
2.4.4 Financiamiento al Instituto de Salud para el Bienestar.....	53
CAPÍTULO III	55
3. ANÁLISIS FINANCIERO	56

3.1 Información financiera del INSABI.....	57
3.2 Estados financieros del INSABI	60
3.3 Análisis e interpretación de los Estados Financieros	65
3.3.1 Análisis vertical.....	65
3.3.2 Análisis horizontal	71
3.4 Información presupuestaria.....	79
3.4.1 Presupuesto de Egresos de la Federación (2017-2022).....	81
3.4.2 Clasificación administrativa	82
3.4.3 Clasificación funcional y programática	87
3.4.4 Clasificación económica	90
3.4.5 Clasificación geográfica	97
CAPÍTULO IV	98
4. PROPUESTA DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA ORGANIZACIONAL EN EL INSABI.....	99
4.1 La planeación estratégica, hilo conductor de la organización	99
4.2 Planeación por el análisis de las condiciones actuales	105
4.2.1 Diagnóstico de la organización	106
4.2.2 Modelo organizacional de los tres vectores.....	106
4.2.2.1 Primer vector o misión.	107
4.2.2.2 Segundo vector: Aspectos sociales (Estructura organizacional)	110
4.2.2.3 Tercer vector: Aspectos técnicos (Diseño de transformación)	115
4.2.3 Análisis interno	120
4.2.3.1 Fortalezas y debilidades	120
4.2.4 Análisis externo	125
4.2.4.1 Oportunidades y amenazas	125
4.2.5 Matriz de Impacto Cruzado	129
4.2.6 Estrategias asociadas a FODA.....	134
4.3 Planeación por el análisis de las condiciones del pasado	136
4.3.1 Parámetros de desempeño	137
4.3.2 Graficando el parámetro seleccionado	139
4.3.3 Determinación de la tendencia y el pronóstico	139
4.3.4 Implicaciones del pronóstico	139
4.3.5 Estrategias asociadas al pronóstico	139
4.4 Planeación por el análisis de las condiciones del futuro.....	142
4.4.1 Análisis del entorno social	144
4.4.2 Futuros posibles, probables y la competitividad	146
4.4.3 Situación futura deseada (SFD)	147
4.4.4 Visión	148
4.4.5 Identificación de la brecha.....	148
4.4.6 Estrategias asociadas a la prospectiva	149
4.4.7 Valores organizacionales.....	150
4.5 Líneas genéricas de acción, estructuración y evaluación	150

4.5.1 Estrategias propuestas	151
4.5.2 Sistema estratégico integral	153
4.5.3 El análisis estructural.....	153
4.5.4 Estrategias motrices	155
4.6 El plan estratégico	161
CAPÍTULO V	164
5. CONCLUSIONES	165
Fuentes de consulta	169
Acrónimos y abreviaturas	175
Anexo	179

Introducción

México dirige la construcción de un sistema universal de acceso a los servicios de salud, efectivo, eficiente con calidad y seguridad al paciente, su familia y el entorno social.¹

Las reformas al sistema de salud mexicano en los últimos años han progresado, sin embargo, han sido insuficientes para resolver todos los problemas del Sistema Nacional de Salud (SNS).² Por consiguiente, la consecución al derecho a la protección de la salud consagrado en la Constitución ha sido inalcanzable, el gobierno tendrá que garantizar la innovación en políticas de sanidad pública que permita avanzar en lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (“salud universal”), conforme la Declaración de Alma-Ata (1978) “Salud para todos”, basado en la Atención Primaria de Salud (APS).³

El sistema de salud en su conjunto debe responder de manera efectiva, oportuna y eficiente a las necesidades de la población...

*...“Un sistema de salud basado en derechos no solo debe cubrir al total de la población, sino que además debe ofrecer a todos la misma oportunidad de recibir los servicios que necesite ante las adversidades de la vida”.*⁴

Atención a lo cual, como punto de partida en el año 2012, el presidente de la República y los presidentes de los tres principales partidos políticos nacionales, pactaron el primer acuerdo referente a la Seguridad Social Universal.

A este respecto, en el tiempo diversos modelos de atención en salud basado en los paradigmas imperantes de la época, del contexto histórico y los momentos políticos, han intentado dar respuesta a aspectos técnicos y sociales, sustentado en la prestación de servicios esenciales bajo los principios de la Atención Primaria en Salud (APS)⁵ —la OMS define la APS como la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los

¹ Centro de Investigación Económica y Presupuestaria A.C. (2019). El Consideraciones de impacto presupuestario ante la iniciativa de la creación del INSABI. México. Recuperado de <https://ciep.mx/consideraciones-de-impacto-presupuestario-ante-la-iniciativa-de-creacion-del-insabi/>

² Sistema Nacional de Salud. Se constituye por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

³ Alma-Ata, 40 años. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=Rv8GfnjMgy4>

⁴ Instituto de Salud para el Bienestar. (2019). Instituto de Salud para el Bienestar tendrá modelo de atención semejante al del IMSS: Víctor Hugo Borja. México. Recuperado de <https://www.gob.mx/imss/prensa/instituto-de-salud-para-el-bienestar-tendra-modelo-de-atencion-semejante-al-del-imss-victor-hugo-borja>

⁵ Organización Panamericana de la salud. (2022). Atención Primaria de Salud. La OMS define a la atención primaria en salud (APS). Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud#:~:text=La%20APS%20es%20un%20enfoque,va%20desde%20la%20promoci%C3%B3n%20de>

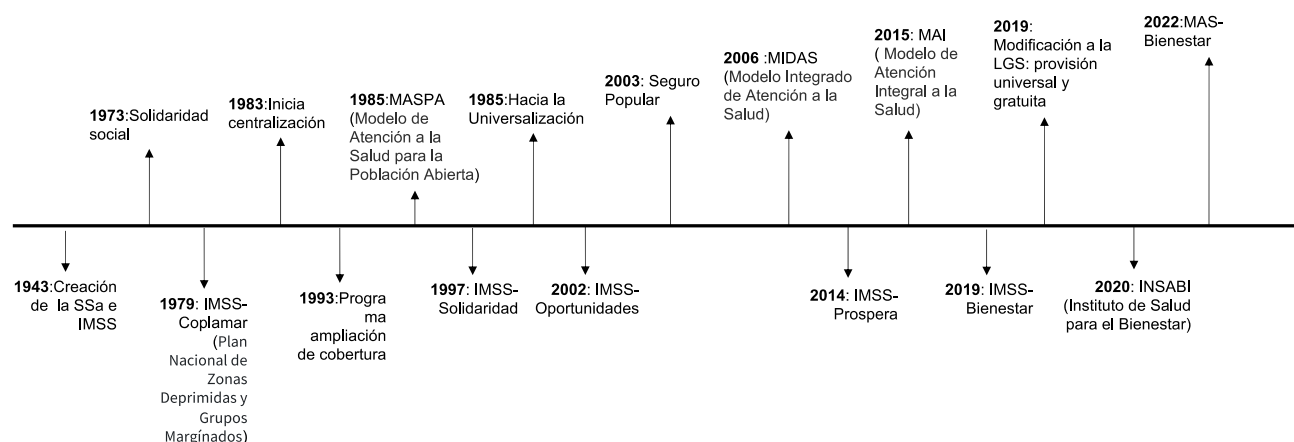
individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país—.

En la transición de la atención integral y de extensión gradual de coberturas como responsabilidad del Estado, a través de las instituciones públicas de salud, la promoción gubernamental de la mercantilización de servicios fue complementada con una política de beneficencia hacia la población pobre, hasta una activa necesidad de disponer de un sistema único, público, gratuito y equitativo de salud que garantice el acceso efectivo de toda la población a servicios de salud de calidad, en correspondencia con los Modelo de Atención a la Salud vigentes (López, 2001).⁶

Modelo de Atención, se define como:

- Resultado de la combinación de tecnologías empleadas para asistencia a la salud de una determinada población;
- Conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que, al complementarse, organizan el sistema de salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud;
- Construcción teórica que se ejerce como un sistema organizado de prácticas en el sector salud, capaz de ser replicado y que cuenta con diferentes grados de consenso social para su implementación.⁷

Figura 1 Modelos de atención a población sin seguridad social en México.



Fuente: Elaboración propia a partir del DOF.

En resumidas cuentas la línea de tiempo de los modelos de atención (Figura 1) inmersos en los momentos revolucionarios en la historia del sistema mexicano de salud y un enfoque general de transformación acorde a los sexenios presidenciales:⁸

⁶ López, A. O., Blanco-Gil, J. (2001). La polarización de la política de salud en México. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(1):43-54, jan-fev. Recuperado de <https://www.scielo.org/pdf/csp/v17n1/4059.pdf>

⁷ Diario Oficial de la Federación. (2022). Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar. Secretaría de Salud, México. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0

- La Reforma del Estado (1982-1988). La política de salud -como ámbito particular de la política social-. La descentralización de los servicios de salud se da en el periodo 1984-1988, estrategia de mayor importancia para reorganizar el subsistema de atención a población no derechohabiente. La postura gubernamental señala que a través del proceso descentralizador se pretende ampliar las coberturas, mejorar la calidad de los servicios y conciliar la eficiencia en la prestación de la atención y los derechos de los trabajadores.
- Liberalismo social (1988-1994), la centralidad del mercado como organizador de la vida social y económica, el proyecto modernizador neoliberal. El Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol), base de legitimidad popular alejada de los viejos esquemas corporativos, en donde emerge con claridad la estrategia bipolar de mercantilización y beneficencia.⁹
- Transformación de la seguridad social (1994-2000), mediante las modificaciones a la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 1997); y la reorganización de los servicios que atienden a la población no derechohabiente, propuesta de reforma del sector salud 1995-2000 (Programa de Reforma del Sector Salud, 1995).
- Democratización de la salud en México (2001-2006), incorporó la propuesta de creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), el programa (2006-2012) se mantuvo y añadió nuevos aspectos que equivalían a otro tipo más de segmentación y a la generación de nuevos problemas de inequidad en salud. Se continuó con el SPSS (2012-2018), con la modernización de la infraestructura del sector y se fortaleció las acciones de prevención de la salud.

En este periodo se planteó la necesidad de considerar la creación de un sistema único de salud que integrara los esfuerzos de la SSA, de las instituciones de seguridad social y del sector privado. Reforma estructural que resolviera la fragmentación del sistema de salud y garantizara el acceso para todos los ciudadanos, a partir de criterios de equidad, acceso efectivo y de la materialización del derecho a la salud garantizado por el Estado. Un Sistema Nacional de Salud que integre estructural y financieramente al sector.¹⁰

- Finalmente, (2020-2024) el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), con el objeto de proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, en coordinación con la Secretaría de Salud, en su calidad de órgano rector

⁸ Juan et al. (2013). Universalidad de los servicios de salud en México. Salud Pública de México, 55. Recuperado de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000600001

⁹ López, A. O., Blanco-Gil, J. (2001). La polarización de la política de salud en México. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(1):43-54, jan-fev. Recuperado de <https://www.scielo.org/pdf/csp/v17n1/4059.pdf>

¹⁰ Uribe Gómez, M. Abrantes Pego, R. (2013). Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/perlat/v21n42/v21n42a6.pdf>, 2013

implementan las acciones orientadas a lograr una adecuada integración y articulación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

Teniendo como premisa que la disociación existente entre aseguramiento y prestación de servicios de salud puede ser la causa de la fragmentación del sistema, dando como resultado problemas de equidad, acceso y cobertura de la atención al usuario.¹¹

A pesar de los avances logrados, el proceso de reducción de las inequidades en salud se hace más complejo por los nuevos patrones epidemiológicos y demográficos que requieren respuestas diferentes e innovadoras de los sistemas y servicios de salud y que los problemas de exclusión y la falta de acceso a servicios de calidad persisten especialmente en aquellos grupos en condiciones de mayor vulnerabilidad.¹²

Reconociendo que hay maneras de lograr el acceso universal a la salud y la cobertura de salud universal, en este trabajo se analiza el contexto social, económico, político, legal, histórico y cultural, así como las prioridades y los desafíos de salud actuales, en tanto lo que fue el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular), como del recién creado Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), de modo que mencionado trabajo sea una base para desarrollar un plan estratégico con las respectivas las líneas de acción a proponer.

El presente análisis se conforma en cinco capítulos; en el primer capítulo, la problemática y metodología, muestra la situación actual de las condiciones de salud de la población mexicana y la problemática, haciendo mención los padecimientos emergentes que constituyen las principales causas de morbilidad y consecuentemente los indicadores básicos de salud.

En el segundo capítulo, hace referencia al marco teórico donde se describe la estructura del sistema de salud mexicano: instituciones, beneficiarios, derechos y beneficios de los afiliados de las distintas instituciones, las fuentes de financiamiento del sistema y los niveles de protección financiera.

En el tercer capítulo el análisis financiero del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) comúnmente Seguro Popular (SP) vs el Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI), aquí se identificará la información financiera: el origen de los recursos, sus aplicaciones o destino y el logro de los máximos beneficios económicos con los recursos disponibles.

Cuarto capítulo, la elaboración de una propuesta de planeación estratégica organizacional para el INSABI, tomando como referencia el trabajo de investigación que antecede: La planeación estratégica y el programa para la calidad en las instituciones médicas, finalmente en el quinto capítulo llegamos a conclusiones.

¹¹ Ocampo, R. Ma. V., et. al. (2013). Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. Gerencia y Políticas de Salud. vol. 12, núm. 24, enero-junio, pp. 114-129. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54526806016>

¹² Organización Panamericana de Salud. (2022). Salud Universal. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>

CAPÍTULO 1

Análisis económico – financiero del Sistema de Protección Social en Salud Vs Instituto de Salud para el Bienestar y el plan estratégico para el INSABI

1. Problemática y metodología

1.1 Descripción de la situación actual en salud de la población mexicana y su problemática

Después de muchos años de evolución y con objeto de mejorar el acceso a los servicios de salud para reducir las brechas de desigualdad, proporcionar atención médica segura y de alta calidad; los sistemas de salud se enfrentan a constantes retos, puesto que las condiciones de vida actual de la población se caracteriza por la manera de enfermar de las personas, debido a los procesos de cronicidad y multimorbilidad (Juan et al., 2013).¹³

Condiciones que requieren de atención de largo plazo, lo que exige a los sistemas de salud a poner en marcha los cambios de estructuras piramidales rígidos a redes adaptables para mejorar el acceso y la continuidad en la prestación de los servicios en todos los niveles de atención.¹⁴ Con base en los distintos modelos de prestación de servicios de salud a lo largo del tiempo, se ha intentado dar respuesta a las necesidades de salud de las personas, bajo los principios de oportunidad, efectividad, eficiencia, calidad y equidad.

Con particular interés de obtener un equilibrio entre la atención preventiva y curativa, una atención continua centrada en la persona, bajo el precepto de brindar salud sostenible para todos los ciudadanos, en concordancia con un sistema de salud sostenible económica y financieramente, siendo así que las personas reciban la atención adecuada, en el momento adecuado y en el lugar correcto. Toda vez que la Carta Magna de 1917, en el artículo 4º, párrafo cuarto reconoce el derecho humano que toda persona tiene a la protección de la salud, y establece que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2022).¹⁵

¹³ Juan et al. (2013). Universalidad de los servicios de salud en México. Salud Pública de México, 55. Recuperado de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000600001

¹⁴ Organización Panamericana de la Salud. (2020). Recomendaciones para adaptar y fortalecer la capacidad resolutive del primer nivel de atención durante la pandemia de COVID-19. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52729/OPSIMSHSSCOVID-19200032_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

¹⁵ Diario Oficial de la Federación. (2020). Programa Institucional 2020-2024 del Instituto de Salud para el Bienestar. México. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5608326&fecha=21/12/2020#gsc.tab=0

Lo que representa nuevas oportunidades, es por tal motivo que a partir del presente estudio se diseñe propuestas estratégicas que permitan alcanzar la eficiencia adecuada del sistema de seguridad social. Por lo que resulta relevante realizar un análisis de los elementos que integran un Sistema de Salud, para que, con el uso de herramientas metodológicas como la planeación estratégica se oriente y guíe las acciones para la obtención de metas según Valdés (2014).¹⁶

Entonces, como punto de partida de acuerdo a Parreño (2016)¹⁷ los “tipos de problemas” para el caso de estudio, al presentarse mediante la situación en salud de la población mexicana en las variables demográfica, laboral, económica, morbi-mortalidad; así como los distintos indicadores en salud que a continuación se describen, representa la problemática actual, por lo que se considera es de tipo descriptivo.

1.1.1 Demografía

México cuenta con una población de **126,014.024** habitantes (2020) de acuerdo a los datos demográficos en INEGI. La proporción de hombres (48.8%) y mujeres (51.2%).

Tabla 1 Total de Población en México.

Periodo	2000	2005	2010	2015	2020
Número de personas	97,483,412	103,263,388	112,336,538	119,938,473	126,014,024

Fuente: INEGI. Censo y conteos de población y vivienda 2020.

Al analizar la pirámide de la población, se observa una discreta reducción en la base de la población de niños entre 0-4 años, mismo que se presenta en la población mayor de 29 años, con disminución de entre 10-30 puntos básicos, lo que representa un grupo de población muy joven siendo ésta entre los 05-29 años; en contraste con el grupo de edad mayor de 30 años y menor de 49 años, de igual manera para el grupo de 50-59 años, 60-74 años y mayores de 75 años. La edad media es de 29 años.

Tabla 2 Curva población en México.

Edad	Mujeres	Hombres
0-4	4	4
05-09	4.2	4.3
10-14	4.3	4.4

¹⁶ Valdés, L.A. (2014). Planeación estratégica con enfoque sistémico. Recuperado de http://docencia.fca.unam.mx/~lvaldes/libro/planeacion_estrategica_2_Edicion.pdf

¹⁷ Parreño, A. (2016). Metodología de investigación en salud. Recuperado de <https://cimogsys.esPOCH.edu.ec/direccion-publicaciones/public/docs/books/2019-09-17-224845-metodolog%C3%ADa%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20en%20salud-compresido.pdf>

15-19	4.3	4.3
20-24	4.2	4.1
25-29	4.1	3.9
30-34	3.9	3.6
35-39	3.7	3.4
40-44	3.5	3.2
45-49	3.3	3
50-54	2.9	2.7
55-59	2.4	2.1
60-64	2	1.8
65-69	1.5	1.4
70-74	1.1	1
75-79	0.8	0.7
80-84	0.5	0.4
85 y más	0.5	0.3

Fuente: INEGI. Censo y conteos de población y vivienda 2020.

La transición demográfica en México se caracteriza por disminución de la mortalidad y reducción de la natalidad, componentes principales que contribuyen a lo largo del tiempo en múltiples efectos económicos y sociales, que a la vez han influido a prolongar la esperanza de vida al nacer, siendo de 75.4 años para el 2021 (Tabla 4), conduciendo a una población que envejece.

Del mismo modo se observa una población mexicana que entra al nuevo milenio, con una importante disminución de la tasa global de fecundidad (TGF), de 1.9 hijos por mujer para el 2019.

Tabla 3 Nacimientos registrados.

Periodo	Nacimientos
2010	2,643,908
2011	2,586,287
2012	2,498,880
2013	2,478,889
2014	2,463,420
2015	2,353,596
2016	2,293,708
2017	2,234,039
2018	2,162,535
2019	2,092,214
2020	1,629,211

Fuente: INEGI. Censo y conteos de población y vivienda 2020.

El índice de envejecimiento al 2015 fue de 38.0 (personas adultas mayores por cada 100 niños y jóvenes), con respecto a la Relación de dependencia en el mismo año fue de 52.8%, al 2020 de 50.2 (personas en edad dependiente por cada 100 en edad productiva).¹⁸

Tabla 4 Esperanza de vida en al nacer.

Periodo	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
Años	75.4	75.2	75.1	75	74.9	75	74.9	74.7	74.5	74.3	74.1	74

Fuente: INEGI. Censo y conteos de población y vivienda 2020.

El total de defunciones para el periodo 2020 fue de 1,086.743; con índice de sobre mortalidad masculina un año previo a la contingencia sanitaria causada por el virus SARS COV-2 de 129.9,¹⁹ siendo para el 2020 el índice de 143.

Tabla 5 Defunciones registradas.

Periodo	Defunciones
2010	592,018
2011	590,693
2012	602,354
2013	623,599
2014	633,641
2015	655,688
2016	685,766
2017	703,047
2018	722,611
2019	747,784
2020	1,086,743

Fuente: INEGI. Censo y conteos de población y vivienda 2020.

El envejecimiento de la población tiene un impacto en la participación laboral, el tamaño de la fuerza de trabajo, la productividad, los patrones del comercio internacional, la demanda de servicios públicos y el consumo, México tendrá que dar respuesta a los problemas emergentes y las consecuencias sociales de la población que envejece aceleradamente.

¹⁸ Índice de envejecimiento: Personas adultas mayores por cada 100 niños y jóvenes.

Relación de dependencia: Personas en edad dependiente por cada 100 en edad productiva.

¹⁹ Índice de sobre mortalidad masculina: Defunciones masculinas por cada 100 femeninas.

De igual modo, en consideración para los cambios demográficos tanto internos como externos en México, la movilidad interna se han acelerado (movimiento de áreas rurales a áreas urbanas) en 2020, fue el 79% de la población que vivía en localidades urbanas y la cantidad de personas que habitaban en comunidades rurales representaba el 21 % del total de la población del país.

Con respecto al flujo de emigración, ha sido de las regiones con menor grado de desarrollo de mercados laborales superpoblados hacia los países desarrollados, como la emigración de México a los EE. UU., donde la migración está asociada a la diferencia existente en los factores socioeconómicos entre ambos países.

Tabla 6 Emigración.

País	2014	2018
Total	100	100
Estados Unidos de América	86.3	84.8
España	2.1	2.2
Canadá	2.2	4.0
Resto del mundo	9.2	8.8
Países no especificados	0.2	0.1

Fuente: INEGI. Censo y conteos de población y vivienda 2020.

1.1.2 Mercado laboral

La Tasa de Ocupación en el Sector Informal 1 (TOSI1) representó el 27.5% de la población ocupada en el último mes de 2018.²⁰ Lo que supone, que entre 20 y 30 millones de personas no tienen acceso efectivo a los sistemas de salud.

El mercado laboral en México la tasa de desempleo para el primer trimestre 2019 correspondiente al 3.4% de la población total. Mientras que la tasa de desempleo²¹ a final del año 2020 representa el 3.8%. Por lo tanto el mercado laboral en México genera profundas inequidades en cuanto a seguridad social se refiere.

²⁰ la Tasa de Ocupación en el Sector Informal 1 (TOSI1) considera a todas las personas que trabajan para unidades económicas no agropecuarias operadas sin registros contables y que funcionan a partir de los recursos del hogar o de la persona que encabeza la actividad sin que se constituya como empresa, de modo que la actividad en cuestión no tiene una situación identificable e independiente de ese hogar o de la persona que la dirige y que por lo mismo tiende a concretarse en una muy pequeña escala de operación.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/iooe/iooe2019_01.pdf

²¹ Desempleo es sinónimo de paro. Desempleado o parado es aquel trabajador que no tiene empleo. Por lo tanto, los desempleados o parados de un país son aquellos que tienen edad, capacidad y deseo de trabajar (población activa) pero carecen de un puesto de trabajo.

El número de parados de un territorio suele expresarse en función de la población activa del mismo y se denomina tasa de desempleo.

La tasa de paro es el cociente entre el total de parados y el total de activos y se expresa en porcentaje: Tasa de desempleo = Total de Parados/ Total de Activos.

Tabla 7 Tasa de desempleo.

	2021	2020
Tasa de desempleo	3,5%	3,8%
Desempleo hombres	3,3%	3,8%
Desempleo mujeres	3,8%	3,7%
Diferencia desempleo hombres/mujeres	0,5%	-0,1%

Fuente: México: Economía y demografía, datosmacro.expansión.

Tabla 8 EPA - Paro México I Trim 2021.

	Total	Hombres	Mujeres
Tasa de desempleo (EPA)	4,3%	4,4%	4,2%
Paro menores de 25 años	8,5%	8,1%	9,2%
Paro mayores de 24 años	3,5%	3,7%	3,3%
Paro entre 25 y 54 años	3,8%	3,9%	3,7%
Paro mayores de 54 años	2,5%	2,9%	1,6%

Fuente: México: Economía y demografía, datosmacro.expansión.

1.1.3 Economía

La forma en que se mide el bienestar de los habitantes es por indicadores, como son la esperanza de vida, la alfabetización o el Producto Interno Bruto (PIB), y de forma más concreta mediante el Índice de Desarrollo Humano (IDH).²²

En cuanto al IDH, que elabora las Naciones Unidas para medir el progreso de un país y que en definitiva nos muestra el nivel de vida de sus habitantes, indica que los mexicanos se encuentran en el puesto 76.

El PIB per cápita es un muy buen indicador del nivel de vida y en el caso de México, en 2021, fue de 8.403 € euros (162.80 pesos mexicanos), con el que se sitúa en el puesto 73 del ranking, los habitantes tienen un bajo nivel de vida en relación al resto de los 196 países del ranking de PIB per cápita. A ello se le une el hecho de el salario medio de los mexicanos es uno de los más bajos del mundo.

El Índice de Percepción de la Corrupción del sector público en México ha sido de 31 puntos, así pues, sus habitantes consideran que existe mucha corrupción en el sector público.

²² El índice de desarrollo humano (IDH) es un indicador nacido de la mano del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) mide el nivel de desarrollo de cada país atendiendo a variables como la esperanza de vida, acceso a la educación, el ingreso per cápita, acceso a la salud, seguridad, entre otros factores.

Tabla 9 Cuentas Nacionales – Gobierno.

PIB Trim Per Cápita	IV Trim 2021	2.221 k			
PIB anual	2021	1.094.618 M€	93.987 M€	2020	PIB anual
PIB Per Cápita	2021	8.566 €	8.298 €	2020	PIB Per Cápita
PIB Trimestral	IV Trim 2021	283.844 M€			
Deuda total (M.€)	2021	630.793			
Deuda (%PIB)	2021	57,63%			
Deuda Per Cápita	2021	4.936 €			
Déficit (M.€)	2021	-41.562			
Déficit (%PIB)	2021	-3,80%			
G. Público (M.€)	2021	296.879,2			
Gasto Educación (M.€)	2018	44.057,8	6.229,2	2010	Gasto Educación (M.€)
Gasto Educación (%Gto Pub)	2018	16,58%			
Gasto Salud (M.€)	2020	29.663,2	8.980,3	2017	Gasto Salud (M.€)
G. Salud (%G. Público Total)	2017	11,05%	15,87%	2017	G. Salud (%G. Público Total)
Gasto Defensa (M.€)	2020	5.472,2	2.436,6	2018	Gasto Defensa (M.€)
Gasto Defensa (%Gto Pub)	2020	1,91%			
Gasto público (%PIB)	2021	27,12%			
Gasto público Per Cápita	2021	2.323 €			
Gasto Educación Per Cápita	2018	352 €	555 €	2010	Gasto Educación Per Cápita
G. Público Salud Per Cápita	2020	232 €	782 €	2017	G. Público Salud Per Cápita
Gasto Defensa Per Cápita	2020	43 €	215 €	2018	Gasto Defensa Per Cápita
Rating Moody's	29/04/2021	Baa1	Ca	18/11/2021	Rating Moody's
Rating S&P	26/03/2020	BBB			
Rating Fitch	15/04/2020	BBB-			
Índice de Corrupción	2021	31	46	2021	Índice de Corrupción
Ranking de Competitividad	2019	48º			
Índice de Fragilidad	2018	71,5	62,9	2018	Índice de Fragilidad

Ranking de Trans.	28/09/2018	2º			
Ranking de la Innovación	2018	56º			

Mercado Laboral

Tasa de desempleo	mar-2022	3,0%			
Tasa de desempleo	I Trim 2021	4,3%			
Parados	I Trim 2021	2.395 k			
SMI	2021	176,5 €			
Salario Medio	2020	5.349 €			
Ranking de Capital Humano	2017	69º	36º	2016	Ranking de Capital Humano

Mercados – Cotizaciones

Euro / Pesos mexicanos	18/05/2022	209,204			
Tipo de cambio del dólar	18/05/2022	199,663			
Bono 10 años	19/05/2022	9,13%			
Prima Riesgo	19/05/2022	817			
Bolsa (Var. este Año %)	18/05/2022	-5,40%			
Precios					
IPC General	abr-2022	7,7%			
IPRI Interanual	abr-2022	10,4%			

Mercado de dinero

Tipos de interés	13/05/2022	7,00%			
Negocios					
Doing Business	2019	54º			
IPI Interanual	mar-2022	2,4%			
Vehículos pasajeros Año	abr-2022	494.49	2.28	dic-2019	Vehículos pasajeros Año
Vehículos Año/1000 hab.	abr-2022	8,11	0,27	dic-2019	Vehículos Año/1000 hab.

Producción anual de vehículos	2020	3.176.600			
Vehículos / 1000 habitantes	2015	307,82	42,38	2015	Vehículos / 1000 habitantes

Impuestos

Presión fiscal (%PIB)	2020	17,9%	37,5%	2020	Presión fiscal (%PIB)
IVA General	01/01/2010	16,00%			
Tipo máximo	2020	35,0%			

Comercio

Llegadas anuales	2019	45.024.453	4.263.115	2019	Llegadas anuales
Exportaciones	2021	417.878,2 M€	1.308,9 M €	2021	Exportaciones
Exportaciones %PIB	2021	38,18%	1,59%	2020	Exportaciones %PIB
Importaciones	2021	441.752,1 M€	7.577,6 M €	2021	Importaciones
Importaciones % PIB	2021	40,36%	6,73%	2020	Importaciones % PIB
Balanza comercial	2021	-23.873,9 M€	- 6.268,7 M €	2021	Balanza comercial
Balanza comercial % PIB	2021	-2,18%	-5,15%	2020	Balanza comercial % PIB

Socio-Demografía

Ranking global de envejecimiento	2015	33º			
Densidad	2020	65	103	2020	Densidad
Ranking Paz Global	2021	140º	87º	2021	Ranking Paz Global
Remesas recibidas (M.\$)	2017	30.600,0			
% Inmigrantes	2019	0,84%	0,04%	2019	% Inmigrantes
% Emigrantes	2019	9,32%	14,60%	2019	% Emigrantes
Tasa Natalidad	2019	17,30‰	9,96‰	2019	Tasa Natalidad
Remesas enviadas (M.\$)	2017	2.749,4	63,2	2017	Remesas enviadas (M.\$)
Tasa mortalidad	2019	6,08‰	9,15‰	2019	Tasa mortalidad
Índice de Fecund.	2019	2,10	1,60	2019	Índice de Fecundidad
Tasa bruta de nupcialidad	2020	2,63‰			

% Riesgo Pobreza	2020	43,9%			
Población	2020	127.792.000	11.326.616	2020	Población
Inmigrantes	2019	1.060.707	4.886	2019	Inmigrantes
Emigrantes	2019	11.796.178	1.654.684	2019	Emigrantes
IDH	2019	0,779	0,783	2019	IDH
Ranking de la Brecha de Género	2020	25º	31º	2020	Ranking de la Brecha de Género
Esperanza de vida	2019	75,05	78,80	2019	Esperanza de vida
Suicidios	2020	7.896	1.6	2015	Suicidios
Suicidios por 100.000	2020	6,18	14,13	2015	Suicidios por 100.000
Número de Homicidios	2020	36.773	572	2016	Número de Homicidios
Homicidios por 100.000	2019	28,74	5,05	2016	Homicidios por 100.000

Energía y Medio Ambiente

CO2 t per cápita	2020	3,05	2,00	2020	CO2 t per cápita
Producción anual de petróleo	2021	1.734	34	2021	Producción anual de petróleo
Reservas de Petróleo	2021	5.786,1	124,0	2021	Reservas de Petróleo
Consumo GWh	2020	267.34	16.097	2019	Consumo GWh
Generación GWh	2020	305.45	18.51	2020	Generación

Otros

COVID-19 - Muertos	17/05/2022	324.617	8.529	17/05/2022 2	COVID-19 - Muertos
COVID-19 - Confirmados	17/05/2022	5.752.441	1.104.707	17/05/2022 2	COVID-19 - Confirmados
Completamente vacunadas	17/04/2022	79.945.002	9.957.347	15/05/2022 2	Completamente vacunadas
COVID-19 - Muertos por millón habitantes	17/05/2022	2.540,20	753,01	17/05/2022 2	COVID-19 - Muertos por millón habitantes
Dosis administradas	16/05/2022	206.941.649	36.369.267	15/05/2022 2	Dosis administradas

Fuente: México: Economía y demografía, datosmacro.expansión.

De acuerdo a los últimos datos publicados, el gasto público²³ se da en distinta proporción, México dedicó a educación un 16,58% de su gasto público, a sanidad un 11,05% y a defensa un 1,91%.

Tabla 10 Gasto Público.

Fecha	G. Público (M.€)	G. Público Salud %G.Salud Total	Gasto Salud (M.€)	G. Salud (%G. Público Total)	G. Salud %PIB	G. Público Salud Per Cápita
2021	296.879,2					
2020	273.301,5	52,90%	29.663,2		3,30%	232 €
2019	294.299,5	49,17%	30.376,3		2,68%	240 €
2018	265.750,0	49,63%	27.680,9		2,67%	221 €
2017	264.323,3	50,54%	28.363,2	11,05%	2,76%	229 €
2016	266.686,0	51,28%	27.736,3	10,75%	2,85%	226 €
2015	290.531,7	52,20%	31.495,4	11,18%	2,99%	260 €
2014	277.166,5	52,08%	28.643,5	10,72%	2,89%	239 €
2013	266.627,6	53,75%	29.960,9	11,28%	3,12%	253 €
2012	263.737,9	53,08%	28.141,6	10,68%	3,01%	241 €
2011	235.314,4	52,80%	24.721,5	10,56%	2,91%	214 €
2010	221.046,4	50,22%	23.007,6	10,50%	2,88%	202 €

Fuente: México: Economía y demografía, datosmacro.expansión.

Como se observa en la Tabla 10, para el 2021 el gasto público en México, creció 23.577,7 millones (8,63%), de 273.301,5 hasta un total de 296.879,2 millones de euros. En cambio, en sanidad el gasto público disminuyó 713,1 millones en el 2020, es decir un 9.93%. Esta cifra supone que el gasto en sanidad en 2020 alcanzó el 3,3% del PIB, una subida de 0,62 puntos apenas en 2019, en el que fue el 2,68% del PIB, esta cifra muestra una tendencia decreciente desde 2013, año en el cual la asignación de gasto

²³ El Gasto Público en Salud está formado por aquellos gastos recurrentes y de capital provenientes del sector público destinados a la prestación de servicios de salud, actividades de planificación familiar, de nutrición y a la asistencia de emergencias para la salud. El gasto en salud de un país está compuesto por el gasto público y el gasto privado: Gasto Público Salud= Gatos Público Salud + Gasto Privado en Salud. El gasto público en salud incluye tanto los recursos públicos o presupuestos gubernamentales como las contribuciones a la seguridad social. Los recursos públicos o presupuestos gubernamentales ingresan por medio del cobro de los impuestos generales y específicos (Impuesto al Valor Agregado o IVA, Impuesto sobre la Renta o ISR, impuestos al tabaco y al alcohol, entre otros). Los recursos provenientes de las contribuciones a la seguridad social ingresan a través de impuestos a la nómina donde participan tanto empleadores como trabajadores. Así, el gasto público está constituido por los presupuestos ejercidos en atención a la salud de las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSTE y PEMEX) y por el presupuesto ejercido de la SS. Este último, a su vez, está compuesto por el presupuesto federal y los presupuestos estatales. El gasto federal incluye los recursos que se presupuestan por medio de los ramos 12 y 33 (FASSA). El gasto estatal incluye los recursos propios que las entidades gastan en servicios de salud. El gasto que se realiza por medio del SPSS está incluido tanto en el presupuesto federal como en los presupuestos estatales de la SS.

público en salud se ubicó en 3.12% del PIB, nivel 0.3% del PIB mayor al nivel estimado para 2018.

Respecto al gasto público per cápita en sanidad en México para el 2020 éste fue de 232 euros (4,494.90 pesos mexicanos) por habitante —se trata del gasto total en salud dividido entre todos sus habitantes, independientemente de la edad o situación de éstos—, pese a que el porcentaje dedicado a sanidad se ha ido incrementando en los últimos años, este no es proporcional al incremento de beneficiarios. Siendo el gasto en salud per cápita el más bajo en la OCDE, en tanto que el gasto general en salud en Estados Unidos es superior al resto de los países,²⁴ Tabla 11.

Tabla 11 Gasto Público comparativo.

Países	Fecha	G. Público Salud %G.Salud Total	Gasto Salud (M.€)	G. Salud (%G. Público Total)	G. Salud %PIB	G. Público Salud Per Cápita
Estados Unidos	2020	84,76%	2.654.604,2	22,55%	15,95%	8.087 €
Tuvalu	2017	72,64%	5,0	10,00%	12,45%	400 €
Alemania	2021	86,02%	393.331,0	19,88%	11,02%	4.730 €
Cuba	2017	89,44%	8.980,3	15,87%	10,47%	782 €
Francia	2020	84,71%	238.079,9	15,47%	10,34%	3.523 €
Dinamarca	2021	85,42%	27.725,5	16,60%	9,26%	4.762 €
México	2020	52,90%	29.663,2	11,05%	3,30%	232 €

Fuente: México: Economía y demografía, expansión.

1.1.4 Morbi-mortalidad

La carga mundial de morbi-mortalidad (GBD), exponen la verdadera magnitud del desafío respecto a la salud pública. El aumento de la exposición a factores de riesgo clave (como, la hipertensión, la hiperglucemia, el índice de masa corporal [IMC] alto y la hipercolesterolemia), junto con el aumento de muertes por enfermedades cardiovasculares, parecen indicar que no solo México podría estar acercándose a un punto de inflexión en el aumento de la esperanza de vida.²⁵

²⁴ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2021). Panorama de la salud 2021. Recuperado de https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/1/3/8/2/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en&_csp_=ca413da5d44587bc56446341952c275e&itemIGO=oecd&itemContentType=book

²⁵ Institute for health metrics and evaluation. (2019). Las últimas estimaciones de las enfermedades mundiales revelan la “tormenta perfecta” del aumento de enfermedades crónicas y la ineficacia de la salud pública que impulsan la pandemia de COVID-19. University of Washington. Recuperado de https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/Projects/GBD/GBD-2019-News-Release_Spanish.pdf

La mayoría de estos factores de riesgo son evitables y tratables, y abordarlos aportará enormes beneficios socioeconómicos. Varios de los factores de riesgo y de las enfermedades no contagiosas (NCD) o enfermedades no transmisibles (ENT), como la obesidad, la diabetes y la enfermedad cardiovascular, están asociados a un riesgo mayor de enfermedad grave y más recientemente muerte por COVID-19. Las enfermedades no solo interactúan con factores biológicos, sino también con factores sociales. Precisa adoptar medidas urgentes para abordar la sindemia de enfermedades crónicas, desigualdades sociales y ante la pandemia debido a la COVID-19, en lo que respecta a la interacción de varias epidemias que exacerban la carga de morbilidad en poblaciones que ya están agobiadas, y que aumentan su vulnerabilidad.²⁶

Aunque la esperanza de vida sana —el número de años que se puede esperar que una persona tenga buena salud— ha aumentado de manera constante. La discapacidad, más que la muerte prematura, se ha convertido en un porcentaje cada vez mayor de la carga mundial de morbilidad. Más de la mitad de toda la pérdida de salud medida en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD)²⁷ se debe ahora a la discapacidad causada por enfermedades no contagiosas y lesiones.

Los diez factores principales que contribuyeron al aumento de la pérdida de salud en los últimos 30 años, medidos como los mayores incrementos absolutos en el número de AVAD, incluyen seis causas que afectan en gran parte a los adultos mayores: cardiopatía isquémica (el número de AVAD aumentó en un 50 % entre 1990 y 2019), diabetes (aumentó un 148 %), accidente cerebrovascular (32 %), enfermedad renal crónica (93 %), cáncer de pulmón (69 %) y sordera parcial relacionada con la edad (83 %). Además, cuatro causas son frecuentes desde la adolescencia hasta la vejez: el VIH/SIDA (128 %), los trastornos musculoesqueléticos (129 %), el dolor lumbar (47 %) y los trastornos depresivos (61 %).

En 2019, las causas principales de pérdida de salud variaron mucho entre los distintos grupos de edad. Las lesiones causadas por accidentes de tráfico, los trastornos de cefalea, el VIH/SIDA, el dolor lumbar y los trastornos depresivos fueron los problemas de salud predominantes en las personas más jóvenes (de entre 10 y 49 años). En cambio, la cardiopatía isquémica, el accidente cerebrovascular y la diabetes fueron los principales factores que contribuyeron a la pérdida de salud en las personas de 50 años y mayores. La discapacidad se convierte en una parte cada vez mayor de la carga

²⁶ Institute for health metrics and evaluation. (2019). Las últimas estimaciones de las enfermedades mundiales revelan la “tormenta perfecta” del aumento de enfermedades crónicas y la ineficacia de la salud pública que impulsan la pandemia de COVID-19. University of Washington. Recuperado de https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/Projects/GBD/GBD-2019-News-Release_Spanish.pdf

²⁷ La pérdida total de salud se mide en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), que agrupa los años perdidos por discapacidad, enfermedad y muerte prematura. Se calcula como el número de años vividos con discapacidad (AVD, es decir, el tiempo pasado en condiciones de salud menos que óptimas) más el número de años de vida perdidos (AVP). A la pérdida total de salud (medida en AVAD) también se le conoce como carga de morbilidad.

de morbilidad y en un componente más cuantioso del gasto sanitario, hay una necesidad urgente y apremiante de identificar intervenciones nuevas y más eficaces.²⁸

Los aumentos de mala salud amenazan con sobrecargar los sistemas de atención médica que están mal preparados para encargarse de las afecciones crónicas relacionadas con las poblaciones de edad avanzada en crecimiento.

En cuanto a las defunciones, durante el 2020 en México se contabilizaron un total de 1,086.743, 58.8% fueron hombres, 41.1% mujeres y en 757 casos el sexo no fue especificado, con una tasa por cada 10,000 habitantes de 86.

El incremento en las defunciones registradas coincide con el inicio del periodo de la pandemia de la COVID-19. En 2020 ocurrieron 1,069.958 (98.5%) de las defunciones 92.4% (1,004.083) se debieron a enfermedades y problemas relacionados con la salud presentando un aumento de 3.6% con respecto a 2019 y 7.6% (82,660) a causas externas: accidentes (32,356), homicidios (36,773), suicidios (7,896) y eventos de intención no determinada (5,573).²⁹

Por problemas de salud, las tres principales causas de muerte a nivel nacional fueron las enfermedades del corazón (218,704, 20.1%), la COVID-19 (200,256, 18.4%) y la diabetes mellitus (151,019, 13.9%).

El exceso de mortalidad observado en el país en 2020 como resultado de la contingencia sanitaria mundial a raíz del virus SARS-CoV-2 (COVID-19). Conforme a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se utilizó como insumo la información de las defunciones ocurridas de 2015-2019 de las principales causas de muerte publicada por el INEGI, Tabla 12.

Tabla 12 Causas de muerte en México.

Rango	Total	Hombre	Mujer
1	Enfermedades del corazón 218 704 En 2019 fueron 156 041	COVID-19 128 793	Enfermedades del corazón 97 133 En 2019 fueron 72 768
2	COVID-19 200 256	Enfermedades del corazón 121 556 En 2019 fueron 83 258	Diabetes mellitus 72 094 En 2019 fueron 52 643

²⁸ Institute for health metrics and evaluation. (2019). Las últimas estimaciones de las enfermedades mundiales revelan la “tormenta perfecta” del aumento de enfermedades crónicas y la ineficacia de la salud pública que impulsan la pandemia de COVID-19. University of Washington. Recuperado de https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/Projects/GBD/GBD-2019-News-Release_Spanish.pdf

²⁹ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). Características de las defunciones registradas en México durante 2020. INEGI. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020preliminar.pdf>

3	Diabetes mellitus 151 019 En 2019 fueron 104 354	Diabetes mellitus 78 922 En 2019 fueron 51 711	COVID-19 71 458
4	Tumores malignos 90 603 En 2019 fueron 88 680	Tumores malignos 44 476 En 2019 fueron 43 296	Tumores malignos 46 125 En 2019 fueron 45 384
5	Influenza y neumonía 58 038 En 2019 fueron 31 081	Influenza y neumonía 35 657 En 2019 fueron 17 034	Influenza y neumonía 22 376 En 2019 fueron 14 046
6	Enfermedades del hígado 41 492 En 2019 fueron 40 578	Agresiones (homicidios) 32 336 En 2019 fueron 32 530	Enfermedades cerebrovasculares 18 073 En 2019 fueron 17 659
7	Enfermedades cerebrovasculares 37 021 En 2019 fueron 35 303	Enfermedades del hígado 30 300 En 2019 fueron 29 692	Enfermedades del hígado 11 189 En 2019 fueron 10 879
8	Agresiones (homicidios) 36 773 En 2019 fueron 36 661	Accidentes 25 343 En 2019 fueron 25 758	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 10 055 En 2019 fueron 11 269
9	Accidentes 32 356 En 2019 fueron 33 524	Enfermedades cerebrovasculares 18 946 En 2019 fueron 17 644	Accidentes 6 992 En 2019 fueron 7 730
10	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 21 949 En 2019 fueron 23 949	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 11 894 En 2019 fueron 12 499	Insuficiencia renal 6 618 En 2019 fueron 6 359

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del INEGI. Censo y conteos de población y vivienda 2020.

Mientras que los riesgos asociados al mayor número de muertes de hombres y mujeres en conjunto, de todas las edades, en el mundo, en 2019 son las siguientes:

1. Hipertensión sistólica (10.8 millones de muertes).
2. Tabaco (8.71 millones de muertes).
3. Riesgos alimentarios (7.94 millones de muertes).
4. Contaminación del aire (6.67 millones de muertes).
5. Glucosa plasmática en ayunas elevada (6.50 millones de muertes).
6. Índice de masa corporal alto (5.02 millones de muertes).
7. Nivel elevado de colesterol de las LDL (4.40 millones de muertes).
8. Disfunción renal (3.16 millones de muertes).
9. Desnutrición infantil y materna (2.94 millones de muertes).
10. Consumo de alcohol (2.44 millones de muertes).

Las causas principales de AVAD o pérdida de salud a nivel mundial para hombres y mujeres en conjunto, de todas las edades, en 2019:

1. Trastornos neonatales.
2. Cardiopatía isquémica.
3. Accidente cerebrovascular.
4. Infecciones respiratorias de vías bajas.
5. Enfermedades diarreicas.
6. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
7. Lesiones causadas por accidentes de tráfico.
8. Diabetes.
9. Dolor lumbar.
10. Anomalías congénitas.

De manera que la Atención Primaria de Salud (APS) toma mayor relevancia para la prevención de enfermedades, por medio de medidas o incentivos gubernamentales, que posibiliten comportamientos más saludables y acceso a recursos de atención médica para lograr cambiar los comportamientos poco saludables, en particular los relacionados con la calidad de la alimentación, el aporte calórico y la actividad física.³⁰

En virtud a los requerimientos de servicios de salud para hacer frente a los resultados de discapacidad y a las afecciones crónicas que aumentan con la edad, necesitarán fortalecer la iniciativa coordinada que dé prioridad a los más vulnerables.³¹

1.1.5 Indicadores en salud

Los servicios básicos de salud son el principal punto de entrada a los sistemas de salud. Los indicadores sobre el uso de estos servicios proporcionan una medida crítica de accesibilidad, y los datos desglosados por nivel de ingreso muestran el nivel de desigualdad en el acceso. En México la cobertura de población para servicios básicos sigue siendo la más baja de los países de la OCDE.³²

La brecha de recursos humanos es también evidente cuando se contrasta que México cuenta con 2.4 médicos y 2.9 enfermeras por 1,000 habitantes, al tiempo que los países de la OCDE tienen 3.5 y 8.8, respectivamente (OCDE, 2021), la proporción de categoría de médicos generales de 36%, médicos especialistas el 64% y la proporción

³⁰ Organización Panamericana de la Salud. (2008). La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Recuperado de https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf

³¹ Organización Panamericana de la Salud. (2017). Envejecimiento y cambios demográficos. Recuperado de <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/mhp-aging-es.html>

³² La cobertura universal de salud quiere decir que todas las personas y las comunidades tengan acceso equitativo a los servicios integrales y garantizados, que necesitan a lo largo del curso de vida, con calidad y sin dificultades financieras. Organización Panamericana de la Salud. (2020). Cobertura Universal de Salud. Recuperado de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9748:cobertura-universal-salud-preguntas-frecuentes&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0

de enfermeras a médicos, cantidades insuficientes para cubrir con eficacia a la población sin seguridad social, siendo notorio en las listas de espera para consultas con especialistas médicos e intervenciones quirúrgicas, así como por las quejas frecuentes por falta de acceso y oportunidad de atención. En cuanto a camas de hospital por cada 1,000 habitantes, es de una cama.³³

En México, las instituciones públicas de salud para el 2018, cuenta con los siguientes recursos públicos disponibles para la atención de acuerdo al Sistema Nacional de Información en Salud:³⁴

- 69,896 médicos generales y familiares.
- 94,603 médicos especialistas.
- Alrededor de 10 mil odontólogos.
- 26,066 residentes.
- 144,784 enfermeras generales.
- 36,602 enfermeras especialistas.
- 104,853 auxiliares de enfermería.
- 139,581 camas totales, 89,562 hospitalarias y 50,019 en otras áreas.
- Más de 21 mil unidades de atención ambulatoria.
- 1,395 hospitales.
- 77,523 consultorios.
- 4,162 quirófanos.
- 72 aceleradores lineales.
- 779 mastógrafos.
- 86 equipos de resonancia magnética.
- 385 tomógrafos.

En tanto que los Recursos del Sistema Nacional de Salud:

Más de 28 mil unidades de atención ambulatoria.

- 4,646 hospitales.
- 355 mil enfermeras.
- Más de 314 mil médicos.
- 123 mil camas hospitalarias.
- 91 mil consultorios.

En la Tabla 13 a Tabla 17 se muestran los recursos humanos, físicos, materiales y financieros que se incluyen en la capacidad de acceso a los servicios de salud.

³³ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2021). Panorama de la salud 2021. Recuperado de

https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/1/3/8/2/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en&_csp_=ca413da5d44587bc56446341952c275e&itemIGO=oecd&itemContentType=book

³⁴ Dirección General de Información en Salud. (2022). Datos en salud. Secretaría de Salud. México. Recuperado de <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>

Tabla 13 Personal de salud por año.

Año	Médicos generales, especialistas y Odontólogos	Enfermeras generales y especialistas	Auxiliares de enfermería	Personal técnico
2012	146,321	154,269	90,825	65,998
2013	152,423	160,539	93,128	68,828
2014	159,364	166,266	97,048	70,694
2015	170,129	172,049	100,726	83,755
2016	171,930	180,633	102,915	112,090
2017	173,374	179,167	105,578	112,520
2018	174,536	181,386	104,853	115,693
2019	177,062	184,169	102,797	117,034

Fuente: Elaboración propia de la Dirección General de Información en Salud.

La tendencia en el total de personal de salud, es mínimo el incremento anual, a excepción del personal auxiliar de enfermería, que disminuyó en el 2019 respecto al año anterior.

Tabla 14 Personal de salud por entidad.

Entidad Federativa	Médicos generales, especialistas y Odontólogos	Enfermeras generales y especialistas	Auxiliares de enfermería	Personal técnico
AGS	2,354	2,690	1,214	1,644
BC	4,097	4,492	2,269	2,797
BCS	1,598	1,381	880	1,038
CAMP	1,879	1,636	1,022	729
COAH	4,599	5,032	2,818	3,448
COL	1,459	1,428	816	855
CHIS	5,969	7,166	3,543	2,938
CHI	4,897	5,714	3,720	3,836
CDMX	25,572	32,994	11,802	21,354
DGO	2,751	2,841	1,368	1,532
GTO	7,649	8,387	4,742	4,905
GRO	5,938	5,585	3,186	2,638
HGO	3,911	3,201	2,461	1,941
JAL	9,927	10,391	7,079	6,904
MEX	17,689	20,585	8,303	15,243
MICH	5,626	4,504	3,345	2,670

MOR	2,814	2,692	1,348	1,621
NAY	2,090	1,826	1,062	978
NL	6,402	7,015	4,036	5,982
OAX	5,333	5,550	2,536	2,091
PUE	7,271	5,889	5,555	3,965
QRO	2,944	2,637	1,930	1,823
QROO	2,341	2,575	1,192	1,491
SLP	3,185	3,427	2,203	2,118
SIN	4,691	4,240	2,640	2,889
SON	4,981	5,879	2,401	3,397
TAB	4,639	3,856	2,031	2,174
TAMPS	5,562	5,875	3,117	3,607
TLAX	1,906	1,667	978	780
VER	10,772	7,283	8,853	6,330
YUC	3,752	3,559	2,245	2,274
ZAC	2,464	2,172	2,102	1,042
Nacional	177,062	184,169	102,797	117,034

Fuente: Elaboración propia de la Dirección General de Información en Salud.

La concentración del personal de salud por entidad, primordialmente es en la Ciudad de México mientras que los Estados de Colima, Tlaxcala, Campeche y Baja California Sur cuentan con el menor personal en las distintas áreas, correspondiendo de igual forma al diferenciarlos en médicos generales, especialistas y odontólogos.

Tabla 15 Médicos por entidad.

Entidad	MG	MF	P	GyO	CIR	MI	URG	OTRAS ESP	TOTAL MED GRAL Y MED ESP	O	Total
COL	337	183	101	122	79	75	65	256	1386	73	1459
BCS	430	176	95	123	103	73	81	257	1520	78	1598
CAMP	740	151	93	107	85	80	48	297	1755	124	1879
TLAX	753	164	112	127	102	64	81	194	1757	149	1906
NAY	884	222	76	91	83	57	73	248	1909	181	2090
QROO	734	228	170	171	124	96	112	298	2189	152	2341
AGS	437	368	200	134	104	107	86	506	2261	93	2354
ZAC	989	191	139	152	110	78	85	297	2284	180	2464
DGO	836	318	184	150	151	130	137	386	2554	197	2751
MOR	766	328	212	186	149	134	143	433	2643	171	2814
QRO	692	415	242	245	128	117	110	497	2769	175	2944
SLP	973	360	220	200	140	125	99	484	2937	248	3185
YUC	977	410	212	209	173	203	115	875	3556	196	3752
HGO	1740	359	214	213	183	136	114	330	3600	311	3911
BC	800	632	316	274	233	197	168	779	3891	206	4097

COAH	958	652	326	313	280	221	143	863	4353	246	4599
TAB	2151	345	186	212	198	148	86	575	4249	390	4639
SIN	1195	648	283	294	236	193	172	842	4340	351	4691
CHI	1312	636	359	296	282	190	196	831	4635	262	4897
SON	1255	508	343	359	275	255	218	904	4782	199	4981
OAX	2605	234	308	228	274	161	159	473	4899	434	5333
TAMPS	1781	635	353	362	328	232	122	814	5234	328	5562
MICH	2011	514	266	317	305	189	197	712	5075	551	5626
GRO	3071	305	289	326	240	146	126	440	5354	584	5938
CHIS	3109	311	304	238	288	156	86	593	5552	417	5969
NL	915	1195	409	416	287	253	274	1529	6065	337	6402
PUE	2542	605	446	360	447	217	244	1109	6723	548	7271
GTO	2422	834	570	467	353	301	225	1164	7215	434	7649
JAL	2127	1518	681	687	435	364	442	1947	9302	625	9927
VER	4141	1193	506	559	514	351	310	1376	9904	868	10772
MEX	4787	1956	1382	1445	939	771	762	2316	16215	1474	17689
CDMX	3537	2608	1615	1440	1450	1060	1275	8027	24088	1484	25572
Nacional	52007	19202	11212	10823	9078	6880	6554	30652	164996	12066	177062

Fuente: Elaboración propia de la Dirección General de Información en Salud.

MG: Médico general, MF: Médico familiar , P: Pediatría, GyO: Ginecología y Obstetricia, CIR: Cirugía general, MI: Medicina interna, URG: Urgencias, ESP: Especialidades, MED GRAL Y MED ESP: Médico genral y Médicos especialistas.

De los recursos materiales, el Equipo médico de alta tecnología (EMAT) por entidad, se distribuye de acuerdo a los siguientes datos.

Tabla 16 Equipo médico de alta tecnología (EMAT) por entidad.

Entidad Federativa	Aceleradores lineales	Mastógrafos	Resonancias magnéticas	Tomógrafos	Angiógrafos	Gamma cámaras	Unidades de Radioterapia
AGS	0	6	2	7	2	1	1
BC	3	18	2	11	5	0	4
BCS	0	10	1	3	1	0	0
CAMP	1	7	0	4	0	0	1
COAH	3	31	2	13	3	1	2
COL	2	9	0	4	0	0	0
CHIS	0	10	2	8	1	2	2
CHI	0	31	0	10	2	0	2
CDMX	25	135	36	70	40	24	14
DGO	2	20	2	9	2	0	6
GTO	2	31	3	13	5	2	2
GRO	0	28	1	8	2	1	2
HGO	0	15	0	4	3	0	0

JAL	5	46	6	24	12	1	5
MEX	7	49	9	43	3	3	2
MICH	1	23	2	12	1	0	0
MOR	1	7	0	4	0	0	0
NAY	2	7	0	1	4	0	2
NL	8	45	5	14	13	5	12
OAX	1	15	1	6	5	0	1
PUE	2	26	5	18	4	3	2
QROO	1	17	2	7	3	0	0
SLP	1	25	1	11	2	0	1
SON	1	12	2	7	2	3	2
TAB	1	12	0	3	2	0	1
TAMPS	1	39	2	9	8	1	2
TLAX	0	10	0	4	0	1	0
VER	1	34	4	19	3	0	4
YUC	2	21	5	9	4	2	4
ZAC	1	20	2	9	2	0	0
Nacional	75	782	100	385	138	51	78

Fuente: Elaboración propia de la Dirección General de Información en Salud.

En México se cuenta con 1609 equipos médicos de alta tecnología, siendo Querétaro, Morelos y Campeche los estados con menos equipos, mientras que Nuevo León, Estado de México y la Ciudad de México son los estados mayor equipamiento.

Referente a los recursos físicos por entidad federativa, estos se indican en la Tabla 17.

Tabla 17 Recursos físicos por entidad.

Entidad Federativa	Consultorios	Camas hospitalarias	Camas no hospitalarias	Quirófanos	Salas expulsión
AGS	900	974	599	60	15
BC	1,522	2,142	1,076	104	38
BCS	655	705	446	35	32
CAMP	777	802	587	41	24
COAH	1,835	2,900	1,179	135	55
COL	601	667	562	31	13
CHIS	3,098	2,252	1,636	151	97
CHI	2,079	3,015	1,731	138	114
CDMX	9,092	15,542	5,241	647	100
DGO	1,306	1,518	645	62	44

GTO	2,995	3,752	2,488	177	82
GRO	2,574	1,990	2,353	114	73
HGO	1,980	1,377	1,355	61	104
JAL	4,277	6,494	2,951	263	169
MEX	7,523	8,267	4,430	333	217
MICH	2,921	2,622	1,565	133	90
MOR	1,255	1,042	743	54	30
NAY	995	689	722	37	21
NL	3,286	4,083	1,564	180	39
OAX	3,006	2,399	2,579	115	85
PUE	3,591	4,113	3,365	216	252
QROO	898	1,047	626	51	29
SLP	1,748	1,822	1,036	83	40
SON	2,136	2,876	1,447	146	49
TAB	2,225	1,591	1,141	96	39
TAMPS	2,337	2,989	1,455	138	62
TLAX	868	702	739	36	18
VER	4,743	5,144	2,452	260	154
YUC	1,416	1,943	1,052	79	29
ZAC	1,176	974	758	50	31
Nacional	76,875	89,538	50,466	4,198	2,221

Fuente: Elaboración propia de la Dirección General de Información en Salud.

En términos de infraestructura y servicios de salud las zonas rurales del país presentan el desafío mayor, respecto a las regiones urbanas. El 97.7% de las unidades para hospitalización se encuentran en la zona urbana, lo que implica que las regiones rurales albergan a menos del 5% de los hospitales.

El total de recursos físicos para brindar atención a la salud es de 223,298 de los cuales 76,875 son consultorios; 89,538 camas hospitalarias; 50,466 camas no hospitalarias; 4,198 quirófanos y 2,221 salas de expulsión.

Baja California Sur, Colima y Campeche son las entidades con menores recursos físicos con los que cuenta el estado para atender a la población, mientras que Jalisco, Estado de México y la Ciudad de México cuentan con mayores recursos físicos.

Aunque cabe mencionar, que las entidades menos pobladas son: Colima (731,391), Baja California Sur (798,447) y Campeche (928,363), las más pobladas son: Estado de México (16, 992,418), Ciudad de México (9, 209,944) y Jalisco (8, 348,151).³⁵

³⁵ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). Población total, número de habitantes. Recuperado de la página web: <https://www.cuentame.inegi.org.mx/poblacion/habitantes.aspx>

Por otro lado, las desigualdades socioeconómicas en acceso a servicios médicos son evidentes; millones de personas presentan un nivel muy bajo o nulo de acceso a los servicios de salud pública, debido a que habitan en comunidades aisladas o cercanas a carreteras, en promedio 2 de cada 100 millones de mexicanos tardarían más de dos horas en llegar al hospital más cercano en caso de una emergencia. A nivel nacional 35.4 minutos es el tiempo que se tarda en llegar, dependiendo la institución, el tiempo para llegar a un hospital en promedio es de 53.4 minutos, mientras que 22.8 minutos a un consultorio de alguna farmacia.³⁶

Otro dato a considerar, el gasto público destinado a la salud de los mexicanos, es el más bajo de todos los países de la OCDE. Situación que produce que las personas con menores ingresos estén económicamente excluidas del sistema de salud público tanto privado. La relevancia es que, cuando los sistemas de salud no proporcionan protección financiera adecuada, es posible que la población no tenga suficientes recursos para pagar servicios sanitarios u otras necesidades básicas. En consecuencia, la falta de protección financiera puede reducir el acceso a servicios de salud, perjudicar el estado de salud de la población, profundizar la pobreza y exacerbar las desigualdades socioeconómicas y de salud.³⁷

Las dificultades financieras que la población experimenta cuando la carga del gasto de bolsillo se eleva en relación con su capacidad de pago. Los hogares de ingresos bajos y los que tienen que pagar tratamientos de largo plazo, como medicamentos para enfermedades crónicas, son particularmente vulnerables (Frenk, 2006).³⁸

En síntesis, dichas variables reinciden en el acceso a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y la cobertura universal de salud, lo que da sustento a la problemática actual, la incapacidad para **“otorgar el derecho a la salud”** como se establece en el Programa Sectorial de Salud y el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 (DOF, 2020),³⁹ compromiso del Gobierno Federal para realizar las acciones necesarias tendientes a garantizar que todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención a la salud gratuita, integral y de calidad, incluido el suministro de medicamentos, materiales de curación y los exámenes clínicos.

El presente trabajo conlleva proponer un plan estratégico que sirva para detectar oportunidades, ventajas competitivas, riesgos y debilidades vigentes del sistema de salud —el actual Instituto de Salud para el Bienestar [INSABI]— en un horizonte de

³⁶ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2018). Estudio diagnóstico del derecho a la salud 2018. Recuperado de

https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Diag_derecho_Salud_2018.pdf

³⁷ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2021). Panorama de la salud 2021. Recuperado de https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/1/3/8/2/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en&_csp_=ca413da5d44587bc56446341952c275e&itemIGO=oecd&itemContentType=book

³⁸ Frenk et al. (2006). Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico. *Lancet* 368: 954–61. Recuperado de

<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2806%2969376-8>

³⁹ Diario Oficial de la Federación. (2020). Programa sectorial derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Recuperado de https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020#gsc.tab=0

análisis, como resultado del estudio un documento con las líneas de acción que permitirán al sistema de salud la sostenibilidad financiera y a la vez su consolidación.

1.2 Objetivos

La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo, a los servicios de salud. Sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar.⁴⁰

Reducir las inequidades en salud, eliminar las barreras de acceso, avanzar en la eficiencia y eficacia de la financiación; en términos generales, llevar a cabo la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados, para las personas sin seguridad social, constituye un esquema de cuidados integrales que conjunta además de los procesos, procedimientos, herramientas y recursos, las estrategias que deben realizar las instituciones públicas de salud para otorgar servicios de salud a toda la población del país.⁴¹

En virtud de la financiación en la atención de la salud, la eficiencia y eficacia en la gestión integral de los recursos implica analizar los procesos, los costos de producción y evaluar los resultados obtenidos de un modo efectivo en función del costo según su impacto no solo sobre la morbilidad y mortalidad, sino también sobre la calidad de la vida de las personas.

De tal manera que el objetivo principal de realizar el estudio económico – financiero del SPSS e INSABI es el de analizar los factores que determinan y condicionan la producción, distribución, consumo y financiamiento de los servicios de salud, tal que permita diseñar un plan estratégico y definir el hilo conductor para lograr la sostenibilidad de la cobertura universal, sin perder de vista los determinantes sociales de la salud, el eje de la calidad en la atención sanitaria y la seguridad del paciente.⁴²

Por consiguiente se definen los siguientes objetivos del trabajo:

Objetivo general.

1. Desarrollar un plan estratégico que determine las acciones hacia el logro de la eficiencia y eficacia para la sostenibilidad financiera de la cobertura universal (metas organizacionales), en congruencia con el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar) en el INSABI.

⁴⁰ Diario Oficial de la Federación. (2022). Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR). Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0

⁴¹ (Diario Oficial de la Federación, 2022)

⁴² Valdés, L.A. (2014). Planeación estratégica con enfoque sistémico. Recuperado de http://docencia.fca.unam.mx/~lvaldes/libro/planeacion_estrategica_2_Edicion.pdf

Objetivos específicos.

2. Estudiar la estructura del sistema de salud en México, y la situación actual del INSABI a partir de su diagnóstico organizacional, mediante un modelo sistémico denominado modelo organizacional de los tres vectores, para establecer su plan estratégico.
3. Determinar la situación financiera del INSABI entorno a los estados financieros: Estado de situación financiera, Estado de balance general, Estado de flujo de efectivo y Estado de variación en la Hacienda pública, para coadyuvar al desarrollo del plan estratégico.

1.3 Preguntas de investigación

De acuerdo a Parreño (2016),⁴³ las preguntas a nivel epistemológico determina la posibilidad del conocimiento en cuanto se establece lo que es posible conocer o no, a través de la investigación.

Por lo tanto para este trabajo se plantean las siguientes preguntas de investigación.

1. ¿Cuál es la situación actual y los elementos que afectan la sostenibilidad financiera en cuanto gasto en salud en México (Presupuesto de Egresos de la Federación [PEF]) y los estados financieros del INSABI: Estado de situación financiera, Estado de balance general, Estado de flujo de efectivo y Estado de variación en la Hacienda pública?
2. ¿Desarrollar un plan estratégico determina las acciones hacia el logro de la eficiencia y eficacia para la sostenibilidad financiera del sistema de salud (metas organizacionales)?
3. ¿El proceso del estudio financiero se fundamenta en la aplicación de herramientas y de un conjunto de técnicas que se aplican a los estados financieros y demás datos complementarios, con el propósito de obtener medidas y relaciones cuantitativas que señalen el comportamiento, no sólo del ente económico sino también de algunas de sus variables más significativas e importantes?
4. ¿Cuál es el impacto de desarrollar plan estratégico como herramienta administrativa para realizar un diagnóstico y como resultado la generación de un documento que contiene las líneas de acción—?

⁴³ Parreño, A. (2016). Metodología de investigación en salud. Recuperado de <https://cimogsys.esPOCH.edu.ec/direccion-publicaciones/public/docs/books/2019-09-17-224845-metodolog%C3%ADa%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20en%20salud-comprimido.pdf>

1.4 Hipótesis

A pesar de los avances logrados, el proceso de reducción de las inequidades en salud se hace más complejo por los nuevos patrones epidemiológicos y demográficos que requieren respuestas diferentes e innovadoras de los sistemas y servicios de salud. De manera que, los sistemas de financiación deben diseñarse específicamente para proporcionar a toda la población el acceso y la cobertura universal de salud, lo que implica que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegure que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad OPS (2023).⁴⁴

Aumentar y mejorar el financiamiento público, de manera equitativa, eficiente y sustentable, es una condición necesaria, de acuerdo a la OPS (2023) y un gasto público destinado a la salud de 6% del PIB, aunque en México no es del todo posible. Al punto que se debe trabajar en la asignación de recursos, al dirigirse en forma prioritaria al primer nivel de atención, así como eliminar el pago directo en el momento de la prestación de servicios y por último en cuanto a la eficiencia en la organización de los servicios de salud es necesario alinear los incentivos y mecanismos de pago con resultados de avance hacia la cobertura; racionalizar la introducción y el uso de medicamentos y otras tecnologías de salud, con un enfoque integrado y multidisciplinario, mejorar las compras de insumos, medicamentos esenciales y otras tecnologías de salud, aprovechando economías de escala y adoptando procesos transparentes para la adquisición, además de luchar contra la corrupción, entre otros.⁴⁵

Cuando el financiamiento no es suficiente tenemos que garantizar que exista equidad y que se base en los derechos humanos, así que es completamente necesario elaborar un plan estratégico que sirva para detectar oportunidades, ventajas competitivas, riesgos y debilidades vigentes del sistema de salud en un horizonte de análisis, por lo que según Valdés (2014),⁴⁶ resulta necesario definir el hilo conductor para dirigir las acciones administrativas desde el nivel estratégico hasta el operativo a través de las líneas genéricas de acción que surgen a partir de una planeación estratégica.

Mediante la aplicación del modelo organizacional de los tres vectores —modelo con enfoque sistémico—, dentro de la planeación estratégica organizacional (Valdés, 2005) en el caso de estudio el SPSS vs INSABI se determina la situación actual de la

⁴⁴ Organización Panamericana de la Salud. (2022). Salud Universal. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal#:~:text=El%20acceso%20universal%20a%20la,as%C3%AD%20como%20a%20medicamentos%20de>

⁴⁵ Organización Panamericana de la salud. (2022). Financiación de la atención de la salud. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/financiacion-atencion-salud#:~:text=Financiaci%C3%B3n%20de%20la%20atenci%C3%B3n%20de%20la%20salud%20es%20la%20funci%C3%B3n,el%20sistema%20de%20la%20salud.>

⁴⁶ Valdés, L.A. (2014). Planeación estratégica con enfoque sistémico. Recuperado de http://docencia.fca.unam.mx/~lvaldes/libro/planeacion_estrategica_2_Edicion.pdf

organización, lo que permite conocer aquellos elementos que afectan el acceso y la cobertura universal de salud conforme a la OPS (2023).

Es entonces, que a partir del estudio del INSABI en específico el análisis económico-financiero, se diseña en congruencia un plan estratégico alineado al modelo de salud actual (MAS-Bienestar), mismo que permitirá a la organización detectar problemas oportunamente, analizarlos objetivamente, proponer soluciones y dar seguimiento a las acciones efectuadas, para asignar responsabilidades y realizar un trabajo más eficiente tal que garantice el acceso a servicios sanitarios necesarios (incluida la prevención, la promoción, el tratamiento y la rehabilitación) de calidad suficiente para que sean eficaces; y así garantizar que el uso de estos servicios no exponga al usuario a dificultades financieras.⁴⁷

1.5 Tipo de investigación del estudio

El estudio a realizar en este trabajo es del tipo inductivo, retrospectivo, transversal y descriptivo, de acuerdo a lo siguiente:⁴⁸

- Inductivo. El método de investigación va de hechos particulares a generales.
- Retrospectivo. Según la relación al tiempo, el investigador indaga hechos ocurridos en el pasado.
- Transversal. Según la secuencia del estudio, se estudian las variables simultáneamente en un determinado tiempo.
- Descriptivo. Según la relación con el problema, estos estudios corresponden lógicamente a los problemas descriptivos, por lo que se enfocan netamente a responder características de cómo es o cómo está tal o cual situación respecto a un problema o variable.

Por ello, en el presente trabajo de investigación se plantea una propuesta de plan estratégico que toma como referencia la tesis que antecede: “La planeación estratégica y el programa para la calidad en las instituciones médicas”;⁴⁹ parte de un caso particular -institución pública- para llegar a conclusiones generales, es decir, se pretende iniciar con verdades particulares y concluir con observaciones generales.

⁴⁷ Organización Mundial de la Salud. (2022). Financiación de la atención de la salud. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/financiacion-atencion-salud>

⁴⁸ Parreño, A. (2016). Metodología de investigación en salud. Recuperado de <https://cimogsys.esPOCH.edu.ec/direccion-publicaciones/public/docs/books/2019-09-17-224845-metodolog%C3%ADa%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20en%20salud-comprimido.pdf>

⁴⁹ Arrieta, F. E. (2016). La planeación estratégica y el programa para la calidad en las instituciones médicas. Tesis para optar por el grado de Maestra en Administración. Universidad Nacional Autónoma de México.

CAPÍTULO 2

2. Marco teórico de referencia

2.1 Estructura del sistema de salud

El punto de partida es el reconocimiento de los derechos humanos de todas las personas y la obligación del Estado de garantizarlos, consagrado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos referentemente en los artículos 4to y 73.⁵⁰

"Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social."

Tal como señala el **artículo 59, fracción II de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales**, facultad y obligación de las personas Titulares de las Direcciones Generales de las entidades formular los programas institucionales de corto, mediano y largo plazo y el artículo 58, fracción I, de la propia ley dispone que corresponde al Órgano de Gobierno de la entidad establecer, en congruencia con los programas sectoriales, las políticas generales y definir las prioridades a las que deberá sujetarse la entidad paraestatal, así como aprobar los programas y presupuestos de la misma.

Ley General de la Salud y el Programa Nacional de la Salud, promulgada el 7 de febrero de 1984 y cuya última modificación fue el 7 de enero de 2021; reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, actualizar la normatividad de regulación sanitaria, evaluar la prestación de los servicios y operar el sistema nacional de vigilancia epidemiológica. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

La Ley General de Salud, en su Título Tercero Bis, regula la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social; asimismo en su **artículo 77 bis 1** establece que la protección a la salud será garantizada por el Estado bajo los criterios de universalidad e igualdad, debiendo generar las condiciones que permitan brindar el acceso gratuito, progresivo, efectivo, oportuno, de calidad y sin discriminación a los servicios médicos, incluidas las intervenciones quirúrgicas, farmacéuticas y hospitalarias, que satisfagan de manera integral las necesidades de salud mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación

⁵⁰ Diario Oficial de la Federación. (2020). Programa institucional 2020-2024 del Instituto de Salud para el Bienestar. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5608326&fecha=21/12/2020#gsc.tab=0

seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Se considera contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría en el segundo nivel de atención, así como a los medicamentos y demás insumos del Compendio Nacional de Insumos para la Salud.⁵¹

2.1.1 Instituciones, beneficiarios, derechos y beneficios de los afiliados

El Sistema Nacional de Salud en México ofrece beneficios en salud muy diferentes dependiendo de la población de que se trate, ya que la protección a la salud está determinado por la situación laboral.⁵²

En el país hay tres distintos grupos de beneficiarios de las instituciones de salud:

- Los trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias.
- Auto empleado, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, y sus familias.
- La población con capacidad de pago.

Los trabajadores del sector formal de la economía, activos y jubilados, y sus familias son los beneficiarios de las instituciones de seguridad social, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) brinda servicios de salud a 83.2 millones de mexicanos. El Seguro Social atiende al mayor número de población: en el Régimen Ordinario siendo 71.6 millones de derechohabientes potenciales al cierre de 2021 y en el programa IMSS-BIENESTAR a 11.6 millones de beneficiarios.⁵³

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) es la institución encargada de otorgar seguridad social a casi 3 millones de servidores públicos, principalmente del ámbito federal. Da cobertura de servicios a más de 13.5 millones de derechohabientes en el país.⁵⁴

Por su parte, los servicios médicos para los empleados de Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA) y la Secretaría de Marina (SEMAR), en conjunto se encargan de proveer servicios de salud a 1% de la población con seguridad

⁵¹ Diario Oficial de la Federación. (2020). Programa institucional 2020-2024 del Instituto de Salud para el Bienestar. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5608326&fecha=21/12/2020#gsc.tab=0

⁵² Centro de investigación económica y presupuestaria, A.C. Sistema universal de salud. Retos de cobertura y financiamiento. Recuperado de <https://saludenmexico.ciep.mx/images/sistema-universal-de-salud.pdf>

⁵³ Instituto Mexicano del Seguro Social. (2022). Con 79 años de existencia, el IMSS ha demostrado su capacidad de respuesta ante desastres naturales y crisis sanitarias. Recuperado de la página web: <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202201/030>.

⁵⁴ Presupuesto de Egresos de la Federación. (2022). Estrategia Programática. Recuperado de https://www.pef.hacienda.gob.mx/work/models/aVbnZty0/PEF2022/kgp8l9cM/docs/51/r51_gyn_ep.pdf

social en clínicas y hospitales de PEMEX y las Fuerzas Armadas, con médicos y enfermeras propios.⁵⁵

El segundo grupo de usuarios incluye a auto empleados, trabajadores del sector informal de la economía, desempleados y las personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, así como sus familiares y dependientes; se trata de la población no asalariada. Tradicionalmente este sector de la población recurre a los servicios de la Secretaría de Salud (SSa), Servicios Estatales de Salud (SESA) e IMSS Bienestar (IMSS-B) para recibir servicios sobre una base asistencial y resolver sus necesidades de salud. Finalmente está la población que hace uso de los servicios del sector privado, a través de planes privados de seguro o pagos de bolsillo.⁵⁶

Siendo entonces, de los más de 126 millones de habitantes de México, el porcentaje de la población afiliada a servicios de salud fue de 73.5% en el 2020 de acuerdo al INEGI⁵⁷ ver Tabla 18. El 97.2% (122 millones 485 mil 631 personas), están afiliadas a algún servicio público, mientras que el 2.8 restante a seguros o servicios privados.

Por otro lado, el CONEVAL en el 2020 identificó que en México crece la población sin acceso a servicios de salud, de 20.1 a 35.7 millones de personas entre 2018 y 2020, y todavía hay más de 66 millones de personas que se encuentran en carencia por **acceso** a la seguridad social.⁵⁸

Tabla 18 Total de población con derechohabiencia.

Indicador	Población	Porcentaje
2020		
IMSS	64,267,152	51%
INSABI o Seguro popular	44,734,979	35.5%
ISSSTE o ISSSTE estatal	11,089,234	8.8%
Institución privada	3,528,393	2.8%
PEMEX SDN o SM	1,638,182	1.3%
Otra institución	1,512,168	1.2%
IMSS Bienestar	1,260,140	1%

Fuente: INEGI. Censo y conteos de población y vivienda 2020.

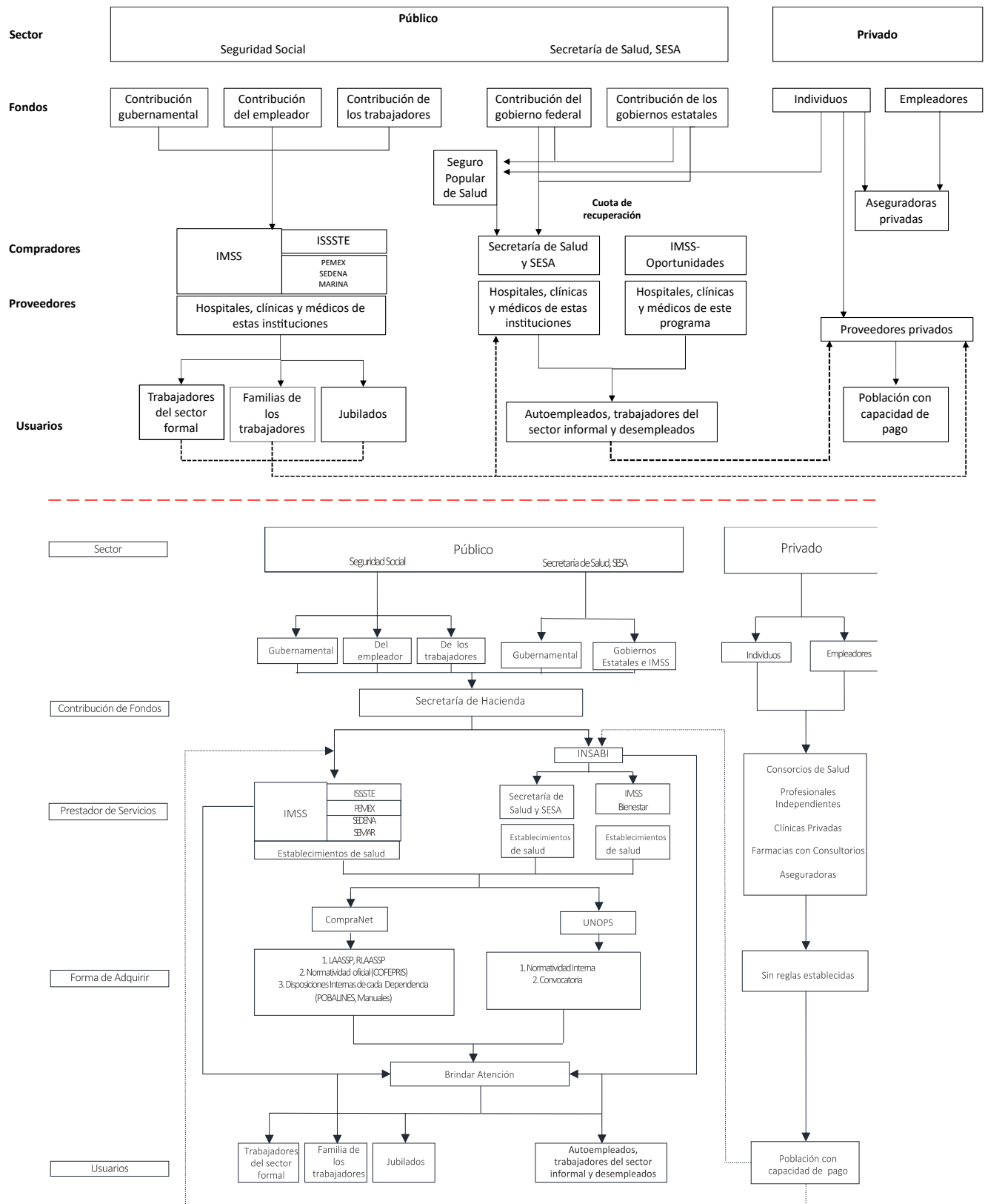
⁵⁵ Gómez, D. O., et al. (2011). Sistema de salud de México. Salud Pública de México, vol.53 supl.2 Cuernavaca. Recuperado de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017

⁵⁶ (Gómez, 2011)

⁵⁷ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022). Derechohabiencia. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/temas/derechohabiencia/>

⁵⁸ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2020). Medición multidimensional de la pobreza en México 2018 – 2020. Recuperado de la página web: https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP_2018_2020/Pobreza_multidimensional_2018_2020_CONEVAL.pdf

Figura 2 Estructura del Sistema de Salud en México antes y después del INSABI.



Fuente: Elaboración propia a partir de la propuesta del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

Esta población recurre, para atender sus necesidades de salud, a los servicios de la SSA, los SESA e IMSS-B. Alrededor de 24 millones se consideran responsabilidad de la SSA y los SESA, y alrededor de siete millones se atienden en las unidades del programa IMSS-B. Cabe destacar que tanto las personas con seguridad social como los pobres del campo y la ciudad que regularmente hacen uso de los servicios de la SSA, los SESA o IMSS-B, utilizan también los servicios de salud del sector privado, en particular los servicios ambulatorios (Figura 2).

2.1.2 Subsistemas de salud

Por lo tanto, el sistema de salud de México está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende a las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros], que prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía, y a las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social: la Secretaría de Salud (SSa), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Bienestar (IMSS-B) e INSABI —anteriormente Seguro Popular de Salud (SPS)—. El sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago.⁵⁹

2.1.3 Niveles de atención

De manera general, los servicios se organizan en tres niveles de atención que no logran articularse por completo y presentan dificultades en los mecanismos de referencia y contra referencia.

1. Primer nivel de atención. Es el primer contacto con el sistema de salud para conservar la salud y mejorar el bienestar de las personas, la familia y la comunidad. Los servicios de salud incluyen la atención básica intramuros y extramuros que resuelve la mayor parte de las necesidades de atención médica.

Se realizan acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención ambulatoria a la morbilidad más frecuente brindada por médicos generales y personal de enfermería.

2. Segundo nivel de atención. Dan continuidad a la atención de los pacientes que demandan atención médica y los referidos por los otros niveles de atención, otorgando atención a la salud con un enfoque preventivo, diagnóstico, terapéutico, de rehabilitación y cuidados paliativos, de acuerdo con la

⁵⁹ Gómez, D. O., et al. (2011). Sistema de salud de México. Salud Pública de México, vol.53 supl.2 Cuernavaca. Recuperado de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017

complejidad de sus padecimientos y en el marco de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), en forma integral, de calidad, segura y con sentido humanista a las personas usuarias.

Brinda las especialidades básicas en hospitales generales o de especialidad y cuenta con servicios de apoyo diagnóstico de imagenología y laboratorio.

3. Tercer nivel de atención. Está constituido por los hospitales de alta especialidad, que se caracterizan por su máxima capacidad resolutoria diagnóstica, terapéutica y de rehabilitación en la atención de personas con patologías de alta complejidad y baja frecuencia, por equipos de profesionales de diversas disciplinas con conocimientos y habilidades en campos específicos de la medicina, quienes se desarrollan en un ambiente de innovación, avance tecnológico y científico propicio para generar un vínculo más cercano con la persona y la comunidad.⁶⁰

Brinda atención especializada, de mayor complejidad y aunada a actividades de investigación clínica y básica, en este grupo se encuentran los Institutos Nacionales de Salud.

2.1.4 Régimen estructural

El IMSS cuenta con un régimen obligatorio, que protege a la mayoría de sus afiliados, y un régimen voluntario. El régimen obligatorio comprende cinco ramos básicos de protección social: seguro de enfermedad y maternidad, seguro de riesgos de trabajo, seguro de invalidez y vida, seguro de retiro y vejez, prestaciones sociales y seguros de guardería y otros. El seguro de enfermedades y maternidad garantiza atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria desde el primero hasta el tercer nivel, ayuda para lactancia y subsidios por incapacidades temporales. Las personas no asalariadas pueden establecer un convenio voluntario con el IMSS a fin de obtener parte de los beneficios médicos del seguro de enfermedades y maternidad.

Los afiliados al ISSSTE, que son todos los empleados del gobierno y sus familias, y los pensionados y jubilados, cuentan con un conjunto de beneficios similares a los que ofrece el IMSS. Su seguro de salud garantiza el acceso a servicios de medicina preventiva, maternidad, atención médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica, y de rehabilitación física y mental.

Los asegurados de PEMEX, SEDENA y SEMAR cuentan con beneficios parecidos a los del IMSS e ISSSTE, al igual que atención médica, quirúrgica y hospitalaria de

⁶⁰ Instituto de Salud para el Bienestar (2023). Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar, curso virtual del INSABI. Recuperado de <https://capacitacion.insabi.gob.mx/siesabialavirtual/mod/quiz/attempt.php?attempt=1908628&cmid=2752&page=1>

primero, segundo y tercer nivel; cobertura farmacéutica y de rehabilitación; seguro por riesgos de trabajo, jubilación e invalidez.

El IMSS-B ofrece servicios sobre todo en zonas rurales a través de clínicas de primer nivel y hospitales rurales de segundo nivel. La atención se concentra en servicios de medicina general ambulatoria y servicios hospitalarios materno-infantiles.⁶¹

2.2 El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)

En aras de garantizar el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médicos quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfaría de manera integral las necesidades de salud, el Estado creó un mecanismo de protección financiera, el Sistema de Protección Social en Salud.⁶²

La propuesta fue alcanzar la Cobertura Universal, al brindar la atención a los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) para las intervenciones contempladas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), Seguro Médico Siglo XXI y Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.⁶³

El SPSS financió el acceso a un paquete con alrededor de 294 intervenciones de salud, agrupadas en 5 conglomerados:

⁶¹ Gómez, D. O., et al. (2011). Sistema de salud de México. Salud Pública de México, vol.53 supl.2 Cuernavaca. Recuperado de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017

⁶² Diario Oficial de la Federación. (2015). Acuerdo mediante el cual se establecen los Lineamientos para la compensación económica del Sistema de Protección Social en Salud. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5390083&fecha=24/04/2015#gsc.tab=0

⁶³ Cuando una persona elegible beneficiaria del Sistema de Protección Social en Salud sea atendida en cualquier establecimiento de salud del sector público de carácter federal, la Secretaría de Salud debe canalizar directamente a dicho establecimiento el monto correspondiente a las intervenciones prestadas, con cargo a los recursos a transferirse al respectivo Régimen Estatal de Protección Social en Salud, de acuerdo a los lineamientos que para tal efecto emita la propia Secretaría.

Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tienen derecho a recibir bajo ningún tipo de discriminación los servicios de salud, los medicamentos y los insumos esenciales requeridos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos, en las unidades médicas de la administración pública, tanto federal como local, acreditados de su elección de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS).

La compensación económica, como mecanismo de pago entre entidades federativas, por la prestación de servicios de salud brindados a los beneficiarios del Sistema fuera de su circunscripción territorial en la que están afiliados, ésta se llevará conforme a lo establecido en los acuerdos de coordinación para la ejecución del Sistema, los lineamientos y los convenios de prestación de servicios que suscriban las entidades federativas entre sí, o con las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, por lo que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) establece un sistema electrónico que facilita y promueve la compensación económica. La compensación económica se realiza entre entidades federativas, instituciones y establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud por concepto de prestación de servicios.

1. Prevención y promoción en salud, con 27 intervenciones en cuanto a la aplicación de vacunas a diferentes grupos de edad, tipo de población y grupos de riesgo.
2. Medicina general y de especialidad, con 120 intervenciones, para el diagnóstico y tratamiento de padecimientos infecciosos, crónico-degenerativos, de salud mental, manejo paliativo ambulatorio y tamizaje de patologías que, por su complejidad fue por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y Seguro Médico Siglo XXI.
3. Urgencias, con 69 intervenciones.
4. Cirugía general, con 54 intervenciones de padecimientos agudos y/o crónicos.
5. Obstetricia, con 24 intervenciones relacionados con el estado de gravidez y el recién nacido.

Cada una de las intervenciones incluyó los Auxiliares de diagnóstico de acuerdo al CAUSES, así como los estudios de laboratorio y/o gabinete, en paralelo se incluyó:

- El listado de las 633 claves de medicamentos y 37 insumos.
- El listado de las 65 intervenciones del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), dentro de las que se incluye el tratamiento para cáncer en niños, cáncer cervicouterino, cáncer de mama, VIH/Sida y Trasplante de córnea entre otros.
- El listado de las intervenciones del Seguro Médico Siglo XXI.
- El Apéndice Normativo, se conformó de 24 normas oficiales mexicanas, 7 guías técnicas y manuales, así como de 305 guías de práctica clínica que establecieron las directrices, reglas, especificaciones, características o prescripciones aplicables a la atención; así como, las recomendaciones de acuerdo con la Medicina basada en evidencias que emiten las instancias y dependencias competentes.
- El Apéndice de Codificación Claves CIE-10 (diagnósticos), contiene la relación de claves de la Clasificación Internacional de Enfermedades que corresponden a las intervenciones del CAUSES, sumaron 1807 de ellas.
- El Apéndice de Codificación Claves CIE-9-MC (procedimientos médicos), relaciona las 618 claves de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Modificación Clínica.⁶⁴

A corde a lo anterior, los resultados obtenidos del SPSS durante los 15 años de existencia determinaron la falta de cobertura de servicios, siendo que 69.1 millones de personas sin seguridad social no se incorporó o afilió al sistema —ya que la meta anual

⁶⁴ Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (2019). Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) 2019. Recuperado <https://www.gob.mx/salud/seguropopular/documentos/catalogo-universal-de-servicios-de-salud-causes-2018-153111>.

de afiliación fue determinada con base en la disponibilidad presupuestaria—constituyendo la primera causa de exclusión, “**la afiliación**”. Aunado a ello, el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) tan sólo llegó a incluir 294 intervenciones, lo que representa a 1,807 enfermedades cubiertas, comparado con las 12,643 claves totales de enfermedades existentes en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE- 10), constituyó sólo el 14.2% de cobertura. Lo mismo sucedió con los medicamentos asociados a las intervenciones cubiertas por el CAUSES, ya que, de las 1,815 claves de medicamentos del Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos vigente, publicado por el Consejo de Salubridad General, sólo se contemplaron 633 claves de medicamentos y 37 insumos médicos, lo que representa el 34.8% de cobertura, obligando a las personas y familias a realizar gastos de bolsillo, ya sea por no estar afiliado o porque el seguro popular no ofertó ciertas intervenciones de salud.⁶⁵

En adición, el programa de atención del SP se orientó a curar enfermedades, con insuficiente consideración a las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y el abordaje de los determinantes ambientales y sociales de la salud. Adoptó una importante separación entre el cuidado de la salud colectiva y de las personas, que condicionaron conductas de la población y prácticas de los servicios contrarias a la integralidad de la atención y un comportamiento asistencial mayormente reactivo a la demanda y, por tanto, episódico en los cuidados de salud a las personas.

Ya que el personal médico y de enfermería necesita incorporar conocimientos y habilidades para desarrollar la Atención Primaria de la Salud (APS) en los diferentes niveles de atención, el anterior modelo de atención falló en estimular al médico y a la enfermera a desarrollar la labor preventiva y de promoción de la salud, así como el considerar la atención a los determinantes sociales y ambientales de la salud del territorio.

El SP operó con altos costos de transacción, con una burocracia costosa que en 2018 se calculó en 800 millones de pesos en el nivel Federal y 3,200 millones para los 32 REPSS (Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, 2019).

Además, mala calidad y baja eficiencia del GPS debido a la gran heterogeneidad de los prestadores de cuidados de salud y de los compradores de insumos y servicios, con consecuencias negativas en la eficacia institucional y poco control sobre el ejercicio del presupuesto, que se prestó al mal uso de los recursos y la corrupción.⁶⁶

⁶⁵Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (2019). Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud. Recuperado de http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/planesprogramaseinformes/informes/2019/Informe_Resultados_SPSS_2019.pdf

⁶⁶ Diario Oficial de la Federación. (2022). Programa Estratégico de Salud para el Bienestar. Secretaría de Salud. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5663700&fecha=07/09/2022#gsc.tab=0

Por otro lado, la falta de cooperación en virtud a la resistencia al modelo de salud, cuando el gobierno de Andrés Manuel López Obrador se negó a implementar el Seguro Popular en la Ciudad de México. Instaurando a partir del 2001 el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos, desde entonces se consideró el nuevo modelo de salud como alternativa estructural. La perspectiva oficial buscaba la incorporación de parámetros de costo eficiencia y la introducción de la competencia de mercado en el manejo de los recursos y la prestación de los servicios, mientras el gobierno proponía la gratuidad de los servicios y el fortalecimiento del liderazgo del Estado en el manejo del sector (Uribe, 2013).⁶⁷

A partir del 1 de enero de 2020 con la puesta en marcha de la reforma a la Ley General de Salud se garantizará el derecho a los servicios de salud y medicamentos gratuitos con base en la necesidad de las personas, sin limitarlo a un catálogo de servicios y una lista de medicamentos asociados, haciendo efectivo el acceso a los servicios de salud tal como se plantea en el artículo 4º Constitucional.⁶⁸

Alineado a la estrategia de Salud para toda la Población del eje de Política Social del Plan Nacional de Desarrollo 2019–2024, durante el 2019 se trabajó estrechamente con la Secretaría de Salud en la construcción de una política que transformara el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), por un nuevo Sistema que garantice el acceso gratuito a servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para la población sin seguridad social laboral, la cual ha sido históricamente la más desfavorecida con respecto a este derecho humano y constitucional.⁶⁹

Es como nace el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), con el propósito de homologar hacia arriba los beneficios sin restar los ganados en la seguridad social, el director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) el Dr. Víctor Hugo Borja (2019), aseguró que crear el Instituto de Salud para disminuir la desigualdad, es un acierto. Aunado a ello, mencionó que el IMSS deberá crecer su infraestructura, para alcanzar el incremento de la población afiliada. La creación del INSABI permitirá que la atención médica se planee de manera conjunta, coordinada por la Secretaría de Salud, con un control centralizado y bajo un modelo de atención en salud semejante al Instituto Mexicano del Seguro Social.⁷⁰ Con el objetivo de garantizar el acceso efectivo a la salud a todas y todos los mexicanos.

⁶⁷ Uribe G. M., Abrantes P. R. (2013). Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades?. *Perfiles latinoamericanos*, vol.21 no.42, México. Recuperado de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-76532013000200006

⁶⁸ (Diario Oficial de la Federación, 2022)

⁶⁹ Diario Oficial de la Federación. (2020). Programa Sectorial de Salud 2020-2024. Secretaría de Salud. Recuperado de https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020#gsc.tab=0

⁷⁰ Instituto Mexicano del Seguro Social. (2019). Instituto de Salud para el Bienestar tendrá modelo de atención semejante al del IMSS: Víctor Hugo Borja. *IMSS Boletín*, 269. Recuperado de https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/i2f_news/IMSS%20BOLET%C3%8DN%20269.pdf

2.3 Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)

El nuevo instituto busca cambiar el modelo de atención dirigido a la población sin seguridad social. Borja (2019) señaló que el INSABI nacerá bajo el modelo de atención semejante al del IMSS, con asignación de un médico familiar a cada derechohabiente, coordinado de manera sistemática en tres niveles de atención. Dijo que la creación del nuevo instituto busca cambiar el modelo de atención dirigido a la población sin seguridad social, pues “no pretende la separación entre el financiamiento y la prestación de los servicios en las instituciones públicas de salud”.

El Instituto de Salud para el Bienestar fue creado mediante 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, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de noviembre de 2019. La elaboración de este Programa se realiza con fundamento en lo dispuesto en la fracción II del artículo 17 de la Ley de Planeación y su estructura y contenidos atiende a la Guía para la elaboración de programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.

Corresponde al INSABI un papel relevante en la garantía del derecho a la protección de la salud, manifiesto en el artículo 77 bis 35, párrafo segundo, de la Ley General de Salud al establecer: El INSABI tendrá por objeto 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 en su calidad de órgano rector, acciones orientadas a lograr una adecuada integración y articulación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

El propio artículo 77 bis 35 F, fracción I, de la Ley General de Salud fija que la Junta de Gobierno del Instituto de Salud para el Bienestar tiene la facultad indelegable de establecer las políticas públicas generales y específicas a las que deberá sujetarse el Instituto, las cuales deben ser congruentes con el Plan Nacional de Desarrollo y los Programas que se deriven del mismo, lo que incluye el Programa Sectorial de Salud 2020-2024.⁷¹

2.4 Financiamiento de la salud

El financiamiento de las instituciones de seguridad social proviene de tres fuentes: contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador y contribuciones de los empleados.

Los servicios de salud que prestan las instituciones de seguridad social a sus afiliados se financian con contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX y Fuerzas Armadas es el gobierno), contribuciones del obrero o empleado contribuciones del gobierno. Estas instituciones prestan sus servicios en sus propias instalaciones y con su propio personal.

⁷¹ Diario Oficial de la Federación. (2020). Programa Sectorial de Salud 2020-2024. Secretaría de Salud. Recuperado de https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020#gsc.tab=0

Tanto la SSa como los SESA se financian con recursos del gobierno federal y los gobiernos estatales, a partir del 01 de enero del 2020 desaparecieron las cuotas de recuperación que pagaban los usuarios al recibir la atención (contribución de los usuarios). La población de responsabilidad de la SSa y de los SESA se atiende en las instalaciones de estas instituciones, que cuentan con su propio personal.

El IMSS-Bienestar se financia con recursos del gobierno federal, aunque lo opera el IMSS.

Finalmente, el sector privado se financia con los pagos que hacen los usuarios al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros médicos privados, y ofrece servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados.⁷²

2.4.1 Financiamiento al Sistema de Protección Social en Salud

Con lo que respecta al Sistema de Protección Social en Salud, el modelo financiero consistió en un esquema tripartito, con aportaciones por persona afiliada del gobierno federal y de las entidades federativas, así como por contribuciones de los afiliados, que se determinaron de acuerdo a la capacidad socio-económica.⁷³

De la aportación anual del Gobierno Federal por persona afiliada al SPSS:

- **Cuota Social (CS)**, el Gobierno Federal cubrió anualmente una cuota social por cada persona afiliada al SPSS, equivalente al 3.92% de un salario mínimo general vigente diario del año 2009, para la Ciudad de México antes Distrito Federal, que se actualizaba anualmente de conformidad con la variación anual observada en el Índice Nacional de Precios al Consumidor. Para el ejercicio 2019, el monto de esta aportación fue de 1,165.53 pesos.
- **Aportación Solidaria Federal (ASF)**, la aportación solidaria por parte del Gobierno Federal se realizó mediante la distribución del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona de conformidad con la fórmula establecida en las disposiciones reglamentarias, los criterios compensatorios con base en el perfil de necesidades de salud, esfuerzo estatal y desempeño, determinando un monto específico por ASF por persona afiliada para cada una de las entidades federativas, que en promedio fue de 1.5 veces la cuota social. El promedio nacional para 2019 fue de 1,748.30 pesos.

⁷² Villarreal H. y Macías, A. (2020). Macroeconomía del desarrollo. El sistema de pensiones en México Institucionalidad, gasto público y sostenibilidad financiera. CEPAL, Naciones Unidas. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45820/1/S2000382_es.pdf

⁷³ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2020). El Sistema de Protección Social en Salud: resultados y diagnóstico de cierre. Recuperado de https://www.coneval.org.mx/evaluacion/iepsm/documents/analisis_spss_2020.pdf

Tabla 19 Arquitectura Financiera de los Sistemas de Salud en México.

<i>Seguro público</i>	<i>Aportadores</i>		
	Estado (Cuota social)	Patrón (Cuota patronal)	Obrero/Empleado (Cuota obrera)
Seguro de enfermedades y maternidad del IMSS	13.9% de un salario mínimo de la CdMx	13.9% de un salario mínimo de la CdMx 6% de la diferencia entre el salario base de cotización y tres veces el salario mínimo de la CdMx	13.9% de un salario mínimo de la CdMx 2% de la diferencia entre el salario base de cotización y tres veces el salario mínimo de la CdMx
Seguro de salud del ISSSTE	Gobierno Federal (Cuota social) 13.9% de un salario mínimo de la CdMx	Dependencias y entidades (Cuota patronal) 7.375% del salario base	Empleado (Cuota obrera) 2.75% del salario base
Seguro Popular de Salud (Sistema de Protección Social en Salud)	Estado (Cuota social) 3.92% de un salario mínimo de la CdMx	Gobierno estatal / Gobierno federal Aportación solidaria federal (1.5 veces la cuota social) Aportación solidario estatal (0.5 veces la cuota social)	Individuo (Cuota por individuo, proporcional a la condición socioeconómica del individuo, siendo de cero para las personas que se ubican en los deciles I y II)

Fuente: Propuesta de un Sistema Nacional de Servicios de Salud.

* Los recursos financieros del SPS se calcularon por persona, no por familia, a diferencia de las instituciones de seguridad social ‡ Hasta 2009 el SPS se financiaba con una cuota social, la contribución solidaria y la contribución familiar. La cuota social era equivalente a 15% de un salario mínimo de la Ciudad de México (CdMx). Con la reforma a la Ley General de Salud de diciembre de 2009, la tercera contribución ya no es familiar sino individual, y la cuota social por persona es equivalente a 3.92% de un salario mínimo de la Ciudad de México.⁷⁴

- **Aportación Solidaria Estatal (ASE)** de los gobiernos de las entidades federativas, por persona afiliada, a la mitad de la Cuota Social. En 2019, el monto mínimo de este concepto fue de 582.77 pesos por persona. Por su parte, los beneficiarios del SPSS participan en su financiamiento con cuotas familiares que fueron anticipadas; anuales y progresivas y que se determinaron con base a las condiciones socioeconómicas de cada familia. Los montos y equivalencias de las aportaciones anuales por persona al SPSS (se muestra en la última fila de la Tabla 19).

El financiamiento y usos del presupuesto del SPSS, SMSXXI y componente de salud del Programa Prospera para la cobertura del CAUSES y del FPGC. Hasta 2015, los recursos federales que se autorizaban contemplaban el programa presupuestario E020 para el Fondo de Previsión Presupuestal (FPP). A partir del año 2016, este programa se fusionó al U005 Seguro Popular, por lo que la cobertura en salud se proporcionó por la CNPSS a través de los programas presupuestarios siguientes:

⁷⁴ Sistema de Salud de México. Salud Pública de México. Recuperado de la página web: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5043/10023>

- U005 Seguro Popular
- S201 Seguro Médico Siglo XXI para la cobertura complementaria al CAUSES y FPGC a niños menores de 5 años
- S072 Componente de Salud de PROSPERA Programa de Inclusión Social
- M001 Apoyo Administrativo, para la administración del SPSS la CNPSS recibía su presupuesto a través del programa.

Los recursos gubernamentales aportados para la operación financiera del SPSS (CS, ASF y ASE), se ejercieron de la siguiente forma:

1. El 89% por las entidades federativas en la prestación de los servicios de salud contenidos en el CAUSES.
2. El 8% al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos para cubrir el tratamiento de padecimientos de alta especialidad y alto costo, que representan un riesgo financiero para la economía de las familias.
3. El 3% al Fondo de Previsión Presupuestal se destinaron: dos terceras partes para atender necesidades de infraestructura y equipamiento de unidades médicas de atención primaria y de especialidades básicas preferentemente en zonas de mayor marginación social, y una tercera parte para cubrir las diferencias imprevistas en la demanda de servicios esenciales en el nivel estatal.

Del monto de Cuota Social que corresponde a la entidad federativa, conforme a la afiliación registrada y validada, se descontaron los recursos correspondientes a los fondos (FPGC y FPP), los cuales fueron transferidos a las cuentas del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud, que cuenta con un órgano colegiado (Comité Técnico) que autorizaba el destino de los recursos para los conceptos cubiertos por ambos fondos.

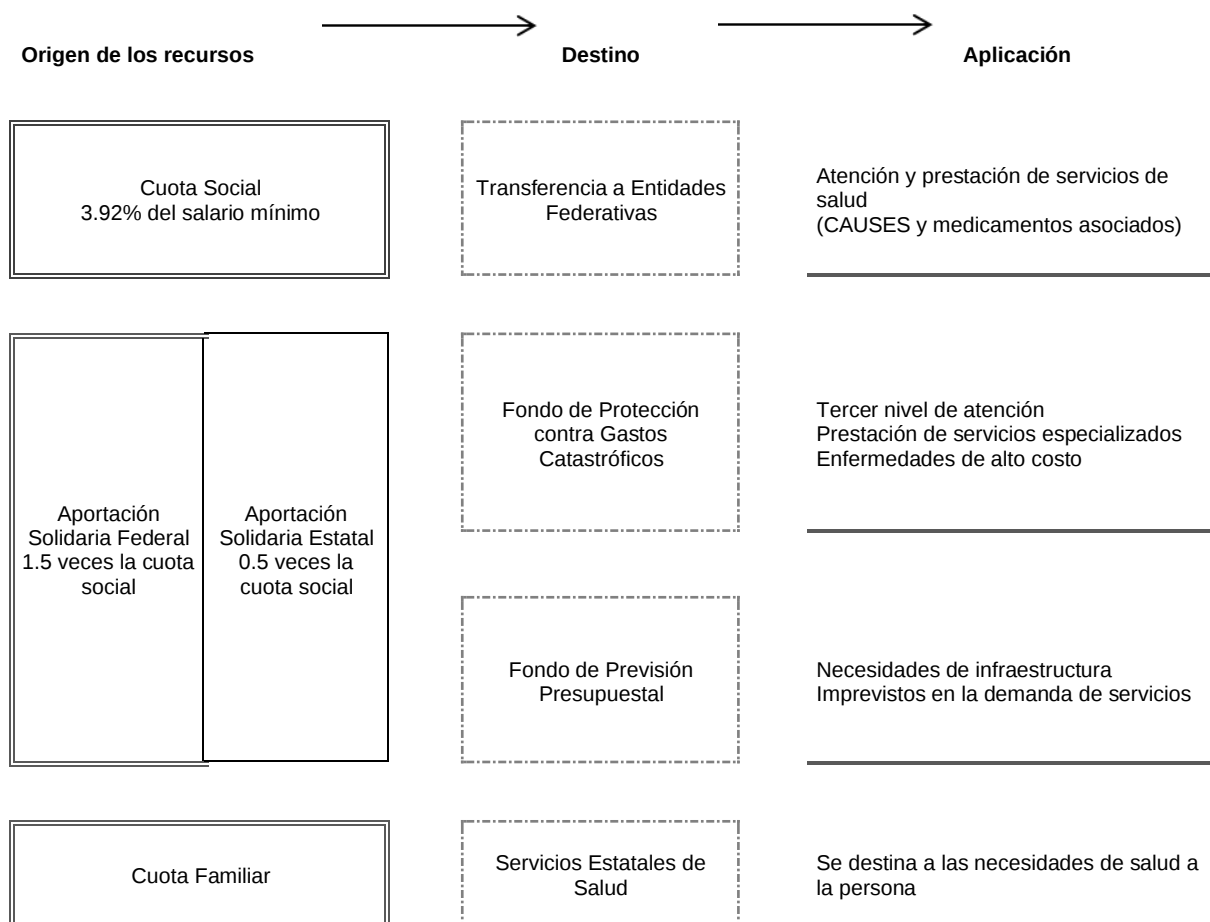
Las cuotas familiares fueron recibidas, administradas y ejercidas por los Servicios Estatales de Salud, a través de los REPSS y destinadas a las necesidades de salud a la persona. El origen, destino y aplicación de los recursos financieros del SPSS se muestra en la Figura 4.⁷⁵

2.4.2 Recursos totales asignados al SPSS 2012-2019

El total de los recursos asignados al SPSS para los años 2012-2019, considera los administrados por la CNPSS (CS+ASF+FPGC+FPP), las aportaciones estatales y de otras fuentes de financiamiento para la atención a la salud de los afiliados, transferidos directamente a las entidades federativas a través de los Ramos 12 y 33.

⁷⁵ Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (2019). Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud Enero – Diciembre 2019. Recuperado de <http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/index.php/planes-programas-e-informes/22-planos-programas-e-informes/39-informes-de-labores-de-la-cnpss>

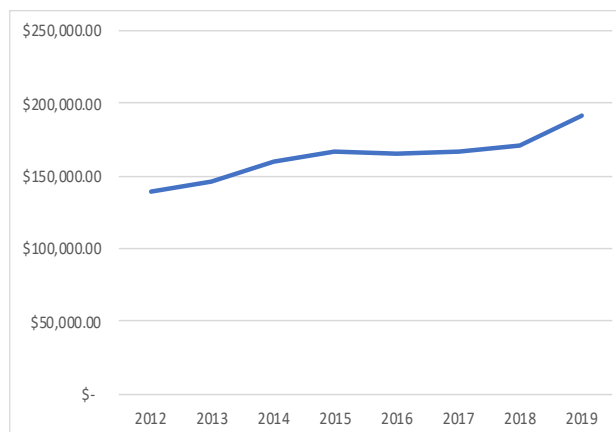
Figura 4 Origen, destino y aplicación de los recursos del SPSS.



1/ Actualización anual con base en el Índice Nacional de Precios al Consumidor. Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud Fuente: DGF, CNPSS, Secretaría de Salud.

Tabla 20 Presupuesto asignado al SPSS 2012-2019.
(Millones de pesos)

Año	Presupuesto
2012	138,695.10
2013	146,176.60
2014	159,275.30
2015	166,268.50
2016	165,041.20
2017	167,074.00
2018	170,301.50
2019	192,077.60



Fuente: Propuesta de un Sistema Nacional de Servicios de Salud.

2.4.3 Recursos destinados al Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud

De conformidad con los artículos 96 y 108 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, los recursos del FPGC y del FPP se administraron a través del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (FSPSS). Para la radicación de los recursos del Fideicomiso a las entidades, conforme al acuerdo del Comité Técnico del Fideicomiso, por medio del cual se autorizaron: (i) los desembolsos para atender las enfermedades relacionadas con gastos catastróficos; (ii) los recursos para el fortalecimiento de infraestructura; (iii) las compensaciones para subsanar las diferencias imprevistas en la demanda de servicios.⁷⁶

2.4.4 Financiamiento al Instituto de Salud para el Bienestar

Siendo entonces, el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) con la finalidad de atender a toda la población sin seguridad social, con un paquete ilimitado de servicios, sin pago por concepto de cuotas y contemplando un cambio en el esquema laboral de absorber al personal en plazas estatales del sector salud. Por tanto obtiene financiamiento del gobierno con la tarea de **proveer** a los servicios de salud, de recursos humanos, equipo, mobiliario, abasto de medicamentos y demás recursos para la salud, luego de que el SPS se financiara con recursos del gobierno federal, los gobiernos estatales y cuotas familiares (los hogares de menores recursos están exentos de estos pagos), y compra servicios de salud para sus afiliados a la SSa y a los SESA (y en algunas ocasiones a proveedores privados).⁷⁷

Mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación del 29 de noviembre de 2019, se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, que integran la creación del Instituto de Salud para el Bienestar, como un Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Federal con personalidad jurídica y patrimonio propio, estableciendo 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, derivado de lo anterior, específicamente en el rubro de Resultados de Ejercicios Anteriores y Rectificaciones de Resultados de Ejercicios Anteriores, arroja un saldo que corresponde al traspaso contable de acuerdo con el Acta Administrativa, con cifras al cierre del ejercicio de 2020, del Órgano Desconcentrado de la Secretaría de Salud Comisión Nacional de Protección Social en Salud al INSABI, formalizada al cierre del ejercicio fiscal de 2020, por la Dirección de Contabilidad y Rendición de Cuentas de la Secretaría de Salud y la Coordinación de

⁷⁶ Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (2019). Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud Enero – Diciembre 2019. Recuperado de <http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/index.php/planes-programas-e-informes/22-planes-programas-e-informes/39-informes-de-labores-de-la-cnpss>

⁷⁷ Diario Oficial de la Federación. (2020). Programa Sectorial de Salud 2020-2024. Recuperado de https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020#gsc.tab=0

Programación y Presupuesto del INSABI. Fracción IV. Otros hechos relativos y aclaratorios a los saldos contables en materia de la presente Acta, numeral 3. Subcuenta 3521 “**Cambios por Errores Contables**” por **76,289,868,409**. “Representa las omisiones e inexactitudes en los Estados Financieros de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, conforme a los lineamientos emitidos por el Consejo Nacional de Armonización Contable (CONAC)”.

—Cabe mencionar que esta cuenta fue incorporada por la Unidad de Contabilidad Gubernamental (UCG) al Sistema de Contabilidad Gubernamental a partir del ejercicio 2014, y en la información contable de la Secretaría de Hacienda y Crédito y Público, la UCG en su carácter de centro contable único la utilizó para cancelar la Subcuenta 6.1.1.1.9. Cierre Activos y Pasivos Correspondidos, que es una cuenta de Cierre Contable del Rubro de Resumen de Ingresos y Gastos que utiliza la UCG al cierre del ejercicio, para cancelar el saldo de las cuentas conectoras, del Poder Ejecutivo, no obstante, algunas cuentas conectoras como la 1.1.2.9.4. Reintegros por Disponibilidades de ADEFAS o la 2.1.2.9.5. Cuentas por Liquidar Certificadas, no se utilizaron al inicio del cambio en el Modelo Contable, sino hasta el ejercicio 2014, por lo que la UCG realizó la corrección de dicha omisión durante ese ejercicio—.

Mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el mismo año y mediante Acta Administrativa, la transferencia del Fideicomiso del Sistema Social en Salud, que de forma simultánea cambia de denominación para conformar el Fondo de Salud para el Bienestar (FONSABI) por \$ 124, 730, 380,159.

El INSABI por ser una entidad de nueva creación no contó con presupuesto original autorizado para el ejercicio 2020, durante el ejercicio se realizaron transferencias mediante adecuaciones presupuestarias líquidas y compensadas quedando en un presupuesto modificado por \$106, 124, 659,878.

Al respecto, en el capítulo siguiente se presenta la información financiera del actual Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), conforme al Marco Conceptual de Contabilidad Gubernamental (MCCG), del Sistema de Contabilidad Gubernamental (SCG) publicado en el Diario Oficial de la Federación. No siendo así para el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), dado la falta de información financiera concreta.⁷⁸

⁷⁸ Instituto de Salud para el Bienestar. (2023). Estados Financieros INSABI. Cuenta Pública. Recuperado de <https://www.gob.mx/insabi/documentos/estados-financieros-insabi-cuenta-publica>

CAPÍTULO III

3. Análisis financiero

Las finanzas constituyen una rama de la economía que estudia la obtención y aplicación de los recursos escasos para la satisfacción de necesidades, en relación con el dinero y la obtención de los máximos beneficios con los mínimos costos.⁷⁹

El campo de las finanzas es amplio y dinámico, se aplican perfectamente a todos los agentes económicos, por ejemplo, las personas tienen necesidades infinitas que son satisfechas a través del salario que recibe o de otros ingresos que pudiera percibir. El Estado tiene como función primordial satisfacer a la sociedad por lo que eroga gasto público que debe ser financiado con ingreso público (como los impuestos, derechos, aprovechamientos, etcétera). En cuanto a las empresas u organizaciones, es donde las finanzas tienen su máxima expresión, pues éstas son el motor de la economía de mercado. Derivado de lo expuesto, existen varias categorías en finanzas, como las finanzas personales, las finanzas públicas, las finanzas internacionales y las finanzas corporativas.⁸⁰

El estudio de las finanzas tiene como objetivo determinar los orígenes y las aplicaciones de recursos (preferentemente monetarios) que maximicen los beneficios de una empresa para que le permitan generar valor económico. Una manera de evaluar financieramente a una empresa y determinar el alcance de sus resultados, es aplicando las técnicas de análisis a los estados financieros, identificando los indicadores financieros más relevantes, tales como la liquidez; la rentabilidad, el apalancamiento, etcétera. De modo que, el análisis financiero se compone del análisis de la rentabilidad, análisis de riesgo y análisis de las fuentes y la utilización de fondos.⁸¹

El análisis de la rentabilidad es la evaluación de rendimiento sobre la inversión de una compañía. Se enfoca en las fuentes y los niveles de rentabilidad, e implica la identificación y la medición del impacto de varios generadores de rentabilidad.

El análisis de riesgo es la evaluación de la capacidad de la compañía para cumplir con sus compromisos. El análisis del riesgo implica la evaluación de la solvencia y liquidez de una compañía, junto con la variabilidad en sus utilidades. Debido a que los riesgos son de suma interés para los acreedores, el análisis de riesgo a menudo se considera en el contexto del análisis del crédito. Aun así el análisis del riesgo es importante para el análisis del capital, tanto para evaluar la confiabilidad y sustentabilidad del desempeño de una compañía como para estimar el costo de su capital.

⁷⁹ Gitman, Lawrence J. (2007). Principios de Administración Financiera. (11ª ed.) México: Pearson Education.

⁸⁰ Morales C. A. y Padilla A., G. Finanzas I. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Contaduría y Administración. Recuperado de http://fcasua.contad.unam.mx/apuntes/interiores/docs/20172/contaduria/4/apunte/LC_1428_30096_A_Finanzas_I_v1.pdf

⁸¹ Perdomo Moreno, Abraham. (2000). Análisis e Interpretación de Estados Financieros. (6ª ed.) México: Tengage Learning.

El análisis de flujo de efectivo es la valuación de como una compañía obtiene y utiliza sus fondos. Este análisis permite vislumbrar las futuras implicaciones del financiamiento de una compañía.⁸²

En la presente unidad, para el caso de análisis financiero del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) e Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), por tratarse de organizaciones de la administración pública de control presupuestal^{83, 84}—incluidas en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF)— la información financiera versará a partir de lo establecido en la Ley General de Contabilidad Gubernamental y sus disposiciones en beneficio de una mayor transparencia y rendición de cuentas.⁸⁵

3.1 Información financiera del INSABI

La información financiera, es cualquier tipo de información que exprese la posición y desempeño financiero de una entidad. Su propósito es brindar un apoyo al usuario general en la toma de decisiones económicas. Su manifestación fundamental son los estados financieros.⁸⁶ De acuerdo con el Marco Conceptual para la Información Financiera de IASB 2015: El objetivo general de los estados financieros es proporcionar información financiera útil sobre la entidad para los inversores, prestamistas y otros acreedores existentes y potenciales al tomar decisiones sobre el suministro de recursos a la entidad.⁸⁷

⁸² Perdomo Moreno, Abraham. (2000). *Análisis e Interpretación de Estados Financieros*. (6ª ed.) México: Tengage Learning.

⁸³ Organización presupuestaria: Entidades de control presupuestario directo, son aquellas cuyos ingresos están comprendidos en su totalidad en la Ley de Ingresos y sus egresos forman parte del gasto neto del Decreto de Entidades de control presupuestario indirecto, son aquellas cuyos ingresos propios no están comprendidos en la Ley de Ingresos ni sus gastos en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación. Se integran al Presupuesto de Egresos por los subsidios y transferencias que reciben del Presupuesto de Egresos de la Federación, del Manual de Contabilidad Gubernamental para el Sector Paraestatal Federal, Recuperado de la página web: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/494851/MCGSPF_2019_07_III_Clasificacion_del_Sector_Paraestatal_Federal.pdf

⁸⁴ Entidades de control presupuestario indirecto, son aquellas cuyos ingresos propios no están comprendidos en la Ley de Ingresos ni sus gastos en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación. Se integran al Presupuesto de Egresos por los subsidios y transferencias que reciben del Presupuesto de Egresos de la Federación. , del Manual de Contabilidad Gubernamental para el Sector Paraestatal Federal, Recuperado de https://www.shcp.gob.mx/LASHCP/MarcoJuridico/ContabilidadGubernamental/SCG2014/paraestatal/manual_paraestatal/doc/capituloiii/mp3a01_2014.pdf

⁸⁵ Ley General de Contabilidad Gubernamental. Recuperado de https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGCG_300118.pdf

⁸⁶ Morales, A.C y Padilla A.G. Finanzas Básicas. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Contaduría y Administración. Sistema Universidad Abierta y Educación a Distancia. Apunte electrónico, recuperado de http://fcasua.contad.unam.mx/apuntes/interiores/docs/20172/contaduria/4/apunte/LC_1428_30096_A_Finanzas_I_v1.pdf

⁸⁷ Consejo de Normas Internacionales de Contabilidad. (2015). Marco Conceptual para la Información Financiera. Recuperado de <https://www.ifrs.org/content/dam/ifrs/project/conceptual-framework/exposure-draft/published-documents/ed-conceptual-framework-es.pdf>

El papel del análisis de estados financieros es utilizar la información de los estados financieros de una empresa, junto con otra información relevante, para tomar decisiones económicas.⁸⁸

La situación financiera de una empresa es un término que se refiere a la determinación de su realidad financiera en un momento determinado del tiempo. Dicha realidad está dada por las fuentes de recursos, sus aplicaciones o destino y el logro de los máximos beneficios económicos con los recursos disponibles.⁸⁹

Los estados financieros, son documentos formales que muestran de manera lógica y en unidades monetarias, la estructura financiera de una organización, a través de su posición financiera, resultados de sus operaciones, flujo de efectivo y variaciones en su patrimonio. Asimismo, constituyen una herramienta que permite la evaluación del estado monetario y operativo actual de una entidad y la reducción del riesgo e incertidumbre que implica el futuro cuando se toman decisiones. Su elaboración es la culminación del proceso contable, (Morales, A.C y Padilla A.).

Para lo cual, el esquema básico de Normatividad Contable emitido por el Consejo Mexicano para la Investigación y Desarrollo de Normas de Información Financiera (CINIF), incluye un marco conceptual mexicano para adecuarlo a la normatividad a nivel internacional con el fin de alcanzar la convergencia internacional emitiendo Normas de Información Financiera (NIF) que se identifican con la Serie A y que a continuación se listan:

- NIF A1 Estructura de las Normas de Información Financiera NIF
- NIF A2 Postulados básicos
- NIF A3 Necesidades de los usuarios y objetivos de los estados financieros
- NIF A4 Características cualitativas de los estados financieros
- NIF A5 Elementos básicos de los estados financieros
- NIF A6 Reconocimiento y valuación
- NIF A7 Presentación y revelación
- NIF A8 Supletoriedad

Las Normas de Información Financiera (NIF) son normas aplicables a los estados financieros en su conjunto a conceptos o problemas específicos de los estados financieros contenidos en boletines que fueron emitidos por la Comisión de Principios

⁸⁸ Financial Reporting and Analysis. (2018). CFA 2018. Kaplan University.

⁸⁹ Morales C. A. Padilla A. G. Finanzas I. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Contaduría y Administración. Recuperado de http://fcasua.contad.unam.mx/apuntes/interiores/docs/20172/contaduria/4/apunte/LC_1428_30096_A_Finanzas_I_v1.pdf

de Contabilidad del Instituto Mexicano de Contadores Públicos. Los estados financieros que se consideran básicos del ente público; los Estados Presupuestarios y Económicos que atienden a los requerimientos de los usuarios dentro del marco jurídico que les aplica son:⁹⁰

- I. Información contable;
 - a) Estado de actividades;
 - b) Estado de situación financiera;
 - c) Estado de variación en la hacienda pública;
 - d) Estado de cambios en la situación financiera;
 - e) Estado de flujos de efectivo;
 - f) Informes sobre pasivos contingentes;
 - g) Notas a los estados financieros;
 - h) Estado analítico del activo, e
 - i) Estado analítico de la deuda y otros pasivos, del cual se derivarán las clasificaciones siguientes:
 - 1. Corto y largo plazo, así como por su origen en interna y externa;
 - 2. Fuentes de financiamiento;
 - 3. Por moneda de contratación, y
 - 4. Por país acreedor;
- II. Información presupuestaria;
 - a) Estado analítico de ingresos, del que se derivará la presentación en clasificación económica por fuente de financiamiento y concepto, incluyendo los ingresos excedentes generados;
 - b) Estado analítico del ejercicio del presupuesto de egresos del que se derivarán las clasificaciones siguientes:
 - 1. Administrativa;
 - 2. Económica;
 - 3. Por objeto del gasto, y
 - 4. Funcional. El estado analítico del ejercicio del presupuesto de egresos deberá identificar los montos y adecuaciones presupuestarias y subejercicios por ramo y programa;
 - c) Endeudamiento neto, financiamiento menos amortización, del que derivará la clasificación por su origen en interno y externo;
 - d) Intereses de la deuda, y
 - e) Un flujo de fondos que resuma todas las operaciones;
- III. Información programática;
 - a) Gasto por categoría programática;
 - b) Programas y proyectos de inversión, y
 - c) Indicadores de resultados, y

⁹⁰ Consejo Nacional de Amortización Contable (CONAC). Normas y metodología para la emisión de información financiera y estructura de los estados financieros básicos del ente público y características de sus notas. Recuperado de https://www.conac.gob.mx/work/models/CONAC/normatividad/NOR_01_03_023.pdf

- IV. Información complementaria para generar las cuentas nacionales y atender otros requerimientos provenientes de organismos internacionales de los que México forma parte.

La integración de dichos estados se lleva a cabo con base en los datos y cifras generadas por el ente público, de acuerdo a sus facultades y características particulares. El objetivo es examinar en forma resumida esos estados financieros y señalar algunas de sus características más importantes.

3.2 Estados financieros del INSABI

De acuerdo con la Información contable, este trabajo de análisis financiero se aborda tres estados financieros: Estado de Situación Financiera, Estado de Variación en la Hacienda Pública y Estado de Flujos de Efectivo.

1. Estado de Situación Financiera.

Este estado, muestra la situación de los activos, pasivos y patrimonio de un ente a una fecha determinada. Refleja la posición financiera del ente público, incluye información acumulativa en tres grandes rubros: el activo, el pasivo y patrimonio o hacienda pública; se formula de acuerdo con un formato y un criterio estándar para realizar el comparativo de la información en distintos períodos y con otros entes similares, apoyando la toma de decisiones y las funciones de fiscalización. Está diseñado categorizando a los activos por su disponibilidad y a los pasivos por su grado de exigibilidad, situación que permite elaborar análisis financieros de riesgos, posiciones financieras, etcétera. Muestra también en el patrimonio, los resultados del ente público, el patrimonio ganado y el contribuido. Este estado es mostrado de forma comparativa, para poder hacer el análisis de un ejercicio a otro de los movimientos del ente.

En el Balance General o Estado de Situación Financiera se distingue los derechos y obligaciones del Instituto de Salud para el Bienestar.

2. Estado de Variación en la Hacienda Pública.

Muestra la actividad financiera del ente público y revela el flujo de recursos recibidos y ejercidos en cumplimiento de su cometido durante el ejercicio; incluye las principales modificaciones que afectaron el rubro de la Hacienda Pública/Patrimonio. Se hace la distinción entre los términos Hacienda Pública y Patrimonio. El primero aplica para los bienes del Gobierno Federal integrado por el Poder Ejecutivo, Poder Legislativo, Poder Judicial, y Órganos Autónomos y el segundo por las entidades públicas distintas al primero.⁹¹

⁹¹ Consejo Nacional de Amortización Contable (CONAC). Normas y metodología para la emisión de información financiera y estructura de los estados financieros básicos del ente público y características de sus notas. Recuperado de https://www.conac.gob.mx/work/models/CONAC/normatividad/NOR_01_03_023.pdf

Instituto de Salud para el Bienestar
Balance General o Estado de Situación Financiera
Al 31 de diciembre de 2022, 2021 y 2020
(pesos)

	2022	2021	2020		2022	2021	2020
Activo circulante				Pasivo circulante			
Efectivo y equivalentes de efectivo	662,134,094	376,101,552	26,402,474	Cuentas por pagar a corto plazo	546,763,984	375,742,206	26,402,474
Derechos a recibir efectivo o equivalentes	5,641,601,326	1,799,441,970	22,382,183,060	Documentos por pagar a corto plazo	0	0	0
Derechos a recibir bienes o servicios	0	0	0	Porción a corto plazo de la deuda pública a largo plazo	0	0	0
Inventarios	0	0	0	Títulos y valores a corto plazo	0	0	0
Almacenes	2,148,064	1,139,565	1,261,230	Pasivos diferidos a corto plazo	188,267,232	2,973,246,912	2,711,161,679
Estimación por pérdida o deterioro de activos circulantes	-48,842	-48,842	0	Fondos y bienes de terceros en garantía y/o administración a corto plazo	0	0	0
Otros activos circulantes	0	0	0	Provisiones a corto plazo	0	0	0
				Otros pasivos a corto plazo	0	0	0
Total activo circulante	6,305,834,642	2,176,634,245	22,409,846,764	Total pasivo circulante	735,031,216	3,348,989,118	2,737,564,153
Activo no circulante				Pasivo no circulante			
Inversiones financieras a largo plazo	75,205,009,649	93,031,234,289	101,974,180,503	Cuentas por pagar a largo plazo	0	0	0
Derechos a recibir efectivo o equivalentes a largo plazo	0	0	0	Documentos por pagar a largo plazo	0	0	0
Bienes inmuebles, infraestructura y construcciones en proceso	0	0	0	Deuda pública a largo plazo	0	0	0
Bienes muebles	947,425,897	947,069,235	389,689,931	Pasivos diferidos a largo plazo	0	0	0
Activos intangibles	0	0	0	Fondos y bienes a terceros en garantía y/o en administración a largo plazo	0	0	0
Depreciación, deterioro y amortización acumulada de bienes	-687,908,754	-114,120,050	0	Provisiones a largo plazo	0	0	0
Activos diferidos	188,267,232	2,973,479,280	2,711,161,679				
Estimación por pérdida o deterioro de activos no circulantes	0	0	0	Total de pasivos no circulantes	0	0	0
Otros activos no circulantes	2,826,174,437	0	0				
Total de activos no circulantes	78,478,968,461	96,837,662,754	105,075,032,113	PASIVO TOTAL	735,031,216	3,348,989,118	2,737,564,153
ACTIVO TOTAL	84,784,803,103	99,014,296,999	127,484,878,877	HACIENDA PÚBLICA / PATRIMONIO			
				Hacienda Pública / Patrimonio contribuido	52,102,089,456	108,352,283,758	124,730,380,160
				Aportaciones	52,101,459,655	108,352,010,619	124,730,380,160
				Donaciones de capital	629,801	273,139	0
				Actualización de la Hacienda Pública / Patrimonio	0	0	0

Hacienda Pública / Patrimonio generado	31,947,682,432	-12,686,975,878	16,934,564
Resultados del ejercicio (ahorro/desahorro)	44,902,311,059	-12,687,340,998	365,120
Resultados de ejercicios anteriores	-	365,120	-76,273,298,965
Revalúos	0	0	0
Reservas	0	0	0
Rectificaciones de resultados de ejercicios anteriores	0	0	76,289,868,409
Exceso o insuficiencia en la actualización de la Hacienda Pública / Patrimonio	0	0	0
Resultado por posición monetaria	0	0	0
Resultado por tenencia de activos no monetarios	0	0	0
TOTAL HACIENDA PÚBLICA /PATRIMONIO	84,049,771,888	95,665,307,880	124,747,314,724
TOTAL PASIVOS Y HACIENDA PÚBLICA / PATRIMONIO	84,784,803,104	99,014,296,998	127,484,878,877

Fuente: Elaboración propia a partir de los Estados Financieros del INSABI.^{92, 93, 94}

3. Estado de Flujos de Efectivo.

Representa los principales cambios ocurridos en la estructura de los resultados financieros del ente público en un periodo determinado, así como los recursos generados o utilizados en su operación y su reflejo final en el efectivo o inversiones. Revela en forma detallada y clasificada las variaciones de las cuentas patrimoniales del ente público, de un periodo determinado a otro, clasificados por actividades de operación, de inversión y de financiamiento.⁹⁵

⁹² Instituto de Salud para el Bienestar. (2023). Estados Financieros del Instituto de Salud para el Bienestar. Cuenta Pública 2020. Recuperado de la página web: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/670341/2020_ESTADOS_FINANCIEROS_AL_31_DE_DICIEMBRE_DE_2020.pdf

⁹³ Instituto de Salud para el Bienestar. (2023). Estados Financieros del Instituto de Salud para el Bienestar. Cuenta Pública 2021. Recuperado de la página web: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/717789/Estados_Financieros_al_31_de_diciembre_2021.PDF

⁹⁴ Instituto de Salud para el Bienestar. (2023). Estados Financieros del Instituto de Salud para el Bienestar. Cuenta Pública 2022. Recuperado de la página web: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/801369/Informaci_n_Contable_4to._Trimestre__2022_OCTUBRE-DICIEMBRE_PELIMINARES.PDF

⁹⁵ Consejo Nacional de Armonización Contable. (2023). Normas y metodología para la emisión de información financiera y estructura de los estados financieros básicos del ente público y características de sus notas, recuperado de https://www.conac.gob.mx/work/models/CONAC/normatividad/NOR_01_03_023.pdf

Instituto de Salud para el Bienestar

Estado de Variación en la Hacienda Pública

Al 31 de diciembre de 2022, 2021 y 2020

(pesos)

	2022	2021	2020
Hacienda Pública/Patrimonio Contribuido Neto 2021/2020/2019	108,352,283,758	124,730,380,159	0
Aportaciones	108,352,010,619	124,730,380,159	0
Donaciones de Capital	273,139	0	0
Actualización de la Hacienda Pública/Patrimonio	0	0	0
Hacienda Pública/Patrimonio Generado Neto 2021/2020/2019	-12,686,975,878	16,934,565	0
Resultados del ejercicio (Ahorro/Desahorro)	-12,687,340,998	365,120	0
Resultados de ejercicios anteriores	365,120	-76,273,298,964	0
Revalúos	0	0	0
Reservas	0	0	0
Rectificaciones de resultados de ejercicios anteriores	0	76,289,868,409	0
Exceso o insuficiencia en la actualización de la Hacienda Pública/Patrimonio neto de 2022/2020/2019	0	0	0
Resultado por posición monetaria	0	0	0
Resultado por tenencia de activos no monetarios	0	0	0
2Hacienda Pública/Patrimonio neto final de 2022/2020/2019	95,665,307,880	124,747,314,724	0
Cambios en la Hacienda Pública/Patrimonio Contribuido Neto de 2020/2021/2020	-56,250,194,303	-16,378,096,401	124,730,380,159
Aportaciones	-56,250,550,965	-16,378,369,540	124,730,380,159
Donación de Capital	356,662	273,139	0
Actualización de la Hacienda Pública/Patrimonio	0	0	0
Variaciones de la Hacienda Pública/Patrimonio Generado Neto de 2022/ 2021/2020	44,634,658,309	-12,703,910,442	16,934,565
Resultados del ejercicio (Ahorro/Desahorro)	44,902,311,059	-12,687,340,997	365,120
Resultados de ejercicios anteriores	-267,652,750	76,273,298,964	-76,273,298,964
Revalúos	0	0	0
Reservas	0	0	0
Rectificaciones de resultados de ejercicios anteriores	0	-76,289,868,409	76,289,868,409
Cambios en el exceso o insuficiencia en la actualización de la Hacienda Pública/Patrimonio Neto 2021/2020	0	0	0
Resultado por posición monetaria	0	0	0
Resultado por tenencia de activos no monetarios	0	0	0
2Hacienda Pública/Patrimonio Neto Final de 2022/2021/2020	84,049,771,886	95,665,307,881	124,747,314,724

Fuente: Elaboración propia a partir de los Estados Financieros del INSABI.

Instituto de Salud para el Bienestar

Estado de Flujo de Efectivo Al 31 de diciembre de 2022, 2021 y 2020 (pesos)

	2022	2021	2020
Actividades de Operación Origen	116,618,861,456	113,350,241,133	106,151,062,352
Transferencias, asignaciones, subsidios y subvenciones, y pensiones y jubilaciones	116,332,828,914	113,000,542,055	106,124,659,878
Otros orígenes de operación	286,032,542	349,699,078	26,402,474
Actividades de Operación Aplicación	116,332,828,914	112,443,745,246	105,750,594,440
Servicios personales	10,471,116,988	4,265,802,072	100,980,574
Materiales y suministros	7,016,685,556	4,478,519,703	6,684,397,263
Servicios generales	545,402,749	360,276,022	72,890,320
Transferencias interna y Asignaciones al Sector Público	0	0	0
Transferencias al Resto del Sector Público	0	0	0
Subsidios y subvenciones	54,117,790,057	50,403,316,861	52,686,659,470
Ayudas sociales	0	0	0
Pensiones y jubilaciones	0	0	0
Transferencias a la Seguridad Social	44,181,833,564	52,935,830,588	46,205,666,813
Donativos	0	0	0
Transferencias al Exterior	0	0	0
Participaciones	0	0	0
Aportaciones	0	0	0
Convenios	0	0	0
Flujos Netos de Efectivo utilizados por: Actividades de Operación	286,032,542	906,495,887	400,467,912
Actividades de Inversión Origen	0	0	0
Actividades de Inversión Aplicación	0	556,796,809	374,065,438
Bienes muebles	0	556,796,809	374,065,438
Flujos Netos de Efectivo utilizados por: Actividades de Inversión	0	556,796,809	-374,065,438
Actividades de Financiamiento Origen	0	0	0
Actividades de Financiamiento Aplicación	0	0	0
Flujos Netos de Efectivo por: Actividades de Financiamiento	0	0	0
Incremento/Disminución Neta en el Efectivo y Equivalentes al Efectivo	286,032,542	349,699,078	26,402,474
Efectivo y Equivalentes al Efectivo al inicio del ejercicio	376,101,552	26,402,474	0
Efectivo y Equivalentes al Efectivo al final del ejercicio	662,134,094	376,101,552	26,402,474

Fuente: Elaboración propia a partir de los Estados Financieros del INSABI.

3.3 Análisis e interpretación de los Estados Financieros

El análisis de estados financieros es el proceso crítico dirigido a evaluar la posición financiera presente y pasada de una empresa. Su objetivo es diagnosticar la posición financiera de la organización y poder predecir sus resultados futuros.

El análisis financiero se basa en los estados financieros básicos ya que en ellos se muestra la trayectoria del negocio y el desempeño de la administración.

Los métodos de Análisis financiero constituyen técnicas específicas que permiten conocer el efecto de las transacciones de la entidad sobre su situación financiera y resultados. Ahora bien, los métodos de análisis se fundamentan en la comparación de valores, los cuales pueden ser verticales u horizontales.⁹⁶

3.3.1 Análisis vertical

El análisis vertical consiste en estudiar el comportamiento de las cifras de estados financieros correspondientes a un solo periodo contable, es decir, a un año o mes del ejercicio contable, a fin de conocer la liquidez, la operatividad o productividad, el endeudamiento, la rentabilidad y la solvencia de una empresa durante un periodo de tiempo específico.⁹⁷

- Liquidez. Facultad que tiene una entidad para generar efectivo. También se conceptualiza como la capacidad de la entidad para cubrir sus obligaciones en el corto plazo derivado de la operación de la empresa.
- Operatividad o productividad. Capacidad de la entidad para realizar ingresos (ventas).
- Endeudamiento. Nivel de compromisos financieros de una empresa.
- Rentabilidad. Capacidad de la organización para obtener utilidades y retorno para los accionistas.
- Apalancamiento. Calidad para controlar los costos fijos o los pasivos de una entidad.

Los métodos estáticos o verticales permiten analizar las cuentas de los balances para cada año. Las técnicas más empleadas en este método son:

- a) Porcentajes integrales
- b) Razones financieras

⁹⁶ Morales C. A. Padilla A. G. Finanzas I. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Contaduría y Administración. Recuperado de http://fcasua.contad.unam.mx/apuntes/interiores/docs/20172/contaduria/4/apunte/LC_1428_30096_A_Finanzas_I_v1.pdf

⁹⁷ Moreno Fernández, Joaquín A. (2003). Estados Financieros, Análisis e Interpretación. México: Patria. Perdomo

Porcentaje integrales

Esta técnica consiste en convertir las cifras de los estados financieros, (específicamente, el Balance General o Estado de Situación Financiera y el Estado de Resultados) en porcentajes, aplicando razones y proporciones.

Para aplicar esta técnica se divide el saldo de cada una de las cuentas presentadas en un estado financiero, entre el total de un rubro (grupo de cuentas), por ejemplo, se divide el saldo de la cuenta Efectivo y equivalentes de efectivo, que es una cuenta de activo, entre el Activo total y después, el resultado se multiplica por 100. Tal y como se muestra a continuación:

$$\frac{\text{Saldo de una cuenta}}{\text{Total de rubro}} \times 100 = \text{Conversión en porcentaje}$$

Con la aplicación de esta técnica se puede tener una visión distinta de lo que quieren decir los estados financieros. Para nuestro caso, el Balance General o Estado de Situación Financiera del Instituto de Salud para el Bienestar para el año 2022, los porcentajes de participación de las cuentas del activo circulante y del activo no circulante, en el activo total son los siguientes: 0.78% del Activo total se encuentra en la cuenta Efectivo y equivalentes de efectivo; el 6.65% en Derechos a recibir efectivo o equivalentes; el 88.70% en Inversiones financieras a largo plazo; 1,12 % a la cuenta de Bienes muebles; 0.81% en Depreciación, deterioro y amortización acumulada de bienes; 0.22% en Activos diferidos y 3.33% en Otros activos no circulantes.

Al revisar los porcentajes obtenidos, se puede decir que hay una fuerte inversión a largo plazo en el activo no circulante, específicamente, Inversiones financieras a largo plazo, mientras que en el activo circulante se cuenta con Derechos a recibir efectivo o equivalentes lo cual indica que es necesario invertir tanto en adquisición y distribución de medicamentos e insumos para la salud y/o en rehabilitación de infraestructura en el primero y segundo nivel de atención.

Con respecto a la suma del pasivo más el capital contable, analizamos la estructura de las fuentes de financiamiento, siendo el 0.87% financiamiento externo (Pasivo) y 99.13% financiamiento interno (Hacienda Pública / Patrimonio).

Respecto a las fuentes de financiamiento, dadas por el pasivo y el capital contable, se puede decir que los recursos provienen básicamente del capital contable (Hacienda Pública / Patrimonio), por lo que se requiere efficientizar los recursos asignados al

INSABI para avanzar en la sustentabilidad del sistema, proveer infraestructura, trabajadores, instalaciones, equipos y medicamentos.^{98, 99}

Los indicadores o razones financieras

Las razones financieras constituyen otra técnica del análisis financiero vertical, que provienen de la comparación lógica de los saldos de dos o más cuentas.

Cada coeficiente o *ratio* tiene un significado.

Las razones más empleadas son las que tratan los siguientes temas: Liquidez, Solvencia y Rentabilidad.

A continuación, vamos a revisar las distintas razones en función a las categorías expuestas:

Razones financieras de LIQUIDEZ

Son aquellas cuyo numerador es el activo circulante. Miden la capacidad de una empresa para cubrir sus obligaciones a corto plazo, en función a la tenencia de activos circulantes. A continuación se presentan las principales razones de liquidez.

- Capital de trabajo

$$\text{Activo circulante} - \text{Pasivo a corto plazo}$$

La diferencia entre estos dos conceptos indica que se cuenta con recursos suficientes para continuar la operación de la empresa y para cubrir con compromisos de corto plazo.

El INSABI cuenta con \$ 5, 570, 803,426 en el 2022 para continuar la operación y para cubrir con compromisos de corto plazo.

- Razón circulante
Razón de liquidez

$$\text{Activo circulante} / \text{Pasivo a corto plazo}$$

⁹⁸ Morales C. A. Padilla A. G. Finanzas I. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Contaduría y Administración. Recuperado de http://fcasua.contad.unam.mx/apuntes/interiores/docs/20172/contaduria/4/apunte/LC_1428_30096_A_Finanzas_I_v1.pdf

⁹⁹ Gitman, Lawrence J. (2007). Principios de Administración Financiera. (11ª ed.) México: Pearson Education.

Esta razón enfatiza la relación entre el activo circulante y el pasivo a corto plazo. Por cada peso que la compañía debe en el corto plazo, se tienen tantos pesos o centavos en el activo circulante para enfrentar el mencionado endeudamiento. Cuando el resultado es superior a la unidad se dice que se cuenta con liquidez.¹⁰⁰

El INSABI por cada peso en pasivos de corto plazo, cuenta con \$ 8.58 en activos de corto plazo.

- Razón Rápida
Prueba de ácido

$$\text{Activo circulante} - \text{Inventario} / \text{Pasivo a corto plazo}$$

La razón de liquidez se modifica disminuyendo al activo circulante aquellas partidas que se “tardan” más en convertirse en efectivo, como por ejemplo, los inventarios. Esta razón tiene el mismo significado que la razón anteriormente analizada, pero proporciona un índice más líquido.

Por cada peso en pasivos de corto plazo, el INSABI tiene 8.576 pesos en activos líquidos de corto plazo.

- Razón de Efectivo

$$\text{Efectivo} / \text{Pasivo a corto plazo}$$

Por cada peso en pasivos de corto plazo, el INSABI tiene 0.90 pesos en efectivo.

- Razón Capital de Trabajo Neto a Activos Totales

$$\text{Activo circulante} - \text{Pasivo circulante} / \text{Activos totales}$$

Por cada peso en activos totales, el INSABI tiene 0.07 pesos en capital de trabajo neto.

¹⁰⁰ Morales C. A. Padilla A. G. Finanzas I. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Contaduría y Administración. Recuperado de http://fcasua.contad.unam.mx/apuntes/interiores/docs/20172/contaduria/4/apunte/LC_1428_30096_A_Finanzas_I_v1.pdf

Razones financieras de SOLVENCIA O ESTABILIDAD

Las razones financieras de estabilidad o solvencia son las que miden la capacidad que tiene una empresa para cumplir con sus obligaciones de largo plazo, apalancamiento (leverage).¹⁰¹

- Endeudamiento a corto plazo

$$\text{Pasivo a corto plazo} / \text{Activo circulante}$$

Por cada peso que se mantiene en el activo circulante, hay tantos pesos o centavos que se deben a corto plazo.

Nivel de financiamiento del activo circulante.

Si el resultado es menor a la unidad, se dice que el negocio no se encuentra muy endeudado, el endeudamiento del INSABI es -\$5, 570, 803,426.

- Razón de la deuda total

$$\text{Activos totales} - \text{Capital contable} / \text{Activos totales}$$

Por cada peso en activos totales, el INSABI tiene 0.009 pesos en deuda

- Endeudamiento total

$$\text{Pasivo total} / \text{Activo total}$$

Esta razón es útil para conocer el nivel de financiamiento que tiene el activo. Señala el porcentaje de financiamiento externo que se empleó para adquirir o producir el activo total.

El INSABI tiene el 0.009% de financiamiento externo para adquirir o producir el activo fijo, sabiendo que el financiamiento es directo de la SHCP.

- Razón de propiedad

$$\text{Capital contable} / \text{Activo total}$$

¹⁰¹ Morales C. A. Padilla A. G. Finanzas I. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Contaduría y Administración. Recuperado de http://fcasua.contad.unam.mx/apuntes/interiores/docs/20172/contaduria/4/apunte/LC_1428_30096_A_Finanzas_I_v1.pdf

Esta razón indica el porcentaje de financiamiento interno canalizado al activo total. Hay que recordar que el capital contable representa las aportaciones de los socios y las eventuales capitalizaciones de utilidades y reservas.

El 0.99% del financiamiento interno se canaliza al activo total.

- De estructura

Pasivo total / Capital contable

Esta razón es muy interesante ya que en ella se puede observar la decisión de financiarse con recursos propios o ajenos. Por cada peso invertido en el capital contable, se tienen tantos centavos o pesos de pasivo total, cuando esta razón es equivalente al 66%, se dice que la empresa se encuentra en quiebra técnica.

Por cada peso invertido en el capital contable, el INSABI tiene 0.009 pesos de pasivo total.

Razones financieras de RENTABILIDAD O PRODUCTIVIDAD

Son aquellas razones que nos permiten entender qué tan eficiente es una empresa en generar utilidad. Nos ayuda a entender si la empresa utiliza de manera eficiente sus activos y pasivos, y si administra eficientemente sus operaciones.¹⁰²

Estas razones financieras aplican para el análisis de una empresa lucrativa, dado que se trata de una institución pública solo se refieren de forma enunciativa.

- Margen de utilidad

Utilidad neta / Ventas

Se trata de una razón de eficiencia, indica cómo las ventas contribuyen en la generación de utilidades.

Por cada peso en ventas, la empresa generó tantos centavos o pesos en utilidad neta

- Rendimiento sobre los activos (ROA)

Utilidad neta / Activo total

¹⁰² Morales C. A. Padilla A. G. Finanzas I. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Contaduría y Administración. Recuperado de http://fcasua.contad.unam.mx/apuntes/interiores/docs/20172/contaduria/4/apunte/LC_1428_30096_A_Finanzas_I_v1.pdf

Esta razón indica la capacidad que tiene los activos para producir utilidades.

- Rendimiento sobre el capital contable (ROE)

$$\text{Utilidad neta} / \text{Capital contable}$$

Esta razón señala la rentabilidad generada por la inversión de los accionistas.

El análisis financiero vertical, nos permite estudiar las cifras financieras de un periodo contable, sin embargo, este análisis quedaría incompleto, si no se pudiera comparar el beneficio actual con los obtenidos en otros periodos, en específico, con respecto al año anterior.

Con la finalidad de determinar la evolución empresarial, se procede a realizar el análisis financiero horizontal.

3.3.2 Análisis horizontal

El análisis horizontal es un método que consiste en evaluar el comportamiento financiero de la organización en el tiempo.

Es un método que se aplica a los estados financieros comparativos, es decir, a los que se presenta por dos periodos contables. También puede ser empleado para interpretar los estados financieros de varios ejercicios anteriores. Es aquí cuando recibe el nombre de *análisis histórico*.¹⁰³

El objetivo del análisis financiero horizontal es determinar el crecimiento de una empresa. Gracias a este análisis, se pueden realizar proyecciones, es decir, se puede ejercer el control presupuestal. De esta manera se compran cifras pasadas y futuras, con respecto a las cantidades actuales y así poder definir el posible rumbo que tomaran las finanzas de una organización.^{104,105}

Las técnicas usadas en el análisis horizontal son:

- Aumentos y disminuciones
- Porcentajes horizontales
- Análisis de tendencias
- Flujo de efectivo

¹⁰³ Morales C. A. Padilla A. G. Finanzas I. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Contaduría y Administración. Recuperado de http://fcasua.contad.unam.mx/apuntes/interiores/docs/20172/contaduria/4/apunte/LC_1428_30096_A_Finanzas_I_v1.pdf

¹⁰⁴ Gitman, Lawrence J. (2007). Principios de Administración Financiera. (11ª ed.) México: Pearson Education

¹⁰⁵ Moreno Fernández, Joaquín A. (2003). Estados Financieros, Análisis e Interpretación. México: Patria. Perdomo

- **Aumentos y disminuciones**

Es una técnica que implica obtener diferencias al restar los saldos de las cuentas de los estados financieros actuales, menos los saldos que dichas cuentas reportaron en el ejercicio inmediato anterior. De esta manera, se puede conocer el crecimiento o disminución que dichas cuentas experimentaron.

$$\text{Saldo actual} - \text{Saldo anterior} = \text{Diferencia o variación}$$

Aumentos y disminuciones es una técnica que se aplica a estados financieros comparativos, que como ya se dijo, se trata de información relativa a dos periodos contables, justamente para efectuar las comparaciones pertinentes.

- **Porcentajes horizontales**

Asimismo, se aconseja que los resultados obtenidos mediante esta técnica se presenten como porcentajes de crecimiento-disminución a fin de que el análisis sea más ilustrativo. El porcentaje de crecimiento o decremento se obtiene al dividir la variación experimentada por una cuenta, entre las cifras del año inmediato anterior. Por último, el cociente obtenido se multiplica por 100.

$$(\text{Diferencia} / \text{Saldo anterior}) \times 100$$

Básicamente consideramos al Estado de Situación Financiera, Estado de Variación en la Hacienda Pública y Estado de Flujo de Efectivo porque sus cuentas acumulan saldos.

Instituto de Salud para el Bienestar

Balance General o Estado de Situación Financiera

Al 31 de diciembre de 2022, 2021 y 2020

(pesos)

Análisis horizontal
Cambio porcentual

	2022	2021	2020		
Activo circulante					
Efectivo y equivalentes de efectivo	662,134,094	376,101,552	26,402,474	76.05%	1324.49%
Derechos a recibir efectivo o equivalentes	5,641,601,326	1,799,441,970	22,382,183,060	213.52%	-91.96%
Derechos a recibir bienes o servicios	0	0	0		
Inventarios	0	0	0		
Almacenes	2,148,064	1,139,565	1,261,230	88.50%	-9.65%
Estimación por pérdida o deterioro de activos circulantes	-48,842	-48,842	0		
Otros activos circulantes	0	0	0		
Total activo circulante	6,305,834,642	2,176,634,245	22,409,846,764	189.71%	-90.29%
Activo no circulante					
Inversiones financieras a largo plazo	75,205,009,649	93,031,234,289	101,974,180,503	-19.16%	-8.77%
Derechos a recibir efectivo o equivalentes a largo plazo	0	0	0		
Bienes inmuebles, infraestructura y construcciones en proceso	0	0	0		
Bienes muebles	947,425,897	947,069,235	389,689,931	0.04%	143.03%
Activos intangibles	0	0	0		
Depreciación, deterioro y amortización acumulada de bienes	-687,908,754	-114,120,050	0	502.79%	
Activos diferidos	188,267,232	2,973,479,280	2,711,161,679	-93.67%	9.68%
Estimación por pérdida o deterioro de activos no circulantes	0	0	0		
Otros activos no circulantes	2,826,174,437	0	0		
Total de activos no circulantes	78,478,968,461	96,837,662,754	105,075,032,113	-18.96%	-7.84%
ACTIVO TOTAL	84,784,803,103	99,014,296,999	127,484,878,877	-14.37%	-22.33%

	2022	2021	2020		
Pasivo circulante					
Cuentas por pagar a corto plazo	546,763,984	375,742,206	26,402,474	45.52%	1323.13%
Documentos por pagar a corto plazo	0	0	0		
Porción a corto plazo de la deuda pública a largo plazo	0	0	0		
Títulos y valores a corto plazo	0	0	0		
Pasivos diferidos a corto plazo	188,267,232	2,973,246,912	2,711,161,679	-93.67%	9.67%

Fondos y bienes de terceros en garantía y/o administración a corto plazo	0	0	0		
Provisiones a corto plazo	0	0	0		
Otros pasivos a corto plazo	0	0	0		
Total pasivo circulante	735,031,216	3,348,989,118	2,737,564,153	-78.05%	22.33%
Pasivo no circulante					
Cuentas por pagar a largo plazo	0	0	0		
Documentos por pagar a largo plazo	0	0	0		
Deuda pública a largo plazo	0	0	0		
Pasivos diferidos a largo plazo	0	0	0		
Fondos y bienes a terceros en garantía y/o en administración a largo plazo	0	0	0		
Provisiones a largo plazo	0	0	0		
Total de pasivos no circulantes	0	0	0		
PASIVO TOTAL	735,031,216	3,348,989,118	2,737,564,153	-78.05%	22.33%

HACIENDA PÚBLICA / PATRIMONIO

Hacienda Pública / Patrimonio contribuido	52,102,089,456	108,352,283,758	124,730,380,160	-51.91%	-13.13%
Aportaciones	52,101,459,655	108,352,010,619	124,730,380,160	-51.91%	-13.13%
Donaciones de capital	629,801	273,139	0	130.58%	
Actualización de la Hacienda Pública / Patrimonio	0	0	0		
Hacienda Pública / Patrimonio generado	31,947,682,432	-12,686,975,878	16,934,564	-351.81%	-75017.64%
Resultados del ejercicio (ahorro/desahorro)	44,902,311,059	-12,687,340,998	365,120	-453.91%	-3474941.42%
Resultados de ejercicios anteriores	-12,954,628,627	365,120	-76,273,298,965	-3548146.84%	-100.00%
Revalúos	0	0	0		
Reservas	0	0	0		
Rectificaciones de resultados de ejercicios anteriores	0	0	76,289,868,409		-100.00%
Exceso o insuficiencia en la actualización de la Hacienda Pública / Patrimonio	0	0	0		
Resultado por posición monetaria	0	0	0		
TOTAL HACIENDA PÚBLICA /PATRIMONIO	84,049,771,888	95,665,307,880	124,747,314,724	-12.14%	-23.31%
TOTAL PASIVOS Y HACIENDA PÚBLICA / PATRIMONIO	84,784,803,104	99,014,296,998	127,484,878,877	-14.37%	-22.33%

Fuente: Elaboración propia a partir de los Estados Financieros del INSABI.

Del análisis del Estado de Situación financiera, los resultados obtenidos para el 2021 en la cuenta de Efectivo y equivalentes de efectivo, el activo circulante del INSABI presentó un incremento del saldo respecto al 2020 de forma exponencial, siendo el 1324.49% (de \$26,402,474 a \$376,101,552), mientras que para el 2022 respecto al

2021, el aumento fue del 76.05% (de \$376,101,552 a \$662,134,094), esta gran diferencia fue resultado de las necesidades derivadas por la contingencia sanitaria por el SARS COV-2.

En la cuenta de Derechos a recibir efectivo o equivalentes en el activo circulante del INSABI para el 2021 respecto al 2020, disminuyó el 91.96% (de \$22,382,183,060 a \$1,799,441,970), para el 2022 aumenta un 213.52% respecto al 2021 (de \$1,799,441,970 a \$5,641,601,326). Sin embargo, del 2022 respecto al 2020 fue menor el monto asignado, disminuyó el 74.79% (de 22, 382, 183,060 a \$5, 641, 601,326).

En la cuenta de Almacenes para el 2022 se incrementó el 88.50%.

Por lo tanto, en Activos totales el monto fue menor en el 2022 con respecto al 2021 del 14.37 %, con respecto al 2020 el monto fue menor en un 33.49%.

El nivel de financiamiento en las Cuentas por pagar a corto plazo incrementó el 45.52% en el 2022, respecto al 2021; mientras que un año anterior el incremento fue de 1323.13%.

Instituto de Salud para el Bienestar

Estado de Variación en la Hacienda Pública Al 31 de diciembre de 2022, 2021 y 2020 (pesos)

	2022	2021	2020	Análisis horizontal Cambio porcentual	
Hacienda Pública/Patrimonio					
Contribuido Neto					
2021/2020/2019	108,352,283,758	124,730,380,159	0		
Aportaciones	108,352,010,619	124,730,380,159	0		
Donaciones de Capital	273,139	0	0		
Actualización de la Hacienda Pública/Patrimonio	0	0	0		
Hacienda Pública/Patrimonio Generado Neto 2021/2020/2019	-12,686,975,878	16,934,565	0		
Resultados del ejercicio (Ahorro/Desahorro)	-12,687,340,998	365,120	0		
Resultados de ejercicios anteriores	365,120	-76,273,298,964	0		
Revalúos	0	0	0		
Reservas	0	0	0		
Rectificaciones de resultados de ejercicios anteriores	0	76,289,868,409	0		
Exceso o insuficiencia en la actualización de la Hacienda Pública/Patrimonio neto de 2022/ 2020/2019	0	0	0		
Resultado por posición monetaria	0	0	0		
Resultado por tenencia de activos no monetarios	0	0	0		
2Hacienda Pública/Patrimonio neto final de2022/ 2020/2019	95,665,307,880	124,747,314,724	0	-23.31%	
Cambios en la Hacienda Pública/Patrimonio Contribuido Neto de 2020/2021/2020					
	-56,250,194,303	-16,378,096,401	124,730,380,159	243.45%	-113.13%
Aportaciones	-56,250,550,965	-16,378,369,540	124,730,380,159	243.44%	-113.13%
Donación de Capital	356,662	273,139	0	30.58%	
Actualización de la Hacienda Pública/Patrimonio	0	0	0		
Variaciones de la Hacienda Pública/Patrimonio Generado Neto de 2022/ 2021/2020	44,634,658,309	-12,703,910,442	16,934,565	-451.35%	-75117.64%
Resultados del ejercicio (Ahorro/Desahorro)	44,902,311,059	-12,687,340,997	365,120	-453.91%	-3474941.42%
Resultados de ejercicios anteriores	-267,652,750	76,273,298,964	-76,273,298,964	-100.35%	-200.00%
Revalúos	0	0	0		

Reservas	0	0	0		
Rectificaciones de resultados de ejercicios anteriores	0	-76,289,868,409	76,289,868,409	-100.00%	-200.00%
Cambios en el exceso o insuficiencia en la actualización de la Hacienda Pública/Patrimonio Neto 2021/2020	0	0	0		
Resultado por posición monetaria	0	0	0		
Resultado por tenencia de activos no monetarios	0	0	0		
2Hacienda Pública/Patrimonio Neto Final de 2022/ 2021/2020	84,049,771,886	95,665,307,881	124,747,314,724	-12.14%	-23.31%

Fuente: Elaboración propia a partir de los Estados Financieros del INSABI.

El total de Hacienda Pública/Patrimonio Contribuido Neto fue para el 2022 de \$108, 352, 283,758, 13.13% menos del año 2021 (\$124, 730, 380,159).

Hacienda Pública/Patrimonio Neto Final, en el 2022 disminuyó el 12.14% respecto a 2021 y disminución del 23.31% en el 2021 respecto al 2020.

Estado de Flujo de Efectivo
Al 31 de diciembre de 2022, 2021 y 2020
(pesos)

**Análisis
horizontal
Cambio
porcentual**

	2022	2021	2020		
Actividades de Operación Origen	116,618,861,456	113,350,241,133	106,151,062,352	2.88%	6.78%
Transferencias, asignaciones, subsidios y subvenciones, y pensiones y jubilaciones	116,332,828,914	113,000,542,055	106,124,659,878	2.95%	6.48%
Otros orígenes de operación	286,032,542	349,699,078	26,402,474	-18.21%	1224.49%
Actividades de Operación Aplicación	116,332,828,914	112,443,745,246	105,750,594,440	3.46%	6.33%
Servicios personales	10,471,116,988	4,265,802,072	100,980,574	145.47%	4124.38%
Materiales y suministros	7,016,685,556	4,478,519,703	6,684,397,263	56.67%	-33.00%
Servicios generales	545,402,749	360,276,022	72,890,320	51.38%	394.27%
Transferencias interna y Asignaciones al Sector Público	0	0	0		
Transferencias al Resto del Sector Público	0	0	0		
Subsidios y subvenciones	54,117,790,057	50,403,316,861	52,686,659,470	7.37%	-4.33%
Ayudas sociales	0	0	0		
Pensiones y jubilaciones	0	0	0		
Transferencias a la Seguridad Social	44,181,833,564	52,935,830,588	46,205,666,813	-16.54%	14.57%
Donativos	0	0	0		
Transferencias al Exterior	0	0	0		
Participaciones	0	0	0		
Aportaciones	0	0	0		
Convenios	0	0	0		
Otras aplicaciones de operación	0	0	0		
Flujos Netos de Efectivo utilizados por: Actividades de Operación	286,032,542	906,495,887	400,467,912	-68.45%	126.36%
Actividades de Inversión Origen	0	0	0		
Actividades de Inversión Aplicación	0	556,796,809	374,065,438	-100.00%	48.85%
Bienes muebles	0	556,796,809	374,065,438	-100.00%	48.85%
Flujos Netos de Efectivo utilizados por: Actividades de Inversión	0	556,796,809	-374,065,438	-100.00%	-248.85%

Actividades de Financiamiento Origen	0	0	0		
Actividades de Financiamiento Aplicación	0	0	0		
Flujos Netos de Efectivo por: Actividades de Financiamiento	0	0	0		
Incremento/Disminución Neta en el Efectivo y Equivalentes al Efectivo	286,032,542	349,699,078	26,402,474	-18.21%	1224.49%
Efectivo y Equivalentes al Efectivo al inicio del ejercicio	376,101,552	26,402,474	0	1324.49%	
Efectivo y Equivalentes al Efectivo al final del ejercicio	662,134,094	376,101,552	26,402,474	76.05%	1324.49%

Fuente: Elaboración propia a partir de los Estados Financieros del INSABI.

En 2022, los Flujo Neto de Efectivo Actividades de Operación Origen, los montos asignados incrementaron en un 2.88% y 6.78%, respecto al 2021 y 2020 correspondientemente.

En cuanto a Actividades de Operación Aplicación, el monto asignado en porcentaje tanto para Servicios personales fue el 9% para el 2022, respecto a un año anterior; del mismo modo el 3.8% en 2021 y 0.1% en 2020; en el rubro Materiales y suministros el porcentaje del monto asignado fue el 6% en el 2022, 4% en 2021 y 6% en el 2020; para Servicios generales en el 2022 el 0.5%, 0.3% en 2021 y 0.07% en el 2020; para Subsidios y subvenciones el 46.5% para el 2022, 45% en 2021 y 50% en 2020; para Transferencias a la Seguridad Social en el 2022 se asignó el 38%, 47% en el 2021 y 44% en el 2020.

Del total de los Flujos Netos de Efectivo por Actividades de Inversión, en 2021 y 2020, Bienes muebles representan el 100%

Los Flujos Netos de Efectivo por Actividades de Financiamiento en 2022, 2021 y 2020 no se llevaron actividades de financiamiento.

El Efectivo y Equivalentes al Efectivo al final del ejercicio 2022 incrementó el 76.05% respecto al 2021, y 1324.49% del 2021 respecto al 2020.

3.4 Información presupuestaria

Si bien el estudio de las finanzas es relevante en este trabajo, el término de finanzas públicas se considera e integra ya que la organización objeto de estudio es un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad

jurídica y patrimonio propio, sectorizado en la Secretaría de Salud; e intervención en la economía nacional de acuerdo al gasto público asignado.

El gasto público es el dinero que el gobierno ocupa para poder realizar sus funciones. Conforme a Ayala (1992) el gasto público es el valor total de las compras de bienes y servicios realizados por el sector gubernamental durante un periodo productivo. Es parte de la demanda agregada y comprende todas las erogaciones que realizan los Poderes de la Unión, es decir, el Ejecutivo, Legislativo y Judicial en los tres órdenes de gobierno: Federal, Estatal y Municipal. Igualmente, incluye las erogaciones del sector paraestatal, por ejemplo, los organismos descentralizados como el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) y el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), así como las empresas productivas del Estado entre las que se encuentra la Comisión Federal de Electricidad (CFE).

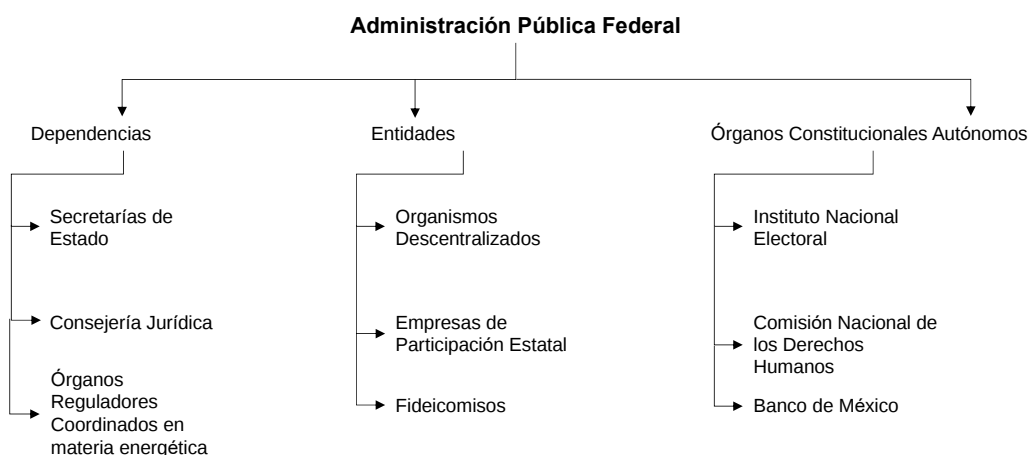
Para materializar las acciones en donde tiene injerencia el Estado, el Ejecutivo Federal dispone de un conjunto de organizaciones que se encargan de distribuir los recursos a cada uno de los sectores como: salud, educación, vivienda o seguridad ya que es importante que se utilicen de manera eficiente para que se puedan cubrir cada una de las necesidades presentes en cada uno de ellos. A este conjunto de organizaciones se le denomina Administración Pública Federal (APF), la cual se organiza conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (Figura 5), publicada en 1976.

Gracias al ejercicio del poder, el Estado tiene la capacidad de trazar cursos de acción por medio de políticas públicas, que buscan el desarrollo de la sociedad a través del suministro de bienes y la prestación de servicios públicos, atendiendo las diversas necesidades y demandas de la población. Así, al proveer estos bienes o servicios, el Estado juega en mayor o menor medida, un determinado papel en la economía.

Esto es, la forma en cómo las diferentes organizaciones de la administración pública utilizan un conjunto limitado de recursos para atender necesidades y demandas sociales. De la anterior definición, se desprenden dos elementos necesarios para la comprensión de la economía: **la escasez y la eficiencia**. De ahí la importancia que tiene resaltar este tema en el desarrollo de nuestra investigación.¹⁰⁶

¹⁰⁶ Secretaria de Hacienda y Crédito Público.(2023). ¿Cómo entender el presupuesto? El gasto público a través de los datos, (6ª.Ed. 2023). https://mexicox.gob.mx/courses/course-v1:SHCP+CEEP23036X+2023_03/about

Figura 5 Integración de la Administración Pública en México.



Fuente. Elaboración propia a partir de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público

3.4.1 Presupuesto de Egresos de la Federación (2017-2022)

En México, la forma como se planea gastar el dinero se establece en un documento llamado Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF). En él se encuentran las erogaciones que realizará el Gobierno Federal entre el 1° de enero y el 31° de diciembre de cada año, es decir, durante un ejercicio fiscal.¹⁰⁷

El monto total del presupuesto que la Federación se divide en dos grupos:

1. Gasto programable.

Conjunto de recursos o pagos que se destinan a cada una de las instituciones que conforman los Poderes de la Unión, es decir el Poder Ejecutivo (entidades, dependencias y organismos constitucionales autónomos), Legislativo (Cámara de Diputados y Senadores) y Judicial (Suprema Corte de Justicia de la Nación, Tribunal Electoral, etcétera). También incluye las aportaciones federales, aquellos recursos transferidos a las entidades federativas, municipios y demarcaciones territoriales de la ciudad de México para que cumplan funciones ya determinadas por la Ley de Coordinación Fiscal.

2. Gasto no programable.

Corresponde a los recursos o pagos que no financian la operación de las instituciones del Gobierno Federal. Este tipo de gasto incluye la deuda pública, los estímulos fiscales y los Adeudos de Ejercicios Fiscales Anteriores (ADEFAS), compromisos pendientes del ejercicio fiscal anterior al que se está presupuestando.

¹⁰⁷ Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2023). Transparencia presupuestaria. Recuperado de https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/es/PTP/Infografia_PPEF_2023

Una vez identificadas las prioridades nacionales, se conforma y organiza el gasto público en las siguientes clasificaciones: administrativa, funcional – programática, económica y geográfica. Esto está normado en el artículo 28 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH). El conocer estas clasificaciones es muy importante porque a partir de ellas se identifican las prioridades del gobierno, el destino de los recursos públicos, así como los responsables directos de ejercerlos.

3.4.2 Clasificación administrativa

La clasificación administrativa organiza a las dependencias y entidades públicas en ramos presupuestales y se desagrega por las Unidades Responsables (UR) —unidad mínima a la que se dota de asignación presupuestaria— que lo conforman: Autónomos, Administrativos, Generales, Sector paraestatal, INEGI y Tribunal Federal de Justicia Administrativa. Con la finalidad de simplificar y designar a un responsable directo de la ejecución de los recursos en cada Ramo. En la Tabla 21 se presenta el PEF 2017-2023 en el que se describe la asignación presupuestal del Gasto Neto Total.¹⁰⁸

Tabla 21 Asignación presupuestal del Gasto Neto Total.

PRESUPUESTO DE EGRESOS DE LA FEDERACIÓN (2017-2023)									
A1 GASTO NETO TOTAL (pesos)	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023		
A: RAMOS AUTÓNOMOS (Gasto programable)	\$ 105,351,146,147	\$ 118,131,650,829	\$ 97,511,908,481	\$ 119,082,401,882	\$ 134,904,757,546	\$ 131,319,606,644	\$ 137,878,403,400		
RAMO: 40 INFORMACIÓN NACIONAL ESTADÍSTICA Y GEOGRÁFICA	\$ 7,033,704,504	\$ 7,788,876,174	\$ 12,129,702,814	\$ 16,572,899,986	\$ 7,746,100,001	\$ 11,115,300,004	\$ 9,875,408,830		
RAMO: 32 TRIBUNAL FEDERAL DE JUSTICIA ADMINISTRATIVA	\$ 2,554,777,815	\$ 3,029,044,741	\$ 2,695,853,467	\$ 2,792,233,371	\$ 2,863,619,680	\$ 2,986,075,575	\$ 3,153,190,149		
B: RAMOS ADMINISTRATIVOS (Gasto programable)	\$ 978,730,335,003	\$ 1,023,678,665,789	\$ 1,136,594,413,948	\$ 1,148,400,150,555	\$ 1,246,242,755,522	\$ 1,514,103,418,934	\$ 1,855,765,814,213		
12 SALUD	\$ 121,817,532,748	\$ 122,557,337,320	\$ 124,266,865,116	\$ 128,826,414,373	\$ 145,414,570,947	\$ 193,948,336,401	\$ 209,616,460,086		
C: RAMOS GENERALES (Gasto programable)	\$ 2,695,832,643,363	\$ 2,937,514,789,313	\$ 3,224,800,861,492	\$ 3,366,840,786,136	\$ 3,430,649,790,272	\$ 3,785,991,340,661	\$ 4,552,325,306,523		
19 Aportaciones a Seguridad Social	\$ 642,744,210,907	\$ 699,664,136,809	\$ 786,107,477,728	\$ 863,611,766,125	\$ 961,026,461,285	\$ 1,092,011,751,628	\$ 1,236,422,206,888		
23 Provisiones Salariales y Económicas	\$ 131,865,621,170	\$ 156,463,239,818	\$ 112,996,657,654	\$ 131,476,962,432	\$ 127,486,744,341	\$ 134,623,035,206	\$ 161,324,744,980		
D: ENTIDADES SUJETAS A CONTROL PRESUPUESTARIO DIRECTO (Gasto GYN Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	\$ 886,271,858,636	\$ 961,916,843,767	\$ 1,070,061,090,779	\$ 1,174,505,288,024	\$ 1,275,212,396,584	\$ 1,407,789,387,103	\$ 1,604,743,189,121		
GYR Instituto Mexicano del Seguro Social	\$ 622,682,563,457	\$ 679,284,281,924	\$ 746,738,895,682	\$ 825,062,882,280	\$ 901,687,110,152	\$ 1,010,840,765,109	\$ 1,165,698,799,075		
E: EMPRESAS PRODUCTIVAS DEL ESTADO	\$ 844,795,079,913	\$ 915,720,047,868	\$ 1,054,071,488,373	\$ 1,125,556,570,864	\$ 1,133,301,449,660	\$ 1,258,420,005,345	\$ 1,302,106,416,219		
NETEO	\$ 631,677,045,381	\$ 688,112,918,481	\$ 759,805,619,354	\$ 846,017,930,828	\$ 935,184,669,265	\$ 1,023,474,834,266	\$ 1,166,199,928,455		
GASTO NETO TOTAL	\$ 4,888,892,500,000	\$ 5,279,667,000,000	\$ 5,838,059,700,000	\$ 6,107,732,400,000	\$ 6,295,736,200,000	\$ 7,088,250,300,000	\$ 8,299,647,800,000		

Fuente: Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2017-2023.

¹⁰⁸ Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2023). Transparencia presupuestaria. Recuperado de https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/es/PTP/Infografia_PPEF_2023

De la asignación presupuestal del Gasto Neto Total, se identifica el monto establecido para el Ramo 12 Salud con incremento de \$15,668,123,685; en términos reales de \$193,948,336,401 en el 2022 a \$209,616,460,086 en 2023, representando una tasa de crecimiento del 8%; mientras que el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) incrementó su presupuesto en \$42,095,768,052, de \$396,948,621,994 en 2022 a \$439,044,390,046 en 2023 (11%), en tanto el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en \$154,858,033,966 (15%), siendo de \$1,010,840,765,109 en 2022 a \$1,165,698,799,075 en 2023.

En cuanto al Gasto Neto Total asignado a B: Ramos Administrativos (Gasto programable) para el 2023 fue el 22.36%, mientras que para D: Entidades sujetas a control presupuestario directo (Gasto programable) fue del 19.34 %, ver Tabla 22 y 23.

La relevancia radica en la profunda inequidad en el acceso y cobertura en salud, dado los recursos asignados para el tipo de población al que van dirigidos los servicios y la cantidad de población atendida.

Tabla 22 Porcentaje del presupuesto asignado a Ramos administrativos 2017-2023.

A1 Gasto neto total	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
B: Ramos administrativos	20.02%	19.39%	19.47%	18.80%	19.80%	21.36%	22.36%
12 Salud	12%	12%	11%	11%	12%	13%	11%

Fuente: Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2017-2023.

Tabla 23 Porcentaje del presupuesto asignado a Entidades sujetas a control presupuestario directo 2017-2023.

A1 Gasto neto total	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
D: Entidades sujetas a control presupuestario directo	18.13%	18.22%	18.33%	19.23%	20.26%	19.86%	19.34%
GYN Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	30%	29%	30%	30%	29%	28%	27%
GYR Instituto Mexicano del Seguro Social	70%	71%	70%	70%	71%	72%	73%

Fuente: Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2017-2023.

Acerca de los Ramos y Unidad Responsable (UR), estos reciben una clave de identificación, la cual es asignada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), de manera que la clave sea homogénea y facilite la trazabilidad de la información entre dependencias. El Ramo 12 corresponde al sector Salud, y para el INSABI la UR es la M7B, con la finalidad de proporcionar mayor claridad, a continuación el presupuesto aprobado para el Ramo de Salud e INSABI durante 2022 y 2023 (Tabla 24).¹⁰⁹

**Tabla 24 Clasificación administrativa
del presupuesto aprobado para el Ramo 12 Salud.**

Ramo	Unidad Responsable	Descripción	Monto 2022	Monto 2023
12	100	Secretaría	\$131,680,586	\$143,277,444
12	111	Abogado General	\$71,038,674	\$78,261,695
12	112	Dirección General de Comunicación Social	\$60,719,104	\$65,867,737
12	114	Unidad de Análisis Económico	\$14,796,418	\$13,256,840
12	160	Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	\$3,024,625,917	\$3,236,236,944
12	170	Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social	\$39,775,845	\$42,754,759
12	171	Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud	\$34,415,565	\$37,424,320
12	172	Dirección General de Relaciones Internacionales	\$321,755,147	\$290,244,789
12	300	Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud	\$57,543,445	\$63,229,999
12	310	Dirección General de Promoción de la Salud	\$355,645,654	\$379,256,202
12	313	Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental	\$251,643,717	\$288,190,186
12	315	Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes	\$40,218,272	\$42,582,302
12	316	Dirección General de Epidemiología	\$559,461,566	\$606,223,114
12	500	Unidad de Administración y Finanzas	\$1,802,803,329	\$26,911,765,594
12	510	Dirección General de Programación y Presupuesto	\$115,698,856	\$125,161,375
12	511	Dirección General de Tecnologías de la Información	\$74,483,334	\$79,162,217
12	512	Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales	\$207,946,868	\$223,138,047
12	513	Dirección General de Recursos	\$1,901,450,509	\$857,857,053

¹⁰⁹ Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2023). Transparencia presupuestaria. Recuperado de https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/es/PTP/Infografia_PPEF_2023

		Humanos y Organización		
12	514	Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física	\$104,065,559	\$112,239,821
12	600	Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud	\$18,781,687	\$19,515,012
12	610	Dirección General de Calidad y Educación en Salud	\$4,611,141,181	\$6,375,136,143
12	611	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud	\$790,461,043	\$544,118,390
12	613	Dirección General de Información en Salud	\$61,424,131	\$66,154,356
12	614	Dirección General de Evaluación del Desempeño	\$21,819,221	\$23,420,005
12	E00	Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública	\$68,851,620	\$72,342,777
12	I00	Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea	\$105,878,701	\$110,555,974
12	K00	Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA	\$441,918,979	\$466,626,483
12	L00	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	\$1,916,392,073	\$2,022,997,363
12	M00	Comisión Nacional de Arbitraje Médico	\$101,963,240	\$106,725,391
12	M7A	Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas	\$1,730,452,630	\$1,836,320,294
12	M7B	Instituto de Salud para el Bienestar	\$103,366,790,706	\$107,216,527,467
12	M7F	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz	\$468,800,261	\$499,890,600
12	M7K	Centros de Integración Juvenil, A.C.	\$830,843,742	\$869,033,804
12	N00	Servicios de Atención Psiquiátrica	\$1,136,845,920	\$1,200,933,662
12	NAW	Hospital Juárez de México	\$2,171,824,731	\$2,318,474,429
12	NBB	Hospital General "Dr. Manuel Gea González"	\$1,551,441,801	\$1,704,587,698
12	NBD	Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"	\$4,698,741,335	\$4,903,913,990
12	NBG	Hospital Infantil de México Federico Gómez	\$2,058,193,999	\$2,066,098,739
12	NBQ	Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío	\$1,359,626,385	\$1,443,454,885
12	NBR	Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca	\$822,152,084	\$916,017,848
12	NBS	Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán	\$1,163,546,794	\$1,225,095,668
12	NBT	Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010"	\$922,300,851	\$958,963,349
12	NBU	Hospital Regional de Alta	\$1,646,303,109	\$1,762,150,251

Especialidad de Ixtapaluca				
12	NBV	Instituto Nacional de Cancerología	\$1,915,908,800	\$2,103,673,245
12	NCA	Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez	\$1,936,154,082	\$1,980,978,476
12	NCD	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas	\$1,715,610,850	\$1,821,193,954
12	NCE	Instituto Nacional de Geriátría	\$76,641,893	\$83,213,764
12	NCG	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán	\$2,410,433,759	\$2,506,467,628
12	NCH	Instituto Nacional de Medicina Genómica	\$390,883,506	\$223,431,984
12	NCK	Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez	\$1,399,157,944	\$1,444,342,315
12	NCZ	Instituto Nacional de Pediatría	\$2,545,900,349	\$2,507,111,165
12	NDE	Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes	\$1,131,925,387	\$1,203,260,142
12	NDF	Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra	\$1,830,786,925	\$1,948,472,517
12	NDY	Instituto Nacional de Salud Pública	\$521,333,650	\$547,667,467
12	NHK	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	\$3,852,553,403	\$4,065,833,097
12	O00	Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades	\$993,966,587	\$1,046,979,178
12	Q00	Centro Nacional de Trasplantes	\$26,660,876	\$28,072,774
12	R00	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia	\$30,395,166,089	\$14,107,003,463
12	S00	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	\$758,546,046	\$790,873,550
12	T00	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	\$45,568,436	\$47,520,682
12	V00	Comisión Nacional de Bioética	\$32,195,082	\$33,844,248
12	X00	Comisión Nacional contra las Adicciones	\$732,678,148	\$768,385,200
12			\$193,948,336,401	\$209,616,460,086

Fuente: Elaboración propia con base en el PEF. SHCP (2022).

Con respecto a la asignación del presupuesto para la UR M7B Instituto de Salud para el Bienestar en el 2023 fue de \$107, 216, 527,467 con respecto al 2022, éste incrementó el 3.72%.

Con base en el artículo 6° de la Ley General de Contabilidad Gubernamental (LGCG, 2018), es tarea del Consejo Nacional de Armonización Contable (CONAC), emitir normas de contabilidad y lineamientos que permitan la generación de información

financiera homogénea. De esta manera, es responsable de emitir la estructura de la Clasificación funcional del gasto, la cual consta de tres dígitos que se asignan de acuerdo con tres niveles de desagregación: Finalidad o Grupo funcional, Función y Subfunción.¹¹⁰

3.4.3 Clasificación funcional y programática

Finalidad o Grupo funcional

Permite identificar la naturaleza de los servicios gubernamentales.

Las cuatro finalidades son:

- 1 Gobierno,
- 2 Desarrollo Social,
- 3 Desarrollo Económico y,
- 4 Otras no clasificadas en funciones anteriores.

En el caso del presupuesto del INSABI asignados los números: 2 Desarrollo Social y 3 Desarrollo Económico.

En cuanto a lo que se refiere a Desarrollo Social, éste incluye los programas, actividades y proyectos relacionados con la prestación de servicios en beneficio de la población con el fin de favorecer el acceso a mejores niveles de bienestar, tales como: servicios educativos, recreación, cultura y otras manifestaciones sociales, salud, protección social, vivienda, servicios urbanos y rurales básicos, así como protección ambiental.

Función

Identifica las acciones que realizan las unidades responsables para cumplir con el cometido. Cada uno de los grupos funcionales, tiene diversas funciones. Por ejemplo, “desarrollo social” tiene las funciones de coordinación de la política de gobierno, salud y protección social.

2. 3 Coordinación de la Política de Gobierno

2. 3 Salud

2. 6 Protección Social

La función Salud, comprende los programas, actividades y proyectos relacionados con la prestación de servicios colectivos y personales de salud, entre ellos los servicios para pacientes externos, servicios médicos y hospitalarios generales y especializados, servicios odontológicos, servicios paramédicos, servicios hospitalarios generales y especializados, servicios médicos y centros de maternidad, servicios de residencias de la tercera edad y de convalecencia y otros servicios de salud; así como productos, útiles y equipo médicos, productos farmacéuticos, aparatos y equipos terapéuticos.

¹¹⁰ Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2023). Transparencia presupuestaria. Recuperado de https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/es/PTP/Infografia_PPEF_2023

Subfunción

Comprende cinco puntos, para el INSABI corresponde la subfunción 5.

2.3.1 Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad

Incluye las campañas para la promoción y prevención de salud y el fomento de la salud pública, tales como la vigilancia epidemiológica, la salud ambiental, el control de vectores y la regulación sanitaria, así como la prestación de servicios de salud por personal no especializado.

2.3.2 Prestación de Servicios de Salud a la Persona

Este incluye la atención preventiva, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, así como la atención de urgencias en todos los niveles a cargo de personal especializado.

2.3.3 Generación de Recursos para la Salud

Incluye la creación, fabricación y elaboración de bienes e insumos para la salud, la comercialización de biológicos y reactivos, la formación y desarrollo de recurso humano, así como el desarrollo de la infraestructura y equipamiento en salud.

2.3.4 Rectoría del Sistema de Salud

Comprende la formulación, administración, coordinación y vigilancia de políticas generales, la planeación estratégica, la generación de información, la evaluación del desempeño, la coordinación intersectorial, la regulación y emisión de normatividad en materia de salud, así como la administración, gestión o apoyo de actividades inherentes, la comunicación social, los asuntos jurídicos y la administración y gestión de los servicios centralizados y descentralizados de suministros y adquisiciones, entre otros.

2.3.5 Protección Social en Salud

Incluye la operación de los fondos de gastos de atención a catástrofes y de previsión presupuestaria, la integración de la cuota social que cubre el Gobierno y de la aportación solidaria; incluye asimismo, las acciones de información, evaluación, investigación, capacitación y acreditación del Sistema de Protección Social en Salud.¹¹¹

La clasificación programática, hace referencia a los Programas presupuestarios (Pp), es decir aquellos que establecen las dependencias y entidades para el cumplimiento de objetivos institucionales. Con base en la normativa vigente, la categoría programática permite organizar, en forma representativa y homogénea, las asignaciones de recursos de los programas federales y del gasto federalizado (a entidades federativas y municipios) a cargo de los ejecutores del gasto público federal para el cumplimiento de sus objetivos y metas, así como del gasto no programable (SHCP, 2022).

¹¹¹ Consejo Nacional de Armonización Contable . (2022). Clasificación funcional del gasto. Recuperado de https://www.conac.gob.mx/work/models/CONAC/normatividad/NOR_01_02_003.pdf

La clasificación programática se divide en tres grandes partes.¹¹²

1. Los programas “P” (planeación, seguimiento y evaluación de políticas)

Se conocen como programas rectores porque en ellos se establecen los objetivos de la intervención pública que se hace en determinado sector. Los programas “O” y “M” se consideran como programas administrativos ya que su principal objetivo es que las instituciones o dependencias de donde salen los demás programas funcionen adecuadamente y tengan todos los elementos necesarios para la realización de las actividades sustantivas. El resto de los programas son implementadores ya que son los que cumplen con los objetivos, estrategias y acciones puntuales.

La mayoría de los Pp son de prestación de servicios (E) y planeación, seguimiento y evaluación de políticas públicas (P).

Compete al Instituto Nacional de Salud para el Bienestar, los Programa Presupuestario (PP) siguientes y la respectiva actividad institucional:¹¹³

- E023 Atención a la Salud
- E036 Programa de vacunación
- K011 Proyectos de infraestructura social de salud
- K028 Estudios de preinversión
- M001 Actividades de apoyo administrativo
- P016 Prevención y atención de VIH/SIDA y otras ITS
- P020 Salud materna, sexual y reproductiva
- S200 Fortalecimiento a la atención médica
- S281 Programa Nacional de Reconstrucción
- U012 Fortalecimiento de los Servicios Estatales de Salud
- U013 Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral.

Tabla 25 Presentación Programa Presupuestario - Clasificación Funcional.

Ramo	Finalidad	Función	Sub-Función	Sector Modalidad / Programa Presupuestario	Actividad Institucional
	(FI)	(FU)	(SF)	(PP)	(AI)
12	2	3	5	E023	18
Salud	Desarrollo Social.	Salud.	Protección Social en Salud .	Atención a la Salud.	Prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud organizados e integrados.

¹¹² Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2023). Transparencia presupuestaria. Recuperado de https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/es/PTP/Infografia_PPEF_2023

¹¹³ (Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 2023)

Sector Modalidad / Programa Presupuestario	Actividad Institucional
(PP)	(AI)
E036 Programa de vacunación.	22 Reforma financiera consolidada con acceso universal a los servicios de salud a la persona.
K011 Proyectos de infraestructura social de salud.	20 Infraestructura suficiente, equipamiento óptimo e insumos seguros para la salud..
K028 Estudios de preinversión.	20 Infraestructura suficiente, equipamiento óptimo e insumos seguros para la salud
M001 Actividades de apoyo administrativo.	2 Servicios de apoyo administrativo.
P016 Prevención y atención de VIH/SIDA y otras ITS.	22 Reforma financiera consolidada con acceso universal a los servicios de salud a la persona.
P020 Salud materna, sexual y reproductiva.	22 Reforma financiera consolidada con acceso universal a los servicios de salud a la persona.
S200 Fortalecimiento a la atención médica.	15 Promoción de la salud y prevención y control de enfermedades fortalecidas e integradas sectorial e intersectorialmente.
S281 Programa Nacional de Reconstrucción.	20 Infraestructura suficiente, equipamiento óptimo e insumos seguros para la salud.
U012 Fortalecimiento de los Servicios Estatales de Salud.	18 Prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud organizados e integrados.
U013 Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral.	22 Reforma financiera consolidada con acceso universal a los servicios de salud a la persona.

Fuente: Elaboración propia de datos obtenidos de la SHCP.

3.4.4 Clasificación económica

Las asignaciones o previsiones del gasto de acuerdo con el objeto que tienen, y para ello existe un clasificador por Objeto del Gasto. Esto proporciona un panorama general acerca de los insumos que el gobierno adquiere para su funcionamiento y atiende las necesidades sociales a partir de la provisión de bienes y servicios. Es útil porque ofrece una perspectiva macroeconómica, midiendo la influencia que ejerce el gasto público sobre la Economía. También aporta información sobre el impacto e influencia que el sector gubernamental tiene en el desarrollo económico de un país y permite saber en qué sectores se contribuye y en qué medida se hace.¹¹⁴

De acuerdo a la Tabla 26 se presenta los Capítulos del Clasificador por Objeto del Gasto.

¹¹⁴ Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2023). Transparencia presupuestaria. Recuperado de https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/es/PTP/Infografia_PPEF_2023

Tabla 26 Capítulo clasificador por objeto del gasto.

Capítulo		Descripción
1000	Servicios personales.	Son las remuneraciones de todo el personal que trabaja en el gobierno (civil y militar), así como cuotas y aportaciones en favor de instituciones de seguridad social.
2000	Materiales y suministros.	Incluye todas las acciones destinadas a la adquisición de insumos para realizar actividades administrativas de las dependencias y entidades.
3000	Servicios generales.	Se destina para cubrir el costo de servicios que se contratan con particulares u otras instituciones del sector público para el desarrollo de la función pública.
4000	Transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas.	Asignaciones destinadas en forma directa e indirecta a los sectores públicos, privado y externo, organismos y empresas paraestatales y apoyos como parte de su política económica y social.
5000	Bienes muebles e inmuebles.	Agrupar las acciones destinadas a la adquisición de toda clase de bienes, muebles, inmuebles e intangibles, requeridos en el desempeño de las actividades de los entes públicos.
6000	Inversión pública.	Asignaciones destinadas a obras por contrato y proyectos productivos y acciones de fomento. Incluye los gastos en estudios de pre-inversión y preparación del proyecto.
7000	Inversiones financieras y otras provisiones.	Erogaciones que realiza la administración pública en la adquisición de acciones, bonos y otros títulos y valores; así como en préstamos otorgados a diversos agentes económicos.
8000	Participaciones y aportaciones.	Incluye las asignaciones destinadas al pago del gasto federalizado.
9000	Deuda pública.	Se destina a cubrir obligaciones por concepto de deuda pública interna y externa. Se incluye las ADEFAS (Adeudos de Ejercicios Fiscales Anteriores).

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la SHCP.

La Tabla 27 presenta los elementos de la clasificación económica del INSABI.

Tabla 27 Clasificación económica del INSABI.

Actividad institucional	Partida presupuestal	Importe PEF
2	11301 Sueldos base	\$1,553,996,500
2	13101 Prima quinquenal por años de servicios efectivos prestados	\$17,387,310
2	13201 Primas de vacaciones y dominical	\$65,368,606
2	13202 Aguinaldo o gratificación de fin de año	\$200,725,529
2	13407 Compensaciones adicionales por servicios especiales	\$220,519,177

2	13410 Compensación por actualización y formación académica	\$631,717,611
2	14101 Aportaciones al ISSSTE	\$244,147,697
2	14105 Aportaciones al seguro de cesantía en edad avanzada y vejez	\$64,341,973
2	14201 Aportaciones al FOVISSSTE	\$91,419,402
2	14301 Aportaciones al Sistema de Ahorro para el Retiro	\$36,567,761
2	14302 Depósitos para el ahorro solidario	\$50,009,836
2	14401 Cuotas para el seguro de vida del personal civil	\$507,099
2	14405 Cuotas para el seguro colectivo de retiro	\$1,265,639
2	14406 Seguro de responsabilidad civil, asistencia legal y otros seguros	\$1,134,240
2	15402 Compensación garantizada	\$227,701,644
2	15403 Asignaciones adicionales al sueldo	\$297,651,060
2	15901 Otras prestaciones	\$1,051,348,168
2	21101 Materiales y útiles de oficina	\$387,916
2	21401 Materiales y útiles consumibles para el procesamiento en equipos y bienes informáticos	\$12,637
2	21501 Material de apoyo informativo	\$15,939
2	22104 Productos alimenticios para el personal en las instalaciones de las dependencias y entidades	\$27,948
2	22106 Productos alimenticios para el personal derivado de actividades extraordinarias	\$20,360
2	22301 Utensilios para el servicio de alimentación	\$14,116
2	24301 Cal, yeso y productos de yeso	\$14,628
2	25401 Materiales, accesorios y suministros médicos	\$10,109
2	26103 Combustibles, lubricantes y aditivos para vehículos terrestres, aéreos, marítimos, lacustres y fluviales destinados a servicios administrativos	\$203,206
2	26104 Combustibles, lubricantes y aditivos para vehículos terrestres, aéreos, marítimos, lacustres y fluviales asignados a servidores públicos	\$45,042
2	27101 Vestuario y uniformes	\$4,521,890
2	27201 Prendas de protección personal	\$54,708
2	29101 Herramientas menores	\$19,968
2	29201 Refacciones y accesorios menores de edificios	\$6,480
2	29401 Refacciones y accesorios para equipo de cómputo y telecomunicaciones	\$56,981
2	29601 Refacciones y accesorios menores de equipo de transporte	\$57,441
2	31101 Servicio de energía eléctrica	\$2,375,585
2	31301 Servicio de agua	\$319,979
2	31401 Servicio telefónico convencional	\$32,226
2	31602 Servicios de telecomunicaciones	\$21,795,490

2	31603 Servicios de Internet	\$339,460
2	31904 Servicios integrales de infraestructura de cómputo	\$2,745,740
2	32201 Arrendamiento de edificios y locales	\$31,459,943
2	32301 Arrendamiento de equipo y bienes informáticos	\$2,008,456
2	32302 Arrendamiento de mobiliario	\$10,282
2	32503 Arrendamiento de vehículos terrestres, aéreos, marítimos, lacustres y fluviales para servicios administrativos	\$13,937
2	32601 Arrendamiento de maquinaria y equipo	\$53,238
2	33602 Otros servicios comerciales	\$157,853
2	33801 Servicios de vigilancia	\$533,843
2	33903 Servicios integrales	\$10,416
2	34501 Seguros de bienes patrimoniales	\$41,608
2	35101 Mantenimiento y conservación de inmuebles para la prestación de servicios administrativos	\$41,319
2	35501 Mantenimiento y conservación de vehículos terrestres, aéreos, marítimos, lacustres y fluviales	\$23,490
2	35701 Mantenimiento y conservación de maquinaria y equipo	\$165,040
2	35801 Servicios de lavandería, limpieza e higiene	\$279,851
2	35901 Servicios de jardinería y fumigación	\$66,284
2	36101 Difusión de mensajes sobre programas y actividades gubernamentales	\$47,419,152
2	37101 Pasajes aéreos nacionales para labores en campo y de supervisión	\$2,352,925
2	37104 Pasajes aéreos nacionales para servidores públicos de mando en el desempeño de comisiones y funciones oficiales	\$944,692
2	37106 Pasajes aéreos internacionales para servidores públicos en el desempeño de comisiones y funciones oficiales	\$34,194
2	37201 Pasajes terrestres nacionales para labores en campo y de supervisión	\$189,031
2	37204 Pasajes terrestres nacionales para servidores públicos de mando en el desempeño de comisiones y funciones oficiales	\$55,262
2	37501 Viáticos nacionales para labores en campo y de supervisión	\$925,128
2	37504 Viáticos nacionales para servidores públicos en el desempeño de funciones oficiales	\$385,346
2	37602 Viáticos en el extranjero para servidores públicos en el desempeño de comisiones y funciones oficiales	\$6,579
2	39202 Otros impuestos y derechos	\$11,858
2	39801 Impuesto sobre nóminas	\$13,713,812
15	12301 Retribuciones por servicios en período de formación profesional	\$171,184,363

15	13101 Prima quinquenal por años de servicios efectivos prestados	\$1,494,510
15	13201 Primas de vacaciones y dominical	\$5,867,753
15	13202 Aguinaldo o gratificación de fin de año	\$18,560,636
15	13411 Compensaciones a médicos residentes	\$190,619,989
15	14105 Aportaciones al seguro de cesantía en edad avanzada y vejez	\$17,281,531
15	14201 Aportaciones al FOVISSSTE	\$5,864,768
15	14301 Aportaciones al Sistema de Ahorro para el Retiro	\$2,345,907
15	43801 Subsidios a Entidades Federativas y Municipios	\$469,270,312
18	12201 Remuneraciones al personal eventual	\$10,155,623,811
18	21101 Materiales y útiles de oficina	\$2,561,845
18	21201 Materiales y útiles de impresión y reproducción	\$529,506
18	21401 Materiales y útiles consumibles para el procesamiento en equipos y bienes informáticos	\$494,865
18	21501 Material de apoyo informativo	\$121,722
18	21502 Material para información en actividades de investigación científica y tecnológica	\$457,096
18	21601 Material de limpieza	\$6,637,946
18	22102 Productos alimenticios para personas derivado de la prestación de servicios públicos en unidades de salud, educativas, de readaptación social y otras	\$5,896,170
18	22104 Productos alimenticios para el personal en las instalaciones de las dependencias y entidades	\$50,802
18	22106 Productos alimenticios para el personal derivado de actividades extraordinarias	\$36,568
18	22301 Utensilios para el servicio de alimentación	\$887,500
18	24101 Productos minerales no metálicos	\$92,332
18	24301 Cal, yeso y productos de yeso	\$121,494
18	24401 Madera y productos de madera	\$112,263
18	24501 Vidrio y productos de vidrio	\$91,419
18	24601 Material eléctrico y electrónico	\$82,205
18	24701 Artículos metálicos para la construcción	\$154,133
18	24801 Materiales complementarios	\$77,891
18	24901 Otros materiales y artículos de construcción y reparación	\$165,103
18	25101 Productos químicos básicos	\$89,120
18	25301 Medicinas y productos farmacéuticos	\$927,311,265
18	25401 Materiales, accesorios y suministros médicos	\$613,533,004
18	25501 Materiales, accesorios y suministros de la	\$31,741,132
18	25901 Otros productos químicos	\$141,517
18	26102 Combustibles, lubricantes y aditivos para vehículos terrestres, aéreos, marítimos, lacustres y fluviales	\$1,127,379

	destinados a servicios públicos y la operación de programas públicos	
18	26103 Combustibles, lubricantes y aditivos para vehículos terrestres, aéreos, marítimos, lacustres y fluviales destinados a servicios administrativos	\$2,651,159
18	26104 Combustibles, lubricantes y aditivos para vehículos terrestres, aéreos, marítimos, lacustres y fluviales asignados a servidores públicos	\$136,215
18	26105 Combustibles, lubricantes y aditivos para maquinaria, equipo de producción y servicios administrativos	\$1,371,289
18	27101 Vestuario y uniformes	\$26,126,357
18	27201 Prendas de protección personal	\$2,808,586
18	27401 Productos textiles	\$26,717
18	27501 Blancos y otros productos textiles, excepto prendas de vestir	\$3,353,908
18	29101 Herramientas menores	\$242,810
18	29201 Refacciones y accesorios menores de edificios	\$257,983
18	29301 Refacciones y accesorios menores de mobiliario y equipo de administración, educacional y recreativo	\$156,140
18	29401 Refacciones y accesorios para equipo de cómputo y telecomunicaciones	\$217,580
18	29501 Refacciones y accesorios menores de equipo e instrumental médico y de laboratorio	\$1,647,390
18	29601 Refacciones y accesorios menores de equipo de transporte	\$222,149
18	29801 Refacciones y accesorios menores de maquinaria y otros equipos	\$288,885
18	31101 Servicio de energía eléctrica	\$19,289,461
18	31301 Servicio de agua	\$4,437,923
18	31401 Servicio telefónico convencional	\$321,454
18	31603 Servicios de internet	\$228,548
18	31801 Servicio postal	\$497,228
18	31904 Servicios integrales de infraestructura de cómputo	\$9,141,927
18	32201 Arrendamiento de edificios y locales	\$1,849,172
18	32301 Arrendamiento de equipo y bienes informáticos	\$5,573,251
18	32302 Arrendamiento de mobiliario	\$68,564
18	32503 Arrendamiento de vehículos terrestres, aéreos, marítimos, lacustres y fluviales para servicios administrativos	\$989,027
18	32505 Arrendamiento de vehículos terrestres, aéreos, marítimos, lacustres y fluviales para servidores púb	\$91,419
18	32601 Arrendamiento de maquinaria y equipo	\$21,549
18	32701 Patentes, derechos de autor, regalías y otros	\$502,806
18	33104 Otras asesorías para la operación de programas	\$8,227,734

18	33301 Servicios de desarrollo de aplicaciones informáticas	\$11,427,409
18	33304 Servicios de mantenimiento de aplicaciones informáticas	\$4,570,964
18	33401 Servicios para capacitación a servidores públicos	\$2,297,915
18	33501 Estudios e investigaciones	\$685,645
18	33601 Servicios relacionados con traducciones	\$27,426
18	33602 Otros servicios comerciales	\$1,782,676
18	33604 Impresión y elaboración de material informativo derivado de la operación y administración de las dependencias y entidades	\$937,048
18	33605 Información en medios masivos derivada de la operación y administración de las dependencias y entidades	\$390,817
18	33801 Servicios de vigilancia	\$22,866,583
18	33901 Subcontratación de servicios con terceros	\$42,137,550
18	33903 Servicios integrales	\$107,859,099
18	34501 Seguros de bienes patrimoniales	\$165,011,783
18	34701 Fletes y maniobras	\$272,157
18	35101 Mantenimiento y conservación de inmuebles para la prestación de servicios administrativos	\$319,967
18	35102 Mantenimiento y conservación de inmuebles para la prestación de servicios públicos	\$18,114,557
18	35201 Mantenimiento y conservación de mobiliario y equipo de administración	\$514,50
18	35301 Mantenimiento y conservación de bienes informáticos	\$182,839
18	35401 Instalación, reparación y mantenimiento de equipo e instrumental médico y de laboratorio	\$39,995,931
18	35501 Mantenimiento y conservación de vehículos terrestres, aéreos, marítimos, lacustres y fluviales	\$731,343
18	35701 Mantenimiento y conservación de maquinaria y equipo	\$5,096,396
18	35801 Servicios de lavandería, limpieza e higiene	\$3,921,887
18	35901 Servicios de jardinería y fumigación	\$1,498,362
18	37101 Pasajes aéreos nacionales para labores en campo y de supervisión	\$3,194,555
18	37104 Pasajes aéreos nacionales para servidores públicos de mando en el desempeño de comisiones y funciones oficiales	\$6,728,458
18	37106 Pasajes aéreos internacionales para servidores públicos en el desempeño de comisiones y funciones oficiales	\$182,839
18	37201 Pasajes terrestres nacionales para labores en campo y de supervisión	\$1,095,751
18	37204 Pasajes terrestres nacionales para servidores públicos de mando en el desempeño de comisiones y funciones oficiales	\$821,174

18	37501 Viáticos nacionales para labores en campo y de supervisión	\$1,293,217
18	37504 Viáticos nacionales para servidores públicos en el desempeño de funciones oficiales	\$2,505,820
18	37602 Viáticos en el extranjero para servidores públicos en el desempeño de comisiones y funciones oficiales	\$182,839
18	39202 Otros impuestos y derechos	\$300,781
18	39801 Impuesto sobre nóminas	\$110,678,840
18	43401 Subsidios a la prestación de servicios públicos	\$6,855,946,043
20	43101 Subsidios a la producción	\$277,777,778
22	46101 Aportaciones a fideicomisos públicos	\$14,115,879,347
22	46101 Aportaciones a fideicomisos públicos	\$4,184,377,029
22	43401 Subsidios a la prestación de servicios públicos	\$63,613,754,414
Presupuesto 2023		
Monto aprobado		\$107,216,527,467

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la SHCP.¹¹⁵

3.4.5 Clasificación geográfica

La presente clasificación hace referencia a la regionalización del gasto público. La Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH) establece que, en todos los proyectos de inversión, se debe señalar el destino geográfico correspondiente, es decir la entidad federativa, y en su caso, la región o municipio, en donde se realizará el ejercicio de los recursos o en donde se ubicará la infraestructura creada a partir de un determinado proyecto. La cantidad de gasto fue asignada a la Ciudad de México.¹¹⁶

A pesar de los esfuerzos por alcanzar la salud universal aún falta mucho por hacer. El objetivo del presente trabajo se encaminó en reconocer la situación actual del sistema de salud en México, así como los elementos que afectan la sostenibilidad financiera a través del análisis y diagnóstico del INSABI mediante la aplicación de herramientas y de un conjunto de técnicas aplicadas a los estados financieros y demás datos complementarios, con el propósito de desarrollar el plan estratégico —en el siguiente capítulo—, tomamos como referencia el precedente trabajo “La planeación estratégica y el programa para la calidad en las instituciones médicas”, para la consecuente integración de las líneas de acción, como propuestas teóricas dado la imposibilidad de implementarse en la organización (INSABI).

¹¹⁵ Estructura Programática a emplear en el proyecto de Presupuesto de Egresos 2023. Recuperado de: https://www.ppef.hacienda.gob.mx/work/models/PPEF/2023/estructura_programatica/1_EstructurasProgramaticas_paraPPEF2023.pdf

¹¹⁶ Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2023). Transparencia presupuestaria. Recuperado de https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/es/PTP/Infografia_PPEF_2023

CAPÍTULO IV

4. Propuesta de planeación estratégica organizacional en el INSABI

4.1 La planeación estratégica, hilo conductor de la organización

La planeación es la primera parte dentro del proceso administrativo; en ella se define el objetivo primordial de la empresa, se detalla cómo alcanzarlo, los tiempos y el costo que tendrá para la empresa alcanzar dicho objetivo.¹¹⁷

Según Reyes (2005) la planeación consiste en fijar el curso concreto de acción que ha de seguirse, estableciendo los principios que habrán de orientarlo, la secuencia de operaciones para realizarlo y la determinación del tiempo y números para su realización.¹¹⁸

Muchos autores se han preocupado por la función de planeación y han desarrollado sus propias definiciones, aunque lo expresan diferente, guardan elementos comunes; todos ellos coinciden en considerar que la planeación se convierte en la función fundamental del proceso administrativo para la supervivencia de la empresa, Tabla 28.

Tabla 28 La planeación.

Autor	Definición
Fayol	Las funciones del administrador son la prevención, organización, coordinación y control, que expresado en términos más actuales no es otra cosa que la planeación, organización, dirección y control.
Koontz O' Donnell	Consideran la planeación como: función administrativa que consiste en seleccionar entre diversas alternativas, los objetivos, las políticas.
Rusell Ackoff	Toma la planeación como una función administrativa, como lo que hacemos antes de realizar una acción, es decir, es una toma decisión "anticipada".
Idalberto Chiavenato	Describe a la planeación como: la función administrativa que determina anticipadamente cuales son los objetivos que deben alcanzarse y que debe hacerse para alcanzarlos.
George Terry	Afirma que la planeación es la selección y relación de hechos, así como la formulación y uso de suposiciones respecto al futuro.
Charles Hummel	Planear significa trazar un camino de una situación determinada hacia el futuro deseado, pero posible.

¹¹⁷ Morales C. A. Padilla A. G. Finanzas I (2005). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Contaduría y Administración. Recuperado de http://fcasua.contad.unam.mx/apuntes/interiores/docs/20172/contaduria/4/apunte/LC_1428_30096_A_Finanzas_I_v1.pdf

¹¹⁸ Reyes, P. A. (sf). La planeación. Recuperado de https://www.colpos.mx/cocoan/cisb/capitulo_1.pdf

Ezequiel Ander-Egg	Toman la planeación como el proceso de preparar un conjunto de decisiones para la acción futura, dirigida al logro de objetivos por medio preferibles.
De Yerhezkeldror	Considera que la planificación y ejecución son procesos interrelacionados. Pero que deben considerarse analíticamente por separado.

Fuente: Elaboración propia a partir de Reyes, 2005.

Mientras que la planeación estratégica consiste, esencialmente, en anticipar el futuro para tomar en el presente las decisiones que permitan alcanzarlo con mayor eficiencia; define el rumbo y anticipa los impactos de los cambios que pueda presentar el entorno, generando opciones para el mejor aprovechamiento de las oportunidades y minimizando los riesgos.¹¹⁹

Para desarrollar la planeación estratégica organizacional, es conveniente realizar un análisis detallado de la misma (diagnóstico de la organización); si bien existen modelos que estudian a la organización desde diferentes puntos de vista, por ejemplo el de las áreas funcionales (mercadotecnia, producción, finanzas, recursos humanos), el de cuatro ejes o procesos (sociales, estratégicos, administrativos, tecnológicos), el del desarrollo organizacional (conocer el estado de las cosas y los efectos o las consecuencias de las acciones), entre otros (Valdés, 2014).

Para el caso de estudio, el diagnóstico de la organización se lleva a cabo siguiendo el modelo organizacional con enfoque sistémico, denominado modelo organizacional de los tres vectores propuesto por Valdés (2014); ya que consideramos presenta un enfoque integral. De la tesis precedente “La Planeación estratégica y el programa para la calidad en las instituciones médicas” se refieren e integran los elementos teóricos de la planeación estratégica para el INSABI, derivado de una secuencia lógica de pasos de su metodología a fin de estructurar el plan estratégico organizacional.

Por consiguiente se describe brevemente a la organización mediante datos generales acerca de su historia, fundación, transformaciones, estructura organizacional, sector al que pertenece, localización, planta productiva y productos, entre otros, lo que preludia la elaboración del plan estratégico organizacional. Con estos datos se realiza la presentación del ente y de esta forma se establece el perfil de la organización.

¹¹⁹ Levy, L.J. Planeación financiera. En la empresa moderna. El manejo estratégico de las finanzas para lograr el éxito empresarial. Recuperado de https://books.google.com.mx/books?id=zrjKBSptgdcC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Por lo tanto, el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), es un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propio, sectorizado en la Secretaría de Salud.¹²⁰

Corresponde al INSABI un papel relevante en la garantía del derecho a la protección de la salud, manifiesto en el artículo 77 bis 35, párrafo 2, de la Ley General de Salud al establecer: El INSABI tendrá por objeto 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 en su calidad de órgano rector, acciones orientadas a lograr una adecuada integración y articulación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

La fórmula legal del INSABI para relacionarse con los gobiernos de los estados es a través de Acuerdos de Coordinación dirigidos a garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social en los términos previstos en el Título Tercero Bis de la LGS. Estos Acuerdos pueden ser suscritos en dos variantes, según la decisión libre que tome el gobierno de cada entidad federativa.

1. El INSABI será responsable de organizar, operar y supervisar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en el estado;
2. El ejecutivo del estado, a través de la Secretaría de Salud y de los Servicios de Salud del Estado, será responsable de organizar, operar y supervisar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social del Estado.

Para el cumplimiento de su objeto, el Instituto de Salud para el Bienestar tiene las funciones:

- Prestar de manera gratuita servicios de salud y asegurar el suministro de medicamentos e insumos asociados y demás elementos necesarios para la atención a las personas sin seguridad social, de conformidad con los instrumentos jurídicos que al efecto suscriba con las instituciones integrantes del Sistema Nacional de Salud;
- Celebrar y proponer convenios y demás instrumentos jurídicos de coordinación y colaboración con las instituciones de salud públicas, entidades federativas y municipios;
- Proponer, a la Secretaría de Salud, adecuaciones a la normatividad reglamentaria que resulten necesarias en materia de prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados;
- Impulsar, en coordinación con la Secretaría de Salud, la implementación de redes integradas de servicios de salud en las que participen todas las instituciones

¹²⁰ Instituto de Salud para el Bienestar. (2020). Programa Institucional 2020-2024 del Instituto de Salud para el Bienestar. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5608326&fecha=21/12/2020#gsc.tab=0

públicas de salud, federales o locales, que confluyan en una zona, a fin de garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados, así como la continuidad de la misma;

- Contribuir con la Secretaría de Salud y con la participación que, en su caso, corresponda a las entidades federativas, en la planeación estratégica de esquemas que permitan privilegiar el uso racional de los recursos humanos debidamente capacitados, del equipo médico y de la infraestructura médica. Dicha planeación se hará tomando en cuenta las redes integradas de servicios de salud;
- Supervisar que, en las unidades médicas a su cargo, se cuente de manera permanente con el personal profesional, auxiliar y técnico para la salud necesario para la prestación de los servicios, con especial énfasis en las comunidades marginadas;
- Dicho personal deberá ser acorde al nivel resolutorio de la unidad médica de que se trate;
- Impulsar, en términos de las disposiciones aplicables, el establecimiento de estímulos como parte de la remuneración correspondiente, para el personal profesional, técnico y auxiliar para la salud, que preste sus servicios en comunidades marginadas o de difícil acceso;
- Colaborar con la Secretaría de Salud en la promoción de actividades tendientes a la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos que se requieran para la satisfacción de las necesidades del país en materia de salud;
- Proponer, con sujeción a los recursos disponibles, programas de regularización del personal profesional, técnico y auxiliar para la salud que participe en la prestación de los servicios a que se refiere el presente Título, en el que se consideren, entre otros aspectos, la antigüedad y el desempeño;
- Formular y mantener actualizada la plantilla ocupada de los trabajadores que participan en la prestación de los servicios a que se refiere el presente Título, y operar, conforme a lo que se establezca en las disposiciones reglamentarias, un sistema de administración de nómina, en el cual se deberá identificar al menos el tipo, nivel, clave de la plaza y del centro de trabajo correspondiente, conforme a los lineamientos que al efecto emita la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. El sistema de administración de nómina deberá observar los criterios de control presupuestario de servicios personales, así como los principios de transparencia, publicidad y de rendición de cuentas;
- Participar, en los procedimientos de contratación consolidada que instrumente la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en los términos previstos en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y demás disposiciones aplicables, en los que intervengan las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud, así como las correspondientes a las entidades federativas que ejerzan recursos federales para dicho fin, que tengan por objeto la adquisición y distribución de los medicamentos y demás insumos asociados para la salud que se requieran para la prestación de los referidos servicios, con la finalidad de garantizar el abasto de los mismos;
- Transferir a las entidades federativas con oportunidad y cuando así sea procedente, los recursos que les correspondan para la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas

sin seguridad social, en los términos del artículo 77 bis 15 y demás disposiciones aplicables del Capítulo III de este Título;

- Operar, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, centros de mezcla que provean a las unidades médicas a su cargo, las mezclas parenterales, nutricionales y medicamentosas que se requieran para la atención de los beneficiarios de los servicios a que se refiere el presente Título, así como impulsar que las unidades médicas de las entidades federativas que prestan los referidos servicios constituyan y operen dichos centros;
- Definir las bases para la compensación económica entre entidades federativas, instituciones y establecimientos del Sistema Nacional de Salud por concepto de la prestación de los servicios a que se refiere el presente Título, previa opinión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público;
- Asimismo, para el caso en que proceda una compensación económica por incumplimiento a las obligaciones de pago entre entidades federativas, destinar a la que tenga el carácter de acreedora, el monto del pago que resulte por la prestación de servicios de salud que correspondan, con cargo a los recursos que en términos del presente Título deben transferirse directamente a las entidades federativas, y
- Las demás que le otorguen esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones jurídicas aplicables.¹²¹

Referente a las relaciones existentes, en la actualidad de acuerdo a su estructura organizacional para el desahogo de los asuntos de su competencia, la persona titular de la Dirección General se auxilia de las unidades administrativas y servidores públicos que a continuación se indican, (ver Figura 6).

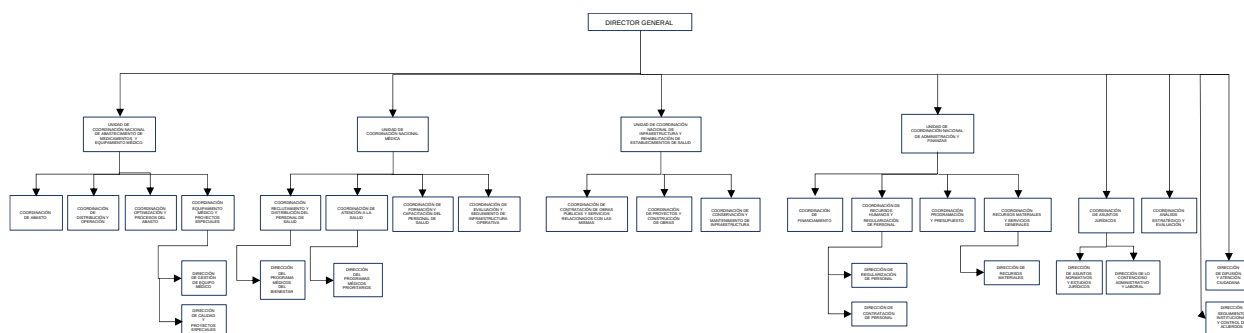
- Unidad de Coordinación Nacional de Abastecimiento de Medicamentos y Equipo Médico:
Coordinación de Abasto;
Coordinación de Distribución y Operación;
Coordinación de Optimización y Procesos del Abasto, y
Coordinación de Equipamiento Médico y Proyectos Especiales;
- Unidad de Coordinación Nacional Médica:
Coordinación de Reclutamiento y Distribución del Personal de Salud;
Coordinación de Atención a la Salud, y
Coordinación de Formación y Capacitación del Personal de Salud;
- Unidad de Coordinación Nacional de Infraestructura y Rehabilitación de Establecimientos de Salud:
Coordinación de Evaluación y Seguimiento de Infraestructura Operativa;
Coordinación de Contratación de Obras Públicas y Servicios relacionados con las mismas;
Coordinación de Proyectos y Construcción de Obras, y

¹²¹ Instituto de Salud para el Bienestar. (2020). Programa Institucional 2020-2024 del Instituto de Salud para el Bienestar. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5608326&fecha=21/12/2020#gsc.tab=0

Coordinación de Conservación y Mantenimiento de Infraestructura;

- Unidad de Coordinación Nacional de Administración y Finanzas:
Coordinación de Financiamiento;
Coordinación de Recursos Humanos y Regularización de Personal;
Coordinación de Programación y Presupuesto;
Coordinación de Recursos Materiales y Servicios Generales, y
Coordinación de Tecnologías de la Información y Comunicación;
- Coordinación de Asuntos Jurídicos;
- Coordinación de Análisis Estratégico y Evaluación.

Figura 6 Organigrama del INSABI.



Fuente: Elaboración propia del INSABI.

EL INSABI mantiene relaciones con diversas Dependencias y Entidades de la Administración Pública Centralizada entre ellos la Oficina de la Presidencia, las Secretarías de Estado, Secretaría de Salud, Dirección General de Promoción de la Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud Dirección General de Información en Salud.

Hay estrecha relación con Organismos descentralizados: Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Comisión Nacional de Bioética, Comisión Nacional contra las Adicciones Centros de Integración Juvenil, A.C., Servicios de Atención Psiquiátrica.

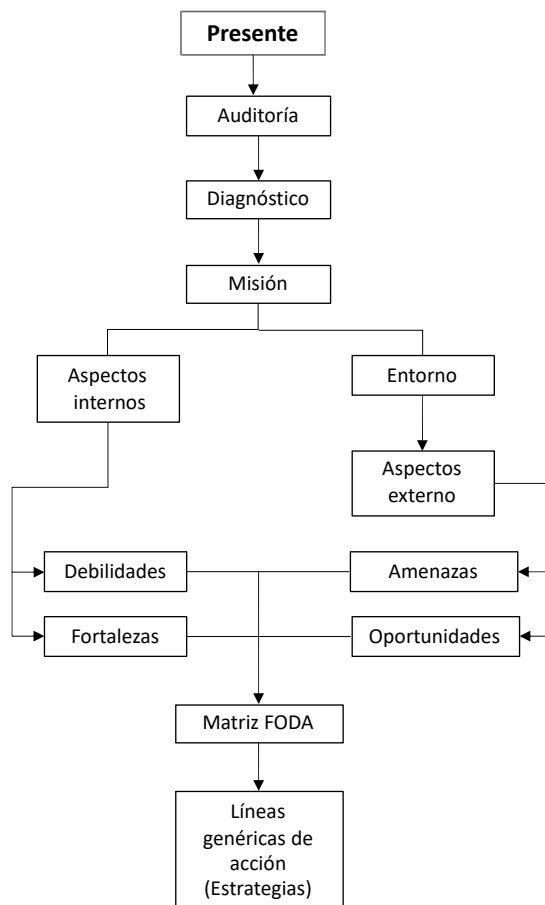
En coordinación con Organismos Constitucionales Autónomos; del sector paraestatal: las entidades de control directo (IMSS e ISSSTE), PEMEX, etcétera.

4.2 Planeación por el análisis de las condiciones actuales

En el proceso de la elaboración de un plan estratégico, se hace necesario un análisis de las condiciones presentes de la organización, como elemento de arranque del proceso, donde se aplican los diferentes métodos de auditoría administrativa que facilitan establecer un diagnóstico organizacional (Figura 7).

La auditoría y su consecuente diagnóstico permiten establecer un proceso particular para la organización, con el fin de observar y evaluar las características internas de la organización y por otro lado establecer la vigilancia y estimación de las condiciones externas que la rodean.¹²²

Figura 7 Desarrollo de la planeación, considerando exclusivamente las condiciones actuales de la organización.



Fuente: Elaboración propia a partir de Valdés (2014).

¹²² Valdés, L.A. (2014). Planeación estratégica con enfoque sistémico. Recuperado de http://docencia.fca.unam.mx/~lvaldes/libro/planeacion_estrategica_2_Edicion.pdf

4.2.1 Diagnóstico de la organización

De acuerdo a estas últimas consideraciones, se observa la necesidad de, en primer lugar, contar con un modelo organizacional que permita llevar a cabo la auditoria y posteriormente su diagnóstico organizacional.

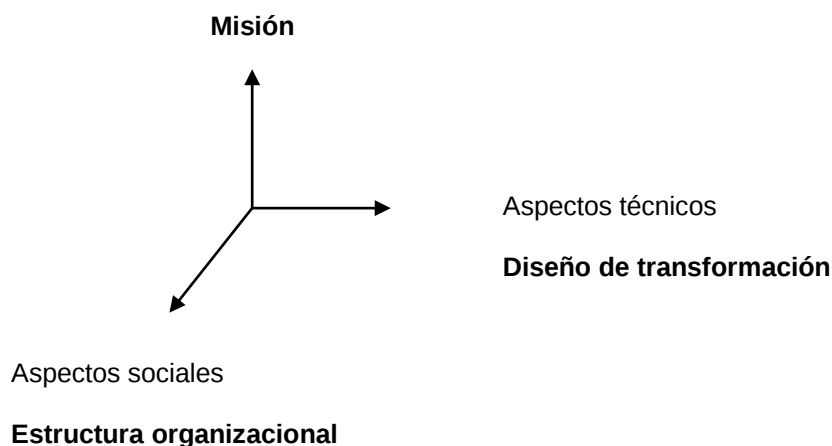
Para el diagnóstico de la empresa se aplica el modelo denominado de los tres vectores, de acuerdo a Valdés (2014).

4.2.2 Modelo organizacional de los tres vectores

Del Modelo organizacional de los tres vectores, las dimensiones llamadas vectores son: misión de la empresa, aspectos sociales representados por la estructura organizacional y de todos los aspectos técnicos que se integran en un diseño de transformación, ver Figura 8.

La misión organizacional establece la dirección de la empresa, este modelo además permite observar las interrelaciones de la empresa con el entorno.¹²³

Figura 8 Vectores del sistema organizacional.

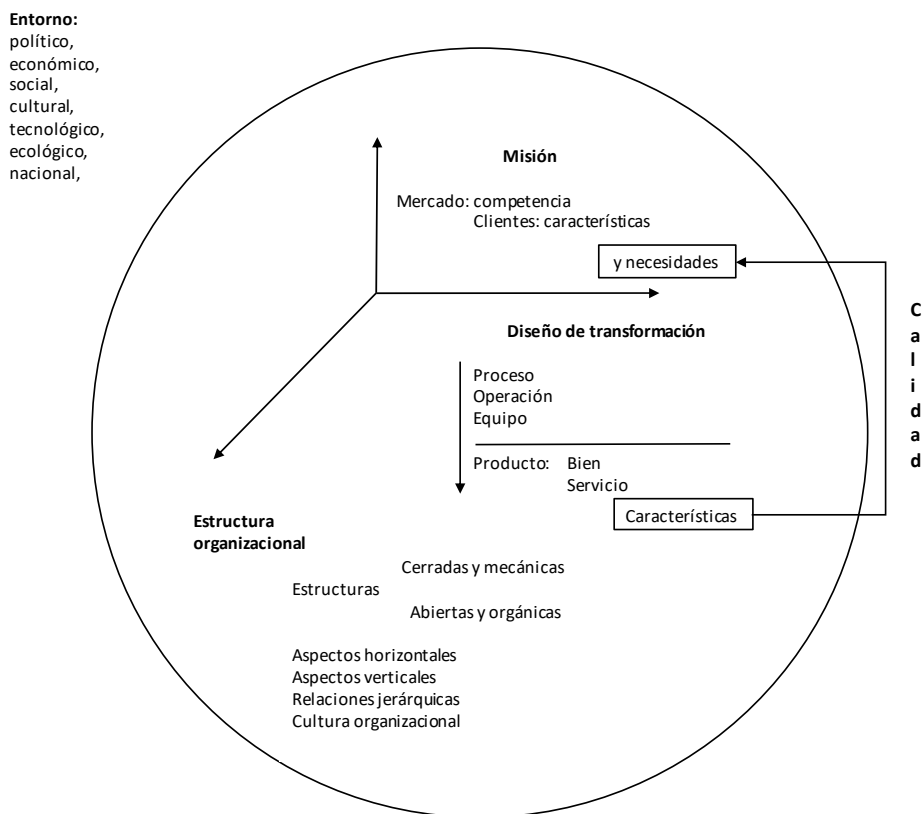


Fuente: Elaboración propia a partir de Valdés (2014).

En el enfoque sistémico, la organización se interrelaciona con otro macrosistema llamado entorno y que es todo aquello que la rodea y no controla. De acuerdo con el entorno en que se mueve la organización, encontraremos diferentes elementos que la pueden afectar, ver Figura 9.

¹²³ Valdés, L.A. (2014). Planeación estratégica con enfoque sistémico. Recuperado de http://docencia.fca.unam.mx/~lvaldes/libro/planeacion_estrategica_2_Edicion.pdf

Figura 9 Sistema organizacional y su entorno.



Fuente: Elaboración propia a partir de Valdés (2014).

Al ir evaluando los elementos de este modelo, se desarrolla la auditoria de la organización, al final del diagnóstico se identifican las fortalezas y debilidades, de acuerdo a la misión organizacional y se integran con las oportunidades y amenazas que el entorno le presenta a la empresa, para construir la matriz FODA.

4.2.2.1 Primer vector o misión.

Misión

La misión organizacional es la razón de ser de la empresa, además de ser la guía de la organización.

Declaración empresarial, donde se indica lo que se vende (producto, bien o servicio), a quién se le vende (clientes) y para que se le vende (necesidades a satisfacer con este producto).

De acuerdo a Valdés (2014), en el modelo utilizado, el primer vector es el estratégico o principal ya que identifica la misión y detalla al mercado, define las características de la

competencia (productos), de los clientes (necesidades) y finalmente las de los productos (ya sea un bien o servicio) que ofrece la organización para satisfacer las necesidades de los clientes.

Por lo anterior se debe describir de manera clara:

- Los productos que ofrece la organización y sus características.
- Los clientes de la organización y sus necesidades.
- La competencia y sus productos.

Estos elementos marcan la orientación y el rumbo de cualquier organización. Este vector es el que determina la parte estratégica de la organización. Generalmente se hace referencia a ella en estos términos, sin embargo, por otro lado su utilidad también radica en que permite establecer un marco de referencia para la medición de los diferentes indicadores y parámetros utilizados en la evaluación del desempeño.

El INSABI tiene planteada la siguiente misión:

Proveer la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, garantizando el derecho a la protección de la salud de toda persona que establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

a. Productos(bienes o servicios)

Proveer la prestación gratuita de salud, medicamentos y demás insumos.

Características:

- Garantizar que no falte personal médico, de enfermería y técnico en las unidades de atención a la salud.
- Asegurar un abasto suficiente de medicamentos, material de curación y equipos médicos en los establecimientos de salud.
- Mejorar la inversión en la construcción y el mantenimiento de la infraestructura, priorizando terminar las obras inconclusas de establecimientos de salud.
- Asegurar la regularización de la situación laboral de las personas trabajadoras de la salud que prestan servicio bajo contratos eventuales y por honorario, tomando como criterios la antigüedad y el desempeño.
- Garantizar la aplicación progresiva del Modelo SABI basado en la Atención Primaria de Salud, cuidando no dejar a nadie atrás y reducir las inequidades entre grupos poblacionales.

b. Clientes y sus necesidades

Características:

- Unidades de atención a la salud, particularmente en los lugares con mayores niveles de marginación (rural, indígena y de pobreza).
- Establecimientos de salud, que atiendan las demandas de las personas, los programas prioritarios y la morbilidad de cada territorio.
- Personas trabajadoras de la salud.

c. Competencia.
IMSS- BIENESTAR¹²⁴

Características:

Desde 1943, con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en México esas dos instituciones se hacían cargo de brindar servicios médicos a toda la población.

En 1979, nació IMSS-COPLAMAR para atender a población sin seguridad social que vivía en zonas marginadas y de difícil acceso. En 1984, inició un proceso de descentralización de los servicios de salud y atención médica para que los gobiernos de los estados fueran los que se encargaran de esas tareas. Sin embargo, solo 19 entidades continuó la operación del programa que cambio de nombre a IMSS- SOLIDARIDAD, IMSS OPORTUNIDADES, IMSS-PROSPERA y finalmente IMSS-BIENESTAR, mismos se mantuvieron vigente el Modelo de Atención Integral a la Salud.¹²⁵

25 de mayo del 2023 IMSS-BIENESTAR cumple 44 años de trayectoria ininterrumpida, periodo en el que ha consolidado su red de servicios en salud para beneficiar a las personas sin seguridad social.

Productos que ofrece (características):

El Programa IMSS-Bienestar proporciona servicios de salud gratuitos a la población sin seguridad social, con base en el Modelo de Atención Integral a la Salud para el Bienestar, el cual está sustentando en la Atención Primaria a la Salud, que vincula dos componentes: la atención médica y la acción comunitaria.

- a. Atención médica: Está enfocada en proporcionar servicios de salud integrales desde el punto de vista tanto físico como mental.
Centrado en las personas conforme a la línea de vida, privilegia la prevención, promoción y educación para la salud; además articula los diferentes niveles de atención en las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), para la referencia y contra referencia de pacientes, con el objetivo de asegurar la resolución de problemas de salud de las personas.
- b. Acción comunitaria: Este componente opera a través de estrategias de participación comunitaria, con el objetivo de contribuir con las acciones médicas y asistir al autocuidado de la salud, la vigilancia epidemiológica simplificada, así como el compromiso de la comunidad y sus autoridades, para la mejora de las condiciones de salud de la población, constituyéndose, así como una puerta de entrada a los servicios de salud.

¹²⁴ Instituto Mexicano del Seguro Social. (2022). IMSS- Bienestar. Recuperado de <https://www.imss.gob.mx/imss-bienestar>

¹²⁵ Instituto Mexicano del Seguro Social. (2022). IMSS Bienestar Sistema de Salud Gratuita para Todos Zoé Robledo. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=_MA1cg-yg4I

- c. IMSS-BIENESTAR tiene presencia en 20 estados del país con una población adscrita de 11.5 millones de personas.

Establecimiento de la misión organizacional

Al definir la propuesta de misión para el INSABI se establece la razón de ser y para integrarla es necesario contestar las siguientes preguntas:

1. ¿Qué vendo u ofrezco?:
2. ¿A quién se lo vendo u ofrezco?:
3. ¿Para qué se lo vendo u ofrezco?:

De ahí que dicha propuesta de misión organizacional para el INSABI quede de la siguiente manera:

“Proporcionar los recursos humanos, financieros, medicamentos, material de curación, equipos médicos y demás insumos para la salud e infraestructura, en los establecimientos de atención médica, para proporcionar servicios de salud gratuitos a la población sin seguridad social, con base en la Atención Primaria de Salud”.

La misión que se elaboró es un elemento fundamental en el proceso de la planeación estratégica, ya que permitirá la evaluación y medida del desempeño de la organización así como de cada una de sus partes.

4.2.2.2 Segundo vector: Aspectos sociales (Estructura organizacional)

De acuerdo al modelo organizacional de los tres vectores (Valdés, 2014), el siguiente vector a estudiar e identificar es el referente a la estructura organizacional; donde se reflejan las relaciones sociales de la organización y su cultura organizacional.

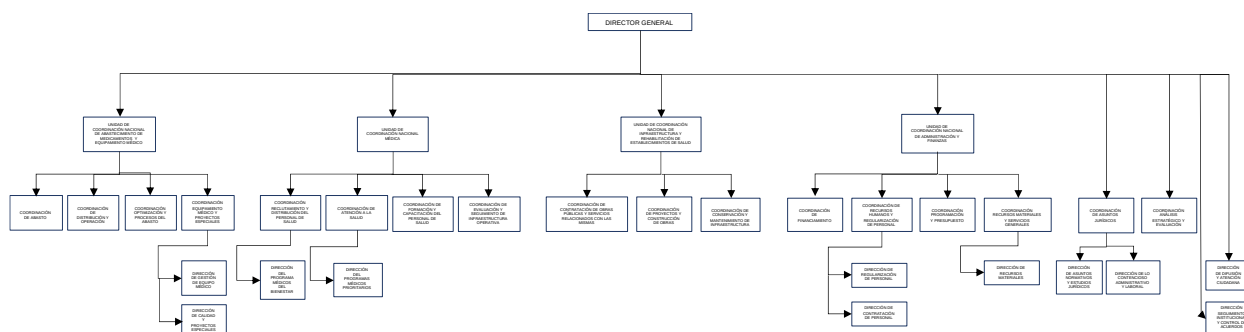
Este vector representa la parte social de cualquier organización, se identifica las relaciones sociales dadas por la estructura organizacional y sus partes, considerando las relaciones ocasionadas por las relaciones jerárquicas (niveles jerárquicos) y sus funciones así como por la división organizacional (departamentos, coordinaciones, gerencias, etcétera). Al conjunto de esas relaciones e interrelaciones sociales que se desarrollan y establecen en las organizaciones dentro de sus estructuras, son las responsables directas de la cultura organizacional, este vector apoya el logro de la misión, entre los aspectos a considerar se tiene a:

- a. Aspectos horizontales tales como la división del trabajo, grado de especialización, relaciones lineales y la departamentalización de las tareas organizacionales.
- b. Aspectos verticales entre los que se incluye la delegación, descentralización, número de niveles jerárquicos y el tramo de control, con alguno de sus efectos cómo son la satisfacción del trabajador y la toma de decisiones.

- c. Cultura organizacional dónde se identifica el sistema de trabajo para la optimización de ideas, actitudes de servicio, visión compartida, principios y valores compartidos, compromiso, disciplina, liderazgo, entre otras.

Las relaciones existentes en la actualidad de acuerdo a su estructura organizacional es el siguiente (Figura 10):

Figura 10 Organigrama del INSABI.



Fuente: Elaboración propia del INSABI.

Con el fin de establecer un diagnóstico y conocer mejor a la organización, a partir del organigrama se deben indicar las funciones generales de cada nivel jerárquico identificando sus responsabilidades y el tramo de control asignado (Tabla 29).

Tabla 29 Estructura organizacional del INSABI.

Nivel jerárquico	Funciones	Responsabilidades	Tramo de control
Primer Nivel Dirección General.	Dirigir las acciones coordinadas de las coordinaciones y direcciones a su cargo, tal que garanticen la prestación de manera gratuita servicios de salud.	Lograr proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social.	Cuatro Unidades de Coordinación Nacional Dos Coordinaciones y dos Direcciones.
Segundo Nivel Unidad de Coordinación Nacional.	Coordinar las acciones para ejecutar, dar seguimiento y evaluar el cumplimiento de los objetivos planteados en cada coordinación.	Garantizar el cumplimiento de objetivos y metas planteadas.	Coordinaciones.
Tercer Nivel Coordinaciones.	Impulsar y coordinar las acciones a fin de garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos, equipo biomédico e infraestructura.	Contribuir con la participación que, en su caso, corresponda a planear los recursos humanos, del equipo médico, medicamentos, demás insumos para la salud y de la infraestructura médica.	Direcciones.

Cuarto Nivel Direcciones.	Participar, en la planeación y administración de la adquisición y distribución de los medicamentos y demás insumos asociados para la salud, contratación del personal, rehabilitación, mantenimiento y construcción de establecimientos médicos.	Administrar, dirigir, coordinar y supervisar los programas establecidos. Subdirecciones.
Quinto Nivel Subdirecciones y Departamentos de Área.	Organizar, coordinar y evaluar las actividades y procedimientos de los programas y proyectos establecidos.	Organizar y controlar los Departamentos. servicios a su cargo.

Fuente: Elaboración propia a partir del INSABI.

Una vez identificada la estructura organizacional (segundo vector de nuestro modelo) representada en un organigrama, habiendo establecido sus funciones por nivel jerárquico y permitiendo ver su cultura organizacional. En la evaluación de la estructura organizacional se hace necesario evaluar el grado en que está ayudando a la empresa al cumplimiento de su misión, a lo cual se realiza con una escala Likert y de acuerdo al grado en que cada elemento de la misma apoya al cumplimiento de la misión organizacional.

Para tal fin Valdés, (2014) propone:

- Establecer un listado con los principales elementos que componen a la estructura organizacional.
- Evaluar el grado en que la estructura organizacional está ayudando a la empresa al cumplimiento de su misión, para lo cual se emplea la escala Likert.

La escala se divide en seis calificaciones:

No aplica: esta calificación, sí en la actualidad el elemento considerado no aplica para la empresa. De las cinco restantes (escala de Likert) los extremos son:

Bajo: Cuando el elemento considerado —actualmente— proporciona poco soporte o es de baja importancia en el apoyo para lograr la misión organizacional.

Alto: Cuando el elemento considerado, en la actualidad, es sustantivo o fundamental para el logro de la misión.

Entre estos valores extremos se tienen tres calificaciones intermedias.

En la Tabla 30 se tienen los resultados de la evaluación cualitativa de esa interacción. Recordando que su evaluación es en función del grado de ayuda que da al cumplimiento de la misión (ya establecida).

Tabla 30 Evaluación del grado en que cada elemento de la estructura organizacional, ayuda a cumplir la misión del INSABI.

Elemento y/o relaciones estructurales	No aplica	Bajo	Medio Bajo	Medio	Medio Alto	Alto
Estructura				*		
Funciones		*				
Autoridad						*
Responsabilidades					*	
Tramo de control		*				
Delegación					*	
Control interno					*	
Valores compartidos					*	
Normatividad					*	
Reglamentos		*				
Manuales		*				
Comunicación de tareas			*			
Liderazgo						*
Reconocimiento			*			
Apoyo					*	
Sentimiento de identidad					*	
Solución de conflictos		*				
Coordinación entre áreas		*				
Selección del personal					*	
Capacitación				*		
Comercialización					*	
Promoción						*
Ventas	*					
Logística				*		
Almacén	*					
Precio de venta	*					
Ambiente laboral			*			
Presupuesto						*
Aplicación del presupuesto					*	

Fuente: Elaboración propia a partir de Valdés (2014).

Los elementos que ayudan a cumplir la misión organizacional se consideran una fortaleza y por el contrario los que no coadyuvan a tal situación serán tratados como una debilidad.

Con relación a elementos financieros, estos son representados por razones financieras (Tabla 31), mismas que se detallan en el Capítulo 3 Análisis financiero, son básico a la hora de establecer estrategias posibles.

Tabla 31 Evaluación del grado en que las razones financieras ayuda a cumplir la misión del INSABI.

Elemento y/o relaciones estructurales	No aplica	Bajo	Medio Bajo	Medio	Medio Alto	Alto
1. Al cierre del ejercicio 2022, el monto asignado al INSABI, alcanzó \$ 103,366,790,706.						*
2. Liquidez.						*
El INSAB tiene la capacidad para cubrir sus obligaciones en el corto plazo.						*
• Capital de trabajo, el INSABI cuenta con \$ 5, 570, 803,426 en el 2022 para continuar la operación y para cubrir con compromisos de corto plazo.						*
• Razón circulante -Razón de liquidez-: El INSABI por cada peso en pasivos de corto plazo, cuenta con \$ 8.58 en activos de corto plazo.						*
• Razón Rápida -Prueba de ácido-, por cada peso en pasivos de corto plazo, el INSABI tiene 8.576 pesos en activos líquidos de corto plazo.						*
• Razón de Efectivo, por cada peso en pasivos de corto plazo, el INSABI tiene 0.90 pesos en efectivo.						*
• Razón Capital de Trabajo Neto a Activos Totales, por cada peso en activos totales, el INSABI tiene 0.07 pesos en capital de trabajo neto.						*
3. Solvencia.					*	
• Endeudamiento a corto plazo, el endeudamiento del INSABI es -\$5, 570, 803,426.					*	
• Razón de la deuda total, por cada peso en activos totales, el INSABI tiene 0.009 pesos en deuda.						*
• Endeudamiento total, el INSABI tiene el 0.009% de financiamiento externo para adquirir o producir el activo fijo; sabiendo que el financiamiento es directo de la SHCP.						*
• Razón de propiedad, el 0.99% del financiamiento interno se canaliza al activo total.						*
• Razón de estructura, por cada peso invertido en el capital contable, el INSABI tiene 0.009 pesos de pasivo total.						*
• De estructura, por cada peso invertido en el capital contable, el INSABI tiene 0.009 pesos de pasivo total.						*

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la SHCP.

4.2.2.3 Tercer vector: Aspectos técnicos (Diseño de transformación)

El diseño de transformación está integrado por los cuatro tipos de tecnología, tres de ellos (proceso, operación y equipo) al interaccionar dan como resultado la tecnología de un producto cuyas características dependen del diseño del proceso de transformación.

El tercer vector o diseño del proceso de transformación se estructura a partir de las características deseadas en los productos que servirán para satisfacer las necesidades de los clientes. Es necesario hacer hincapié en que esas características —del producto— deben ser suficientes y adecuadas para satisfacer las necesidades implícitas y explícitas de los clientes.

- a. Tecnología de proceso, aquí se ubica el conocimiento básico, es decir la teoría referente al proceso de transformación. Nuevas tecnologías de procesos (conocimientos) demandarán desarrollar nuevas tecnologías de operación.
- b. Tecnología de operación, experiencia cerca del diseño de transformación es elemento decisivo en la competitividad de la organización. La teoría sin la práctica será conocimiento teórico y la práctica sin la teoría es empirismo.
- c. Tecnología de equipo, la parte física del diseño de transformación se efectúa en diversos activos, sus características dependen del mercado, del proceso y de la experiencia.

Estos tres tipos de tecnología integran el proceso de transformación para obtener el producto, que es considerado como el cuarto tipo de tecnología, puesto que sumando a los anteriores integra el diseño de transformación.

- d. Tecnología de producto, las características inherentes del producto son el resultado del diseño transformación y éstas deberán ser de acuerdo con las necesidades del mercado objetivo.¹²⁶

a. Tecnología de proceso

En lo que concierne al diseño de transformación, la tecnología de proceso en el INSABI —proceso o conocimiento teórico existente—. Los años de estudio teórico que posee la gente en el **proceso de transformación** y por área específica son más de 3-5 años.

El nivel de conocimientos de acuerdo a la estructura organizacional es la siguiente:

1. Dirección General: Licenciatura en administración de empresas.
2. Unidad de Coordinación Nacional de Abastecimiento de Medicamentos y Equipo Médico: Licenciatura como médico cirujano.

¹²⁶ Valdés, L.A. (2014). Planeación estratégica con enfoque sistémico. Recuperado de http://docencia.fca.unam.mx/~lvaldes/libro/planeacion_estrategica_2_Edicion.pdf

- Coordinación de Abasto: Licenciatura en economía y Maestría en gerencia pública.
 - Coordinación de Distribución y Operación: Licenciatura como médico cirujano y Maestría en gestión de la salud.
 - Coordinación de Optimización y Procesos del Abasto: Licenciatura en contaduría pública.
 - Coordinación de Equipamiento Médico y Proyectos Especiales: Licenciatura en actuaría, Especialidad en micro finanzas, Especialidad en econometría aplicada, Maestría en administración pública y política pública.
3. Unidad de Coordinación Nacional Médica: Licenciatura como médico cirujano.
- Coordinación de Reclutamiento y Distribución del Personal de Salud: Licenciatura como ingeniero en computación.
 - Coordinación de Atención a la Salud: Licenciatura como médico cirujano y Especialidad en medicina familiar.
 - Coordinación de Formación y Capacitación del Personal de Salud: Licenciatura como médico cirujano, Especialidad en medicina del trabajo y Maestría en c. salud.
4. Unidad de Coordinación Nacional de Infraestructura y Rehabilitación de Establecimientos de Salud: Licenciatura en arquitectura y Maestría en valuación inmobiliaria e industrial.
- Coordinación de Evaluación y Seguimiento de Infraestructura Operativa: SD.
 - Coordinación de Contratación de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas: SD.
 - Coordinación de Proyectos y Construcción de Obras: SD.
 - Coordinación de Conservación y Mantenimiento de Infraestructura: SD.
5. Unidad de Coordinación Nacional de Administración y Finanzas: Licenciatura en administración de empresas y Maestría en auditoría.
- Coordinación de Financiamiento: SD.
 - Coordinación de Recursos Humanos y Regularización de Personal: Licenciatura en administración de empresas y Maestría en administración.
 - Coordinación de Programación y Presupuesto: Licenciatura como contador público.
 - Coordinación de Recursos Materiales y Servicios Generales: Licenciatura en derecho y Maestría en derecho.
 - Coordinación de Tecnologías de la Información y Comunicación: SD.
6. Coordinación de Asuntos Jurídicos: Licenciatura en derecho
7. Coordinación de Análisis Estratégico y Evaluación. Estudios en el extranjero.

Por consiguiente, el nivel de conocimiento teórico en el INSABI no se considera adecuado o suficiente para logro de la misión organizacional.

No existen manuales del proceso de transformación donde se indiquen las teorías básicas del mismo ya que el INSABI es una organización de recién creación y carece de procesos definidos, así como de sus manuales de operación o lineamientos.

El desarrollo teórico de su proceso de transformación:

- a) Se encuentra en desarrollo.
- b) Se incorporó personal pensionado del IMSS, se pretende copiar los procesos.
- c) Se intenta seguir normatividad de acuerdo al IMSS.

Por lo tanto, no se considera que el conocimiento teórico sea suficiente para el desarrollo del proceso, se requiere el diseño e implementación.

b. Tecnología de operación

Operación, conocimiento práctico o experiencia existente en la organización.

En el Instituto, y por área específica del conocimiento en cuanto a años de experiencia práctica, la gente tiene más de cinco años.

Se considera inadecuado e insuficiente este valor para el logro de la misión organizacional, las áreas del proceso que tiene mayor experiencia es en liderazgo tanto en Dirección general como en las coordinaciones, con menor experiencia en el proceso administrativo.

c. Tecnología de equipo

Equipo o activos existentes en la organización.

El equipo con que cuenta la organización: es adecuado, insuficiente y mal distribuido.

d. Tecnología de producto

Los productos que la organización produce poseen ciertas características, las cuales se deben de identificar, contrastándolas con las necesidades de los clientes y medirlas por el grado de satisfacción que los clientes expresan tener al hacer uso de ellos.

Será necesario definir cuáles son los productos de la organización:

- Proveer la prestación gratuita de salud, medicamentos y demás insumos.

Sus características:

- Garantizar que no falte personal médico, de enfermería y técnico en las unidades de atención a la salud.
- Asegurar un abasto suficiente de medicamentos, material de curación y equipos médicos en los establecimientos de salud.

- Mejorar la inversión en la construcción y el mantenimiento de la infraestructura, priorizando terminar las obras inconclusas de establecimientos de salud.
- Asegurar la regularización de la situación laboral de las personas trabajadoras de la salud que prestan servicio bajo contratos eventuales y por honorario, tomando como criterios la antigüedad y el desempeño.
- Garantizar la aplicación progresiva del Modelo SABI basado en la Atención Primaria de Salud, cuidando no dejar a nadie atrás y reducir las inequidades entre grupos poblacionales.

Por último, se define los indicadores del grado de satisfacción de los clientes al hacer uso de los productos, bienes o servicios, ver Tabla 32.

Tabla 32 Productos del INSABI.

Producto, bien o servicio	Características	Indicador
		<i>En qué medimos esa característica</i>
Prestación gratuita de salud, medicamentos y demás insumos.	Suficiente personal médico, de enfermería y técnico.	Número total de personal médico especialista y generales; enfermería: especialista, general y auxiliar; y personal técnico, con contrato anual.
		Número total de personal médico especialista y generales; enfermería: especialista, general y auxiliar; y personal técnico, con contrato por entidad federativa.
	Abasto suficiente de medicamentos, material de curación y equipos médicos.	Número total de claves adquiridas, de medicamentos, y material de curación, anual.
		Porcentaje de claves entregadas de medicamentos, y material de curación, por entidad federativa.
		Porcentaje de claves entregadas de medicamentos, y material de curación, por institución médica.
		Porcentaje de recetas surtidas: total y parcial, anual.
		Número total de equipo biomédico por tipo, adquirido y distribuido, anual.
		Número total de equipo biomédico por tipo, adquirido y distribuido, por entidad federativa.
		Número total de equipo biomédico por tipo, adquirido y distribuido, por institución médica.

Infraestructura y rehabilitación de establecimientos de salud.	Rehabilitación de establecimientos de salud, mantenimiento y construcción.	Número total de establecimientos de salud rehabilitados y/o construidos por nivel de atención, anual. Porcentaje de avance de establecimientos de salud rehabilitados y/o construidos por entidad federativa.
Regularización de la situación laboral.	Las personas trabajadoras de la salud que prestan servicio bajo contratos eventuales y/o por honorario, están regularizadas.	Número total de personas regularizadas anual. Número total de personas regularizado por entidad federativa. Número total de personas regularizado por institución.
Atención Primaria de Salud.	Aplicación progresiva del Modelo SABI basado en la Atención Primaria de Salud.	Número total de cursos y talleres en línea, presencial o mixto de capacitación o actualización, por tipo de seminario permanente) anual. Número total de cursos y talleres en línea, presencial o mixto de capacitación o actualización, por entidad federativa.

Fuente: Elaboración propia a partir de Valdés (2014).

Para establecer la manera en que el tercer vector: Aspectos técnicos (Diseño de transformación) cumple su función, se procede a preguntar ¿Cuál es el grado de satisfacción que los usuarios declaran tener al usar nuestros producto, y servicios?

Tabla 33 Grado de satisfacción de los usuarios.

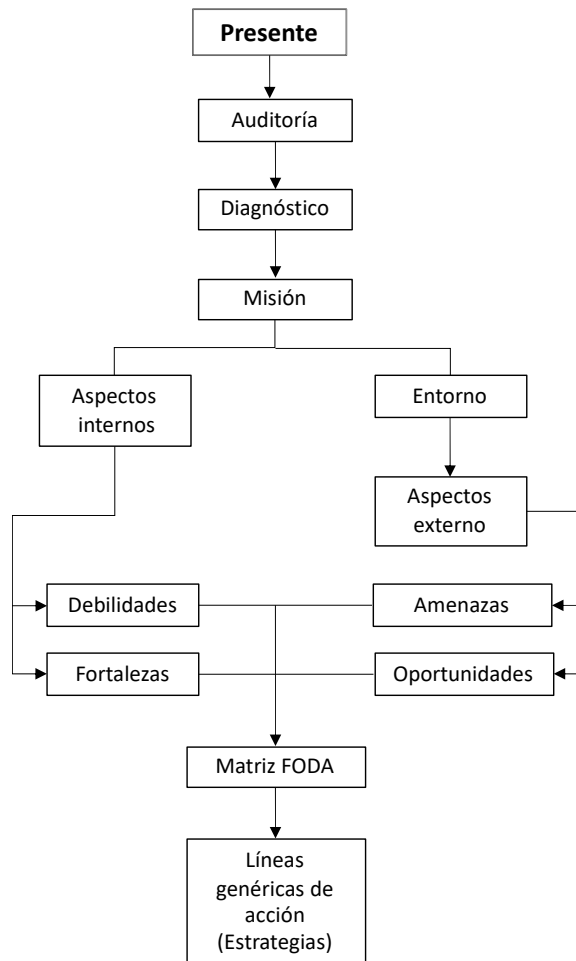
Producto, bien o servicio	Necesidades que satisface	Baja	Media baja	Media	Media alta	Alta
Prestación gratuita de salud, medicamentos y demás insumos.	Atención médica, surtimiento de recetas.			*		
Infraestructura y rehabilitación de establecimientos de salud.	Instalaciones de salud dignas.			*		
Regularización de la situación laboral.	Aseguramiento y prestaciones.			*		
Atención Primaria de Salud.	Prevención, promoción de salud y educación para la salud.			*		

Fuente: Elaboración propia a partir de Valdés (2014).

4.2.3 Análisis interno

4.2.3.1 Fortalezas y debilidades

Figura 11 Esquema conceptual de la planeación a partir del presente.



Fuente: Elaboración propia a partir de Valdés (2014).

La planeación a partir del análisis de las condiciones del presente se inicia con la auditoría y su diagnóstico, para identificar y evaluar las características internas de la organización permitiendo ubicarlas como fortalezas y debilidades en función del grado en que ayudan o no al cumplimiento de la misión organizacional. Es por esta razón que en cualquier metodología para desarrollar planes estratégicos lo primero que se integra es la misión de la empresa.¹²⁷

¹²⁷ Valdés, L.A. (2014). Planeación estratégica con enfoque sistémico. Recuperado de http://docencia.fca.unam.mx/~lvaldes/libro/planeacion_estrategica_2_Edicion.pdf

Los diferentes métodos para establecer estrategias organizacionales por un análisis de las condiciones actuales, las más conocidas son los siguientes:¹²⁸

- Matriz FODA (Matriz de relación de fortalezas organizacionales con las oportunidades del entorno y de las debilidades organizacionales con las amenazas del entorno)
- Método Boston Consulting Group (B.C.G.)
- Método General Electric (G.E.)
- Método. Arthur D. Little (A.D.L)
- Método Profit Impact of Marketing Strategy (P.I.M.S.)

Por ser la más sencilla de llevar a cabo en el presente trabajo se usa el método FODA, por lo tanto se realiza el análisis interno de la organización.

En primer lugar, se enlistan las fortalezas encabezando las de mayor y en último lugar las de menor aportación, conforme a los resultados de la valuación del grado en que cada elemento de la estructura organizacional, del paquete tecnológico y del análisis económico financiero ayuda al logro de la misión.

En el caso de debilidades se presentan de acuerdo al grado en que impiden el logro de la misión en los mismos elementos.

Considerando:

- Fortalezas, se refiere a los aspectos positivos internos de la propia organización, y que están bajo control e influencia.
- Debilidades, son las situaciones del entorno que en este momento representan un riesgo o peligro para la organización, para su permanencia y/o crecimiento.¹²⁹

FORTALEZAS

La valuación del grado en que cada elemento de la estructura organizacional, ayuda a cumplir la misión del INSABI:

1. Autoridad
2. Responsabilidades
3. Control interno
4. Normatividad
5. Liderazgo

¹²⁸ Valdés, L.A. (2014). Planeación estratégica con enfoque sistémico. Recuperado de http://docencia.fca.unam.mx/~lvaldes/libro/planeacion_estrategica_2_Edicion.pdf

¹²⁹ Levy, L.J. Planeación financiera. En la empresa moderna. El manejo estratégico de las finanzas para lograr el éxito empresarial. Recuperado de https://books.google.com.mx/books?id=zrjKBSptgdcC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

6. Apoyo
7. Sentimiento de identidad
8. Selección del personal
9. Capacitación
10. Comercialización
11. Promoción
12. Presupuesto
13. Valores compartidos
14. Marketing

La valuación del grado en que cada elemento del paquete tecnológico ayuda a cumplir la misión del INSABI:

Aspectos técnicos

-Diseño de transformación-

15. Operación: administración del conocimiento/experiencia práctica
16. Producto: o servicio proporcionado:
 - Prestación gratuita de salud, medicamentos y demás insumos
 - Mantenimiento de la infraestructura y construcción
 - Regularización de la situación laboral
 - Atención Primaria de Salud

Análisis Económico Financiero

17. Al cierre del ejercicio 2022, el monto asignado al INSABI, alcanzó \$ 103,366,790,706
18. Liquidez

El INSAB tiene la capacidad para cubrir sus obligaciones en el corto plazo.

- Capital de trabajo, el INSABI cuenta con \$ 5, 570, 803,426 en el 2022 para continuar la operación y para cubrir con compromisos de corto plazo.

- Razón circulante -Razón de liquidez-: El INSABI por cada peso en pasivos de corto plazo, cuenta con \$ 8.58 en activos de corto plazo.
- Razón Rápida -Prueba de ácido-, por cada peso en pasivos de corto plazo, el INSABI tiene 8.576 pesos en activos líquidos de corto plazo.
- Razón de Efectivo, por cada peso en pasivos de corto plazo, el INSABI tiene 0.90 pesos en efectivo.
- Razón Capital de Trabajo Neto a Activos Totales, por cada peso en activos totales, el INSABI tiene 0.07 pesos en capital de trabajo neto.

19. Solvencia

- Endeudamiento a corto plazo, el endeudamiento del INSABI es -\$5, 570, 803,426.
- Razón de la deuda total, por cada peso en activos totales, el INSABI tiene 0.009 pesos en deuda.
- Endeudamiento total, el INSABI tiene el 0.009% de financiamiento externo para adquirir o producir el activo fijo; sabiendo que el financiamiento es directo de la SHCP.
- Razón de propiedad, el 0.99% del financiamiento interno se canaliza al activo total.
- Razón de estructura, por cada peso invertido en el capital contable, el INSABI tiene 0.009 pesos de pasivo total.
- De estructura, por cada peso invertido en el capital contable, el INSABI tiene 0.009 pesos de pasivo total.

20. Presupuesto validado y asignado por SHCP.

21. Planeación presupuestal alineada a PND 2019-2024.

22. Relación con proveedores internacional.

DEBILIDADES

La valuación del grado en que cada elemento de la estructura organizacional, impide cumplir la misión del INSABI:

1. Estructura orgánica
2. Cultura organizacional

3. Diseño organizacional
4. Funciones
5. Reglamentos
6. Manuales
7. Políticas
8. Procesos y procedimientos
9. Comunicación de tareas
10. Coordinación entre áreas
11. Tramo de control
12. Logística y distribución
13. Delegación
14. Reclutamiento y selección de personal
15. Rotación de personal
16. Almacén
17. Precio de venta
18. Solución de conflictos
19. Ventas
20. Ambiente laboral
21. Reconocimiento
22. Aplicación del presupuesto

La valuación del grado en que cada elemento del paquete tecnológico impide cumplir la misión del INSABI:

Aspectos técnicos

-Diseño de transformación-

23. Tecnología de procesos: manuales de procesos
24. Equipo: características del equipo, es adecuado, insuficiente, mal distribuido

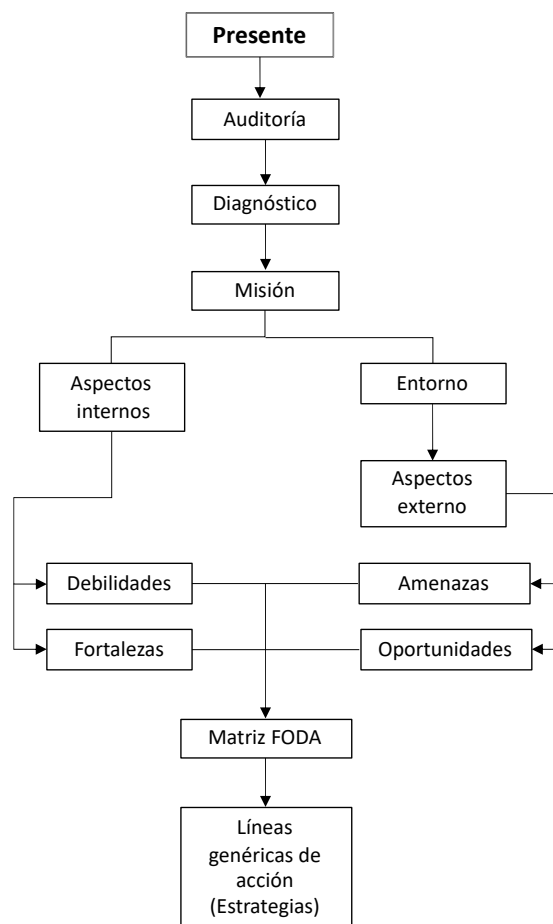
Análisis Económico Financiero

25. Planeación financiera
26. Relación con proveedores nacionales
27. Gestiones de acuerdo al ciclo presupuestario
28. Validación y autorización por la SHCP
29. Percepciones económicas bajas
30. Control de movimientos de nómina de personal
31. Aplicación de descuentos en nómina por inasistencias

4.2.4 Análisis externo

4.2.4.1 Oportunidades y amenazas

Figura 12 Esquema conceptual de la planeación a partir del presente.



Fuente: Elaboración propia a partir de Valdés (2014).

En un segundo tiempo, en la metodología FODA, se lleva a cabo un análisis de las condiciones del entorno considerando éste como todo aquello que rodea a la organización, pero queda fuera del control de esta.¹³⁰

Para facilitar su observación y comprensión se divide en diferentes aspectos y su análisis se hace por partes, permitiendo así visualizar de manera parcial los posibles impactos en la organización, presentándolos como oportunidades y amenazas. Los cuales al integrarlos en un análisis de interacción con las fortalezas y debilidades de la empresa nos permitirán establecer las posibles estrategias que surgen de esas interacciones.

Lo primero es definir cada uno de los entornos que afectan a la organización y con base en la información proveniente de las diferentes fuentes, establecer cuáles son los elementos relevantes y actuales, que rodean a la organización.

Para lo cual se consideran los aspectos económico, político, tecnológico, científico, de mercado y los relevantes al sector salud.

Aspectos económicos

- Precios elevados nacional e internacional.
- Inflación anual 6.8.
- Tasa de interés CETES a 28 días 11.27.
- Tasa de interés objetivo 11.25.
- PIB de México 3,1% en 2022, 16 décimas menor al 2021: 4,7%.
- PIB per cápita 8.566 €.
- Gasto público 296.879,2.
- Gasto salud 9.663,2 (11.05%).
- Gasto público per cápita salud 2.32 €.
- Índice de corrupción 31.
- Tasa de desempleo 3%.
- Situación financiera mundial.

Aspectos políticos

- Políticas, programas y proyectos alineados al PND 2019-2024.
- Amplias oportunidades en sector gubernamental.
- Disposición gubernamental.
- Riesgo político, reformas a la Ley, Reglamentos.

¹³⁰ Valdés, L.A. (2014). Planeación estratégica con enfoque sistémico. Recuperado de http://docencia.fca.unam.mx/~lvaldes/libro/planeacion_estrategica_2_Edicion.pdf

Aspectos tecnológicos

- Oferta competitiva con tecnología de punta.
- Avances tecnológicos.

Aspectos científicos

- Planeación estratégica.
- Proyectos de investigación.

Aspectos laborales

- Oferta de personal de la salud especializado y competente.
- Desarrollo de personal de forma interna.

Aspectos de mercado

- Relaciones con otros proveedores: UNOPS, OPS.
- IMSS, IMSS Bienestar.

Aspectos relevantes del sector específico

- Mala administración.
- Falta de planeación estratégica para responder a la necesidades de capital humano, infraestructura, equipamiento e insumos para la salud.
- Contingencia ante deficiencias en la calidad, disponibilidad, logística, almacenamiento y distribución de medicamentos, material de curación e insumos para la salud.
- Procesos para estimar demanda de necesidades de personal, medicamentos, material de curación, insumos para la salud, equipo biomédico, mantenimiento y rehabilitación en infraestructura de los establecimientos de salud a nivel nacional.
- Contingencia sanitaria.
- Contingencias internacionales.

Valdés, (2014) indica que con la información recabada y ordenada por cada entorno estudiado, se analiza las situaciones que representan una amenaza para la organización y, por otra parte, a que eventos se les puede considerar una oportunidad.

Considerando:

- Oportunidades, son las situaciones del entorno potencialmente favorables y atractivas posibles de ser aprovechadas en éste momento por la organización, para su permanencia y/o crecimiento. Circunstancias externas a la empresa que pueden ser aprovechadas por ésta para reforzar su posición competitiva.
- Amenazas, son las situaciones del entorno que en este momento representan un riesgo o peligro para la organización, para su permanencia y/o crecimiento.¹³¹

OPORTUNIDADES

1. Políticas, programas y proyectos alineados al PND 2019-2024.
2. Oferta de personal de la salud especializado y competente.
3. Oferta competitiva con tecnología de punta.
4. Relaciones con otros proveedores: UNOPS, OPS.
5. Proyectos de investigación.
6. Desarrollo de personal de forma interna.
7. Amplias oportunidades en sector gubernamental.

AMENAZAS

1. IMSS, IMSS Bienestar.
2. Disposición gubernamental.
3. Falta de planeación estratégica para responder a la necesidades de capital humano, infraestructura, equipamiento e insumos para la salud.
4. Avances tecnológicos.
5. Contingencia ante deficiencias en la calidad, disponibilidad, logística, almacenamiento y distribución de medicamentos, material de curación e insumos para la salud.
6. Procesos para estimar demanda de necesidades de personal, medicamentos, material de curación, insumos para la salud, equipo biomédico, mantenimiento y rehabilitación en infraestructura de los establecimientos de salud a nivel nacional.
7. Precios elevados nacional e internacional.

¹³¹ Levy, L.J. Planeación financiera. En la empresa moderna. El manejo estratégico de las finanzas para lograr el éxito empresarial. Recuperado de https://books.google.com.mx/books?id=zrjKBSptgdcC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

8. Inflación anual 6.8.
9. Tasa de interés CETES a 28 días 11.27.
10. Tasa de interés objetivo 11.25.
11. PIB de México 3,1% en 2022, 16 décimas menor al 2021: 4,7%.
12. PIB per cápita 8.566 €.
13. Gasto público 296.879,2.
14. Gasto salud 9.663,2 (11.05%).
15. Gasto público per cápita Salud 2.32 €.
16. Índice de corrupción 31.
17. Tasa de desempleo 3%.
18. Riesgo político, reformas a la Ley, Reglamentos.
19. Aranceles.
20. Situación financiera mundial.
21. Contingencia sanitaria.
22. Contingencias internacionales.

4.2.5 Matriz de Impacto Cruzado

Escenario Integral

Es necesario ordenar la información encontrada hasta ahora y presentarla de manera tal que permita visualizar un escenario integral de la organización, especificando y ubicando las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas encontradas.

En un primer desarrollo, se identificaron los elementos internos de la organización y se evaluaron de acuerdo al grado de apoyo que proporcionan al cumplimiento de la misión de la empresa. Con la información obtenida es posible armar una matriz de impacto cruzado (FODA), donde al cruzar la información recabada es posible identificar las acciones que se deberían llevar a cabo a fin de aprovechar (con base en las fortalezas) las oportunidades que se presentan en el entorno y, por otro lado, evitar que las amenazas presentes impacten en las debilidades. A las líneas genéricas de acción así obtenidas se les denomina estrategias.¹³²

¹³² Valdés, L.A. (2014). Planeación estratégica con enfoque sistémico. Recuperado de http://docencia.fca.unam.mx/~lvaldes/libro/planeacion_estrategica_2_Edicion.pdf

Figura 13 Establecimiento de estrategias a partir de la Matriz (FODA).

Fortalezas  Debilidades	Fortalezas (en lista)	Debilidades (en lista)
Oportunidades (en lista)	Estrategias FO (Desarrollo)	
Amenazas (en lista)		Estrategias DA (Mejora)

Fuente: Elaboración propia a partir de Valdés (2014).

La matriz (FODA) se construye considerando en el primer renglón, los elementos internos identificados anteriormente como fortalezas (F) y debilidades (D); por otro lado en la primera columna se colocan los factores externos reconocidos como oportunidades (O) y amenazas (A).

De la interacción de estos se presentan cuatro casillas de interacción: FO, FA, DO, DA. De las cuales solamente, tan solo se seleccionan las referentes a FO, a las acciones genéricas que haciendo uso de las fortalezas presentes en la organización aprovechan aquellos elementos del entorno, que en este momento se consideran potencialmente favorables —y a los cuales se les ha denominado oportunidades— a la organización, se les denomina Estrategias Ofensivas. Las acciones genéricas que evitan que los elementos del entorno y que en este momento no se consideran favorables —y a los que se les ha denominado como amenazas— impactan en las debilidades actuales de la organización, se les denomina Estrategias Defensivas. DA (estrategias defensivas).¹³³

¹³³ Valdés, L.A. (2014). Planeación estratégica con enfoque sistémico. Recuperado de http://docencia.fca.unam.mx/~lvaldes/libro/planeacion_estrategica_2_Edicion.pdf

Figura 14 Matriz FODA del INSABI.

	FORTALEZAS	DEBILIDADES
	1 Autoridad	1 Estructura orgánica
	2 Responsabilidades	2 Cultura organizacional
	3 Control interno	3 Diseño organizacional
	4 Normatividad	4 Funciones
	5 Liderazgo	5 Reglamentos
	6 Apoyo	6 Manuales
	7 Sentimiento de identidad	7 Políticas
	8 Selección y reclutamiento de personal	8 Procesos y procedimientos
	9 Capacitación	9 Comunicación de tareas
	10 Comercialización	10 Coordinación entre áreas
	11 Promoción	11 Tramo de control
	12 Presupuesto	12 Logística y distribución
	13 Valores compartidos	13 Delegación
	14 Marketing	14 Reconocimiento
	15 Operación	15 Rotación de personal
	16 Producto o servicio proporcionado	16 Almacén
	17 Monto asignado al INSABI, alcanzó \$ 103,366,790,706	17 Precio de venta
	18 Liquidez	18 Solución de conflictos
	19 Solvencia	19 Ventas
	20 Presupuesto validado y asignado por SHCP	20 Ambiente laboral
	21 Planeación presupuestal alineada a PND 2019-2024	21 Validación y autorización por la SHCP
	22 Relación con proveedores internacional	22 Aplicación del presupuesto
		23 Tecnología de procesos: manuales de procesos
		24 Equipo: características del equipo, es adecuado, insuficiente, mal distribuido
		25 Planeación financiera
		26 Relación con proveedores nacionales
		27 Gestiones de acuerdo al ciclo presupuestario
		28 Aplicación de descuentos en nómina por inasistencias
		29 Percepciones económicas bajas
		30 Control de movimientos de nómina de personal

OPORTUNIDADES 1 Políticas, programas y proyectos alineados al PND 2019-2024 2 Oferta de personal de la salud especializado y competente 3 Oferta competitiva con tecnología de punta 4 Relaciones con otros proveedores: UNOPS, OPS 5 Planeación estratégica 6 Proyectos de investigación 7 Desarrollo de personal de forma interna 8 Amplias oportunidades en sector gubernamental	ESTRATEGIAS FO Fortalezas - Oportunidades FO1 Fortalecer el sentido de pertenencia (F2, F5, F6, F7, F13-O2, O5,7) FO2 Capacitación del personal interno y externo (F5, F7, F13, F14, F20, F21-O1, O2, O5, 07) FO3 Diseño de una programa de reclutamiento, selección, contratación e inducción del personal (F8, F12, F15, F16, F17, F20, F21-O1, 02, O7) FO4 Estudio de mercado (F1, F12, F17, F18, F19, F20, F21, F22- O1,O3, O4, O5)	
AMENAZAS 1 IMSS, IMSS Bienestar 2 Mala administración 3 Disposición gubernamental 4 Falta de planeación para responder a la necesidades de capital Humano, infraestructura, equipamiento e insumos para la salud. 5 Avances tecnológicos 6 Contingencia ante deficiencias en la calidad, disponibilidad, logística, almacenamiento y distribución de medicamentos Material de curación e insumos para la salud. 7 Procesos para estimar demanda de necesidades de		ESTRATEGIAS DA Debilidades - Amenazas DA1 Diseño de una estructura orgánica, definir las funciones, responsabilidades y tramo de control (D1-4, D11, D27-A2, A4) DA2 Desarrollo de una cultura y clima organizacional (D1-D11, D13 - D15, D20-A2, A4) DA3 Desarrollar manuales, reglamentos, políticas, normas de operación, mapa de procesos y sus procedimientos (D5-D11, D23 - A2, A4, A6) DA4 Gestión de compras-adquisición, almacén, logística y distribución de equipos y tecnología biomédica, medicamentos, material de curación y demás insumos para la salud (D8,D10,D12,D16, D21, D22, D24, D26 - A3, A4, A5-A17,A19, A20,

personal, medicamentos, material de curación, insumos para la salud, equipo biomédico, mantenimiento y rehabilitación en infraestructura de los establecimientos de salud a nivel nacional 8 Precios elevados nacional e internacional 9 Inflación anual 6.8 10 Tasa de interés CETES a 28 días 11.27 11 Tasa de interés objetivo 11.25 12 PIB de México 3,1% en 2022, 16 décimas menor al 2021: 4,7% 13 PIB per cápita 8.566 € 14 Gasto público 296.879,2 15 Gasto salud 9.663,2 (11.05%) 16 Gasto público per cápita Salud 2.32 € 17 Índice de corrupción 31 18 Tasa de desempleo 3% 19 Riesgo político, reformas a la Ley, Reglamentos 20 Aranceles 21 Situación financiera mundial 22 Contingencia sanitaria 23 Contingencias internacionales	A22, A23) DA5 Gestión de Personal (D1, D21, D22, D25, D27-D30 – A1-A4, A6, A7, A18, A22, A23) DA6 Gestión de rehabilitación en infraestructura, mantenimiento y conservación (D21,D22,D25, D27- A3, A4, A7, A9, A14-A17, A19, A20-A23) DA7 Gestión de Convenios (D21, D22, D25 – A3, A4, A6, A7, A14, A15, A17, A18, A19,-A23) DA8 Diseño e implementación del Modelo de Atención Primaria de Salud (D22, D23, D25 – A1, A3, A6, A14-A16, A18, A22, A23)
---	---

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos del INSABI.

4.2.6 Estrategias asociadas a FODA

Las líneas genéricas de acción (estrategias) propuestas, tienen un objetivo específico, sin embargo en este momento sólo representan información, por lo que habrá que ordenarlas y establecer su objetivo por el cual fueron propuestas.¹³⁴

Estrategias FO (Fortalezas- Oportunidades)

FO1 Fortalecimiento del sentido de pertenencia.

Lograr el sentido o sentimiento de identidad que el personal de salud genera con la institución necesario para alcanzar metas en común.

FO2 Capacitación del personal interno y externo.

Desarrollar competencias en el personal interno y externo a la institución, mediante un diagnóstico de necesidades de capacitación al personal, tomando como referencia las descripciones de puesto y las necesidades de los usuarios para elaborar un plan de capacitación.

FO3 Diseño de una programa de reclutamiento, selección, contratación e inducción del personal.

Asegurar que el proceso de reclutamiento mediante la elaboración y documentación de un procedimiento con los criterios de selección de personal, contratación e inducción al puesto se cuente con el personal idóneo.

FO4 Estudio de mercado.

Realizar una evaluación de mercado para la cotización de precios, disponibilidad, tiempos de entrega, así como características de los productos: medicamentos, materiales de curación, e insumos para la salud, equipo biomédico, etcétera.

Estrategias DA (Debilidades – Amenazas)

DA1 Diseño de una estructura orgánica, especificando las funciones, responsabilidades y tramo de control.

Establecer una estructura organizacional para el buen funcionamiento de una organización, la estructura orgánica especifica las atribuciones, funciones, niveles jerárquicos, grados de autoridad, responsabilidades, la toma de decisiones, canales de comunicación, interrelación, coordinación y tramo de control.

¹³⁴ Valdés, L.A. (2014). Planeación estratégica con enfoque sistémico. Recuperado de http://docencia.fca.unam.mx/~lvaldes/libro/planeacion_estrategica_2_Edicion.pdf

DA2 Desarrollo de una cultura y clima organizacional.

Desarrollar una cultura organizacional que represente la misión, visión y valores institucionales, mientras que el clima refleje las percepciones de las personas respecto a la calidad y las características de la cultura organizacional.

DA3 Diseño de manuales, reglamentos, políticas, normas de operación, mapa de procesos y sus procedimientos.

Diseñar tanto manuales, reglamentos, políticas, normas de operación, mapa de procesos y sus procedimientos, son documentos que contienen información sobre, qué y cómo se deben hacer las cosas dentro de la organización. Esto permite el flujo correcto del trabajo a través de la estandarización.

DA4 Gestión de compras-adquisición, almacén, logística y distribución de equipos y tecnología biomédica, medicamentos, material de curación y demás insumos para la salud.

Realizar los procesos de administración para las adquisiciones de compras, abastecimiento, almacenaje y distribución de equipos y tecnología biomédica, medicamentos, material de curación y demás insumos para la salud.

DA5 Gestión de personal.

Administrar los procesos de reclutamiento-contratación, formación y desarrollo, control de asistencia, vacaciones, asignación de turnos, ausencias y bajas, entre otras como parte de los derechos y obligaciones que conlleva la regularización del personal.

DA6 Gestión de rehabilitación en infraestructura, mantenimiento y conservación.

Administrar las solicitudes de rehabilitación en infraestructura, mantenimiento y conservación de los establecimientos de salud, por nivel de atención.

DA 7 Gestión de convenios.

Administrar los diferentes convenios con las entidades federativas que por voluntad propia sean adheridos al INSABI.

DA8 Diseño e implementación del Modelo de Atención Primaria de Salud.

Implementar un sistema de salud basado en la atención primaria de salud orientando sus estructuras y funciones hacia los valores de la equidad y la solidaridad social, y el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

Mediante la atención centrada en las necesidades de la gente a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos (OPS, 2022).

Considerar un plan estratégico tan solo con el análisis de las condiciones presentes de la organización sería olvidar otros elementos de la misma. Es así que la metodología utilizada integra un análisis de las condiciones históricas (pasado) de la organización, tal como lo establece Valdés (2014).

4.3 Planeación por el análisis de las condiciones del pasado

Las herramientas utilizadas en el análisis de las condiciones del pasado son los modelos analíticos que se basan en el establecimiento de series de tiempo a partir de los valores de los parámetros de desempeño seleccionados y conocidos.¹³⁵ El uso de estas herramientas se basa en el supuesto de que los factores que han influido en dichas series históricas continuarán existiendo y no se alterarán en el futuro.

La parte fundamental del proceso analítico de proyección o pronóstico se constituye por la selección y predicción de los parámetros de desempeño claves; la tendencia objeto de estudio debe de ser cuantificable con objeto de que pueda representarse numéricamente, porque sólo se pueden hacer pronósticos cuando existen datos históricos confiables.

Pronosticar es un proceso que permite estimar un evento futuro analizando, para ello, datos históricos que se combinan sistemáticamente en una forma predeterminada para obtener la estimación del futuro inercial,¹³⁶ por lo que exige del uso de la estadística y las técnicas propias de la administración.

La representación de la serie de tiempo se hace considerando los valores históricos (del parámetro seleccionado) en una gráfica X-Y, donde los valores de Y son los del parámetro seleccionado y los de X serán los valores del intervalo de tiempo estudiado.

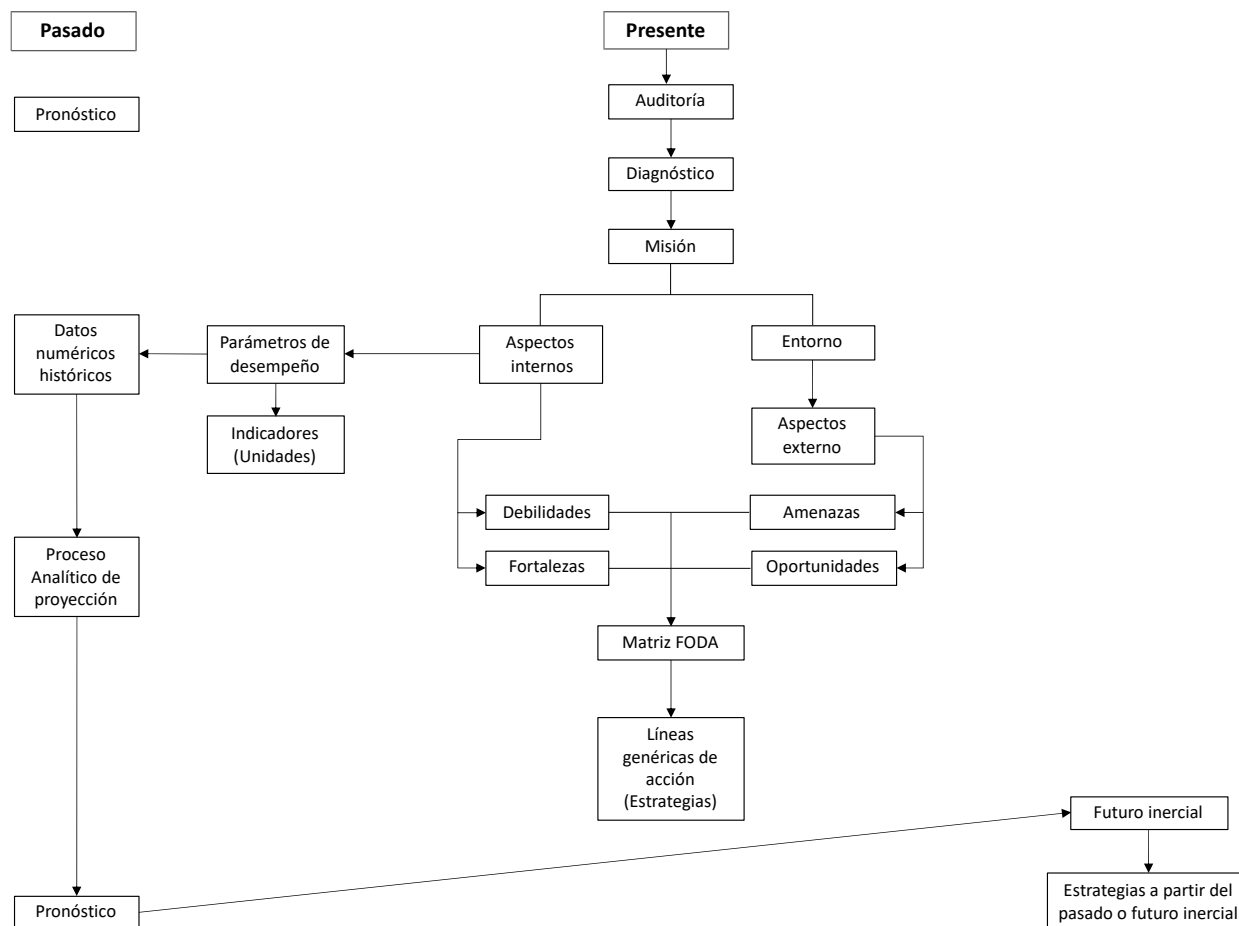
Cuando hay pocos o ningún dato histórico disponible que ayude en el proceso de pronóstico se debe depender del juicio. Como estas situaciones surgen a menudo, en especial en la alta dirección, se han desarrollado técnicas para mejorar la precisión de dichos pronósticos y aumentar su ventaja mediante la utilización del juicio del administrador o especialista, juicio que frecuentemente se considera de mayor peso específico con respecto a otros métodos de predicción,¹³⁷ la gente prefiere hacer pronósticos de juicio, creen que su conocimiento del producto, del mercado y del cliente, así como su visión e información interior la proporciona una habilidad única para pronosticar a juicio.

¹³⁵ Lanford, H.W. (1981). Previsión tecnológica y planificación a largo plazo. España, Deusto.

¹³⁶ Everett E. Adam, Ronald J. Ebert. (1981). Administración de la producción y las operaciones. México, Prentice Hall Hispanoamericana. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/458653957/Adam-Everett-Ebert-Ronald-Administracion-de-la-produccion-y-las-operaciones-Conceptos-modelos-y-funcionamiento>

¹³⁷ John E. Hanke, Arthur G. Reitsch. (1996). Pronósticos en los negocios. México, 5ta edición, Prentice Hall Hispanoamericana.

Figura 15 Esquema conceptual de la planeación a partir del pasado.



Fuente: Elaboración propia a partir de Valdés (2014).

4.3.1 Parámetros de desempeño

Una vez concluido el diagnóstico, se tiene un mayor grado de conocimiento de la organización —con un enfoque de sistemas— por lo que resulta relativamente sencillo definir bajo qué variables se hará el estudio del pronóstico.

Estableciendo los parámetros con que se puede y debe medir el desempeño de la empresa, asignándoles sus unidades —especialmente diseñadas para ello— además de establecer el cuándo, cómo y con qué se harán esas mediciones.

A las variables clave identificadas para la organización, es necesario asignarles un indicador con el que se trabajará para establecer el pronóstico de esa variable (futuro

inercial). Con el pronóstico se identifica las posibles estrategias organizacionales orientadas por los resultados esperados.¹³⁸

No obstante, la organización objeto de estudio a tres años de creación no ha publicado datos concisos, a falta de variables con las que se mide el desempeño histórico; las gráficas de los parámetros de desempeño, la determinación de la tendencia y el pronóstico tan solo se refiere.

Mientras tanto se presentan los parámetros de desempeño obtenidas en las distintas fuentes de información (Tabla 34), posteriormente con dicha información se propone las implicaciones del pronóstico y las estrategias asociadas a esas implicaciones a juicio propio.

Tabla 34 Parámetros de desempeño del INSABI.

• Compra consolidada total claves 2021: 1, 840 2022: 1,886
• Medicamentos y material de curación total piezas 2021: 1,459 millones 2022: 2,518 millones
• Vacunas del esquema de vacunación universal total de claves 2022: 14
• Contratación de profesionales de la salud durante la pandemia en todo el país 20 mil
• Contratación de 1,731 profesionales de salud entre el INSABI y la Secretaría de Salud de Guerrero
• Recuperación de 327 establecimientos de salud 190 unidades de salud rehabilitadas en todos los niveles de atención 125 en operación
• Programas de inversión 20 programas de inversión alrededor de 12 entidades federativas, beneficiando a 450 unidades, por lo que el INSABI coadyuva para la adquisición de equipos
• Creación de la plataforma del Sistema Educativo de Salud para el Bienestar (SiESABI) 4 seminarios permanentes, con 120 mil usuarios: ▪ Atención Primaria de Salud (APS) ▪ Medicina y Salud ▪ Salud Mental ▪ Covid 19 (COVIDUTI)
• Diseño del Modelo SABI en el 2020, posteriormente su modificación para unificar el Modelo de Atención Integral a la Salud de IMSS-Bienestar, es cómo surge el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar).

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la SHCP.

¹³⁸138 Valdés, L.A. (2014). Planeación estratégica con enfoque sistémico. Recuperado de http://docencia.fca.unam.mx/~lvaldes/libro/planeacion_estrategica_2_Edicion.pdf

4.3.2 Graficando el parámetro seleccionado

Solo cuando existen datos históricos confiables se pueden hacer pronósticos de los parámetros seleccionados, para graficarlos y así obtener la tendencia del futuro. A este se le denomina futuro inercial, ya que se supone llegar él sin demasiado esfuerzo; sólo se necesita continuar con lo que actualmente se hace (Valdés, 2014).

Existen varios métodos matemáticos para hallar la curva de la tendencia T; uno de ellos se basa en el de los mínimos cuadrados y otro es el del promedio móvil que consiste en tomar una serie de promedios de n valores consecutivos.¹³⁹

4.3.3 Determinación de la tendencia y el pronóstico

La determinación de la tendencia se hace mediante la ecuación de regresión ($Y_c = a + bX$), cuyo desarrollo y análisis matemático se lleva a cabo considerando los datos obtenidos.

Para obtener las soluciones de las dos incógnitas, constantes a y b, en la ecuación de la línea recta: $Y_c = a + bX$.

La tendencia por medio de una recta usando el método de los mínimos cuadrados.

4.3.4 Implicaciones del pronóstico

Lo identificado es el futuro inercial (generalmente se le puede considerar como no deseado) al analizar la tendencia de esos datos históricos se pueden establecer algunas implicaciones a partir del pronóstico calculado.

4.3.5 Estrategias asociadas al pronóstico

Una vez que se ha determinado la proyección de la organización, basándose en valores históricos de las variables seleccionadas (también llamadas parámetros de desempeño), habrá que visualizar las implicaciones que ese futuro inercial trae consigo para acoplar, así, las estrategias que se consideren necesarias.

En este ejercicio, para dar continuidad al procedimiento propuesto por Valdés (2014) se consideran los parámetros de desempeño obtenidos y con ello se proponen las implicaciones de futuro para asociar las siguientes estrategias o líneas genéricas de acción:

1. Compra consolidada de medicamentos y material de curación, en incremento.
2. Vacunas del esquema de vacunación universal, en incremento.
3. Contratación de profesionales de la salud a nivel nacional, falta de regularización.
4. Recuperación de 327 establecimientos de salud.

¹³⁹ Arranz, A. (1995). Planeación estratégica integral. México: Instituto Internacional de Capacitación y Estudios Empresariales, S.C.

5. Coadyuvar con los programas de inversión para las entidades federativas para la adquisición de equipo biomédico.
6. Capacitación continua.
7. Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar.

Tabla 35 Estrategias asociadas al futuro inercial.

Dato obtenido	Implicaciones del futuro estimado	Estrategia asociada
Compra consolidada de medicamentos y material de curación, en incremento.	Mejora de procesos de compra-adquisición, almacenamiento, transporte, logística de distribución. Planificación de las gestiones, control de temperatura, zona geográfica, etcétera. Inversión en gastos de operación, almacenamiento y distribución. Garantía en la custodia adecuada en el almacenamiento y/o distribución. Rutas validadas.	Diseño de un sistema de gestión de compras, adquirió, almacenamiento, distribución, entrega final. Logística. Administración de riesgos.
Vacunas del esquema de vacunación universal, en incremento.	Procedimientos y protocolos. Planes de contingencia. Sistemas formativos específicos para chóferes y personal. Rutas validadas, seguimiento con dispositivos GPS en los recipientes que transportarán las dosis o en las propias neveras, para vigilar que estas siguen la ruta programada. Cualificación de las instalaciones y de los remolques. Sistemas de limpieza y desinfección. Control de temperatura. Sistema de seguridad. Tecnología e infraestructura. Control de la trazabilidad.	Diseño de un sistema de gestión de vacunas. Logística. Administración de riesgos.
Contratación de	Insatisfacción, rotación de personal,	Estudio de necesidades a

profesionales de la salud a nivel nacional, falta de regularización.	mal clima laboral en los establecimientos de salud. Procesos de reclutamiento, selección de personal y contratación. Costes altos tanto en tiempo como en dinero invertido para atraer a nuevo personal.	nivel institucional, regional. Diseño de un sistema de contratación y regularización.
Recuperación de 327 establecimientos de salud.	Mayor inversión presupuestaria. Necesidades en personal de salud, equipamiento, medicamentos e insumos. Integración de camas censables y no censables. Administración de costos de la obra.	Administración de gestiones, rehabilitación y mantenimiento de las unidades y establecimientos de salud por tipo. Administración de costos.
Coadyuvar con los programas de inversión para las entidades federativas para la adquisición de equipo biomédico.	Planificación de gestiones, costos: aranceles, impuestos, empaque, garantía, instalación, calibración, capacitación, consumibles, suministros, repuestos, mantenimiento preventivo y correctivo, tiempo de inactividad no planeado. Procedimientos y protocolos. Coordinación con áreas para la instalación y la puesta en servicio de equipos médicos. Personal competente y capacitado. Inventarios, auditoría. Garantía del equipo. Financiación. Disponibilidad de equipos, piezas de repuesto, suministro de consumibles. Reventa. Regulación.	Sistema de gestión de tecnología: planificación, adquirió, instalación, operación, mantenimiento, retirada de servicio o eliminación final. Planificación de costos.
Capacitación continua.	Planeación, organización en la detección de necesidades de capacitación. Costos en: ludificación, digitalización,	Estudio de necesidades a nivel institucional, regional y nacional. Diseño de un sistema de

	tecnología para combinar contenido con preguntas, cursos autoevaluables, uso de redes sociales, asistente virtual, etcétera.	planeación y administración de cursos y talleres de capacitación y actualización.
Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar).	Capacitación específica: en atención primaria. Caracterización de las capacidades del personal (perfil y competencias) y el perfil de cada trabajador. Adaptación de los trabajadores de salud a los nuevos escenarios y a las necesidades cambiantes de la población. Abordaje multidisciplinario de la atención integral. Distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con diferentes necesidades de salud de la población. Interacción entre las instituciones de formación (universidades, escuelas).	Planificación de recurso humano de acuerdo con las necesidades de la población. Capacitación continua en APS. Gestión de competencias.

Fuente: Elaboración propia a partir de Valdés 2014.

Una vez determinados los caminos genéricos de acción por el análisis histórico de la empresa, se procede al análisis de las condiciones del futuro.

4.4 Planeación por el análisis de las condiciones del futuro

Dentro de la planeación estratégica son conocidos cuatro enfoques (García, 2010) que dan una visión objetiva sobre los diferentes sistemas de planeación: la planeación reactiva, inactiva, proactiva e interactiva, cada una de ellas cuenta con un significado diferente que conlleva a la reflexión y análisis a la hora de elegir un enfoque de planeación.

- Planeación reactiva: este tipo de planeación consiste en planificar el futuro, basada en experiencias exitosas del pasado.
- Planeación inactiva: esta clase de planeación se denomina facilista, porque se ejecutan acciones imprevistas por salir del paso, no se basa en el entorno.

- Planeación proactiva: planeación que se prepara para el futuro incierto de alguna forma y proyecta el futuro, esta afectará sus operaciones.
- Planeación interactiva: en esta la empresa considera que sus propias acciones pueden dar forma a su futuro, lo construyen con bases sólidas llamadas estrategias, Valdés (2014).

La corriente denominada estudios del futuro orienta su investigación a la exploración del porvenir con el objetivo de proporcionar información relevante, en una perspectiva a muy largo plazo que permita apoyar la toma de decisiones. Estos estudios, particularmente creativos, parten del supuesto de que el futuro no se descubre, pero sí se diseña, y de que el porvenir del hombre depende de una serie de decisiones presentes previas a los hechos.

El concepto de la prospectiva consiste en atraer y concentrar la atención sobre el porvenir imaginándolo a partir del futuro y no del presente. La prospectiva no busca adivinar el futuro, sino que pretende construirlo.

En consecuencia, el comportamiento futuro de las variables a estudiar, desde un enfoque prospectivo, se desarrolla bajo los siguientes supuestos:

- a) Visión holística.
- b) Perspectiva desde el futuro.
- c) Conformación de futuros alternativos (entre los que se encuentra el inercial).
- d) Confrontación entre futuros, entre éstos y el presente y la selección del más deseable, posible y probable.
- e) Por último, análisis de las estrategias y tácticas necesarias para lograr la situación futura deseada (SFD) por sobre todos los demás.

Como productos del estudio del futuro se identifican los siguientes futuros:¹⁴⁰

- **Futuro posible.** Aquí se involucra el marco de referencia dado por el entorno social, en la formulación de estos futuros, la evaluación de su viabilidad deberá confirmar que se cuenta con los recursos necesarios y suficientes para llevarlo a cabo a buen término.
- **Futuro probable.** Son los acontecimientos que pueden suceder; es decir aquello sobre los que existen razones aparentemente suficientes (fundamentadas en el pasado y en el presente) para creer que determinados eventos se presentarán en el futuro. Este tipo de futuro se determina bajo metodologías de evaluación y sistematización de valores subjetivos.
- **Futuro deseable (SFD).** Es la expresión de un estado de cosas que se ambicionan porque reflejan nuestras aspiraciones y valores. Este futuro brinda

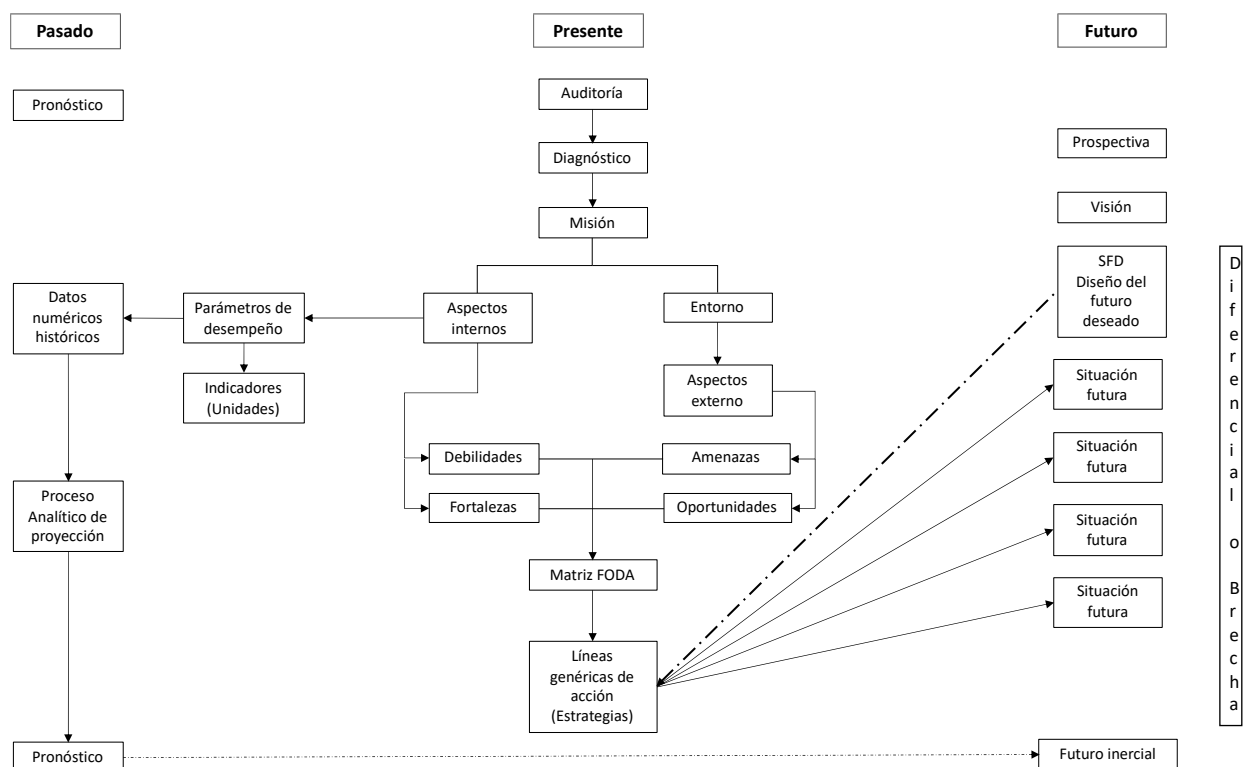
¹⁴⁰ Valdés, L.A. (2014). Planeación estratégica con enfoque sistémico. Recuperado de http://docencia.fca.unam.mx/~lvaldes/libro/planeacion_estrategica_2_Edicion.pdf

una guía de elección desde la que son manejados, explícita o implícitamente los valores. Para las organizaciones este futuro está asociado a la competitividad que se desea desarrollar.

En la planeación prospectiva se determina el futuro deseado, se le diseña creativa y dinámicamente, para desde ahí explorar los futuros posibles y probables y seleccionar el más conveniente; sin considerar -de inicio- el pasado y el presente como trabas insalvables, éstos se incorporarán en una segunda etapa, al confrontársele con el futuro deseado.

Para disminuir el diferencial o brecha que existe entre el futuro inercial y el deseado se orientan y establecen las estrategias pertinentes para hacer realidad ese futuro deseado; orientando lo posible en función de lo deseable.

Figura 16 Esquema conceptual de la planeación a partir del futuro.



Fuente: Elaboración propia a partir de Valdés 2014.

4.4.1 Análisis del entorno social

Para identificar las posibles estrategias de la organización por un análisis de las condiciones futuras del entorno, el procedimiento condiciona al establecimiento de un marco de referencia en el cual la organización se habrá de desempeñar; este marco de

referencia lo establece el entorno social que rodeará a la organización, por lo que es necesario –de acuerdo a nuestras expectativas- plantearlo como una posibilidad de futuro. Si bien el proceso es subjetivo, este permite más adelante trabajar en los futuros alternos o posibles para la organización.

De acuerdo a nuestras expectativas, las condiciones sociales que se vivirán en México, dentro de cinco años y cómo afecta dicha situación al INSABI.

- Mínimo crecimiento del PIB, con estancamiento del gasto público en salud.
- Modificaciones en las prioridades del gasto público, con disminución en la asignación del presupuesto a programas sociales.
- Niveles altos de inflación.
- Recuperación del mercado laboral, continua la tasa de desempleo con incremento del sector informal lo que genera profundas inequidades en cuanto a seguridad social se refiere.
- Aumentos de la desigualdad de ingresos, el debilitamiento de las infraestructuras, la educación y salud.
- Recuperación de la pandemia, disminución de la mortalidad.
- Reducción de la natalidad, aumento en la esperanza de vida al nacer y una población que envejece con aumento de la carga mundial de morbilidad (GBD).
- Exposición a factores de riesgo como: la hipertensión, la hiperglucemia, el índice de masa corporal [IMC] alto y la hipercolesterolemia; y de las enfermedades no contagiosas (NCD) o enfermedades no transmisibles (ENT), como la obesidad, la diabetes y la enfermedad cardiovascular.
- Mayores incrementos absolutos en el número de AVAD —pérdida de salud medida en años de vida ajustados por discapacidad— debidas a cardiopatía isquémica, diabetes, accidente cerebrovascular, enfermedad renal crónica, cáncer de pulmón y sordera parcial relacionada con la edad. Además, cuatro causas son frecuentes desde la adolescencia hasta la vejez: el VIH/SIDA, los trastornos musculo esqueléticos, el dolor lumbar y los trastornos depresivos.
- La discapacidad se convierte en una parte cada vez mayor de la carga de morbilidad y en un componente más cuantioso del gasto sanitario.
- A pesar de los avances en cobertura y acceso, continua siendo la más baja de los países de la OCDE.

Las condiciones sociales a considerar son las que tendrá como entorno la organización, sirven de marco referencial para imaginar los futuros alternos que se visualizan para la organización al desarrollarse en un entorno social como el previsto:

- El INSABI ha contribuido a convertir el acceso a la salud en una oportunidad significativa para la población.
- El INSABI no logra hacer frente a los niveles de discapacidad y a las afecciones crónicas que aumentan con la edad.
- El INSABI necesita fortalecer la iniciativa coordinada que dé prioridad a los más vulnerables.

- El INSABI y los sistemas de atención médica están sobrecargados y mal preparados para encargarse de las afecciones crónicas.
- El INSABI y los sistemas de salud carecen de recursos financiero, humanos y materiales para cubrir con eficacia a la población sin seguridad social.

Una vez que se han determinado los futuros posibles (como futuros alternos) de la organización es necesario asociarles una probabilidad de ocurrencia; en otras palabras es necesario identificar que tanta probabilidad tiene cada futuro posible de ocurrir en la realidad de nuestra organización. De igual forma, se considera la probabilidad de ocurrencia del evento, de manera subjetiva.

Tabla 36 Probabilidad de ocurrencia del futuro posible del INSABI.

Futuro posible	Probabilidad, con valores de 0 a 1
El INSABI ha contribuido a convertir el acceso a la salud en una oportunidad significativa para la población.	.20
El INSABI no logra hacer frente a los niveles de discapacidad y a las afecciones crónicas que aumentan con la edad.	.90
El INSABI necesita fortalecer la iniciativa coordinada que dé prioridad a los más vulnerables.	.90
El INSABI y los sistemas de atención médica están sobrecargados y mal preparados para encargarse de las afecciones crónicas.	.95
El INSABI y los sistemas de salud carecen de recursos financiero, humanos y materiales para cubrir con eficacia a la población sin seguridad social.	.70

Fuente: Elaboración propia a partir de Valdés 2014.

4.4.2 Futuros posibles, probables y la competitividad

Una vez obtenidos los futuros posibles y probables de la organización, deberán servirnos de plataforma para ubicar nuestra visión organizacional; por lo que ahora los deberemos asociar a la competitividad esperada para la organización en estudio.

Se considera competitividad a la característica organizacional que permitirá crecer o al menos permanecer, en un entorno turbulento.

La competitividad que cada estrategia proporciona a la organización considerando el impacto que esta tendrá en la permanencia o crecimiento.

Tabla 37 Futuro posible y probable asociado a la competitividad esperada para el INSABI.

Futuro posible	Probabilidad, con valores de 0 a 1	Competitividad, con valores de 0 a 10
El INSABI ha contribuido a convertir el acceso a la salud en una oportunidad significativa para la población.	.20	.10
El INSABI no logra hacer frente a los niveles de discapacidad y a las afecciones crónicas que aumentan con la edad.	.90	.10
El INSABI necesita fortalecer la iniciativa coordinada que dé prioridad a los más vulnerables.	.90	.50
El INSABI y los sistemas de atención médica están sobrecargados y mal preparados para encargarse de las afecciones crónicas.	.95	.50
El INSABI y los sistemas de salud carecen de recursos financiero, humanos y materiales para cubrir con eficacia a la población sin seguridad social.	.70	.30

Fuente: Elaboración propia a partir de Valdés 2014.

Con los valores asignados se puede establecer un parámetro de comparación entre todos los futuros posibles y probables para la organización, a fin de llegar a una alternativa “ futuro posible, probable y deseado”; mismo que representa la visión de la organización.

4.4.3 Situación futura deseada (SFD)

La situación futura deseada de la organización se relaciona directamente con la visión organizacional. Generalmente su establecimiento se orienta por lo que quisiera ser, sin considerar lo que puedo ser; esto conduce a situaciones de frustración y desaliento en la organización que resultan en una visión del futuro sin seguidores.

La metodología presentada y desarrollada permite considerar los futuros alternos, su probabilidad y relacionarlos con la competitividad esperada y al establecer sus valores ponderados indica de una manera lo más subjetiva posible lo que realmente se puede alcanzar en un intervalo de tiempo asequible.

Con los valores de la probabilidad y competitividad de cada futuro se establece el valor ponderado de los futuros posibles.

Tabla 38 Valor ponderado de los futuros posibles para el INSABI.

Futuro posible	Probabilidad, con valores de 0 a 1	Competitividad, con valores de 0 a 10	Valor ponderado
El INSABI ha contribuido a convertir el acceso a la salud en una oportunidad significativa para la población.	.20	1.0	.20
El INSABI no logra hacer frente a los niveles de discapacidad y a las afecciones crónicas que aumentan con la edad.	.90	1.0	.90
El INSABI necesita fortalecer la iniciativa coordinada que dé prioridad a los más vulnerables.	.90	5.0	4.5
El INSABI y los sistemas de atención médica están sobrecargados y mal preparados para encargarse de las afecciones crónicas.	.95	5.0	4.75
El INSABI y los sistemas de salud carecen de recursos financiero, humanos y materiales para cubrir con eficacia a la población sin seguridad social.	.70	3.0	2.1

Fuente: Elaboración propia a partir de Valdés 2014.

4.4.4 Visión

Con los futuros posibles, probables y de posicionamiento competitivo se establece la visión organizacional, considerando sólo aquellos que obtengan el mayor valor ponderado.

“El INSABI en alianza estratégica fortalece la iniciativa coordinada con el Sistema Nacional de Salud para garantizar el acceso universal y equitativo”.

4.4.5 Identificación de la brecha

Para establecer estrategias a partir de las condiciones del futuro, es necesario identificar la brecha existente entre lo que puede ser (futuro inercial o histórico, también llamada por algunos autores como el ser) y lo que quiere ser (futuro deseado o visión, identificado como el deber ser). Por lo que es necesaria la información recabada:

Situación futura deseada

Proveer a los establecimientos de salud del país, la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, garantizando el derecho a la protección de la salud de toda persona.

Esta visión implica:

1. Garantizar el recurso financiero, humano y material.
2. El abasto de medicamentos, material de curación y demás insumos para la salud.
3. Contratación y regularización del profesional en salud.
4. Rehabilitación, mantenimiento y conclusión de construcción de establecimientos de salud.

Futuro inercial

Es lo que dice el comportamiento histórico, en otras palabras lo que puede ser según gráficas estadísticas, que en nuestro caso por la falta de información se planteó lo siguiente:

- Compra consolidada de medicamentos y material de curación, avance.
- Vacunas del esquema de vacunación universal, avance.
- Contratación de profesionales de la salud a nivel nacional, falta la regularización
- Recuperación de 327 establecimientos de salud, en avance.
- Coadyuvar con los programas de inversión para las entidades federativas para la adquisición de equipo biomédico, avance.
- Capacitación continua, avance.
- Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar), en desarrollo e implementación.

Brecha existente

Diferencial entre lo que se desea y lo que se “puede” llegar a tener, en otras palabras el contraste entre el ser y el deber ser.

Por lo anterior la diferencia identificada, se plantea en términos de Diseño e implementación.

4.4.6 Estrategias asociadas a la prospectiva

El establecimiento de las estrategias por el análisis de las condiciones del futuro se hace al identificar la brecha entre el ser y el deber ser, ya que al tomar en consideración este diferencial se puede establecer los caminos que nos llevarán a disminuir esa diferencia entre lo que puede y lo que quiere ser.

Se identifican las estrategias que disminuirán la brecha identificada, para que la organización pueda lograr llegar a las características de su visión.

- Diseño de una estructura organizacional.
- Diseño de un sistema de gestión para la compra consolidada de medicamentos e insumos; contratación de personal, regularización; mantenimiento de infraestructura de establecimientos de salud, etcétera.
- Diseño de un sistema de planeación y administración en adquisiciones hasta la entrega final del equipo biomédico, medicamentos, material de curación y demás insumos para la salud.
- Planeación de un programa de capacitación de personal interno y externo.
- Diseño e implementación del Modelo de Atención Primaria a la Salud.

4.4.7 Valores organizacionales

Los valores organizacionales, son los elementos que acotan el camino que la organización deberá recorrer hasta llegar a conseguir su visión de futuro. Los valores son en sí elementos fundamentales para la cultura organizacional.

Los valores organizacionales son un compromiso que la alta dirección debe de asumir y cumplir a fin de establecer su autoridad moral. En nuestra organización, por ser una institución de salud los valores organizacionales propuestos, se relacionan con el cuidado de la salud de la persona. Los valores organizacionales que permiten lograr la visión organizacional son:

- Respeto
- Compromiso
- Honestidad
- Honradez
- Integridad
- Eficiencia

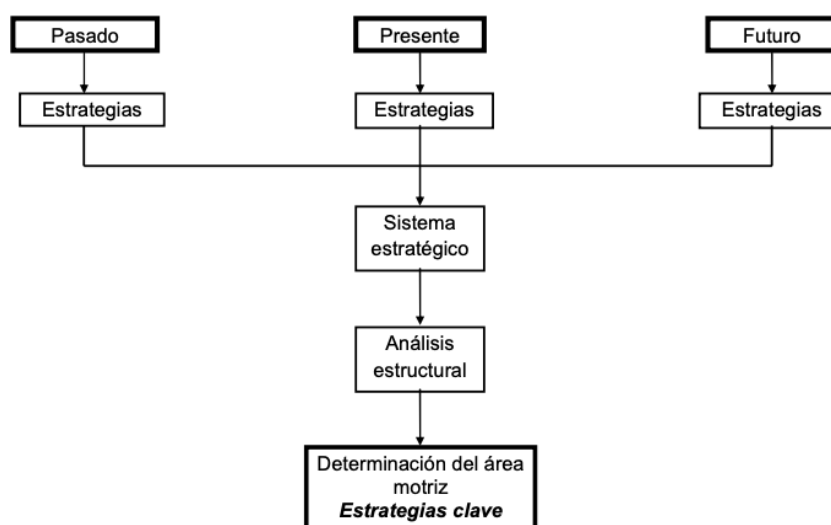
Con esta orientación en el proceso de planeación se debiera completar el círculo temporal de la misma. Sin embargo, por el total de estrategias obtenidas a la empresa no le alcanzarían los recursos económicos para llevarlas a buen término y a los directivos el tiempo no les sería suficiente para su implementación.

A continuación el análisis estructural que permitirá seleccionar las estrategias más importantes a partir de las aportaciones relativas.

4.5 Líneas genéricas de acción, estructuración y evaluación

De acuerdo a cada uno de los análisis efectuados en las diferentes relaciones que el tiempo permite identificar las líneas de acción que se requieren llevar a cabo; por el análisis de las condiciones históricas de la organización, por las condiciones actuales y por último las debidas a un futuro posible de la organización. Con todas ellas se establece el sistema integral de estrategias organizacional.

Figura 17 Sistema integral de estrategias de la organización.



Fuente: Elaboración propia a partir de Valdés 2014.

4.5.1 Estrategias propuestas

Se identifican las estrategias propuestas por el análisis de las condiciones que los diferentes estadios del tiempo proporcionan, enlistadas líneas a bajo.

Estrategias determinadas por el análisis de las condiciones del pasado

1. Diseño de un sistema de gestión de compras, adquirió, almacenamiento, distribución, entrega final.
2. Logística.
3. Administración de riesgos.
4. Diseño de un sistema de gestión de vacunas.
5. Logística.
6. Administración de riesgos.
7. Estudio de necesidades a nivel institucional, regional.
8. Diseño de un sistema de contratación y regularización.
9. Administración de gestiones, rehabilitación y mantenimiento de las unidades y establecimientos de salud por tipo.
10. Administración de costos.
11. Sistema de gestión de tecnología: planificación, adquisición, instalación, operación, mantenimiento, retirada de servicio o eliminación final.
12. Planificación de costos.
13. Estudio de necesidades a nivel institucional, regional y nacional.
14. Diseño de un sistema de planeación y administración de cursos y talleres de capacitación y actualización.

15. Planificación de recurso humano de acuerdo con las necesidades de la población.
16. Capacitación continua en APS.
17. Gestión de competencias.

Estrategias determinadas por el análisis de las condiciones del presente

1. Fortalecimiento del sentido de pertenencia.
2. Capacitación del personal interno y externo.
3. Diseño de una programa de reclutamiento, selección, contratación e inducción del personal.
4. Estudio de mercado.
5. Diseño de una estructura orgánica, especificando las funciones, responsabilidades y tramo de control.
6. Desarrollo de una cultura y clima organizacional.
7. Diseño de manuales, reglamentos, políticas, normas de operación, mapa de procesos y sus procedimientos.
8. Gestión de compras-adquisición, almacén, logística y distribución de equipos y tecnología biomédica, medicamentos, material de curación y demás insumos para la salud.
9. Gestión de personal.
10. Gestión de rehabilitación en infraestructura, mantenimiento y conservación.
11. Gestión de convenios.
12. Diseño e implementación del Modelo de Atención Primaria de Salud.

Estrategias determinadas por el análisis de las condiciones del futuro

1. Diseño de una estructura organizacional.
2. Diseño de un sistema de gestión para la compra consolidada de medicamentos e insumos; contratación de personal, regularización, mantenimiento de infraestructura de establecimientos de salud, etcétera.
3. Diseño de un sistema de planeación y administración en adquisiciones hasta la entrega final del equipo biomédico, medicamentos, material de curación y demás insumos para la salud.
4. Planeación de un programa de capacitación de personal interno y externo.
5. Diseño e implementación del Modelo de Atención Primaria a la Salud.

Estas estrategias son el insumo necesario para el análisis estructural como variables, sin embargo, primero habrá que depurar esta información. Por lo que después de enlistar las estrategias, se determina el sistema estratégico integral de la organización, esto se logra al fusionar aquellas estrategias que son similares.

4.5.2 Sistema estratégico integral

Se obtuvieron treinta y seis estrategias propuestas inicialmente, el sistema estratégico integral final tan solo contiene trece que a continuación se presentan.

- E1 Administración de riesgos.
- E2 Diseño de un sistema de contratación y regularización del personal.
- E3 Administración de gestiones, rehabilitación y mantenimiento de las unidades y establecimientos de salud por tipo.
- E4 Administración de costos.
- E5 Diseño de un sistema de planeación y administración de cursos y talleres de capacitación y actualización.
- E6 Gestión de competencias.
- E7 Fortalecimiento del sentido de pertenencia.
- E8 Desarrollo de una estructura orgánica, especificando las funciones, responsabilidades y tramo de control.
- E9 Desarrollo de una cultura y clima organizacional.
- E10 Diseño de manuales, reglamentos, políticas, normas de operación, mapa de procesos y sus procedimientos.
- E11 Diseño de un sistema de planeación y administración en adquisiciones hasta la entrega final del equipo biomédico, compra consolidada de medicamentos e insumos; reclutamiento, contratación de personal, regularización; mantenimiento de infraestructura de establecimientos de salud, etcétera.
- E12 Planeación de un programa de capacitación de personal interno y externo.
- E13 Diseño e implementación del Modelo de Atención Primaria a la Salud.

4.5.3 El análisis estructural

El sistema estratégico es en sí el plan estratégico de la empresa, sin embargo lo cierto es que el número de estrategias que se ha llegado a determinar exceden —por la suma de los recursos solicitados en cada una de ellas— las capacidades de la organización, luego entonces existe la necesidad de determinar las estrategias que habrán de llevarse a cabo, en otras palabras es necesario priorizar.

En el análisis estructural, después de identificar los elementos que constituyen el sistema se deberá definir cada uno de ellos, a fin de no cometer errores por omisión o confusión, esta definición deberá ser conceptualizada por las personas que están desarrollando el plan estratégico. Acto seguido, las relaciones entre los elementos (estrategias) del sistema propuesto se evalúan por una matriz de impacto cruzado, donde lo que se valora de manera unidireccional es el nivel de afectación que existe entre pares.

Por lo anterior se hace necesario diseñar la matriz; el llenado de la matriz se hace por columnas, donde el grado de afectación entre los elementos se establece en base a dos preguntas:

- La primera ayuda a decidir si el elemento representado por esa columna afecta al elemento correspondiente del renglón en estudio.
- La siguiente determina el nivel de afectación de esa relación, el cual puede ser; bajo, medio o alto. Niveles a los que se les asigna los valores de 1, 5 y 9 respectivamente.

Para el llenado de la primera columna se tiene que la primera pregunta sería: ¿La estrategia 1 (identificada como E1, Administración de riesgos) afecta a la estrategia 1?, en este tipo de relación –del elemento con el mismo elemento- la respuesta es, que no existe este tipo de relación por lo que la diagonal principal de la matriz, donde se establece la relación de cada elemento consigo mismo, se anula.

En la evaluación de la siguiente relación, es decir el grado de afectación que E1 (Administración de riesgos) tiene sobre E2 (Diseño de un sistema de contratación y regularización del personal), hay que preguntar, ¿E1 afecta a E2?, la posible respuesta es dicotómica; si o no.

En caso de ser afirmativa la respuesta anterior pasaremos a la siguiente etapa de la evaluación, ya que existe la necesidad de estimar de manera cualitativa el posible grado de afectación entre estas dos variables y posteriormente otorgarle un valor cuantitativo a esa relación. Los valores estimados para las posibles relaciones son:

- cuando no existe una relación, el valor estimado es de cero,
- existe, pero con un bajo grado de afectación su valor es uno,
- cuando existe con un grado intermedio de afectación su valor es cinco,
- y por último, si el grado de afectación es alto su valor será de nueve.

Una vez que la matriz de evaluación ha sido llenada por la valoración de todos los pares posibles, se procede a elaborar las sumatorias de columnas (ΣC) y filas (ΣF).

Tabla 39 Matriz de evaluación del nivel de afectación entre los elementos del sistema, para el INSABI.

Afectación	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	Σ
E1	X	0	0	9	0	0	0	0	0	1	9	0	0	19
E2	0	X	0	9	1	9	1	1	1	9	9	5	9	54
E3	0	0	X	9	0	0	0	0	0	5	9	0	0	23
E4	5	9	9	X	1	1	0	0	0	1	9	1	5	36
E5	9	9	0	1	X	1	1	1	1	9	5	9	9	46
E6	0	9	0	1	9	X	1	0	0	5	1	9	9	44
E7	0	9	0	1	1	1	X	5	9	1	1	9	5	42
E8	0	9	0	0	0	0	0	X	5	1	5	5	5	30
E9	0	9	0	0	5	0	5	9	X	1	5	9	5	48
E10	9	0	9	0	0	0	0	5	1	X	9	1	5	30
E11	9	0	9	9	0	0	0	5	1	9	X	0	1	34
E12	0	5	0	0	9	1	1	1	5	5	5	X	9	41
E13	0	5	0	1	9	5	1	1	9	5	5	9	X	50
Σ	32	64	27	40	35	18	10	28	32	52	72	57	62	

Fuente: Elaboración propia a partir de Valdés 2014.

De manera separada se ordenan los valores de las sumatorias, tanto de las columnas como de las filas, para establecer una escala de importancia basada en los valores ordenados.

Para el caso del INSABI, de las columnas se puede decir que las estrategias E6 y E7 son las de menor importancia si se considera que son las estrategias que tienen el menor impacto –comparativamente- sobre el sistema, a diferencia de la estrategia E11 cuyo impacto en la organización es el que presenta un valor comparativamente más elevado y por lo tanto se puede estimar de mayor importancia.

Por otro lado para las filas se puede hacer la misma consideración en cuanto a una escala de importancia en su grado de afectación, en este caso la estrategia E1 es la que se ve menos afectada por el sistema o en otras palabras es la estrategia que se ve menos afectada por la organización, mientras que la estrategia E13 será la que se vea más afectada por el sistema mismo. La escala de importancia relativa que se ha encontrado es básica para más adelante analizar las interrelaciones existentes así como sus características.

4.5.4 Estrategias motrices

Las sumatorias son las que establecen las relaciones entre los elementos del sistema y el sistema mismo; por lo que será necesario identificar la interrelación existente para cada elemento o estrategia lo cual se facilita si primero se define la interrelación de manera gráfica a través de un sistema coordenado-bidimensional donde los valores de las sumatorias encontradas anteriormente, pero ahora como pares asociados, serán las coordenadas.

Tabla 40 Coordenadas que representan a las estrategias en un sistema coordenado rectangular.

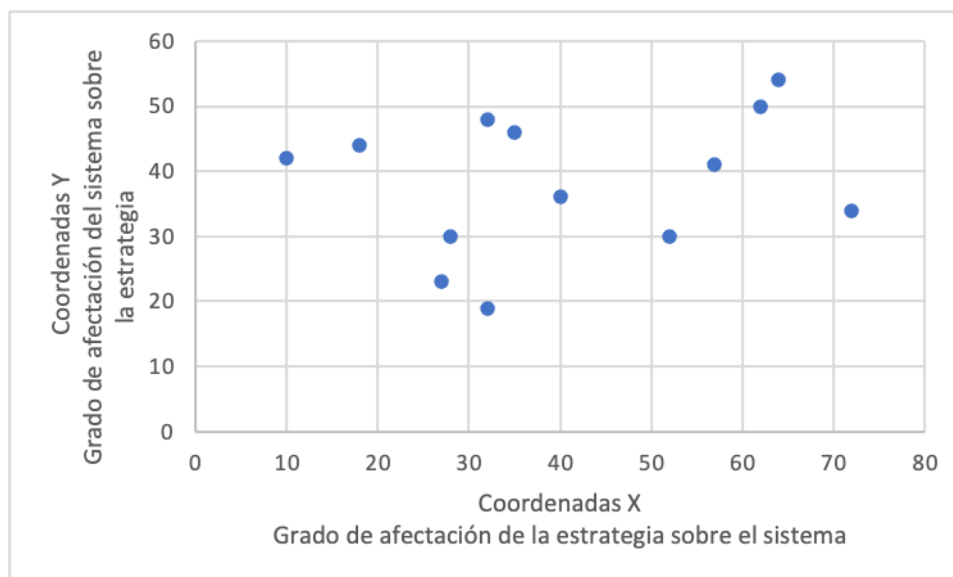
Estrategia	Coordenadas (X,Y)
	Sumatoria de columna = X Sumatoria de renglón = Y
E1 Administración de riesgos.	(32,19)
E2 Diseño de un sistema de contratación y regularización del personal.	(64,54)
E3 Administración de gestiones, rehabilitación y mantenimiento de las unidades y establecimientos de salud por tipo.	(27,23)
E4 Administración de costos.	(40,36)
E5 Diseño de un sistema de planeación y administración de cursos y talleres de capacitación y actualización.	(35,46)
E6 Gestión de competencias.	(18,44)

E7 Fortalecimiento del sentido de pertenencia.	(10,42)
E8 Desarrollo de una estructura orgánica, especificando las funciones, responsabilidades y tramo de control.	(28,30)
E9 Desarrollo de una cultura y clima organizacional.	(32,48)
E10 Diseño de manuales, reglamentos, políticas, normas de operación, mapa de procesos y sus procedimientos.	(52,30)
E11 Diseño de un sistema de planeación y administración en adquisiciones hasta la entrega final del equipo biomédico, compra consolidada de medicamentos e insumos; reclutamiento, contratación de personal, regularización; mantenimiento de infraestructura de establecimientos de salud, etcétera.	(72,34)
E12 Planeación de un programa de capacitación de personal interno y externo.	(57,41)
E13 Diseño e implementación del Modelo de Atención Primaria a la Salud.	(62,50)

Fuente: Elaboración propia a partir de Valdés 2014.

Con estos valores se ubican las estrategias en un plano cartesiano, mediante las intersecciones de sus coordenadas, quedando localizadas como se observa en la gráfica.

Gráfica 1 Relaciones entre las estrategias y el sistema.

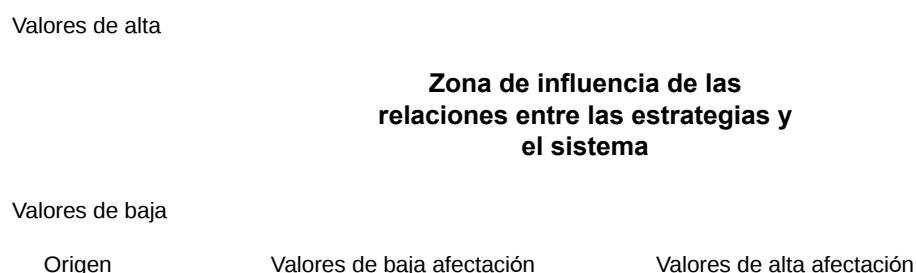


Fuente: Elaboración propia a partir de Valdés 2014.

El análisis de este sistema rectangular permite identificar las relaciones que cada elemento (estrategia) establece con el sistema (organización) y a partir de estas relaciones se distingue o pondera la importancia relativa de cada elemento.

Es importante recordar que el origen de la zona de influencia está dado por la intersección de los valores mínimos, por lo que el origen indica la mínima influencia en las relaciones establecidas, valor relativo a las relaciones establecidas por nuestro sistema y mientras más se aleja de este punto (origen) el nivel relativo de afectación en las relaciones se incrementa.

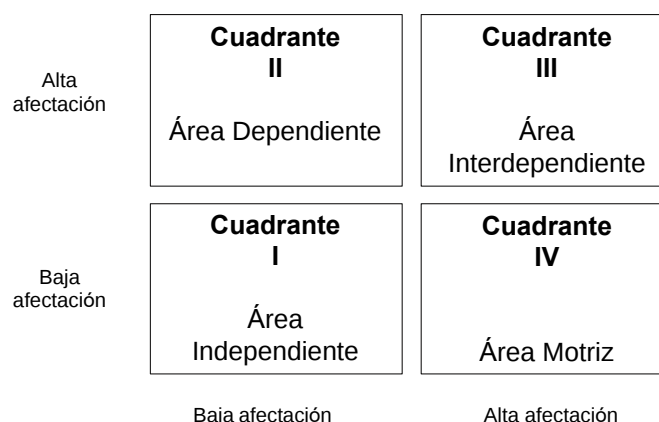
Figura 18 Nivel de afectación existente en la gráfica de las estrategias y sus interrelaciones.



Fuente: Elaboración propia a partir de Valdés 2014.

Es decir, las relaciones encontradas siempre tendrán algún valor debido a que estos son relativos al grado de afectación considerado con anterioridad. Esto implica que se establece un área por los valores mínimos y máximos de las coordenadas (tanto de X, como de Y) y sus perpendiculares a los ejes, mismos que indican grados máximos y mínimos de afectación; este nuevo plano permite agrupar los puntos en cuanto a cuadrantes, relacionados al grado de afectación de acuerdo a la siguiente gráfica.

Figura 19 Cuadrantes existentes en la zona de influencia encontrada.



Fuente: Elaboración propia a partir de Valdés 2014.

Para explicar los cuadrantes es necesario recordar que el eje de las X representa el grado de afectación que el elemento (en nuestro ejemplo, representado por la estrategia) tiene sobre el sistema (la organización) lo que supone el elemento/sistema, y en el eje de las Y representa el grado de afectación que el sistema tiene sobre el elemento y lo representar como sistema/elemento; habiendo considerado estas observaciones se procede a analizar el significado de los cuadrantes.

En el primer cuadrante se encuentran ubicadas aquellas estrategias que afectan poco a la organización pero que por otro lado y de igual forma la organización las afecta de una manera poco importante; es decir que son estrategias que actúan en la organización de manera “casi autónoma” por lo que los efectos de su aplicación son más bien pobres sobre todo si se comparan con las otras propuestas, es decir se comportan como sistemas disjuntos. Por lo tanto a este cuadrante se le considera como el de las estrategias (elementos) independientes de la organización (sistema); de ahí que no es recomendable invertir en ellas ya que los resultados esperados serán muy pobres, comparativamente con los posibles resultados de las otras estrategias.

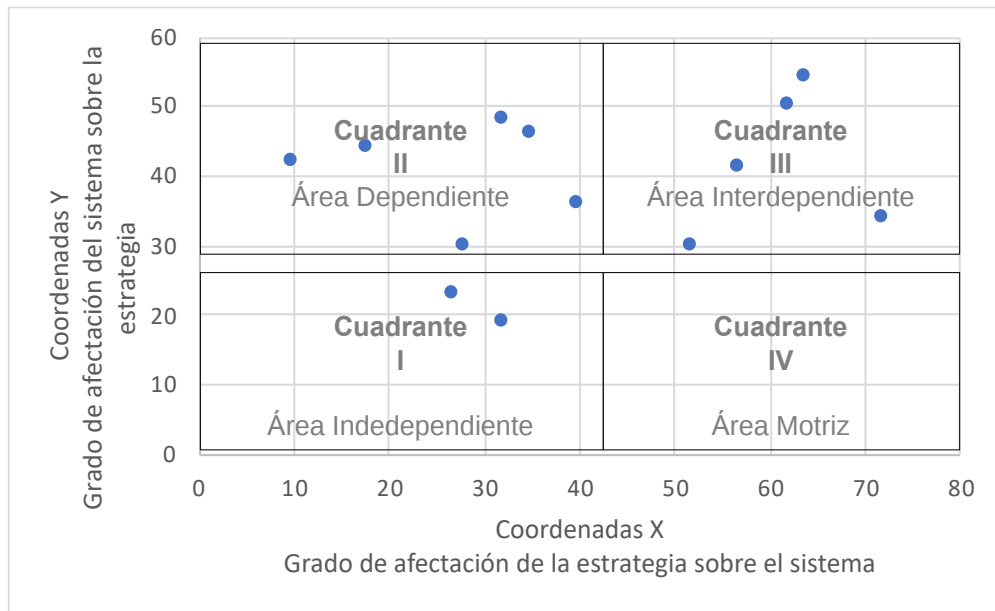
En el segundo cuadrante se ubican aquellas estrategias que tienen una baja afectación sobre el sistema pero que a su vez el sistema presenta un alto impacto en la estrategia, es decir al instrumentar la estrategia ésta tendrá un bajo impacto en la organización pero se dejará influenciar de una manera importante por cualquier cambio que ocurra en la organización, por lo que a este cuadrante lo consideramos el de las estrategias dependientes del sistema y son estrategias que por lo general si no se invierte en ellas de alguna manera se verán resueltas por un efecto de arrastre cuando se implanten otras estrategias que afecten en gran medida a la organización.

El tercer cuadrante es un área especial, ya que aquí se encuentran las estrategias que sí bien tienen un gran impacto en la organización también permiten que la organización las afecte de manera importante, por lo que se reconoce una interdependencia entre la estrategia y la organización; lo cual lleva a considerar que esta interdependencia posiblemente ocasionará círculos de efectos y acciones que pueden llegar a socavar a la empresa. Las estrategias que se ubican en este cuadrante son elementos catalizadores de alta entropía en la organización, en otras palabras al implementarlas se desencadena círculos de efectos que van de la estrategia a la organización y de la organización a la estrategia y así sucesivamente, con un resultado final que bien pudiera ser no deseado, por lo que de ser tomadas en consideración, su monitoreo y control deberá ser puntual. A esta zona de influencia por sus efectos en la organización también se le ha denominado área de resonancia.

El cuarto cuadrante agrupa a las estrategias que nos interesan ya que aquí se localizan aquellos elementos que afectan intensamente a la organización y que por otro lado la organización las afectará poco; lo cual quiere decir que estas estrategias cuando se aplican tienen un fuerte efecto en la organización —se consideran fuertes de manera relativa y comparativamente con todas las estrategias que se pensaron al inicio del análisis— y los cambios que se gestan dentro de la organización no tiene un efecto que se pueda considerar enérgico sobre la estrategia en cuestión por lo que es posible

continuar con ella y esperar resultados similares a los considerados. Por lo anterior a esta zona de influencia se le denomina motriz.

Figura 20 Estrategias motrices.



Fuente: Elaboración propia a partir de Valdés 2014.

Se han identificado cinco estrategias o líneas de acción genérica ubicadas en el tercer cuadrante o área Interdependiente y son:

- **E2 Diseño de un sistema de contratación y regularización del personal.**
Para administrar los procesos de reclutamiento-contratación, formación y desarrollo, para garantizar los derechos y obligaciones que conlleva la regularización del personal; y proceder a la regularización del capital humano que de acuerdo a los lineamientos establecidos se considere la regularización.
- **E10 Diseño de manuales, reglamentos, políticas, normas de operación, mapa de procesos y sus procedimientos.**
Diseñar tanto manuales, reglamentos, políticas, normas de operación, mapa de procesos y sus procedimientos, son documentos que contienen información sobre, qué y cómo se deben hacer las cosas dentro de la organización. Esto permite el flujo correcto del trabajo a través de la estandarización.
- **E11 Diseño de un sistema de planeación y administración en adquisiciones hasta la entrega final del equipo biomédico, compra consolidada de medicamentos e insumos; reclutamiento, contratación de personal, regularización; mantenimiento de infraestructura de establecimientos de salud, etcétera.**

Se refiere a realizar los procesos de administración para las adquisiciones de compras, abastecimiento, almacenaje y distribución de equipos y tecnología biomédica, medicamentos, material de curación y demás insumos para la salud.

- E12 Planeación de un programa de capacitación de personal interno y externo. Desarrollar competencias en el personal interno y externo a la institución, mediante un diagnóstico de necesidades de capacitación al personal, tomando como referencia las descripciones de puesto y las necesidades de los usuarios para elaborar un plan de capacitación. Priorizando el desarrollo de competencias en atención primaria de salud.
- E13 Diseño e implementación del Modelo de Atención Primaria a la Salud. Implementar un sistema de salud basado en la atención primaria de salud orientando sus estructuras y funciones hacia los valores de la equidad y la solidaridad social, y el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

Mediante la atención centrada en las necesidades de la gente a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos (OPS, 2022).

Al determinar las estrategias motrices se concluye el proceso de la planeación estratégica de la organización, sin embargo falta integrar toda la información encontrada, Valdés (2014).

4.6 El plan estratégico

Integración del Plan Estratégico

El plan estratégico debe contener un mínimo de elementos, los cuales se han venido desarrollando a lo largo del ejercicio, a continuación se presentan de manera integral y con la secuencia recomendable.

Presentación de la organización

- Misión
- Visión
- Valores
- Estrategias Motrices

En un sentido estricto, el documento así integrado será el Plan Estratégico de la Organización, sin embargo las personas interesadas en la empresa demandan que un plan, además, contenga los programas con los que ha de llevarse a cabo el plan establecido, por otro lado es importante recordar que la elaboración y propuesta de programas es a un nivel táctico lo cual corresponde a los mandos medios de la propia organización.

Presentación

El Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), es un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propio, sectorizado en la Secretaría de Salud.

El INSABI tiene por objeto 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 en su calidad de órgano rector, acciones orientadas a lograr una adecuada integración y articulación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

La fórmula legal del INSABI para relacionarse con los gobiernos de los estados es a través de Acuerdos de Coordinación dirigidos a garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social en los términos previstos en el Título Tercero Bis de la LGS. Estos Acuerdos pueden ser suscritos en dos variantes, según la decisión libre que tome el gobierno de cada entidad federativa.

- El INSABI será responsable de organizar, operar y supervisar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en el estado;
- El ejecutivo del estado, a través de la Secretaría de Salud y de los Servicios de Salud del Estado, será responsable de organizar, operar y supervisar la

prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social del Estado.

Misión del Instituto de Salud para el Bienestar

Proporcionar los recursos humanos, financieros, medicamentos, material de curación, equipos médicos y demás insumos para la salud e infraestructura, en los establecimientos de atención médica, para proporcionar servicios de salud gratuitos a la población sin seguridad social, con base en la Atención Primaria de Salud.

Visión del Instituto de Salud para el Bienestar

Institución pública descentralizada que coadyuva y fortalece el Sistema Nacional de Salud en México, tal que garantice la salud universal.

Valores organizacionales del Instituto de Salud para el Bienestar

En nuestra organización, por ser una institución de salud los valores organizacionales propuestos, se relacionan con el cuidado de la salud de la persona. Los valores organizacionales que permiten lograr la visión organizacional son:

- Respeto
- Compromiso
- Honestidad
- Honradez
- Integridad
- Eficiencia

Estrategias Organizacionales del Instituto de Salud para el Bienestar

- E2 Diseño de un sistema de contratación y regularización del personal.
Para administrar los procesos de reclutamiento-contratación, formación y desarrollo, para garantizar los derechos y obligaciones que conlleva la regularización del personal; y proceder a la regularización del capital humano que de acuerdo a los lineamientos establecidos se considere la regularización.
- E10 Diseño de manuales, reglamentos, políticas, normas de operación, mapa de procesos y sus procedimientos.
Diseñar tanto manuales, reglamentos, políticas, normas de operación, mapa de procesos y sus procedimientos, son documentos que contienen información sobre, qué y cómo se deben hacer las cosas dentro de la organización. Esto permite el flujo correcto del trabajo a través de la estandarización.

- E11 Diseño de un sistema de planeación y administración en adquisiciones hasta la entrega final del equipo biomédico, compra consolidada de medicamentos e insumos; reclutamiento, contratación de personal, regularización; mantenimiento de infraestructura de establecimientos de salud, etcétera.

Se refiere a realizar los procesos de administración para las adquisiciones de compras, abastecimiento, almacenaje y distribución de equipos y tecnología biomédica, medicamentos, material de curación y demás insumos para la salud.

- E12 Planeación de un programa de capacitación de personal interno y externo. Desarrollar competencias en el personal interno y externo a la institución, mediante un diagnóstico de necesidades de capacitación al personal, tomando como referencia las descripciones de puesto y las necesidades de los usuarios para elaborar un plan de capacitación. Priorizando el desarrollo de competencias en atención primaria de salud.

- E13 Diseño e implementación del Modelo de Atención Primaria a la Salud. Implementar un sistema de salud basado en la atención primaria de salud orientando sus estructuras y funciones hacia los valores de la equidad y la solidaridad social, y el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

Mediante la atención centrada en las necesidades de la gente a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos (OPS, 2022).

CAPÍTULO V

5. Conclusiones

En lo que se refiere, a la salud universal de acuerdo con la Organización Mundial de Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el tipo de servicios que otorga el sistema de salud es determinativo. El acceso oportuno y efectivo es fundamental para que la cobertura sea una meta alcanzable (OMS, 2014), ya que el acceso cuantifica el total de personas que recibieron el servicio de salud adecuado en el lugar y tiempo oportuno; mientras que la cobertura implica la capacidad que se tiene para satisfacer las demandas de la población por medio de hospitales, empleados, equipo, medicamentos y presupuesto, para lograr que el total de personas con una situación de salud específica reciban el servicio correspondiente con base en protocolos aceptados e igualdad en el acceso ante la misma necesidad —equidad—.¹⁴¹

De acuerdo a la OMS y a la OPS cuando los recursos alcanzan para toda la población, se considera que hay cobertura universal de salud (CUS); con respecto a los datos obtenidos en este trabajo, podemos determinar que tanto en acceso como en cobertura no se logró por lo que fue el Seguro Popular, así como por el actual INSABI,¹⁴² la desigualdad en el acceso a la atención clínica persiste, lo mismo el desabasto de medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social, con deficiencias e irregularidades; las condiciones de trabajo de los médicos permanecen en la misma situación, con la promesa de la regularización de los trabajadores de la salud y con ello la tan deseada basificación; prosigue las necesidades de infraestructura, así como la conclusión de las unidades de atención, rehabilitación de establecimientos de salud y equipamiento biomédico en los mismos.

Referente al indicador eficacia de los servicios de salud —afectaciones positivas que se logran en una situación determinada de salud como consecuencia de las acciones específicas realizadas por el sistema— con el Seguro popular y a tres años de implementación del INSABI, persiste el mosaico de problemas en salud que contribuyen al aumento de la pérdida de salud entre los distintos grupos de edad en el que coexisten enfermedades crónicas no transmisibles, transmisibles y lesiones;

¹⁴¹ Equidad. La equidad en el ámbito de la salud significa que las personas puedan alcanzar su máximo potencial en salud independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales. La equidad en salud implica que los recursos sean asignados según la necesidad.

Por otro lado, la OMS define las inequidades sanitarias como “las desigualdades evitables en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre países. Esas inequidades son el resultado de desigualdades en el seno de las sociedades y entre sociedades. Las condiciones sociales y económicas, y sus efectos en la vida de la población, determinan el riesgo de enfermar y las medidas que se adoptan para evitar que la población enferme, o para tratarla.”

¹⁴² Acceso a los servicios de salud. De acuerdo a la OPS el acceso a los servicios de salud implica que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad. El acceso a los servicios de salud incluye desde la promoción y prevención, hasta los aspectos curativos como el diagnóstico y tratamiento y su seguimiento y control hasta recuperar el estado de salud óptimo para cada individuo.

además, problemas como salud mental, accidentes, adicciones y violencia, consecuencias de la desigualdad social y la descomposición del tejido social.¹⁴³

Así mismo, el Seguro Popular e INSABI no lograron ser eficientes, considerando que la eficiencia implica los mejores resultados —aceptación del servicio por parte de los usuarios, como indicador permite orientar las decisiones para satisfacer las expectativas de los usuarios con base en sus valores— y los mejores resultados se dan en función de los costos técnicos —los costos técnicos corresponden a los factores de producción o insumos (instalaciones, personal y los consumibles) que se aplican en los procesos directos de producción de los servicios—.

La eficiencia evalúa el tipo de insumos y la suma monetaria pagado por los mismos junto con los volúmenes de producción obtenidos. Por lo tanto, el indicador de eficiencia son los *costos unitarios* de producción,¹⁴⁴ estos nos permiten conocer los insumos utilizados, y de este modo se convierten en un campo de análisis de la calidad técnico-médica. Estos costos técnicos son la base para determinar razonadamente el presupuesto de la institución –sistema de salud–, y de este modo lograr garantizar la calidad, eficiencia y sostenibilidad financiera.

Aunque los servicios de salud en México no sean suficientes, en la medida de lo posible las instituciones tendrán que cubrir las necesidades básicas de salud, atender y cumplir con las expectativas, en razón de que el financiamiento está vinculado con la sustentabilidad del sistema y la función de financiamiento debe ofrecer planes financiados para proveer infraestructura, trabajadores, instalaciones, equipos con capacidad de respuesta innovadora frente a las necesidades presentes y emergentes.¹⁴⁵ De tal forma que la función de financiamiento, de acuerdo a Arroyave, (2019) de cuenta a los asuntos siguientes:

- a. Nivel de financiamiento que requiere del sistema de salud.
- b. Identificación de las fuentes de financiamiento.
- c. Determinación de la suma que debe aportar cada fuente.
- d. Precisión del aporte que realiza cada persona.
- e. Especificación de la aplicación de los recursos por institución, servicio, programa, persona cubierta y usuario.
- f. Delimitación de las funciones de los fondos que administran los recursos financieros del sistema.

Por ende, es posible la innovación en la administración y financiación, tal como con la planeación estratégica que desde el enfoque sistémico nos permite definir el hilo

¹⁴³ Esta eficacia está estrechamente relacionada con la: a. Relevancia o adecuación de los servicios, puesto que esta característica indica si la atención ofrece resultados significativos frente a las necesidades del paciente y si la misma atención cumple con los estándares establecidos. b. Continuidad de la prestación de los servicios, porque es el atributo que revela la existencia de coordinación e integración entre los servicios.

¹⁴⁴ Arroyave, G. (2019). Indicadores de evaluación de los sistemas de salud. Apuntes obtenidos de la Clase de Evaluación económica de la salud. Agosto 2019. Ciudad Universitaria. México.

¹⁴⁵ Arroyave op. Cit.

conductor y ser la guía de las acciones desde el nivel estratégico hasta el nivel técnico, mediante la aplicación del Modelo de los tres vectores propuesto por Valdés (2014).

Con la relevancia de definir las líneas de acción plasmadas en el plan estratégico organizacional, permitiendo trabajar en los elementos que repercuten en el acceso a servicios sanitarios necesarios desde la prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación, de calidad suficiente con eficacia y eficiencia, así como en la cobertura universal de salud para que el uso de estos servicios no exponga tanto al usuario como a las instituciones a dificultades financieras.

De tal forma que del análisis de la situación actual y de los elementos que afectan la sostenibilidad financiera, mediante la aplicación de herramientas y de un conjunto de técnicas administrativas y las empleadas en los estados financieros, se concluye el presente trabajo con la validación de la hipótesis, comprobándose que la metodología propuesta es adecuada para las instituciones de atención médica.

No obstante, las últimas consideraciones a tener presentes:

- Consolidar una arquitectura institucional del Sistema de Salud, afín de realizar procesos de reestructuración y reingeniería del propio sistema, a través del uso e implementación de instrumentos y herramientas como una planeación estratégica; ya que al llevar a cabo la reinversión de los procesos sea tomado en cuenta la satisfacción de las necesidades de los ciudadanos y a la vez da cumplimiento a los instrumentos normativos, técnicos y financieros que hacen operativo el esquema propuesto.
- Una vez se diseñe e implemente el plan estratégico del sistema de salud, realizar los cambios coherentes y articulados en la forma de cómo opera el sistema, es decir, realinear y re-conceptualizar, lo que implica reformular los recursos humanos, con la finalidad de obtener gerentes públicos con capacidad y liderazgo, así como empleados comprometidos con los objetivos de la organización.¹⁴⁶
- Participar en los sistemas integrados de planeación, seguimiento, monitoreo y evaluación —Sistema de Gestión para Resultados (GpR), Sistema de Evaluación del Desempeño (SED) —.
- Desarrollar un sistema de gestión financiera a través de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD), para innovar la administración médica y económica del sistema, con indicadores que hagan posible presupuestar base cero (PBC), en lugar de presupuestos históricos e inerciales; asimismo, contribuir a mejorar la calidad de la información, especialmente la relacionada con el diagnóstico principal, comorbilidades, complicaciones, procedimientos médicos y quirúrgicos que se registran en el expediente clínico de los pacientes.¹⁴⁷

¹⁴⁶ Presupuesto Basado en Resultados 2022. Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

¹⁴⁷ Grupos Relacionados con el Diagnóstico: Producto Hospitalario GRD-IMSS: 2017. Recuperado de la página web: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/profesionalesSalud/economia/Libro-GRD2017.pdf>

- Priorizar la aplicación del Modelo de Atención Integral a la Salud, la Atención Primaria de Salud (APS) como eje rector, ya que las acciones del programa se centran en la prevención de enfermedades, prioriza la promoción de la salud y el diagnóstico oportuno, para evitar el deterioro de la salud de las personas y sus familias.

Fuentes de consulta

- Arranz, A. (1995). Planeación estratégica integral. México: instituto internacional de capacitación y estudios empresariales, S.C
- Arrieta, F. E. (2016). La planeación estratégica y el programa para la calidad en las instituciones médicas. Tesis para ptar por el grado de Maestra en Administración. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Arroyave, G. (2019). Indicadores de evaluación de los sistemas de salud. Apuntes obtenidos de la Clase de Evaluación económica de la salud. Agosto 2019. Ciudad Universitaria. México.
- Centro de investigación económica y presupuestaria, A.C. Sistema universal de salud. Retos de cobertura y financiamiento. Recuperado de <https://saludenmexico.ciep.mx/images/sistema-universal-de-salud.pdf>
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (2019). Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) 2019. Recuperado <https://www.gob.mx/salud/seguropopular/documentos/catalogo-universal-de-servicios-de-salud-causes-2018-153111>.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (2019). Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud Enero – Diciembre 2019. Recuperado de <http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/index.php/planes-programas-e-informes/22-planes-programas-e-informes/39-informes-de-labores-de-la-cnpss>
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (2019). Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud. Recuperado de http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/planesprogramaseinformes/informes/2019/Informe_Resultados_SPSS_2019.pdf
- Consejo de Normas Internacionales de Contabilidad. (2015). Marco Conceptual para la Información Financiera. Recuperado de <https://www.ifrs.org/content/dam/ifrs/project/conceptual-framework/exposure-draft/published-documents/ed-conceptual-framework-es.pdf>
- Consejo Nacional de Amortización Contable (2022). Normas y metodología para la emisión de información financiera y estructura de los estados financieros básicos del ente público y características de sus notas. Recuperado de https://www.conac.gob.mx/work/models/CONAC/normatividad/NOR_01_03_023.pdf
- Consejo Nacional de Armonización Contable. (2022). Clasificación funcional del gasto. Recuperado de https://www.conac.gob.mx/work/models/CONAC/normatividad/NOR_01_02_003.pdf
- Consejo Nacional de Armonización Contable. (2023). Normas y metodología para la emisión de información financiera y estructura de los estados financieros básicos del ente público y características de sus notas, recuperado de https://www.conac.gob.mx/work/models/CONAC/normatividad/NOR_01_03_023.pdf

- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2018). Estudio diagnóstico del derecho a la salud 2018. Recuperado de https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Diag_derecho_Salud_2018.pdf
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2020). El Sistema de Protección Social en Salud: resultados y diagnóstico de cierre. Recuperado de https://www.coneval.org.mx/evaluacion/iepsm/documents/analisis_spss_2020.pdf
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2020). Medición multidimensional de la pobreza en México 2018 – 2020. Recuperado de https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP_2018_2020/Pobreza_multidimensional_2018_2020_CONEVAL.pdf
- Diario Oficial de la Federación. (2015). Acuerdo mediante el cual se establecen los Lineamientos para la compensación económica del Sistema de Protección Social en Salud. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5390083&fecha=24/04/2015#gsc.tab=0
- Diario Oficial de la Federación. (2020). Acuerdo mediante el cual se establecen las Reglas de Operación del Programa IMSS-BIENESTAR para el ejercicio fiscal 2022. Secretaría de gobernación. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5639354&fecha=24/12/2021#gsc.tab=0
- Diario Oficial de la Federación. (2022). Programa Estratégico de Salud para el Bienestar. Secretaría de Salud. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5663700&fecha=07/09/2022#gsc.tab=0
- Diario Oficial de la Federación. (2020). Programa institucional 2020-2024 del Instituto de Salud para el Bienestar. México. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5608326&fecha=21/12/2020#gsc.tab=0
- Diario Oficial de la Federación. (2020). Programa sectorial de Salud 2020-2024. Recuperado de https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020#gsc.tab=0
- Diario Oficial de la Federación. (2020). Programa sectorial derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Recuperado de https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020#gsc.tab=0
- Diario Oficial de la Federación. (2022). Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR). Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0
- Dirección General de Información en Salud. (2022). Datos en salud. Secretaría de Salud. México. Recuperado de <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>

- Estructura Programática a emplear en el proyecto de Presupuesto de Egresos 2023. Recuperado de: https://www.ppef.hacienda.gob.mx/work/models/PPEF/2023/estructura_programatica/1_EstructurasProgramaticas_paraPPEF2023.pdf
- Everett E. Adam, Ronald J. Ebert. (1981). Administración de la producción y las operaciones. México, Prentice Hall Hispanoamericana. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/458653957/Adam-Everett-Ebert-Ronald-Administracion-de-la-produccion-y-las-operaciones-Conceptos-modelos-y-funcionamiento>.
- Financial Reporting and Analysis. (2018). CFA 2018. Kaplan University. Morales C. A. Padilla A. G. Finanzas I. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Contaduría y Administración. Recuperado de http://fcasua.contad.unam.mx/apuntes/interiores/docs/20172/contaduria/4/apunte/LC_1428_30096_A_Finanzas_I_v1.pdf
- Frenk et al. (2006). Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico. Lancet 368: 954–61. Recuperado de <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2806%2969376-8>
- Gitman, Lawrence J. (2007). Principios de Administración Financiera. (11ª ed.) México: Pearson Education
- Gómez, D. O., et al. (2011). Sistema de salud de México. Salud Pública de México, vol.53 supl.2 Cuernavaca. Recuperado de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017
- Institute for health metrics and evaluation. (2019). Las últimas estimaciones de las enfermedades mundiales revelan la “tormenta perfecta” del aumento de enfermedades crónicas y la ineficacia de la salud pública que impulsan la pandemia de COVID-19. University of Washington. Recuperado de https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/Projects/GBD/GBD-2019-News-Release_Spanish.pdf
- Instituto de Salud para el Bienestar (2023). Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar, curso virtual del INSABI. Recuperado de <https://capacitacion.insabi.gob.mx/siesabiaulavirtual/mod/quiz/attempt.php?attempt=1908628&cmid=2752&page=1>
- Instituto de Salud para el Bienestar. (2020). Programa Institucional 2020-2024 del Instituto de Salud para el Bienestar. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5608326&fecha=21/12/2020#gsc.tab=0
- Instituto de Salud para el Bienestar. (2023). Estados Financieros del Instituto de Salud para el Bienestar. Cuenta Pública 2020. Recuperado de la página web: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/670341/2020_ESTADOS_FINANCIEROS_AL_31_DE_DICIEMBRE_DE_2020.pdf
- Instituto de Salud para el Bienestar. (2023). Estados Financieros del Instituto de Salud para el Bienestar. Cuenta Pública 2021. Recuperado de la página web: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/717789/Estados_Financieros_al_31_de_diciembre_2021.PDF
- Instituto de Salud para el Bienestar. (2023). Estados Financieros del Instituto de Salud para el Bienestar. Cuenta Pública 2022. Recuperado de la página web:

- https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/801369/Informaci_n_Contable_4to._Trimestre__2022_OCTUBRE-DICIEMBRE_PELIMINARES.PDF
- Instituto de Salud para el Bienestar. (2023). Estados Financieros INSABI. Cuenta Pública. Recuperado de <https://www.gob.mx/insabi/documentos/estados-financieros-insabi-cuenta-publica>
 - Instituto Mexicano del Seguro Social. Grupos Relacionados con el Diagnóstico: producto hospitalario, GRD-IMSS: 2017. Recuperado de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/profesionalesSalud/economia/Libro-GRD2017.pdf>
 - Instituto Mexicano del Seguro Social. (2019). Instituto de Salud para el Bienestar tendrá modelo de atención semejante al del IMSS: Víctor Hugo Borja. IMSS Boletín, 269. Recuperado de https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/i2f_news/IMSS%20BOLET%C3%8DN%20269.pdf
 - Instituto Mexicano del Seguro Social. (2022). IMSS Bienestar Sistema de Salud Gratuita para Todos Zoé Robledo. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=_MA1cg-yg4I
 - Instituto Mexicano del Seguro Social. (2022). IMSS- Bienestar. Recuperado de <https://www.imss.gob.mx/imss-bienestar>
 - Instituto Mexicano del Seguro Social. (2022). Con 79 años de existencia, el IMSS ha demostrado su capacidad de respuesta ante desastres naturales y crisis sanitarias. Recuperado de la página web: <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202201/030>.
 - Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). Población total, número de habitantes. Recuperado de la página web: <https://www.cuentame.inegi.org.mx/poblacion/habitantes.aspx>
 - Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). Características de las defunciones registradas en México durante 2020. INEGI. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020preliminar.pdf>
 - Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022). Derechohabientica. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/temas/derechohabiencia/>
 - John E. Hanke, Arthur G. Reitsch. (1996). Pronósticos en los negocios. México, 5ta edición, Prentice Hall Hispanoamericana.
 - Juan et al. (2013). Universalidad de los servicios de salud en México. Salud Pública de México, 55. Recuperado de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000600001
 - Lanford, H.W. (1981). Previsión tecnológica y planificacion a largo plazo. España, Deusto.
 - Levy, L.J. Planeación financiera. En la empresa moderna. El manejo estratégico de las finanzas para lograr el éxito empresarial. Recuperado de https://books.google.com.mx/books?id=zrjKBSptgdcC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
 - Ley General de Contabilidad Gubernamental. Recuperado de https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGCG_300118.pdf

- López, A. O., Blanco-Gil, J. (2001). La polarización de la política de salud en México. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(1):43-54, jan-fev. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/csp/v17n1/4059.pdf>
- Morales C. A. Padilla A. G. Finanzas I. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Contaduría y Administración. Recuperado de http://fcasua.contad.unam.mx/apuntes/interiores/docs/20172/contaduria/4/apunte/LC_1428_30096_A_Finanzas_I_v1.pdf
- Ocampo, R. Ma. V., et. al. (2013). Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. Gerencia y Políticas de Salud. vol. 12, núm. 24, enero-junio, pp. 114-129. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54526806016>
- Moreno Fernández, Joaquín A. (2003). Estados Financieros, Análisis e Interpretación. México: Patria. Perdomo
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Recuperado de https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Envejecimiento y cambios demográficos. Recuperado de <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/mhp-aging-es.html>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Recomendaciones para adaptar y fortalecer la capacidad resolutive del primer nivel de atención durante la pandemia de COVID-19. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52729/OPSIMSHSSCOVID-19200032_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Panamericana de la salud. (2022). Financiación de la atención de la salud. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/financiacion-atencion-salud#:~:text=Financiaci%C3%B3n%20de%20la%20atenci%C3%B3n%20de%20la%20salud%20es%20la%20funci%C3%B3n,el%20sistema%20de%20la%20salud.>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). Salud Universal. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal#:~:text=El%20acceso%20universal%20a%20la,as%C3%AD%20como%20a%20medicamentos%20de>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2021). Panorama de la salud 2021. Recuperado de https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/1/3/8/2/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en&csp_=ca413da5d44587bc56446341952c275e&itemIGO=oecd&itemContentType=book
- Parreño, A. (2016). Metodología de investigación en salud. Recuperado de <https://cimogsys.esepoch.edu.ec/direccion-publicaciones/public/docs/books/2019-09-17-224845-metodolog%C3%ADa%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20en%20salud-comprimido.pdf>
- Parreño, A. (2016). Metodología de investigación en salud. Recuperado de <https://cimogsys.esepoch.edu.ec/direccion-publicaciones/public/docs/books/2019->

09-17-224845-
metodolog%C3%ADa%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20en%20salud-
comprimido.pdf

- Perdomo Moreno, Abraham. (2000). Análisis e Interpretación de Estados Financieros. (6ª ed.) México: Tengage Learning.
- Presupuesto de Egresos de la Federación. (2022). Estrategia Programática. Recuperado de https://www.pef.hacienda.gob.mx/work/models/aVbnZty0/PEF2022/kgp8l9cM/docs/51/r51_gyn_ep.pdf
- Secretaria de Hacienda y Crédito Público. (2023). Transparencia presupuestaria. Recuperado de https://www.ppef.hacienda.gob.mx/work/models/PPEF/2023/estructura_programatica/1_EstructurasProgramaticas_paraPPEF2023.pdf
- Secretaria de Hacienda y Crédito Público. (2023). Transparencia presupuestaria. Recuperado de https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/es/PTP/Infografia_PPEF_2023
- Secretaria de Hacienda y Crédito Público. (2023). Cómo entender el presupuesto? El gasto público a través de los datos, (6ª. Ed. 2023). https://mexicox.gob.mx/courses/course-v1:SHCP+CEEP23036X+2023_03/about
- Sistema de Salud de México. Salud Pública de México. Recuperado de la página web: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5043/10023>
- Uribe G. M., Abrantes P. R. (2013). Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades?. Perfiles latinoamericanos, vol.21 no.42, México. Recuperado de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-76532013000200006
- Valdés, L.A. (2005). Planeación estratégica con enfoque sistémico. México: Fondo Editorial FCA.
- Valdés, L.A. (2014). Planeación estratégica con enfoque sistémico. Recuperado de http://docencia.fca.unam.mx/~lvaldes/libro/planeacion_estrategica_2_Edicion.pdf
- Villarreal H. y Macías, A. (2020). Macroeconomía del desarrollo. El sistema de pensiones en México Institucionalidad, gasto público y sostenibilidad financiera. CEPAL, Naciones Unidas. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45820/1/S2000382_es.pdf

Acrónimos y abreviaturas

APP Asociaciones Público-Privadas
APS Atención Primaria de Salud
ASE Aportación Solidaria Estatal
ASF Aportación Solidaria Federal
AVAD Años de Vida Ajustados por Discapacidad
BM Banco Mundial
CAUSES Catálogo Universal de Servicios de Salud
CCNPMIS Comisión Coordinadora para la Negociación de
CDMX Ciudad de México
CE Cobertura Efectiva
CEMECE Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades
CENETEC Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
CESOP Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública
CFE Comisión Federal de Electricidad
CIE Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas
Relacionados con la Salud
CIE-10 Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición
CIE-9 Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión, Modificación
Clínica
CIEP Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A.C.
CIF Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud
CNPSS Comisión Nacional de Protección Social en Salud
CONAPO Consejo Nacional de Población
COFEPRIS Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
CONACYT Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
CONEVAL Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo
Coplamar Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos
Marginales
COVID-19 Enfermedad causada por el coronavirus descrita en 2019
CPEUM Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
CS Centro de Salud
CS Cuota Social
CSG Consejo de Salubridad General
CSSSM Cuenta Satélite del Sector Salud en México
CT Cobertura Teórica CUS Cobertura Universal en Salud
CUS Cobertura Universal de Salud
del Estado
DGIS Dirección General de Información en Salud
DOF Diario Oficial de la Federación
ECE Expediente Clínico Electrónico
ENIGH Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares
ENSANUT Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
EP Estrategia Prioritaria (referidas a este Programa Institucional)
ESB Equipo de Salud para el Bienestar
ETS Evaluación de Tecnologías Sanitarias

FASSA Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud
 FASSA-P Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud destinados a la Persona
 FPGC Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
 FONSABI Fondo de Salud para el Bienestar
 FPGC Fondo de Protección Contra Gastos
 FPGC Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
 FPP Fondo de Previsión Presupuestal
 FSPSS Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud
 GBD Global Burden of Disease
 GPS Gasto Público en Salud
 GRD Grupos Relacionados con el Diagnóstico
 IEPS Impuesto Especial sobre Producción y Servicios
 IFAI Instituto Federal de Acceso a la Información Pública
 IMSS Instituto Mexicano del Seguro Social
 INDICAS Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud
 INEGI Instituto Nacional de Estadística y Geografía
 INMUJERES Instituto Nacional de las Mujeres
 INPC Índice Nacional de Precios al Consumidor
 INPI Instituto Nacional de Pueblos Indígenas
 INSABI Instituto de Salud para el Bienestar
 INSP Instituto Nacional de Salud Pública
 ISFL Instituciones Sin Fines de Lucro
 ISSES Instituciones de Seguridad Social de las Entidades Federativas
 ISSFAM Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas de México
 ISSSTE Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
 ISSSTEEST Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
 a cargo de los gobiernos estatales
 LAPP Ley de Asociaciones Público Privadas
 LGS Ley General de Salud
 LISF Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas
 LISSFAM Ley del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas de México
 LISSSTE Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del
 Estado
 LSS Ley del Seguro Social
 MAIS Modelo de Atención Integral a la Salud mdp millones de pesos
 NA No aplica
 ND No disponible
 OCDE Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
 ODS Objetivos de Desarrollo Sostenible
 OIC Órgano Interno de Control
 OMS Organización Mundial de la Salud
 ONU Organización de Naciones Unidas
 OP Objetivo Prioritario (referido a este Programa Institucional)
 OPD Organismo Público Descentralizado
 OPS Organización Panamericana de la Salud
 PEF Presupuesto de Egresos de la Federación
 PEMEX Petróleos Mexicanos

PIB Producto Interno Bruto
 PND Plan Nacional de Desarrollo
 PNS Programa Nacional de Salud
 PNT Plataforma Nacional de Transparencia
 Popular)
 PPA Paridad de Poder Adquisitivo
 Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud
 Programa Institucional 2020-2024 del INSABI
 PROGRESA Programa de Educación, Salud y Alimentación
 Pronasol Programa Nacional de Solidaridad
 Prosesa Programa Sectorial de Salud
 PSS Programa Sectorial de Salud 2020-2024
 REPSS Régimen Estatal de Protección Social en Salud
 RH Recursos Humanos
 RISS Redes Integradas de Servicios de Salud
 RLGS Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud
 ROP Reglas de Operación
 SABI (Modelo) Modelo de Salud para el Bienestar
 SB Sueldo Básico
 SBC Salario Base de Cotización
 Sedena Secretaría de la Defensa Nacional
 SEGOB Secretaría de Gobernación
 SEM Seguro de Enfermedades y Maternidad
 Semar Secretaría de Marina
 SESA Servicios Estatales de Salud
 SHCP Secretaría de Hacienda y Crédito Público
 SHCP Secretaría de Hacienda y Crédito Público
 SICALIDAD Sistema Integral de Calidad en Salud
 SINAIS Sistema Nacional de Información en Salud
 SINAVE Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
 SINBA Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud
 SINOS Sistema Nominal en Salud
 SIS Sistema de Información de Salud
 SMCM Salario Mínimo de la Ciudad de México
 SMGVDF Salario Mínimo General Vigente en el Distrito Federal
 SNDIF Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
 SNS Sistema Nacional de Salud
 SP Seguro Popular
 SPSS Sistema de Protección Social en Salud
 SSA Secretaría de Salud
 SSE Sistema de Seguro Estatutario
 SSU Sistema de Salud Universal
 TA Tasa de atención
 TE Tiempo de espera
 TIC Tecnologías de la Información y la Comunicación
 UMR Unidad Médica Rural (del IMSS-BIENESTAR)

UNAM Universidad Nacional Autónoma de México

UNEME Unidades de Especialidades Médicas

VIH/SIDA Virus de Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia
Adquirida

Anexo

1. Elementos de la estructura organizacional

Estructura: Forma en que están ordenadas las unidades administrativas de un órgano u organismo y la relación que guardan entre sí.

Funciones: Conjunto de actividades afines y coordinadas necesarias para alcanzar los objetivos de la institución.

Autoridad: Es el poder institucionalizado.

Responsabilidad: Es la obligación de ejecutar una actividad asignada. Es el compromiso auto asumido por una persona para manejar un trabajo con lo mejor de su habilidad.

Tramo de control: Se refiere al número de órganos y puestos directamente subordinados a un funcionario o jefe y que deben ser orientados y supervisados por éste efectivamente.

Delegación: Es asignar el trabajo adecuado al nivel de responsabilidad.

Normatividad: Es el conjunto de normas o reglas que deben seguir como conductas, tareas y actividades que se le impongan a determinada área o actividad

Reglamentos: Establecen que una acción específica debe o no llevarse a cabo en determinada situación.

Comunicación de tareas: Es la acción por la cual el ser humano transmite y recibe opiniones, ideas, pensamientos, informes, instrucciones, órdenes ya sea en forma individual o colectiva para comunicar una tarea.

Liderazgo: Permite guiar al personal de manera que infunde respeto, confianza y cooperación abierta y sincera.

Reconocimiento: Se conoce como una necesidad de estima.

Apoyo: Significa proporcionar soporte especializado para coadyuvar a la realización de las funciones sustantivas o adjetivas asignadas a las unidades o áreas de trabajo.

Solución de conflictos: Es la búsqueda de la causa de algo que no funciona como debiera, para su posterior corrección.

Valores compartidos: Constituyen las creencias, así como sus conceptos guía en cuanto a “quienes” somos, qué hacemos, hacia dónde nos dirigimos y qué principios defenderemos para llegar allí.

Manuales: Elemento que comprende en forma ordenada, secuencial y detallada los procedimientos o una serie de pasos en una unidad administrativa, los órganos que intervienen y los formatos que se deben utilizar para la realización de las funciones que se le han asignado.

Coordinación entre áreas: Es el proceso de integrar los objetivos y actividades de unidades independientes (departamentos o áreas funcionales) de una organización, a fin de conseguir eficientemente las metas organizacionales

Coordinación entre áreas: Es el proceso de integrar los objetivos y actividades de unidades independientes (departamentos o áreas funcionales) de una organización, a fin de conseguir eficientemente las metas organizacionales

Selección del personal: Es el subproceso implicado en la dotación de recursos humanos apropiados para la organización. La selección consiste en elegir un individuo para ser contratado entre todos aquellos que han sido reclutados

Capacitación del personal: Consiste proporcionar a los empleados nuevos o actuales,

las habilidades necesarias para desempeñar su trabajo. La capacitación es un proceso de enseñanza de las aptitudes básicas que los nuevos empleados necesitan para realizar su trabajo.

Comercialización: La comercialización involucra cuatro componentes; cuándo (momento); dónde (estrategia geográfica); a quién (mercados-meta prospectos); cómo (estrategia de mercadotecnia de introducción).

Promoción: La promoción es el conjunto de varios instrumentos como publicidad, venta personal...

Ventas: Es ofrecer y traspasar la propiedad de un bien o la prestación de un servicio a cambio de un precio establecido.

Logística: Es el proceso de planeación, instrumentación y control eficiente y efectivo en costo del flujo de almacenamiento de materias primas, de los inventarios de productos en proceso y terminados, así como del flujo de la información respectiva desde el punto de origen hasta el punto de consumo, con el propósito de cumplir con los requerimientos de los clientes.

Almacén: Es el lugar físico en dónde se guardan los productos mientras que se mantenga el inventario.

Precio de venta: Valor asignado a nuestros productos a fin de llevar a cabo un intercambio.

Presupuesto: Son estados de recursos financieros que se reservan para determinadas actividades en un periodo determinado de tiempo.

Aplicación del presupuesto: Es asignar bienes a todas las actividades, programas y costos procesables y discrecionales para los cuales es posible identificar relaciones de costos-beneficios, aun cuando esta relación sea fuertemente subjetiva.

2. Estructura orgánica del INSABI

