1er Informe de Labores

2012-2013

Índice General

Presentación

I. ÁREA DE LA SECRETARIA 13
1.1 Unidad de Análisis Económico 16
1.2 Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos 17
1.3 Dirección General de Comunicación Social 19
1.4 Comisión Nacional Contra las Adicciones 21
1.5 Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social 23
1.5.1 Dirección General de Relaciones Internacionales 25
1.5.2 Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud 28

II. SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD 33
2.1 Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud 34
2.2 Dirección General de Información en Salud 36
2.3 Dirección General de Evaluación del Desempeño 40
2.4 Dirección General de Calidad y Educación en Salud 42
2.5 Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud 44

III. SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD 51
3.1 Dirección General de Promoción de la Salud 51
3.2 Dirección General de Epidemiología 52
3.3 Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades 54
3.4 Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia 56
3.5 Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva 59
3.6 Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/Sida 64
3.7 Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones 66

IV. SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS 73
4.1 Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto 73
4.2 Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales 77
4.3 Dirección General de Recursos Humanos 78
4.4 Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física 79
4.5 Dirección General de Tecnologías de la Información 80
4.6 Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública 82

V. COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD 87
5.1 Dirección General de Políticas de Investigación en Salud 88
5.2 Dirección General de Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud 90
5.3 Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia 90
5.4 Dirección General de Coordinación de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad 92
5.5 Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea 94
5.6 Centro Nacional de Trasplantes 96
5.7 Servicios de Atención Psiquiátrica 97

VI. COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS 103

VII. COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD 111

VIII. COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO 119

IX. COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA 127

X. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL 133

XI. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD 139

XII. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES 145

XIII. CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL 151

XIV. PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES 159

XV. SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA 167

XVI. CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL 173

XVII. LABORATORIOS DE BIOLÓGICOS Y REACTIVOS DE MÉXICO 179

ANEXOS ESTADÍSTICOS 185

GLOSARIO 213

DIRECTORIO 220

Presentación

Presentación

De conformidad con lo establecido en el artículo 93 de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, el artículo 23 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y el artículo 8 de la Ley de Planeación, me permito someter a consideración de la H. Soberanía el Primer Informe de Labores de la Secretaría de Salud, correspondiente al periodo del 1º de septiembre de 2012 al 31 de agosto de 2013.

En este Primer Informe de Labores, incluimos las actividades y acciones desarrolladas por la administración anterior, durante el periodo del 1º de septiembre al 30 de noviembre de 2012, así como las correspondientes a la actual administración, que comprenden el periodo del 1º de diciembre de 2012 al 31 de agosto de 2013.

A partir de esta administración el C. Presidente de la República, Lic. Enrique Peña Nieto, instruyó, como parte fundamental del actuar de todos y cada uno de los servidores públicos, que se rindieran cuentas claras acerca de las actividades realizadas, así como del ejercicio de los recursos asignados. En nuestro caso, lo relacionado a la rectoría del Sistema Nacional de Salud y al financiamiento con recursos del Sistema de Protección Social en Salud para la atención de la población, la protección contra riesgos sanitarios, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, entre otras.

Para iniciar, consideramos los retos y desafíos que en la actualidad inciden en la salud de la población, los cuales ya han tenido un seguimiento en estos primeros nueve meses de la presente administración, y continuamos atendiéndolos.

El país ha tenido múltiples avances en materia de salud y en las últimas décadas las transiciones sociales, económicas, demográficas y epidemiológicas, aunadas a los grandes avances científico-tecnológicos, han influido en el incremento de la esperanza de vida de los mexicanos. En la actualidad, predominan las enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes y la hipertensión, el cáncer, especialmente el de mama y el cérvico uterino; la obesidad, las adicciones, además de los trastornos mentales.

Asimismo, mediante el empleo de recursos públicos estamos avanzando para ampliar la afiliación de la población a algún esquema de aseguramiento público, ya sea por medio de la seguridad social o del Sistema de Protección Social en Salud. Esto ha permitido suprimir las barreras financieras para que la población pueda contar con un acceso regular y oportuno a los servicios de salud.

Lo anterior no hubiera sido posible sin la creación y el desarrollo de las instituciones que en la actualidad conforman nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS), además de las innumerables estrategias y acciones que a lo largo de muchos años se han llevado a cabo a través de miles de trabajadores de la salud que han prestado sus servicios a la población mexicana.

El presidente, Lic. Enrique Peña Nieto, marcó los lineamientos para la atención de los compromisos de gobierno, dio instrucciones complementarias y precisó los ejes rectores de su gobierno, por supuesto, el tema de la salud entra en todos y cada uno de ellos.

Ahora bien, en este gobierno se busca lograr un **México en paz**, incluyente, con educación de calidad para todos, próspero y, además, que actué con responsabilidad global. Por lo tanto, para lograr un **México en paz**, el objetivo es que el país se integre por una sociedad de clase media con equidad, cohesión social, e igualdad de oportunidades.

Para ello, se requiere de una estrategia nacional para reducir la violencia, y una coordinación real y eficaz entre los órdenes de gobierno, para combatir la impunidad y aplicar la justicia. En el caso de un **México incluyente**, se necesita combatir la pobreza y cerrar la brecha de desigualdad social que aún nos divide.

Para lograr un **México con educación de calidad para todos**, el objetivo es que las escuelas formen individuos libres, responsables y activos; ciudadanos de México y el mundo, comprometidos con sus comunidades. De igual forma para alcanzar un **México próspero**, se busca acelerar el crecimiento económico al fomentar la competencia en todos los ámbitos, aumentar el crédito para financiar áreas estratégicas y promover la economía formal, así como aprovechar los recursos naturales de manera sustentable y agregarles valor, para que su producto llegue a los bolsillos de los mexicanos de hoy y de mañana, quienes, después de todo, son los dueños de esa riqueza. También, se busca impulsar todos los motores de crecimiento. El campo, el turismo y el desarrollo industrial serán imprescindibles en la ruta de México para transformarse en una potencia económica emergente.

Por último, para lograr que **México sea un actor con responsabilidad global**, se debe honrar el lugar que México ha tenido históricamente en el concierto de las naciones, como un país solidario y comprometido con las mejores causas de la humanidad.

Prácticamente en todos y cada uno de los ejes señalados participa de alguna manera la Secretaría de Salud y las instituciones que conforman el SNS, lo que redunda en una corresponsabilidad de todos los actores involucrados. Nuestra mayor atención se enfoca en lograr un México sano e incluyente; sin embargo, para tener un país fuerte y vigoroso, con capacidad plena y productiva, es importante y necesario que la población goce y disfrute de plena salud.

Durante este periodo se participó activamente en la concreción y elaboración del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, y se inició el trabajo de elaboración y consenso del Programa Sectorial de Salud para el mismo periodo, que deberá presentarse conforme a los tiempos y lineamientos que ha marcado la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). Continuamos en la labor, gracias a la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, los profesionales y expertos en la materia, las instituciones académicas y las organizaciones de la sociedad civil.

Estamos trabajando en la transformación del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con las instrucciones del señor presidente Enrique Peña Nieto. Así, se ha trabajado de manera conjunta con diversos sectores y dependencias involucrados en nuestra tarea, o que por la forma de gobierno nos exige un trabajo coordinado, lo cual se traduce en los hechos en una verdadera suma de esfuerzos, la aplicación de recursos y las acciones en beneficio de la población. Durante este periodo, se trabajó en tres grandes prioridades de salud: Acceso efectivo, calidad de la atención, prevención de enfermedades y promoción de la salud.

En este informe, cada una de las unidades administrativas de las áreas centrales precisa las tareas realizadas de manera cualitativa y cuantitativa, con la responsabilidad y el amplio propósito de dar a conocer lo que hemos llevado a cabo, para que la sociedad en su conjunto esté informada.

De esta manera, damos cumplimiento al mandato constitucional y ponemos a la disposición del H. Congreso de la Unión, en tiempo y forma, el presente Informe de Labores de la Secretaría de Salud.

Dra. Mercedes Juan López
Secretaria de Salud

Estructura Orgánica
Estructura Dictaminada por la Secretaría de Salud

- El 29 de marzo de 2013 se publicó en el DOF el Acuerdo por el que se agrupan las entidades paraestatales denominadas Instituto Mexicano de la Juventud y Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad, al Sector Coordinado por la Secretaría de Desarrollo Social.
Estructura Orgánica Básica con base en el Decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud DOF/02/02/2010.

I. Área de la Secretaria

Por tu SALUD
estamos
moviendo a
MÉXICO

ÁREA DE LA SECRETARIA

La Secretaria de Salud dio atención, trámite y resolución a los asuntos de su competencia, referidos a establecer, dirigir y controlar las políticas de la Secretaría, así como coordinar y evaluar las de las entidades paraestatales del sector; analizar el presupuesto anual de egresos 2013, tanto federal como de las entidades paraestatales; aprobar, controlar y evaluar los programas de la Secretaría, así como coordinar la programación y presupuesto de las entidades agrupadas administrativamente en el sector coordinado; someter al acuerdo del Presidente de la República los asuntos encomendados a la Secretaría y al sector salud que lo ameritaron; desempeñar las comisiones y funciones especiales que el Presidente de la República le confirió, manteniéndolo informado sobre el desarrollo de las mismas; proponer y refrendar al Presidente de la República los proyectos de iniciativas de leyes, reglamentos, decretos, acuerdos y órdenes sobre los asuntos de la competencia; representar al Presidente de la República en los eventos que le fueron asignados, y atender a los representantes de las cámaras de Diputados y Senadores cuando se lo requirieron, entre otras actividades.

Durante el periodo de diciembre de 2012 a julio de 2013 la Secretaria de Salud realizó diversas giras por las entidades federativas, entre las que destacan: la Inauguración de la Universidad Teletón en el Estado de México; el inicio de la Primera Semana Nacional de Salud de 2013, en el Parque Metropolitano Bicentenario de Toluca; su participación en los foros estatales en San Luis Potosí, Durango y Zacatecas como parte de la consulta ciudadana para la integración del Plan Nacional de Desarrollo (PND); su asistencia a la reunión preparatoria para la puesta en marcha del programa Cruzada por el Hambre en Guerrero; su participación en la XXXVI Reunión de Secretarios de Salud de la Región Sur-Sureste, con el tema Evaluación de la Problemática en Salud en esta región; la presentación de arranque de la Cruzada Nacional contra el Hambre en Zinacantán, Chiapas; su asistencia a las XXI Jornadas Médicas y de Enfermería 2013, y la inauguración de la Unidad de Especialidad Médica de Detección y Diagnóstico de Cáncer de Mama, en Gómez Palacio, Durango.

En diversas reuniones de trabajo con los gobernadores de las entidades federativas y en compañía de los titulares de las áreas mayores de la Secretaría, se trataron diversos temas, entre los que destacan: análisis de la problemática en salud, presupuesto, infraestructura, recursos humanos, intercambio de servicios, programas de prevención de la salud, muerte materna, salud mental, influenza, dengue, escuela segura y Cruzada Nacional contra el Hambre, entre otros.

En el periodo de enero a julio de 2013, la Secretaria de Salud asistió a las reuniones programadas del Consejo Nacional de Salud: la primera reunión ordinaria se llevó a cabo el 30 de enero en la sede de la Secretaría de Salud en la Ciudad de México, Distrito Federal; la segunda reunión ordinaria se realizó del 24 al 26 de abril en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, y la tercera reunión ordinaria se efectuó del 21 al 23 de agosto en la ciudad de Zacatecas, Zacatecas. En estas reuniones se analizaron diversos temas de carácter nacional en materia de salud, salubridad general, protección a la salud, recursos financieros, humanos y materiales, avances en materia de normativa y calidad de la atención, entre otros.

Asimismo, la C. Secretaria asistió a las comisiones que le fueron encomendadas por el Ejecutivo Federal en representación del mismo, así como a las que él convocó para analizar temas nacionales o acudir a ceremonias de inicio de trabajos o presentaciones de programas federales, en las que participó tanto el gabinete federal y ampliado como los diferentes actores públicos y privados de la sociedad nacional y extranjera.

En el plano internacional, con el fin de fortalecer el papel de México en materia de cooperación en salud, la Secretaria de Salud desarrolló actividades en el ámbito multilateral y bilateral, entre las que destacan las siguientes: recibió a la Directora de la Organización Panamericana de la Salud, con quien compartió los retos que enfrenta el sistema de salud y la importancia de promover la salud en todas las políticas; participó en la 66ª Asamblea Mundial de la Salud que se llevó a cabo en Ginebra, Suiza, donde el Pleno de la Asamblea expresó que México ha reconocido en los Objetivos de Desarrollo del Milenio un punto de inflexión que ha posicionado a la salud como un elemento fundamental en el desarrollo de las naciones; llevó a cabo una reunión trilateral con las secretarias de salud de Canadá y Estados Unidos, quienes compartieron retos en materia de seguridad de salud y estrategias de promoción de la salud, y señalaron la importancia de mantener un sistema de comunicación coordinado para actuar oportunamente en caso de una

emergencia sanitaria; asimismo, en materia de prevención para el combate de la obesidad, señalaron la importancia de fortalecer la comunicación de riesgos, la reducción del sodio y un etiquetado adecuado para brindar información que le permita al consumidor una toma de decisiones informada.

Se estrecharon los lazos de colaboración en materia de salud con los siguientes países: Bangladesh, Estonia, Francia, Indonesia, Nigeria, Reino Unido de Gran Bretaña, y Suecia, mediante el intercambio de buenas prácticas e identificación de retos comunes. Asimismo, se fortaleció la comunicación con los países integrantes del Sistema Mesoamericano de Salud Pública al abordar los retos comunes en la región y la importancia de fortalecer la acción coordinada en temas como salud materno-infantil, vacunación, nutrición y enfermedades transmitidas por vector (en particular malaria y dengue), además de enfermedades crónicas no transmisibles, adicciones, VIH/SIDA y seguridad vial.

Con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se han fortalecido los lazos de cooperación en materia de salud, en temas específicos y de carácter internacional, lo que permite en el corto plazo un desarrollo sistemático en los temas de la agenda establecida en el ámbito de los compromisos internacionales.

A nivel sectorial, de manera permanente se llevaron a cabo diversas reuniones de análisis, evaluación y seguimiento de los diversos temas que son responsabilidad de la Secretaría de Salud, con la participación de los titulares del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, así como de los representantes de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y la Secretaría de Marina (Semar), y de Petróleos Mexicanos (PEMEX). A nivel interno, también de manera permanente, se analizó, evaluó y dio seguimiento a la problemática de los diferentes temas de responsabilidad institucional, de lo cual dan cuenta en este mismo informe los responsables de cada una de las áreas que integran la Secretaría de Salud.

Como parte de los compromisos del Programa de Cultura Institucional, durante 2013 se desarrollaron cuatro sesiones del Comité para la Prevención y Atención a Casos de Hostigamiento y Acoso Sexual.

Con relación a la estrategia de Blindaje Electoral, en la que se estableció un conjunto de acciones con la finalidad de fortalecer la prevención, atención, seguimiento de sanción de responsabilidades administrativas y de delitos electorales para servidores públicos federales, y evitar que los recursos públicos federales sean utilizados con fines u objetos distintos a los establecidos en la norma correspondiente, se instruyó a las diversas unidades administrativas de la Secretaría para que realizaran diversas actividades en materia de control interno, difusión, capacitación, fortalecimiento de mecanismos de denuncia y vigilancia, con la finalidad de evitar que los recursos públicos fueran utilizados con fines electorales.

En coordinación con el Órgano Interno de Control, la Coordinación de Asesores de la C. Secretaria, dio seguimiento a las acciones de mejora en proceso de atención del Programa de Trabajo de Control Interno de la administración anterior, tanto en las unidades administrativas centrales como en los órganos desconcentrados. Como resultado de dicho seguimiento, se tuvieron avances significativos en materia de control interno institucional, reflejando así el compromiso por parte de las unidades administrativas en la implementación del mismo en sus procesos y operaciones.

Al cierre de 2012, en las unidades administrativas del área central de la Secretaría de Salud se dio seguimiento y atención a las acciones de mejora que atienden el Control Interno Institucional, de lo cual destaca lo siguiente:

- Se actualizaron y autorizaron 100% de los manuales de organización del área central y órganos desconcentrados, así como 88% de manuales de procedimientos de las áreas centrales y 86% de los órganos desconcentrados.
- Se logró que el personal del área central conozca y reconozca el control interno institucional como parte de sus procesos diarios.
- Se logró 87.3% de avance en la implementación de acciones en el Programa de Trabajo de Control Interno de 2011, es decir, de un total de 534 acciones de mejora a realizar se atendieron 339 acciones. Asimismo, para el Programa de Trabajo de Control Interno 2012 se obtuvo 66.8% de avance, que representa 155 acciones implementadas de 232 acciones de mejora comprometidas.

De enero a julio de 2013, en las unidades administrativas del área central se obtuvo un avance de 8.7% adicional, por lo cual el avance del Programa de Trabajo de Control Interno 2011 quedó en 96%, es decir, 510 acciones implementadas de 534. En cuanto al Programa de Trabajo de Control Interno 2012, se obtuvo un avance de 86%, es decir, 201 de 234 acciones de mejora implementadas.

Con respecto al seguimiento de las acciones de mejora comprometidas por los órganos desconcentrados en sus Programas de Trabajo de Control Interno 2012, se obtuvo al cierre de 2012 un porcentaje general de avance de 80%, que representa 441 acciones de mejora atendidas de 552. Para julio de 2013 se alcanzó un avance de 87.3%, es decir, se han atendido un total de 482 acciones de mejora de 552.

Para la aplicación de la Encuesta de Autoevaluación de Control Interno Institucional 2013, en el mes de abril un total de 480 servidores públicos participaron en las áreas centrales, 31% más que en la encuesta de 2012, la cual se distribuyó en los tres niveles de control, con un complemento referido a tecnologías de la información, de la siguiente manera: seis en nivel estratégico; 49 en directivos; 410 en operativos; y 15 en apoyo de Tecnologías de Información y Comunicación. Se elaboró el Programa de Trabajo de Control Interno 2013, el cual fue suscrito por la Titular de la Secretaría de Salud.

En el marco del Programa de Mejora de la Gestión (PMG) 2008-2012, y de acuerdo con los objetivos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, en diciembre de 2012 la Secretaría de Salud concluyó en el Sistema de Administración del PMG dos proyectos de mejora. Se obtuvieron los siguientes productos y beneficios:

CUADRO I.1 PROYECTOS DE MEJORA DE LA GESTIÓN, DESARROLLADOS POR LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS

PROYECTOS DEL PMG	UNIDADES RESPONSABLES	RESULTADOS ALCANZADOS
Fortalecimiento al Sistema Automatizado de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) Módulo de Mortalidad Materna.	Dirección General de Epidemiología	1. Desarrollo del Módulo Muerte Materna en la plataforma única de Información.
		2 Mejora de la calidad de la información, consistente y confiable.
		3. Mayor agilidad para obtener análisis de información a partir del reporteador en tiempo real de captura, antes inexistente.
		4. Uso de información homogénea por las dependencias involucradas.
tuempresa.gob.mx (Apertura Rápida de Empresas)	Interinstitucional Servicio de Administración Tributaria Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios	1. El usuario puede darse de alta a través del portal www.tuempresa.gob.mx para cualquiera de los cuatro avisos de Fortalecimiento y de responsable (Productos y servicios, Insumos para la salud, Servicios de salud y Salud Ambiental) dependiendo de su giro solo para personas morales y sociedades anónimas.
		2. Disminuir costos de oportunidad: Tiempo aproximado de constitución en 2 horas.
		3. Reducción de trámites en oficinas gubernamentales.
		4. Evita largas filas.
		5. Simplificación a un único formulario.
		6. Facilita la obtención de créditos y apoyos económicos.
		7. Facilita la interacción entre ciudadano y gobierno federal,
		8. Disminución de actos de corrupción, crea certeza y legalidad en el trámite,
		9. Protege la información del usuario y agiliza el cumplimiento de trámites de la empresa.

FUENTE: Unidad del Programa IMSS-Oportunidades. 2011-2013.

En mayo de 2013, en coordinación con la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud, se revisaron y se integraron los informes de cuenta pública 2012 del área central, órganos desconcentrados y entidades de control presupuestario indirecto correspondiente al tomo de resultados, análisis del cumplimiento de los indicadores para resultados y análisis del ejercicio del presupuesto programático devengado.

Por instrucciones de la C. Secretaria de Salud, al inicio de su gestión se integró el grupo de *staff,* que desde el ámbito de sus competencias trabajó como un grupo colegiado de apoyo a la titular del ramo para la presentación, discusión, consulta, opinión y toma de decisiones de temas relevantes. A través de este esquema, desde la oficina de la Secretaria se pudo dar supervisión y seguimiento a los principales programas de las áreas y atender aquéllos que era necesario revisar.

Este grupo se integró con los titulares de las subsecretarías, la Unidad de Análisis Económico, las comisiones nacionales (CNPSS, COFEPRIS, CONAMED, CONADIC y Bioética), el Órgano Interno de Control, la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos y la Coordinación de Asesores de la C. Secretaria, que funge como coordinadora operativa de dicha actividad.

En el periodo del 1º de enero al 9 de julio de 2013 se han realizado un total de 14 reuniones de *staff,* en las que destaca el análisis de los programas de salud, la integración sectorial, la participación en la Cruzada Nacional contra el Hambre, el seguimiento a compromisos de gobierno, la participación en la elaboración del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, los foros para la integración del PND, giras presidenciales y giras de trabajo de la Secretaria de Salud, entre otras. El seguimiento de los trabajos ahí evaluados pasó a la responsabilidad de cada una de las áreas correspondientes.

1.1 Unidad de Análisis Económico

La Unidad de Análisis Económico (UAE) actúa como un órgano de consulta y apoyo para diversas dependencias de la Secretaría de Salud. Entre sus labores destaca el trabajo de análisis financiero para optimizar la asignación equitativa de recursos y garantizar la sustentabilidad del Sistema Nacional de Salud, así como el desarrollo de análisis en materia de economía de la salud para informar sobre el impacto en términos económico-financieros de diversos procesos estratégicos a cargo de la Secretaría de Salud.

La UAE participó en los trabajos de la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud. Como en años previos, tuvo a su cargo la coordinación del Comité de Evaluación Económica. Durante el proceso de negociación realizado en 2012, emitió recomendaciones en apoyo al equipo negociador, basadas en el análisis económico de los medicamentos.

Asimismo, elaboró el documento Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud: Recuento de Actividades 2008-2011, el cual representó el punto de partida para la revisión del modelo de negociación, al considerarse necesaria la identificación de áreas de oportunidad del proceso llevado a cabo durante los primeros cuatro años de su operación. Posteriormente, elaboró el documento Modelo de Negociación de Precios de Medicamentos para México, que constituye una propuesta de ajuste al modelo de negociación, a fin de fortalecer la capacidad negociadora de la Comisión.

En coordinación con el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA), la UAE trabajó en la evaluación económica de la vacuna contra la hepatitis A en el Programa Nacional de Vacunación. Los resultados se presentarán en su momento en el seno del Consejo Nacional de Vacunación.

La UAE, en trabajo conjunto con el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE) y la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), determinó el tipo de estudios económicos que se tendrían que realizar, así como la metodología requerida para evaluar la factibilidad de incorporar una potencial vacuna contra el dengue en el Sistema Nacional de Salud.

Se trabajó de forma coordinada con el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA) para desarrollar un Análisis de Impacto Financiero del Programa de Acceso Universal a Medicamentos Antirretrovirales en la Secretaría de Salud en el corto y mediano plazo. También se realizó un estudio

denominado Análisis de la Prescripción y Existencias de Medicamentos Antirretrovirales de Primera Línea en 2012 a fin de evaluar el cumplimiento por parte de los médicos en la prescripción de tratamiento antirretroviral a personas que iniciaron medicación entre los meses de enero a julio de 2012.

Adicionalmente, la UAE realizó la estimación de los costos que representan actualmente la provisión de tratamiento antirretroviral con los esquemas recomendados como de primera y segunda líneas, así como de algunos esquemas de rescate. En coordinación con el CENSIDA, realizó un análisis comparativo internacional de los costos de antirretrovirales en México y algunos países de América Latina para el periodo 2008 a 2011.

Como parte del apoyo técnico que se brinda a la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos de la Secretaría, la UAE emitió comentarios solicitados a diversos documentos normativos, así como a diversas iniciativas de reformas discutidas en el Congreso de la Unión durante las Legislaturas LXI y LXII.

En el ámbito de las responsabilidades de la UAE, y para dar cumplimento a los objetivos planteados en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 en materia de salud, los esfuerzos del 1° de enero al 31 de agosto de 2013 se enfocaron en las siguientes actividades:

En colaboración con el CENAPRECE, la UAE coordinó el tema de aspectos económicos del Consorcio para el Combate contra las Enfermedades no Transmisibles: Hacia una Política Pública de Estado. El propósito del consorcio fue elaborar una propuesta con opciones de política pública para el combate efectivo contra las enfermedades no transmisibles, con énfasis en el sobrepeso y la obesidad, la hipertensión, la diabetes mellitus y las dislipidemias.

La Unidad continúa su participación en el Comité de Salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico al vincular los proyectos en salud de dicha organización con las distintas áreas del sector. Asimismo, apoya la conformación de los Indicadores de Salud *(Health Data)* e Indicadores de Calidad de Servicios de la Atención Médica *(Health Care Quality Indicators)*, mediante la recopilación y análisis de datos provenientes de distintas fuentes nacionales de información en salud, y la generación de propuestas para que en ediciones futuras se cuente con más y mejores datos para el cálculo de los indicadores.

En coordinación con el CENSIDA, se da seguimiento técnico a un estudio costo-efectividad de un paquete de intervenciones de atención, diagnóstico y prevención en VIH/SIDA en México, en apoyo a la definición de políticas nacionales en esta materia.

La UAE participó en la elaboración del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y ha realizado diversos estudios técnicos para cumplir con la estrategia 2.3.1 Avanzar en la Construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal, de dicho plan. Asimismo la Unidad es la responsable de la elaboración del Plan Sectorial de Salud 2013-2018.

1.2 Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

La Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos representa y protege los intereses de la Secretaría de Salud y del sector coordinado. En este sentido, asesora, coordina, supervisa y realiza el análisis y propuestas jurídicas para proporcionar los elementos que consoliden y sustenten las bases del derecho a la protección de la salud en el marco de las atribuciones del Reglamento Interior de la Secretaría. En el periodo comprendido del 1° de septiembre de 2012 al 31 de agosto de 2013, se informa lo siguiente:

El total de asuntos ingresados a la Coordinación General fue de 10,055, de los cuales se atendieron 2,128 consultas u opiniones vinculadas con el derecho a la protección de la salud, entre iniciativas de leyes, dictámenes o minutas en estudio, presentadas ante el H. Congreso de la Unión, reglamentos, decretos y acuerdos del Ejecutivo Federal, acuerdos secretariales, normas oficiales mexicanas y otros ordenamientos jurídicos, así como diversas reuniones o mesas de trabajo.

En apoyo a las actividades sustantivas de las unidades administrativas, órganos desconcentrados y sector coordinado de la Secretaría de Salud, y en ejercicio de las atribuciones que le confiere el Reglamento Interior para remitir los documentos que requieren ser publicados en el Diario Oficial de la Federación (DOF), se tramitó la publicación de 125 documentos.

Se participó con la Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal en la tramitación de cuatro nombramientos de Servidores Públicos de la Secretaría de Salud y del sector

coordinado, a fin de que sean sometidos a consideración del C. Presidente de la República, asimismo se gestionaron 148 designaciones de esta dependencia del Ejecutivo Federal.

Se llevó a cabo la revisión y dictamen de 43 convenios, 87 instrumentos consensuales de naturaleza nacional o internacional, en los que la Secretaría es parte y 73 consultas de opinión de instrumentos consensuales.

Se representó a la Secretaría de Salud ante las autoridades de carácter administrativo o judicial, en los juicios o procedimientos en que tenga interés jurídico o se le designó como parte, conforme a las siguientes materias:

En materia civil se representó legalmente en 22 asuntos, ocho de los cuales fueron resueltos en sentido favorable. Se acudió a 112 comparecencias ante juzgados y se realizaron 897 trámites ante dichas instancias.

En materia laboral, se encuentran en proceso 740 juicios, se resolvieron 44 laudos en sentido favorable, se asistió a 1,674 audiencias, se atendieron 73 consultas y 185 asesorías personalizadas.

En el ámbito penal, se encuentran en proceso de integración 24 averiguaciones previas, se acudió a 86 comparecencias ante el Ministerio Público Federal y juzgados, se atendieron 50 consultas y cuatro recuperaciones de vehículos.

Con relación a lo contencioso administrativo, se encuentran en proceso 75 juicios, ocho resueltos en sentido favorable, se atendieron 106 requerimientos del Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa y uno del Servicio de Administración Tributaria.

En materia de amparo se concluyeron 184 juicios, de los cuales 169 fueron resueltos en sentido favorable, se rindieron 626 informes de ley, 526 informes justificados y 100 informes previos, que corresponden a 248 demandas de amparo, en 28 de ellas se ejerció la representación presidencial. Se interpusieron dos recursos de queja y 74 de revisión.

En materia de Derechos Humanos se atendieron 15 quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos y 271 solicitudes de información en vía de colaboración, 16 de las cuales fueron resueltas sin responsabilidad para la Secretaría de Salud y se brindó la atención a 374 peticiones sustentadas en el artículo 8 de la Constitución.

Se atendieron 23 solicitudes de diversas autoridades de la Administración Pública Federal en seguimiento a los asuntos que se ventilan ante el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, 14 solicitudes y 60 reuniones de trabajo de asuntos relacionados con la protección y promoción de los Derechos Humanos. A nivel nacional se dio continuidad al cumplimiento de la resolución 01/06 que emitió el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. A nivel internacional se asistió a tres reuniones de trabajo en la Organización de las Naciones Unidas (ONU), con la finalidad de dar seguimiento a las recomendaciones del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial; asimismo, se colaboró en el proceso de elaboración del Segundo Examen Periódico Universal que presentará México al Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y se acudió a una audiencia pública ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en Washington D.C.

En materia de adquisiciones, arrendamientos, servicios, obras públicas y bienes, se participó en 98 reuniones de trabajo, que corresponden a 54 sesiones de los comités de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, de Obras Públicas, de Bienes Muebles, Uso Eficiente de la Energía y el Subcomité Revisor de Convocatorias, se asistió a 31 sesiones de juntas de gobierno de diversos organismos descentralizados, nueve sesiones de consejos internos de diversos órganos desconcentrados y cuatro sesiones del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud. Se analizaron jurídicamente 347 asuntos de las reuniones anteriormente enunciadas y se proporcionó asesoría jurídica en materia de adquisiciones, arrendamientos, servicios, obras públicas y bienes en 320 casos.

En el Comité de Mejora Regulatoria Interna se convocó a seis sesiones de trabajo, en las que se generaron 13 acuerdos, con lo que se actualizó la Normateca Interna en el sitio web [http://www.comeri.salud.gob.mx], aprobándose 81 normas internas, con lo que el inventario actual asciende a 133 disposiciones.

En términos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, esta Coordinación General atendió 87 solicitudes de acceso a la información, se proporcionaron 70 asesorías y se participó en 28 reuniones de trabajo con unidades administrativas y órganos desconcentrados de la Secretaría. El Comité de Información convocó a cinco sesiones ordinarias y 149 extraordinarias, en las que se generaron 165 resoluciones, de las cuales 78 son inexistencias, 22 reservas, 22 versiones públicas y

43 prórrogas. Asimismo, se atendieron 74 recursos de revisión, ante el Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos.

Durante el periodo de septiembre a noviembre de 2012, entre las acciones más relevantes realizadas por la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos, se encuentra la coordinación y asesoría jurídica para la emisión del Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.

En los primeros ocho meses de la presente administración se participó en la elaboración de proyectos que son prioritarios para el Ejecutivo Federal, como el decreto mediante el cual se establece el Sistema Nacional para la Cruzada contra el Hambre; el acuerdo para crear con carácter permanente la Comisión Intersecretarial para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia; el acuerdo a través del cual se establece la integración y el funcionamiento de los gabinetes, y el decreto que aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018; todos fueron publicados en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 22 de enero, 11 de febrero, 1 de abril y 20 de mayo de 2013, respectivamente.

Ante el Honorable Congreso de la Unión, se impulsaron reformas a la Ley General de Salud en materia de salud mental con enfoque de derechos humanos; en materia de tamiz neonatal ampliado, revisión de retina y tamiz auditivo al prematuro, así como para fortalecer las garantías a la población infantil. Se ha promovido, además, un sistema de información confiable de nacidos vivos. Estas disposiciones fueron publicadas en el DOF el 15 y 25 de enero, y el 24 de abril de 2013, respectivamente.

Se coordinó la elaboración y posterior publicación en el DOF, de las Reglas de Operación para el Ejercicio Fiscal 2013 de los programas Seguro Médico Siglo XXI, Caravanas de la Salud, Sistema Integral de Calidad en Salud, Comunidades Saludables y Desarrollo Humano Oportunidades; el acuerdo para regular la integración y el funcionamiento del Consejo Interno de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública de la Secretaría de Salud; el acuerdo mediante el cual se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos de la Secretaría de Salud, y entidades coordinadas por dicha dependencia, que presten servicios de atención médica.

Se colaboró en la elaboración del acuerdo intersecretarial entre los secretarios de Medio Ambiente y Recursos Naturales, de Economía, de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación y de Salud, que establece la clasificación y codificación de mercancías cuya importación y exportación está sujeta a regulación por parte de las dependencias que integran la Comisión Intersecretarial para el Control del Proceso y Uso de Plaguicidas, Fertilizantes y Sustancias Tóxicas, publicado en el DOF el 12 de abril de 2013.

De igual forma, se colaboró en la suscripción de los Acuerdos Marco de Coordinación con los gobiernos de Oaxaca, Yucatán, Distrito Federal, Morelos y Durango, con el objetivo de facilitar la concurrencia en la prestación de servicios en materia de salubridad general.

1.3 Dirección General de Comunicación Social

La estrategia de la Dirección General de Comunicación Social de la Secretaría de Salud y sus órganos desconcentrados se ejecuta conforme a la política pública en salud del Gobierno Federal, cuyo eje primordial es la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la mejora de la calidad de los servicios, entre otras prioridades siempre enfocadas a mejorar el bienestar de los mexicanos.

Conforme a las atribuciones que le otorga el artículo 19 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, esta Dirección llevó a cabo su actividad con estricto apego a las disposiciones legales emitidas por la Secretaría de Gobernación. Los resultados obtenidos entre septiembre de 2012 y agosto de 2013 fueron: la emisión de 561 boletines de prensa, la organización de 28 conferencias de prensa, 630 entrevistas sobre diferentes temas de salud con servidores públicos y especialistas de la Secretaría de Salud y la cobertura de 172 actos públicos en los que participó la Secretaria, así como en eventos académicos.

En coordinación con otras instancias gubernamentales se implementaron acciones fundamentales para enfrentar en el ámbito de la salud el reto de disminuir el impacto negativo que ocasiona la pobreza extrema.

En materia de difusión se buscaron espacios en medios escritos como los periódicos Excélsior, Milenio, El Universal, La Razón y en la revista Siempre, entre otros;

y en medios radiofónicos como el Instituto Mexicano de la Radio (IMER), Radio Educación y Radio 620 para dar a conocer las estrategias en materia de salud y las metas propuestas a mediano y largo plazo.

De igual forma, se trabajó en la difusión del Premio Nacional de Acción Voluntaria y Solidaria 2013, para el cual, si bien tiene seis años organizándose, era necesario darle mayor difusión al interior del país y brindar la oportunidad de participar en este concurso a más organismos de la sociedad civil de todas las entidades federativas, que estimula con recursos económicos y la entrega de diplomas a estas organizaciones que realizan actividades en favor de grupos vulnerables.

La convocatoria para este premio se dio a conocer mediante desplegados, comunicados de prensa, entrevistas exclusivas en medios de comunicación que tienen presencia nacional como El Sol de México y el IMER, y medios locales como el sitio web México al Día.

Se desarrolló de forma conjunta con diferentes dependencias gubernamentales una actividad de relevancia primordial: el Operativo de Semana Santa y Verano Seguro 2013, con el fin de reforzar la información de diferentes rubros entre la población y así evitar daños a la salud durante los periodos vacacionales, causados por falta de precaución.

Se emitieron ocho comunicados de prensa relacionados con la prevención de accidentes en carretera y en el hogar, el consumo de alimentos y los cuidados de la piel. Se publicaron dos reportajes en revistas nacionales y se concertaron siete entrevistas con medios como Milenio, , Radio Centro, Núcleo Radio Mil, Canal 11, Efekto TV, Televisa y TV Azteca.

Se dio amplia difusión a las causas y consecuencias de las enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente sobrepeso y obesidad, que afectan a cerca de 70% de la población adulta y casi 30% de la población infantil.

En el marco de los 70 Años de la Secretaría de Salud, se obtuvo un espacio semanal en La Hora Nacional, programa de radio en el cual se han transmitido cinco cápsulas radiofónicas para hablar de la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, específicamente diabetes, obesidad, hipertensión arterial y padecimientos cardiovasculares y sobrepeso.

Se llevaron a cabo dos mesas de análisis en una estación de radio con presencia nacional y en un canal de televisión abierta, además, se emitieron cinco comunicados de prensa y se publicaron dos reportajes sobre prevención de enfermedades.

Para aprovechar el alto nivel de preparación de especialistas y profesionales de la salud, se creó un espacio llamado Plumas de la Salud para publicar artículos sobre temas de especialidad. Primero se les invita a escribir sobre un asunto específico que posteriormente es publicado en medios escritos, tanto en diarios de circulación nacional como en revistas y suplementos. De enero a agosto de 2013, 13 médicos de la Secretaría de Salud han publicado sus artículos. Considerando la buena aceptación que ha tenido este proyecto entre la comunidad médica de la Secretaría de Salud, se augura su continuación.

Se reactivó el periódico México Sano, órgano interno de difusión de información de la Secretaría de Salud, gracias a su demanda por parte de los trabajadores de la dependencia, ya que a través de él se les informa sobre acciones y programas institucionales.

Entre el 1° de septiembre de 2012 y el 31 de agosto de 2013 se difundió la campaña Acceso a los Servicios de Salud a la Población más Desprotegida, con la finalidad de dar a conocer los programas destinados a atender la demanda de servicios médicos.

Durante el periodo de enero a agosto de 2013, se difundieron 622 inserciones en los medios impresos a nivel nacional con motivo de diversas fechas conmemorativas para el sector salud, las cuales se citan a continuación:

- Día del Enfermero y la Enfermera (6 de enero).
- Día Internacional de la Mujer (8 de marzo).
- Día Mundial de la Salud (7 de abril).
- Día Mundial de la Seguridad y la Salud en el Trabajo (28 de abril).
- Día del Niño (30 de abril).
- Convocatoria Premio Nacional de Acción Voluntaria y Solidaria 2013 (7 de mayo).
- Día Mundial Sin Tabaco (31 de mayo).
- Día Internacional de la Lucha contra el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas (26 de junio).
- Día Internacional de la Juventud (12 de agosto).

Asimismo, en este período se gestionó la difusión de cinco campañas en coordinación con algunos órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud, conforme a la descripción siguiente:

- Primera Semana Nacional de Salud (del 11 de febrero al 1° de marzo) a cargo del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA).
- Primera Semana Nacional de Vacunación antirrábica felina y canina (del 10 al 16 de marzo) a cargo del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.
- Signos de alarma y deshidratación para solicitar atención oportuna por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) (del 22 de abril hasta el 30 de septiembre) a cargo del CeNSIA.
- Segunda Semana Nacional de Salud (del 5 al 17 de mayo) a cargo del CeNSIA.
- Tabaco en Adolescentes: Deja de Fumar y Boca de Cenicero (del 31 de mayo al 24 de noviembre) a cargo del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.

1.4 Comisión Nacional Contra las Adicciones

Corresponde al Comisionado Nacional contra las Adicciones ejercer las atribuciones que las leyes otorgan a la Secretaría de Salud en materia de prevención y control de las adicciones cuando su atención requiera de la participación y coordinación de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

Como parte de las acciones para la reducción del uso nocivo del alcohol, México, en su calidad de Presidente del Grupo de las Américas para el Desarrollo de un Plan Regional de Acción derivado de la Estrategia Mundial para la Reducción del Uso Nocivo de Alcohol, a través de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y la colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en septiembre de 2012 organizó la Primera Reunión de la Red Panamericana de Alcohol y Salud Pública en la que participaron 30 países y se congregaron expertos nacionales e internacionales en la materia.

La CONADIC ha coordinado la difusión de los beneficios de los modelos de justicia alternativa para personas con adicciones, como una estrategia efectiva para reducir la demanda de drogas, disminuir los índices de reincidencia delictiva y de sobrepoblación penitenciaria, así como la rehabilitación de las personas que a causa de su adicción cometieron conductas ilícitas. Al respecto, se brindó asistencia técnica a cinco entidades federativas que son factibles de operar este programa por sus condiciones procesales y de infraestructura para ofrecer tratamiento. En Nuevo León operan dos juzgados para el tratamiento de adicciones, uno en el municipio de San Nicolás, y otro en Guadalupe. En este último, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) desarrollará un estudio diagnóstico para el Tribunal de Tratamiento de Adicciones, el cual permitirá perfilar proyectos que fortalezcan las capacidades de las entidades que eventualmente adopten el modelo. De junio de 2011 a junio de 2013 se decretó la libertad absoluta a 47 participantes que concluyeron satisfactoriamente las cuatro fases de tratamiento establecidas en el programa.

En el ámbito de investigación y difusión, en noviembre de 2012, la CONADIC presentó la colección Actualidades en Adicciones conformada por cinco tomos. Además, de julio de 2012 a mayo de 2013, en coordinación con el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y la Universidad de California, llevó a cabo la planeación del estudio binacional entre México y Estados Unidos: Prevalencia del Consumo de Sustancias, medido por Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) e Intervención Breve QUIT en Tijuana y Los Ángeles, proyecto financiado por la Iniciativa Mérida. Asimismo, participó activamente en diversos foros e iniciativas internacionales, enfocadas en la prevención y la atención de adicciones.

Respecto a la vinculación con organismos internacionales, la CONADIC continuó su labor con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los temas de reducción del uso nocivo de alcohol y consumo de tabaco. Respecto a la reducción de la demanda de drogas ilegales, trabajó de manera coordinada con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, y tuvo una participación destacada en el 55° Periodo de Sesiones de la Comisión de Estupefacientes. También colaboró con la OPS y con la CICAD. Asimismo, México a través de la CONADIC, continuó su participación en el Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en materia de Políticas sobre Drogas.

En la esfera bilateral, destaca la cooperación con Estados Unidos, a través de la Iniciativa Mérida, para la reducción de la demanda; en este ámbito, la CONADIC presentó la posición de México en los Comités Bilaterales de Cooperación contra el Narcotráfico y la Farmacodependencia que encabeza la Procuraduría General de la República (PGR).

En noviembre de 2012 se celebró la Cuarta Reunión Ordinaria del Consejo Nacional contra las Adicciones,

presidida por el Comisionado Nacional, en la que se acordó, entre otros puntos, la inclusión de programas de tratamiento en ámbitos penitenciarios como vertiente de una política general de salud penitenciaria desarrollada y supervisada de forma conjunta entre la Secretaría de Seguridad Pública y el sector salud, así como el establecimiento de una política fiscal para la atención de las adicciones, en ámbitos como el penitenciario, que asegure que los programas contra las adicciones cuenten con el financiamiento necesario para su adecuado desarrollo con el apoyo de la Cámara de Diputados.

Se instrumentó el Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas con información brindada por tres sistemas: el de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, los Centros de Integración Juvenil y la red de Centros Nueva Vida (CNV), para dar seguimiento a compromisos institucionales, a través de la elaboración de informes y boletines.

La CONADIC participó en el Grupo de Enlaces Sectoriales del Centro Nacional de Planeación, Análisis e Información para el Combate a la Delincuencia de la PGR, para construir la Estrategia Nacional para el Control de Drogas 2012.

Se validó la Guía de Práctica Clínica en Prevención y Detección del Consumo de Sustancias Inhalables en Adolescentes en el Primer Nivel de Atención, en coordinación con el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Asimismo, se concluyó la actualización y validación interna de las Guías de Práctica Clínica GPC-SSA-097-08: Manejo de Abstinencia Alcohólica en el Adulto en el Primer Nivel de Atención: GPC-SSA-027-08: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Consumo de Tabaco y Humo Ajeno en Primer Nivel de Atención, y GPC-SSA-023-08: Prevención, Detección e Intervención de las Adicciones en Atención Primaria de Salud.

Con el fin de incorporar contenidos para la prevención de adicciones, la Comisión llevó a cabo una revisión de los libros de texto de nivel preescolar, de todas las materias de primero a sexto año de primaria, y de primer año de telesecundaria, correspondientes al ciclo escolar 2013-2014.

Se desarrolló un curso en línea para la Prevención de las Adicciones en el Ámbito Laboral, en coordinación con la Subsecretaría de Inclusión Laboral de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, con el propósito hacer llegar de manera masiva los beneficios de la aplicación de una metodología específica para implementar medidas preventivas en los centros de trabajo, y que sea accesible desde cualquier lugar del país para que quien tenga interés en conocerlo sólo necesite un equipo de cómputo enlazado a internet. Hasta la fecha, se cuenta con siete tutores en línea de la CONADIC y del Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones de la Ciudad de México, todos especialistas en adicciones.

Se elaboró el documento Pautas para la Prevención de las Adicciones en las Escuelas de Educación Media y Media Superior, así como el documento Recomendaciones con Enfoque Intercultural para la Prevención del Consumo de Alcohol y el Alcoholismo en Comunidades Indígenas, que incluye su traducción a diversas lenguas indígenas: hñähñú del Valle del Mezquital, náhuatl de Milpa Alta, náhuatl clásico del centro del país, náhuatl de la Huasteca, náhuatl de la Sierra Zongolica, popoluca, mazateca, mayo, yaqui, totonaca y zapoteca.

Con el fin de apoyar acciones para la prevención y atención del juego patológico en nuestro país, se celebró un Convenio de Colaboración entre la CONADIC, la Lotería Nacional y el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, en coordinación con la Secretaría de Gobernación y 20 instituciones públicas y privadas, el cual fue vigente hasta el 31 de diciembre de 2012. Además, se elaboraron las Consideraciones Generales hacia la Prevención y Atención del Juego Patológico en México y un directorio de servicios, que fueron distribuidos en los 32 consejos Estatales contra las Adicciones.

Con el propósito de crear una red local y transfronteriza de prevención, a través del proyecto Desarrollo de Coaliciones en la Frontera México-Estados Unidos, coordinado por la CONADIC, la Sección Antinarcóticos de la Embajada de Estados Unidos, el Instituto Nacional de Coaliciones Comunitarias de América y con la participación de dos instituciones de la sociedad civil, se impulsó la conformación de coaliciones independientes en las ciudades de Tijuana, Nogales y Ciudad Juárez. Se tomaron como base los diagnósticos de los CNV y los polígonos del Centro Nacional de Prevención del Delito para impactar en la misma zona. Como resultado, se triplicó el número de Coaliciones Comunitarias Anti-Drogas que se había establecido en el proyecto original; es decir, se pasó de tres a nueve coaliciones por ciudad.

1.5 Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social

La Secretaría de Salud, a través de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social (UCVPS), fomenta la participación social mediante su interrelación con las dependencias del sector público, Poder Legislativo, organismos y grupos no gubernamentales, tanto nacionales como extranjeros, que inciden en el desarrollo y consolidación de los programas y proyectos del Sistema Nacional de Salud.

Lo anterior, incluido en el marco de las estrategias y líneas de acción establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, que permitirán un gobierno cercano a los mexicanos y moderno, con el que se garantice el acceso pleno a los servicios de salud para todos los mexicanos, con empresas públicas y privadas de calidad mundial, operando dentro de un marco legal y regulatorio adecuado, con servicios alternos de salud y seguridad, con atención eficiente y oportuna; un gobierno en el que se incorpore la participación social a partir del diseño y la ejecución hasta la evaluación y retroalimentación de los programas sociales. Todo ello a través de sus direcciones generales adjuntas, la coordinación del Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud (CONASA) y la Dirección General de Relaciones Internacionales (DGRI).

Dirección General Adjunta de Vinculación Social

Tiene como objetivo fortalecer los vínculos entre dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, el Poder Legislativo y las organizaciones de la sociedad civil (OSC) para contribuir al desarrollo de los programas y proyectos del Sistema Nacional de Salud. Entre las acciones realizadas en el periodo que abarca el presente informe, destacan las siguientes:

- Se realizaron diversas actividades para impulsar la aprobación de reformas a la Ley General de Salud en las temáticas correspondientes a políticas de salud con enfoque de género, bebidas alcohólicas adulteradas, salud mental, tecnologías de la información y la comunicación aplicadas a la salud, células progenitoras, implementación del tamiz neonatal, cambio climático, capacitación en materia de accidentes, modificación del término "invalidez por incapacidad" y Certificado de Nacimiento.
- En coordinación con la Secretaría de Gobernación, se llevó a cabo el análisis y seguimiento de la discusión de 82 iniciativas presentadas en el Congreso de la Unión en materia de salud, de las cuales 48 fueron presentadas en la Cámara de Diputados y 34 en el Senado de la República.
- Se generaron 81 mecanismos de vinculación y fortalecimiento entre las OSC.
- En lo que respecta a puntos de acuerdo aprobados por los congresos locales, se atendieron 31 documentos de esta naturaleza. Se dio seguimiento a 72 propuestas con punto de acuerdo, de las cuales 36 corresponden a la Cámara de Senadores y 36 a la Cámara de Diputados.
- Se conformó una Red de Organizaciones de la Sociedad Civil de la Secretaría de Salud, con un total de 895 organizaciones. Dicha red se originó a partir del Padrón Nacional de OSC en materia de salud. En materia de sobrepeso y obesidad se realizaron dos talleres con la Junior League of Mexico City y las secretarías de Educación Pública, Federal y de la Ciudad de México.
- Se llevaron a cabo tres reuniones ordinarias y tres extraordinarias para la instalación del Comité Organizador de Premio Nacional de Acción Voluntaria y Solidaria 2013. La convocatoria se dio a conocer el 6 de mayo de 2013 con vigencia hasta el 19 de agosto de ese mismo año. El Comité Organizador designó a los miembros del Jurado Calificador y aprobó la Guía de Dictaminación para el mismo.

Dirección General Adjunta para la Coordinación de los Sistemas Estatales de Salud

Esta dirección funge como instancia para fortalecer el carácter normativo de la Secretaría de Salud y servir como área de vinculación política entre la Secretaría de Salud y las autoridades estatales de salud. Entre las acciones realizadas destacan las siguientes:

- En el marco de la Política Nacional de Turismo anunciada por el Presidente de la República en febrero de 2013, se impulsó el turismo de salud en coordinación con las secretarías de Turismo y Economía con ProMéxico. El 21 de junio de 2013 se llevó a cabo una reunión con *clusters* de turismo de salud en Monterrey, Nuevo León, donde se presentó el Diagnóstico de Turismo de Salud como un esfuerzo conjunto de las dependencias participantes.

- Se asistió y dio seguimiento a los cuerpos colegiados en los que participa la Secretaría de Salud, cuya titularidad o suplencia recae en la Dirección General Adjunta para la Coordinación de los Sistemas Estatales de Salud.

Dirección General Adjunta de Coordinación de Proyectos Estratégicos

La Dirección General Adjunta de Coordinación de Proyectos Estratégicos (DGACPE) tiene como objetivo conducir los proyectos y programas impulsadas por la UCVPS, promoviendo la participación del sector público y privado bajo los lineamientos y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo. Asimismo, tiene la función de realizar las campañas del Sistema Nacional de Salud mediante el apoyo a otras áreas de Secretaría de Salud. Entre las principales acciones realizadas por esta dirección sobresalen:

- El 22 de marzo de 2013 se llevó a cabo la planeación, desarrollo y puesta en marcha de las Mesas Sectoriales, en el marco de los foros de consulta para la integración del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.
- Con el fin de coadyuvar con las estrategias de prevención de enfermedades crónicas y promoción de estilos de vida saludables, se planeó e implementó la campaña Balón Naranja contra la Obesidad, en conjunto con la empresa de futbol Liga MX; misma que se llevó a cabo del 5 al 28 de abril de 2013 y se participó con la instalación de módulos de salud para cada uno de los partidos de dicha liga y la de ascenso, y se contó con la transmisión de mensajes y la presencia de símbolos alusivos a la campaña durante cada juego.
- Se participó en la Feria del Día del Niño del Voluntariado Nacional de Salud el 29 de abril de 2013. Para dicho evento se logró la vinculación con la empresa de lucha libre AAA, se montó un módulo donde se impartieron pláticas dirigidas a los niños, se realizaron dinámicas con temas de alimentación y estilos de vida saludable, se elaboraron máscaras de luchador y hubo convivencia con los personajes de la AAA.
- El 9 de mayo de 2013, la DGACPE fue invitada por el Instituto Nacional de Desarrollo Social (Indesol) a participar en el curso impartido en línea titulado Estrategias de Producción Alternativa Sostenible, con la presentación de la estrategia 1, 2, 3 Por Ti y Por Tu Salud, el cual contribuye la Cruzada Nacional contra el Hambre.
- Se llevó a cabo el día 30 de mayo del presente, el Foro Nacional del Día de la Voz, mismo que fue organizado en conjunto entre la DGACPE y el Centro de Foniatría y Audiología.
- El 16 de junio dio inició la campaña 1, 2, 3 Saludable Otra Vez, realizada en conjunto con la empresa de lucha libre AAA, planeada y desarrollada por la DGACPE. En dicha campaña se instalaron módulos de salud y se difundieron mensajes de promoción de estilos de vida saludables entre la población aficionada a la lucha libre. Esta campaña tendrá vigencia hasta el 21 de diciembre de 2013.
- En materia de peticiones ciudadanas, se implementó el Sistema Integral de Gestión de Peticiones Ciudadanas, como una herramienta eficaz que permita sistematizar las gestiones ciudadanas mediante la homologación del procedimiento de captura de datos.
- A través del sitio de internet de la Secretaría de Salud, se han recibido un total de 2,112 peticiones en materia de salud, de las cuales se han captado 1,131 y 521 han sido turnadas por la Dirección General de Atención Ciudadana de la Presidencia de la República. El resto provinieron de diferentes rutas, como las cámaras de Senadores y de Diputados, y los presidentes municipales.
- Cabe destacar que 79% de las peticiones se han concluido satisfactoriamente, y 21% se encuentran en proceso en las instancias de salud competentes, tomando en cuenta que la solicitud de atención médica es el tipo de petición más recurrente.
- En materia de transparencia y acceso a la información pública gubernamental se coordinó el seguimiento y atención de 59 solicitudes de información pública turnadas a la UCVPS.

Dirección Administrativa

Es responsable de administrar los recursos humanos, financieros, tecnológicos y materiales, así como de proporcionar los servicios generales y de apoyo que requiera la UCVPS y las áreas que de ella dependen. De diciembre de 2012 a junio de 2013, llevó a cabo las siguientes actividades:

- Realizó el procedimiento de contratación de la Reunión de las Mesas Sectoriales de Trabajo para la integración del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, celebrada el 22 de marzo de 2013 en el Instituto Nacional de Rehabilitación.
- Participó, en coordinación con la Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales, la Dirección

General de Recursos Humanos y la Dirección General de Tecnologías de la Información en la integración y contratación de los procesos consolidados de compra de materiales y servicios, así como de telecomunicaciones de la Secretaría de Salud.

- Apoyó administrativamente las reuniones del Consejo Nacional de Salud, a las instancias que organizan las giras de la C. Secretaria; y a los servidores públicos que participaron con la representación de la Secretaría de Salud en reuniones y foros internacionales.
- Participó en la atención oportuna de las solicitudes de información presentadas por el Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos.
- Tramitó el pago de cuotas y aportaciones a organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud.
- Participó con la Dirección General de Relaciones Internacionales en el Comité de Selección de Becarios Internacionales, para apoyar a los profesionales mexicanos de la salud seleccionados para realizar estudios de doctorado en el extranjero.
- Llevó a cabo el mantenimiento preventivo y correctivo del parque vehicular con el que cuenta la UCVPS. Asimismo, realizó mejoras a los sistemas administrativos de gestión, almacén, control de viáticos y peticiones ciudadanas.
- Promovió la eficiencia en la administración de los recursos asignados a la UCVPS y áreas dependientes, mediante el apoyo de las acciones que procuraron el cumplimiento de las metas establecidas por la Secretaría.
- Atendió a las áreas solicitantes en lo referente a la reservación de boletos de avión, así como la tramitación de viáticos y pasajes en diversas ciudades de la República y el extranjero.

1.5.1 Dirección General de Relaciones Internacionales

La Dirección General de Relaciones Internacionales (DGRI) promueve la cooperación internacional entre México y otros países mediante diversas acciones con organismos internacionales. Con su participación en foros especializados en salud y la suscripción de acuerdos e instrumentos internacionales promueve la prevención y atención de la salud de los migrantes mexicanos radicados en el exterior.

Dirección de Cooperación Bilateral y Regional

América del Norte

- Se fortaleció el diálogo bilateral mediante la identificación de áreas de oportunidad para incentivar la relación tanto bilateral como trilateral para el mejoramiento de los servicios de salud en México.
- Se colaboró en materia de salud a través de la cooperación bilateral y trilateral. En el caso de Estados Unidos (EU) se abordaron temas como: cooperación regulatoria, colaboración en materia de salud; consolidación del servicio de salud, desarrollo de tecnologías, dispositivos para el diagnóstico y atención de la diabetes mellitus y sus complicaciones, y las acciones para incentivar los proyectos de la Comisión de Salud Fronteriza México-EU.
- Se fortaleció el diálogo bilateral a favor del acceso a los servicios de salud de connacionales mexicanos que viven en EU, mediante la suscripción de instrumentos como la Carta de Intención entre la Secretaría de Salud y el Children's Mercy Hospital, de Kansas City, Missouri; el Memorándum de Entendimiento en Materia de Acceso y Servicios de Salud entre la Secretaría de Salud, el Consulado de México en Kansas City y Truman Medical Centers, y la Carta de Intención para la Cooperación Cultural, Educativa y Científica entre el Centro Médico de la Universidad de Kansas y la Secretaría de Salud.
- En el ámbito de cooperación trilateral se impulsó el diálogo político y técnico, hacia la identificación de prioridades para la salud regional, tales como la cooperación sanitaria para la vigilancia epidemiológica en caso de pandemias (North American Plan for Animal and Pandemic Influenza), la seguridad sanitaria (Global Health Security Initiative) y las políticas para hacer frente a las enfermedades crónicas no transmisibles.
- Se participó en la reunión entre la C. Secretaria de Salud con la Embajadora de Dinamarca en México en la que se acordó realizar el Primer Foro Latinoamericano de Diabetes, en febrero de 2014.
- En el marco de la 66ª Asamblea Mundial de la Salud se llevaron a cabo reuniones de alto nivel, en las cuales se identificaron áreas de oportunidad y temas de cooperación en salud con Estonia, Reino Unido, Nigeria, Indonesia, Serbia y Suecia.
- Durante la visita de trabajo en Francia se identificaron áreas de colaboración bilateral como la investigación en materia de salud, vacunas y estudios del sistema de salud.
- Se aprobó la propuesta de Acuerdo sobre Cooperación Científica, Técnica y Tecnológica entre México y la República de Turquía.

- En el Sistema Mesoamericano de Salud Pública se impulsó la cooperación en la región de Centroamérica para dar respuesta a los principales retos en común en esta materia y para fortalecer la presencia de México a través de un trabajo conjunto con toda la región.
- En coordinación con la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE), se avanzó en la definición y ejecución de acciones de colaboración en salud con Argentina, Belice, Costa Rica, Haití, Honduras y Perú, mediante proyectos de cooperación bilateral y trilateral. También se avanzó en estos temas a nivel regional con la Comunidad del Caribe y la región mesoamericana, a través de la Comisión Mixta de Cooperación México-Caricom y del Programa Mesoamericano de Cooperación 2013-2014 del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla, respectivamente.

Organización Panamericana de la Salud

- México cuenta con nueve centros colaboradores de la OMS/OPS que fungen como socios fundamentales en la implementación de la cooperación técnica y en la actuación estratégica de dichos organismos en el país, que integran una red participativa nacional e internacional para realizar actividades técnicas y concretar acciones que colaboren con resultados en salud a nivel local, regional y global. En ese sentido, en abril de 2013 se realizó la Primera Reunión de Centros Colaboradores de la OMS/OPS en México que tuvo como objetivo propiciar un intercambio de información e implementar una red mexicana de los mismos.
- Como parte de las acciones de colaboración entre México y la OPS, se están realizando ejercicios de valoración de los componentes de cobertura universal, por lo que se han llevado a cabo eventos como el Foro de Protección Social en Salud: Avanzando hacia la Cobertura Universal Efectiva, Equitativa y Solidaria, y el Taller para el Desarrollo de una Agenda Regional para Hospitales en Redes Integradas de Servicios de Salud. Ambos eventos contaron con la participación de funcionarios del sector salud, directivos de diversos hospitales del país, representantes de la sociedad civil vinculados al sector y representantes de la academia, con el objetivo de llevar a cabo un intercambio de puntos de vista sobre los desafíos y las oportunidades de México para avanzar hacia una cobertura efectiva y alcanzar la protección social en salud.
- La Secretaría de Salud ha participado activamente desde principios de 2013 en los trabajos de un grupo consultivo de estados miembro designados en el seno de la OPS para brindar orientación estratégica y aporte técnico para la elaboración del Plan Estratégico 2014-2019 y el Programa y Presupuesto 2014-2015 de esa organización, donde México ha realizado una labor de promoción de transparencia y rendición de cuentas. Por tal motivo, el 2 de julio de 2013 se llevó a cabo una consulta nacional del Plan Estratégico del Programa y Presupuesto que contó con la participación de representantes de las áreas mayores de la Secretaría de Salud, así como de funcionarios de otras dependencias, de algunas entidades federativas y de varias agencias de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en México.
- Los días 15 y 16 de marzo, la Secretaría de Salud recibió a la Directora de la OPS, con quien se sostuvieron varios encuentros con el objetivo de dialogar sobre la relación que existe entre México y dicha organización, como también para explorar las posibilidades de colaboración a favor del bienestar y la salud del país y de la región de las américas.

Dirección para Asuntos Multilaterales

- México participó en la 132ª Reunión del Consejo Ejecutivo y en la 17ª Reunión del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo de la OMS en enero de 2013; así como en la 133ª Reunión del Consejo Ejecutivo y en la 18ª Reunión del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo de mayo 2013. En estos foros, se participó en las negociaciones del proyecto del Duodécimo Programa General de Trabajo 2014-2019 y del Presupuesto por Programas 2014-2015, documentos que dan forma a la reforma interna de la OMS con nuevas prioridades para mejorar y optimizar su labor en los sistemas de salud.
- La 66ª Asamblea Mundial de la Salud (AMS), órgano supremo decisorio de la OMS que reúne a delegaciones de los 194 estados miembro, que se celebró en mayo de 2013, giró en torno al tema Cómo Asegurar a la Salud un Lugar en la Próxima Generación de Objetivos Mundiales de Desarrollo. En dicha Asamblea, México reafirmó su compromiso con la reducción de la mortalidad infantil, la mejora de la salud materna y el combate al VIH/SIDA, con la convicción de que una sociedad saludable puede abatir de manera más eficiente la desigualdad económica y social. Se señaló que el reto es llevar a la salud al centro de la agenda como el elemento que guía y articula el impulso hacia el desarrollo de las personas y de las naciones.
- En el seno de la AMS, México impulsó temas prioritarios para el país, tales como la cobertura universal y el acceso a la salud como un derecho de la población, y la

prevención de la violencia. Se anunció que México será anfitrión de la 6ta. Reunión sobre Hitos de la Campaña Mundial de Prevención de Violencia en noviembre de 2013; y se presentó el Plan de Acción para la Prevención de la Ceguera y la Discapacidad Visual Evitables 2014-2019, que brindará las herramientas para definir una posición nacional sobre estos padecimientos, entre otros asuntos, a fin de hacerles frente de manera integral.

- México copatrocinó el Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles 2013-2020 que se encuentra en total sincronía con los principios rectores de la estrategia nacional, que tiene como objetivo estabilizar y disminuir el sobrepeso y la obesidad a mediano plazo, y disminuir la carga prevenible y evitable de morbilidad, mortalidad y discapacidad debidas a las enfermedades no transmisibles. El Plan también considera la acción multisectorial y las alianzas, el enfoque de todo el ciclo de vida, el empoderamiento de las personas y comunidades, la cobertura sanitaria universal y la aplicación de estrategias basadas en evidencias.
- Se impulsó el tema "cobertura universal" en la agenda internacional, mediante la resolución presentada a la Asamblea General de las Naciones Unidas por la Iniciativa de Salud Mundial y Política Exterior, incluyéndolo en el segmento de alto nivel del Consejo Económico y Social (Ecosoc) de julio de 2013. Dicho tema también se incorporó a las discusiones de la agenda de desarrollo post-2015 y existe la posibilidad de que se realice un segmento de alto nivel en la Asamblea General de la ONU en 2014.
- Se alinearon las actividades de la ONU con las de la Secretaría de Salud mediante la elaboración del Marco de Cooperación de las Naciones Unidas para el Desarrollo en México 2014-2019. Se firmó un acuerdo de colaboración con Unicef a fin de establecer las bases para el desarrollo de acciones conjuntas a favor del mejoramiento de la salud de la infancia y la adolescencia. Se participará en la organización del 12º Congreso Mundial de Bioética, próximo a celebrarse en la Ciudad de México en junio de 2014. Se redefinió la relación con el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria, en la cual se posiciona a México como un cooperante dual y promotor de la solidaridad internacional. Se sumará al Memorándum de Entendimiento entre la UNESCO y la Secretaría de Educación Pública para impartir la enseñanza de la bioética en instituciones mexicanas de educación superior.
- La transversalidad del tema de salud se evidenció en las negociaciones para la adopción de un instrumento internacional del Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente, el Convenio de Minamata sobre Mercurio.
- Se participó en reuniones que trataron sobre el uso indebido de las drogas, con la Oficina de las Naciones Unidas para la Droga y el Delito, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas y el programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Política sobre Drogas.
- Se estrecharon vínculos con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en temas de salud para generar evidencia que sustente la reforma sanitaria para la universalidad de los servicios de salud establecidos en los Acuerdos para una Sociedad de Derechos y Libertades del Pacto por México. La OCDE compartirá la experiencia de otros países que cuentan con indicadores para la evaluación de la calidad de los servicios.
- También se fortaleció la presencia de México en foros que profundizan sobre la seguridad en salud, tales como la Global Health Security Initiative y el North American Plan for Avian and Pandemic Influenza. En este último, México ocupa la presidencia a partir de marzo 2013 con el compromiso de coordinar acciones oportunas en caso de una emergencia sanitaria.

Estrategia Integral para la Salud del Migrante

El Programa de Salud del Migrante representa un esfuerzo de corresponsabilidad binacional del gobierno de México para preservar y mejorar la calidad de atención de la salud de su población que está fuera del país, con énfasis en la prevención y promoción. Dentro de dicho programa se engloban los siguientes subprogramas o actividades.

Ventanillas de Salud

- Las Ventanillas de Salud (VDS) se ubican en los 50 consulados de México en Estados Unidos, además de contar con dos VDS móviles. En ellas se proporciona información para incrementar el conocimiento y el uso de los servicios de salud entre la población mexicana que vive en dicho país, y para difundir programas de prevención y promoción de la salud en temas prioritarios que afectan mayormente a la población latina.
- Los principales servicios que ofrecen las VDS son orientaciones o consejería, detección oportuna y referencia a servicios de salud de padecimientos como diabetes mellitus, obesidad, cáncer, hipertensión, salud mental, salud de la mujer, tuberculosis, salud oral, entre otros.

- De diciembre de 2012 a junio de 2013 se atendieron y beneficiaron aproximadamente a 600,000 migrantes.
- Se continúa con la implementación del Modelo Segunda Generación de Ventanillas de Salud ubicadas en los consulados de Nueva York, Portland, Fresno, Kansas City y Washington. El proyecto consiste en capacitación sobre los temas prioritarios que más afectan a la población latina, gestión de recursos y acceso a servicios de salud, con el objetivo de fortalecer las ventanillas para que ofrezcan servicios de prevención más especializados.
- Del 19 al 21 de junio de 2013 se llevó a cabo en la ciudad de Nueva York, la reunión de Seguimiento de la Segunda Generación de VDS, así como la reunión del Consejo Asesor de VDS, las cuales resultaron muy exitosas para el programa.

Semana Binacional de Salud

- La inauguración de la XII Semana Binacional de Salud se llevó a cabo en la ciudad de Oaxaca el 1° de octubre de 2012. Con esta edición se logró transmitir información sobre salud a aproximadamente 400,000 personas, casi 300,000 de origen mexicano y el resto de otros países de Latinoamérica.
- Para la realización de la Semana Binacional se contó con el apoyo de más de 4,500 agencias y 10,000 voluntarios en más de 300 ciudades y localidades ubicadas en 40 estados de la Unión Americana y tres provincias de Canadá. Además, se llevaron a cabo más de 2,000 actividades en materia de prevención y promoción de la salud y se realizaron aproximadamente 107,000 detecciones oportunas, exámenes médicos y aplicación de vacunas. El evento de clausura se realizó el 15 de octubre en El Paso, Texas.

Foro Binacional de Políticas Públicas sobre Migración y Salud

El foro fue un encuentro académico para reflexionar sobre los retos que enfrenta la población migrante, al cual asistieron aproximadamente 350 participantes de los sectores gubernamental, académico y civil de ambos países.

Programa de Investigación en Salud y Migración

Es un programa que se lleva a cabo en coordinación con la Iniciativa de Salud de las Américas de la Universidad de California, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) y la Secretaría de Salud de México. Para el año de 2013 fueron sometidas un total de 17 cartas de intención para investigaciones, de las cuales 14 fueron invitadas a someter la propuesta completa. Fueron recibidas ocho propuestas para equipos binacionales y cuatro para tesis de doctorado. Se financiaron seis proyectos de investigación.

Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos

La comisión tiene como objetivo proporcionar servicios de prevención y promoción de la salud en temas prioritarios a la población fronteriza. Con las actividades de prevención y promoción que realiza en colaboración con diferentes alianzas, se logró atender aproximadamente a 80,000 personas, y se ofrecieron alrededor de 200,000 servicios de prevención. Asimismo, se llevó a cabo la Semana Binacional de Salud Fronteriza.

Programa de Repatriación de Connacionales Enfermos Graves

Por medio de dicho programa, la DGRI atendió de septiembre de 2012 a junio de 2013, 21 solicitudes de apoyo de asistencia médica relacionados con problemas renales, cerebrales, cáncer, salud mental y otros. El tiempo promedio de gestión para atender las peticiones fue de nueve días hábiles. Dichas gestiones se han realizado ante el Hospital General de México, el Instituto Nacional de Cancerología y los servicios de salud de distintos estados de la República, entre otros.

1.5.2 Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud

El Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud (STCNS) tiene como objetivo la planeación, programación y evaluación de los servicios de salud en toda la República, así como perfeccionar las acciones que se realizan para representar adecuadamente los intereses de la población, con apego a lo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, y para ello se considera el contexto nacional y la evolución de la economía nacional.

- Se realizaron dos reuniones nacionales ordinarias del CONASA, dos reuniones ordinarias de cada una de las comisiones que lo integran y una extraordinaria de la Comisión de Calidad, así como reuniones de los grupos de trabajo conformados en el seno del Consejo.

- De las reuniones se derivaron un total de 42 acuerdos a los que se da seguimiento puntual; entre ellos destacan los relacionados con: Mortalidad Materna, Atención de Emergencias Obstétricas, Salud a tu Alcance, Calidad Efectiva en los Servicios de Salud, Hacia la Universalidad de los Servicios de Salud, Cruzada Nacional Contra el Hambre, Dengue, Estrategia Nacional para la Prevención y el Control de Obesidad y Diabetes así como el Programa Nacional de Prevención Contra la Violencia, entre otros.
- Durante la Primera Reunión Nacional del Consejo se acordó que la Comisión de Emergencias Epidemiológicas se integraría a la Comisión de Salud Pública, y se creó la Comisión de Calidad. Además se aprobó la integración del grupo de trabajo para la consolidación del Sistema Universal de Salud bajo la coordinación del titular de la UCVPS.
- En la Segunda Reunión Nacional Ordinaria de CONASA se estableció la conformación de dos grupos, el primero para el análisis de la operación del Sistema de Protección Social en Salud y sus propuestas de ordenamiento, bajo la coordinación del Comisionado Nacional de Protección Social en Salud e integrado por consejeros estatales que solicitaron su participación. El segundo grupo se creó para analizar la situación de la formación de recursos humanos para la salud, coordinado por el Subsecretario de Integración y Desarrollo de la Secretaría de Salud, con la participación de los consejeros estatales que manifestaron su interés en participar dentro del mismo.
- Se dio seguimiento a los asuntos operativos y administrativos del organismo público descentralizado, a la operación estatal de las políticas de salud y a la instrumentación de acciones de apoyo para la gestión estatal de los servicios de salud.
- Los Servicios Estatales de Salud realizaron un total de 51 reuniones; 41 ordinarias y 10 extraordinarias, en las que participó personal del STCNS con la impartición de asesorías, en la toma de decisiones y al aportar propuestas de mejora para los procesos de gestión de los servicios de salud.
- Se participó en 17 reuniones de Junta de Gobierno en los Hospitales Regionales de Alta Especialidad con el fin de aportar propuestas que mejoren su administración.
- Con el apoyo de la OPS se entregó el documento Evaluación de la Función Rectora en los Sistemas Estatales de Salud para conocer el desempeño de la rectoría de los sistemas estatales de salud. El documento permitirá implementar acciones estratégicas de coordinación sectorial, redes integradas de servicios y fortalecimiento de la rectoría de la Secretaría de Salud en materia de salud pública.
- Con el fin de impulsar la operación homogénea de los Consejos Estatales de Salud, el STCNS, en coordinación con la representación en México de la OPS, diseñó un documento guía para los consejos que están en fase de activación o reactivación.
- En el contexto nacional de las acciones de protección civil, se ha participado activamente en el Comité Nacional de Diagnóstico, Evaluación y Certificación del programa Hospital Seguro, atendiendo un total de 11 reuniones.
- El STCNS forma parte de las instancias que reciben las peticiones ciudadanas que son enviadas a la Presidencia de la República y a la Secretaría de Salud para que sean remitidas a las entidades federativas para ser atendidas. En lo que va de la presente administración, se recibieron y gestionaron 1,284 peticiones.

II. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Por tu SALUD
estamos

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

La Subsecretaría de Integración y Desarrollo del sector salud, a fin de dar cumplimento al objetivo de Asegurar el Acceso a los Servicios de Salud y, de manera específica, a la estrategia Avanzar en la Construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal planteada en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, desarrolla políticas públicas para fortalecer y modernizar los servicios de salud mediante acciones enfocadas en la consolidación de un sistema integrado de salud, bajo la vertiente de la portabilidad y convergencia con una planeación interinstitucional en salud y el impulso de los que serán los programas insignia: Salud a tu Alcance y Programa de Calidad Efectiva de los Servicios de Salud (PROCESS), así como la estrategia de Convergencia e Integración Tecnológica (Citec).

De este modo, a través del programa Salud a tu Alcance, se continuará impulsando la planeación sectorial de recursos para la salud, el intercambio planificado de servicios de salud, la consolidación de una política nacional de medicamentos, y el fortalecimiento de las Unidades Médicas Móviles. El PROCESS, que hasta ahora opera como Sistema Integral de Calidad en Salud, establecerá un sistema de gestión de la calidad centrado en el paciente, con un esquema de garantía y aseguramiento que incluya incentivos de mejora continua y que impacte en la percepción general de los servicios prestados, enfocado en la obtención de resultados en salud. Por último, a través de la Citec, se impulsarán los proyectos de la agenda digital en salud como el Expediente Clínico Electrónico (ECE), la conformación del Padrón General de Salud (PGS) y los Sistemas de Información en Salud, la Telesalud y la Telemedicina. Además, seguirá impulsándose el desarrollo y actualización de las Guías de Práctica Clínica, así como la Evaluación de Tecnologías en Salud.

Bajo este contexto, con la premisa de realizar una Planeación Interinstitucional de Recursos para la Salud, se ha logrado la coordinación entre las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud (SNS) para desarrollar e instrumentar mecanismos que fortalezcan la oferta y el acceso a los servicios de salud, mediante acciones que impulsan la planeación estratégica, organización y rendición de cuentas. Destacan principalmente el desarrollo de infraestructura física y la formación de recursos humanos con base en una evaluación interinstitucional de necesidades y desarrollo por prioridades. Para ello se fortalecerán las herramientas informáticas disponibles a fin de optimizar la toma de decisiones y el aprovechamiento de la infraestructura, recursos humanos y equipamiento de unidades médicas del sector, con lo que se tiene previsto la consolidación del Plan Maestro Sectorial de Recursos para la Salud, que permitirá evitar duplicidades en nuevas inversiones y conectar las unidades médicas de las instituciones del sector en forma de redes georreferenciadas de servicios integrales de salud.

Asimismo, se continuará impulsando el intercambio de servicios entre las instituciones del SNS, mediante la realización de un análisis de la capacidad instalada en forma regional y de las necesidades particulares de las diferentes instituciones que conforman el Sistema, por lo tanto, se fortalecerán las acciones para la atención de emergencias obstétricas mediante el establecimiento de una política de Cero Rechazo a la Emergencia Obstétrica en el SNS.

En lo referente a la consolidación de una Política Nacional de Medicamentos y bajo el antecedente de una coordinación interinstitucional, entre 2008-2012 el sector acumuló ahorros estimados por más de 15,900 millones de pesos; al cierre del proceso de negociación de medicamentos para las compras durante 2013 se estima alcanzar ahorros que superen los 1,100 millones de pesos para las instituciones públicas de salud, lo que representa un total de ahorros estimado por más de 17,000 millones de pesos. Bajo este contexto, se continuarán impulsando los procesos de negociación a cargo de la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud, y a través de procesos innovadores de planeación que permitan a las instituciones garantizar la suficiencia, disponibilidad y precio justo de los medicamentos.

Por otra parte, con el fin de reducir las desigualdades en la prestación de los servicios de salud en comunidades marginadas y grupos vulnerables que habitan en localidades alejadas, durante 2013 se fortalecerá el programa de Unidades Médicas Móviles, que ahora son Caravanas de la Salud, mediante la puesta en operación de 133 unidades nuevas, mismas que se alinearán a la cobertura de la Cruzada Nacional Contra el Hambre. En este sentido, se definió el establecimiento de 128 rutas

nuevas y cinco unidades para la sustitución de aquéllas que han cumplido su vida útil. Con estas acciones se ampliará dicho programa en 59 municipios e incrementará la cobertura en 1,200 localidades sin servicios, con lo que se beneficiará a 150,000 personas, aproximadamente.

En cuanto a los proyectos de la agenda digital en salud, se continuará impulsando el uso del Expediente Clínico Electrónico en las instituciones del sector salud, con apego al marco conceptual de la NOM-024-SSA3-2010 del ECE, a fin de disponer de sistemas que sigan los lineamientos y objetivos funcionales para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud, así como continuar con el proceso de evaluación y certificación de los sistemas de ECE.

En este contexto se realizarán acciones para consolidar una red nacional de Telesalud, mediante la participación de los Servicios Estatales de Salud (SESA) y las instituciones del sector, a través de proyectos como el de Atención Médica a Distancia en el Programa de Unidades Médicas Móviles, y por último conformar formalmente el PGS, mediante la depuración de los padrones de las diversas instituciones de salud tomando como referencia la Clave Única de Registro de Población (CURP). Este padrón se encuentra en proceso permanente de depuración y actualización. Del mismo modo, se formalizó entre la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) el Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Información, con el fin de apoyar las actividades para la conformación del PGS y los Sistemas de Información en Salud.

Para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud de calidad, se trabaja en el desarrollo del PROCESS, el cual, al establecer un Sistema de Gestión de la Calidad centrado en el Paciente, apoyará la consolidación de la regulación efectiva de los procesos y establecimientos de atención médica, la instrumentación de mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal, mejorar la calidad en la formación de los recursos humanos alineados a las necesidades demográficas y epidemiológicas de la población; promover el uso racional de medicamentos de calidad, eficaces y seguros, e implementar acciones específicas para mejorar la eficiencia, la seguridad del paciente y elevar la satisfacción de los usuarios de las unidades.

Otro tema insignia de esta Subsecretaría es impulsar la Convergencia e Integración Tecnológica, en el cual uno de sus elementos esenciales es el desarrollo de Guías de Práctica Clínica, que contribuyan a homologar la atención clínica en las instituciones del sector e impacten en el uso eficiente de los recursos. Actualmente el sector salud cuenta con un catálogo maestro de 625 guías y se realizan acciones permanentes para su implantación en más de 7,900 unidades médicas en las diferentes instituciones de salud.

Por último, a través de la Dirección General de Evaluación del Desempeño, se promoverá la evaluación del Sistema Nacional de Salud, de los servicios de salud y de los programas prioritarios de la Secretaría de Salud, así como el seguimiento y medición de indicadores específicos para el cumplimiento de las metas que serán establecidas en el Programa Nacional de Salud 2013-2018; además de coordinar e integrar, anualmente, los informes de Rendición de Cuentas, de Labores y los apartados de Salud de los Informes de Gobierno y de Ejecución del Plan Nacional de Desarrollo.

2.1 Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud

Para dar cumplimiento a las atribuciones que le confiere el Reglamento Interior, la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) ha realizado, de septiembre de 2012 a agosto de 2013, las siguientes acciones:

Infraestructura y Modelos de Atención

A fin de priorizar las acciones de infraestructura se llevó a cabo un proceso de depuración y actualización del Plan Maestro de Infraestructura en Salud. Actualmente existen 3,096 registros vigentes, de los cuales 1,756 corresponden a acciones de infraestructura en fase de planeación y 1,340 a obras en proceso.

Durante el periodo se emitieron 182 Certificados de Necesidad (CDN) para diversas acciones de infraestructura. Se inició la operación del Sistema de Información Geográfica para la Planeación y Desarrollo del sector salud, que permite la emisión del CDN en forma automatizada.

En el marco de la estrategia de los 400 municipios de la Cruzada Nacional Contra el Hambre, la DGPLADES contribuye en la mejora de las condiciones de infraestructura de las unidades médicas. Se tienen identificadas 1,215 acciones de infraestructura para estos municipios, de las cuales 711 se encuentran en planeación y 504 en proceso de obra.

Se concluyó la revisión y actualización de los modelos de las Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES) de Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama (DEDICAM), de Enfermedades Crónico-Degenerativas, de Atención Primaria de Adicciones y de los Centros Ambulatorios de Prevención y Atención al SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual. Asimismo, en conjunto con el Instituto Nacional de Geriatría, se inició el desarrollo de un modelo de atención geriátrica.

Fortalecimiento de la Oferta de Servicios de Salud

Entre septiembre y diciembre de 2012 se autorizaron recursos por 50 millones de pesos para la infraestructura y equipamiento del Hospital de Cananea en Sonora, y por 100 millones de pesos a 10 entidades federativas para mejorar la infraestructura de atención a grupos vulnerables; en 2013 este último fondo asciende a 500 millones de pesos.

En 2013 se autorizaron recursos por 3,913 millones de pesos para las 32 entidades federativas dentro del Programa de Apoyo para Fortalecer la Calidad en los Servicios de Salud, para mejorar las condiciones de la infraestructura. Adicionalmente se autorizaron 55 millones de pesos a Baja California, Estado de México, Nuevo León, Sinaloa y Zacatecas para infraestructura y equipamiento de UNEMES-DEDICAM. Asimismo, se asignaron 130.7 millones de pesos al estado de Querétaro para el programa piloto de atención integral de cáncer de mama.

Política Nacional de Medicamentos

En la estrategia de compra pública que impulsa la DGPLADES, el Instituto de Servicios de Salud Pública de Baja California se integró a la compra de medicamentos genéricos del 2013 con el IMSS, lo cual le generó un ahorro de 12.1 millones de pesos en la adquisición de medicamentos.

En el quinto año de negociación de precios de medicamentos patentados y otros de fuente única, se negociaron 175 presentaciones –19 más que el año anterior– con 31 laboratorios –seis más que el año anterior–, y se obtuvo un ahorro directo de 476 millones de pesos.

Continúa la consolidación del Centro Sectorial de Gestión Web de Información sobre Medicamentos, el cual ofrece a 65 instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud información sobre áreas de oportunidad, precios y volúmenes comparativos en la compra de medicamentos.

Intercambio de Servicios

En seguimiento a las acciones realizadas en el proyecto de intercambio de servicios para el cumplimiento de los objetivos de integración funcional del sector, portabilidad y convergencia, definidos como elementos de la Universalización de los Servicios de Salud, se alcanzaron los siguientes resultados:

- En el periodo de septiembre a diciembre de 2012 se aprobaron 330 nuevas tarifas, derivadas de la firma del Convenio Específico para el Intercambio en Baja California Sur, para conformar el Catálogo Nacional de Servicios, Intervenciones Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, y Tabulador de Tarifas Máximas Referenciales con un total de 819 tarifas.
- De la operación del convenio de intercambio en Baja California Sur, en con la participación del IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud se otorgaron 362 intervenciones en el 2012. Se atendieron pacientes procedentes de cinco unidades médicas del IMSS e ISSSTE de los municipios de La Paz, Los Cabos, Loreto, Mulegé y Comondú. En el municipio de La Paz hubo mayor número de intervenciones otorgadas.
- Con la información dinámica de oferta y demanda de servicios en las unidades médicas de las instituciones participantes (Secretaría de Salud, SESA, IMSS e ISSSTE) al cierre de 2012 se realizó el análisis del potencial de intercambio por tipo de unidad médica a partir del cual se identificaron 620 intervenciones.
- En 2013 se renovó el convenio para el intercambio de servicios en Baja California Sur, con la identificación de 435 intervenciones potenciales de intercambio entre el IMSS, ISSSTE y los SESA de la entidad.

En materia de costos y tarifas, se actualizó el procedimiento de integración de los costos de los servicios con potencial de incorporarse al sistema de intercambio. Se determinó el costo para 62 intervenciones y se concluyó la propuesta de tarifa para la mastografía de tamizaje.

En cuanto al convenio sectorial para la atención de emergencias obstétricas se fortaleció la red de unidades médicas, la cual aumentó de 212 unidades en 2012 a 414 en 2013. En el periodo septiembre de 2012 a junio de 2013 se han registrado 735 atenciones a pacientes en unidades de salud diferentes a la de su afiliación, de éstas, 438 fueron atendidas en unidades médicas del IMSS, 259 de la Secretaría de Salud y 38 del ISSSTE.

Interculturalidad, Medicina Tradicional y Medicinas Complementarias

Se realizaron los cursos 5º y 6º de Interculturalidad en Salud para directivos, con 39 y 43 participantes respectivamente, y un taller de formación de replicadores. Se colaboró en talleres y congresos sobre interculturalidad en Guerrero, Chiapas, Yucatán, Tabasco y Estado de México. Además se realizaron talleres para IMSS-Oportunidades en Hidalgo y Oaxaca, con 51 y 83 participantes, respectivamente.

En medicina tradicional se realizaron encuentros interculturales con terapeutas y parteras tradicionales en Morelos, Puebla, Michoacán, Guerrero y el Estado de México. En Oaxaca se realizó el Encuentro Internacional Traditions d'Avenir, con la Organización Panamericana de la Salud y representantes del gobierno de Francia. En Puebla se participó en el Foro Salud, Medicina Tradicional e Interculturalidad con la 4ª Visitaduría de la Comisión Nacional de Derechos Humanos y, en la misma entidad, se conformó una escuela de parteras tradicionales.

En el tema de medicinas complementarias se realizó el curso de *Qi Gong*, para personal médico del ISSSTE del Estado de México. A nivel internacional, se firmó una carta de intención con la Delegación del Departamento de Ayurveda, Yoga, Naturopatía, Unaní, Siddha y Homeopatía de la República de la India.

Caravanas de la Salud

El Programa Caravanas de la Salud a la fecha cuenta con 1,536 Unidades Médicas Móviles (UMM) que dan cobertura a 1,073 municipios y 22,854 localidades, en beneficio de 3.9 millones personas.

Durante el periodo de septiembre a diciembre de 2012 se canalizaron 87.3 millones de pesos a las entidades federativas para la operación de las UMM adquiridas por la federación, en específico para el pago de servicios personales, viáticos y gastos de camino para personal operativo y directivo de las coordinaciones estatales.

En el mismo periodo de 2012 se adquirieron 133 UMM, con recursos de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, de las cuales 128 operarán como nuevas rutas mientras que las cinco restantes serán destinadas a la sustitución de unidades.

De diciembre de 2012 a junio de 2013, se otorgaron 8,374,256 atenciones, de las cuales 2.1 millones corresponden a atenciones médicas con acciones del Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud y 6.3 millones a acciones de promoción y prevención, lo que representó un aumento de 1.4% respecto al mismo periodo de 2012. En el mismo periodo se canalizaron a las entidades federativas 147.2 millones de pesos para la operación de las UMM adquiridas por el Gobierno Federal.

2.2 Dirección General de Información en Salud

La Dirección General de Información en Salud (DGIS) es la unidad administrativa encargada de promover el establecimiento de un Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), así como elaborar, difundir y vigilar la normatividad para los procesos de diseño, captación, integración, procesamiento y difusión de la estadística en salud, entre otras atribuciones establecidas en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

Derivado de lo anterior y a partir de la nueva estrategia de la DGIS respecto de hacer posible el intercambio de información en materia de salud y fortalecer la calidad de la información, se han formalizado diversos instrumentos jurídicos, los cuales se indican a continuación:

El 9 de noviembre de 2012 se firmaron las Bases de Colaboración con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, las cuales tienen por objeto implementar el Centro de Inteligencia en Salud que es un conjunto de procesos para integrar, usar y explotar información en salud que permitirá consolidar el SINAIS y operar la

infraestructura tecnológica necesaria para el Padrón General de Salud.

El 30 de noviembre de 2012 se publicaron en el Diario Oficial de la Federación (DOF) las Normas Oficiales Mexicanas: NOM-024-SSA3-12, Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud, Intercambio de Información en Salud y la NOM-035-SSA3-2012, en Materia de Información en Salud, con lo que se busca actualizar el marco normativo de los Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud y en materia de información en salud.

Asimismo, se suscribieron los siguientes Acuerdos Secretariales:

- El 5 de septiembre de 2012 se publicó en el DOF el Acuerdo por el que se establece el Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud el cual tiene por objeto establecerlo como una herramienta que garantice el intercambio de información y su análisis en materia de salud a nivel nacional, el cual integrará de forma estructurada y sistematizada la información básica en materia de salud.
- El 27 de diciembre de 2012 se publicó en el DOF el Acuerdo por el que se emiten los lineamientos para la asignación, actualización, difusión y uso de la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) a fin de contar con un catálogo único, homogéneo y estandarizado, a partir de la utilización de un identificador único, que permitirá la interacción e integración de la información del Sistema Nacional de Salud de manera más rápida y consistente.
- El 28 de diciembre de 2012 se publicó en el DOF el acuerdo mediante el cual se emite el Manual de Procedimientos para la Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas como el instrumento que permita asegurar la producción de estadísticas confiables que constituyan la evidencia de calidad en la que se apoye la toma de decisiones enfocada a la disminución de la mortalidad materna.

Se llevó a cabo la coordinación de los grupos interinstitucionales que tiene a su cargo la DGIS como son: el Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud (CTESS) conformado por diversas instituciones del sector salud en nuestro país y el Centro Colaborador para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la Organización Mundial de la Salud en México (CEMECE). En relación con el CTESS, se realizaron las seis reuniones que se tenían programadas en 2012, y en 2013 se han realizado tres de las seis reuniones programadas, donde se lograron consensos en materia de información en salud.

En cumplimiento a la normatividad señalada respecto a la integración del PGS, el cual será la base para lograr la convergencia de los sistemas y el intercambio de información contenida en los diversos Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud (SIRES), se han realizado las gestiones para integrar la información de los beneficiarios del Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS-Oportunidades, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina, el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, Petróleos Mexicanos y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia alcanzando a la fecha un total de 98,052,497 registros activos de dichas instituciones.

Con respecto a la NOM-024-SSA3-2012 a partir de su publicación y entrada en vigor se han realizado actividades encaminadas a lograr su cumplimiento, entre las que destacan:

- La generación y publicación en el sitio web de la DGIS de la sección denominada Intercambio de Información, en la cual se publican, entre otros documentos, la NOM, los catálogos indicados por ésta en su apéndice normativo, la arquitectura de referencia, así como las guías y formatos respectivos (ambos documentos referidos en la NOM dentro del numeral 6) y una serie de documentos normativos asociados con la NOM y el intercambio de información.
- Se realizaron trabajos de elaboración de Guías de Intercambio de Información, ya que son los instrumentos técnicos a partir de los cuales los diferentes SIRES podrán certificarse en el marco de la NOM-024-SSA3-2012. En la actualidad, se cuenta con cuatro guías publicadas: a) reporte de información de nacimientos a la Secretaría de Salud; b) reporte de información de egresos hospitalarios a la Secretaría de Salud; c) reporte de información al Padrón General de Salud por parte de las instituciones, y d) gestión de Seguridad de la Información en Salud.

Respecto al CEMECE, durante 2012 impartió 14 cursos sobre la utilización de la Familia de Clasificaciones Internacionales de la Organización Mundial de la Salud a 524 personas; cuatro cursos internacionales de capacitación dirigidos a 114 codificadores en Honduras, Nicaragua, Guatemala y El Salvador. En estos cursos se explicaron los conceptos básicos acerca de la estructura y usos principales de la Clasificación Estadística

Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10), y diez cursos de actualización sobre codificación con la CIE-10 y la clasificación de los procedimientos médicos de la CIE-9-MC a los que asistieron 410 codificadores, personal médico y personal de estadística en varios estados del país.

Como parte del mismo proyecto se capacitó al personal de estadística, epidemiología y salud reproductiva de los servicios de salud de las 32 entidades federativas en el uso, aplicación y seguimiento de las actividades establecidas en el Manual de Procedimientos para la Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas, antes señalado.

En 2013, en el ámbito internacional y en colaboración con la OPS y la OMS se realizó un curso para formación de instructores en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud en México con 24 participantes de los siguientes países: Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador y México.

A partir del 24 de abril de 2013, mediante un decreto publicado en el DOF, se adicionaron diversas disposiciones a la Ley General de Salud: inclusión del Certificado de Nacimiento, obligatoriedad de su expedición para todo nacido vivo y la exigencia a las autoridades del Registro Civil para que lo soliciten a quienes pretendan declarar el nacimiento de una persona.

Asimismo, el 23 de mayo de 2013 se publicó en el DOF el acuerdo mediante el cual se determina Información de Interés Nacional a la generada en el Sistema de Información sobre Nacimientos, misma que será oficial y de uso obligatorio para la federación, los estados, el Distrito Federal y los municipios, y será utilizada para calcular los indicadores que se incluyan en el Catálogo Nacional de Indicadores.

Respecto al Certificado de Nacimiento, se realizan las actividades necesarias para el desarrollo del Certificado Electrónico de Nacimiento, con el objetivo de implementarlo de acuerdo con los estándares internacionales para mejorar las prácticas de Documentos Electrónicos Confiables y uso de Firma Electrónica.

A principios de 2013 se realizó el despliegue para la implementación del nuevo sistema de captura de defunciones resultado de la reingeniería que se lleva a cabo en el subsistema vigente, que permitirá la integración de dicha información en hospitales y jurisdicciones a partir de la tercera copia del certificado de defunción. Por otro lado, en el sector salud se está conciliando con las instituciones la entrega oportuna de la información de defunciones, para ello se utiliza el nuevo sistema de la Secretaría.

Además, se continúa con el procedimiento para la recuperación de registros de defunciones certificadas con la posibilidad de que éstos sean de manera electrónica, además, a partir de la tercera copia del certificado de defunción, es posible recuperar la información de las defunciones certificadas que no fueron inscritas en el Registro Civil.

relación a la calidad de la información de las defunciones, se obtuvo avances importantes en diversos proyectos. Se continuó con la búsqueda intencionada y reclasificación de las muertes maternas y se espera reclasificar alrededor de 120 defunciones de mujeres, las cuales no fueron identificadas en un inicio como muerte materna; con ello se espera obtener una Razón de Mortalidad Materna de 40 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos para 2012.

En seguimiento a la descentralización de la generación de información sobre las defunciones por causas externas, y al buscar mayor integridad y oportunidad, se está llevando a cabo una prueba piloto en cuatro entidades federativas para la captura directa de la hoja verde (tercera copia del Certificado de Defunción) en las oficinas de los Servicios Médicos Forenses, misma que se encuentra en proceso de implementación.

Se realizó la actualización de información de recursos en salud de las instituciones públicas de salud, referida al año 2012. En este sentido, se integra información de 22,037 unidades médicas, de las cuales 20,724 son de consulta externa y 1,313 son hospitales. A partir de ello se consolida e integra la base de datos final que sirve de base para la integración de informes nacionales e internacionales relativos a personal, camas, consultorios y equipo médico existente.

De la misma manera, se realiza la actualización del cierre estadístico anual 2012 del Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS), orientado a integrar la información de cada una de las unidades médicas de la Secretaría de Salud (hospitales federales de referencia, institutos nacionales de salud y hospitales regionales de alta especialidad) y de los SESA, que a diciembre de 2012

registraron 15,086 unidades: 14,905 en operación y 181 pendientes de entrar en operación. Durante el mes de julio de 2013 se realiza la actualización del primer semestre de este año, con el fin de tener datos definitivos en el mes de septiembre. Fueron incluidas variables relativas a conectividad de las unidades (tipo de internet y número de consultorios con internet).

El catálogo de CLUES permite conocer la cantidad, distribución y tipo de establecimientos en salud (unidades médicas, establecimientos de apoyo y establecimientos de asistencia social), los cuales son insumos fundamentales para identificar el acceso a los servicios de salud, capacidad instalada, entre otros. Con este catálogo se realizan actualizaciones de manera mensual, se difundió el cierre de establecimientos en operación a diciembre de 2012 y los cortes mensuales hasta el mes de abril de 2013. A partir de mayo de 2013 se implementó, a nivel nacional, un desarrollo web de CLUES que permite la actualización y consulta del catálogo en línea, de manera que todo el proceso se realiza con base en esta herramienta. Al 14 de junio de 2013 se tienen registrados 30,098 establecimientos, de los cuales 27,589 se encuentran en operación, 2,228 están fuera de servicio y 281 pendientes de entrar en operación.

Respecto a la actualización del Subsistema de Prestación de Servicios de la Secretaría de Salud (SIS), se elaboraron los formatos, informes e instructivos versión 2013 y se realizó una prueba piloto en los estados de Jalisco y Sonora, que dieron como resultado las mejoras para la versión definitiva del SIS, que inició operaciones el 26 de diciembre del 2012 en todos los establecimientos de la Secretaría de Salud y SESA que brindan servicios al paciente.

También se actualizaron y desarrollaron los subsistemas fuera de línea del Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH), Urgencias y Lesiones. En particular, se renovó la aplicación y la herramienta de validación del SAEH y Urgencias, dando como resultado que aproximadamente 720 hospitales de la Secretaría de Salud reporten la información de manera mensual a través de estos sistemas. Asimismo, se desarrolló la aplicación y la herramienta de validación para la captura de la atención de casos en lesiones y violencia para las unidades médicas de la Secretaría de Salud y SESA con una cobertura de aproximadamente 5,600 unidades médicas que reportan de manera mensual.

Algunos datos relevantes de los subsistemas anteriores del año 2012 son: la población que utilizó al menos una ocasión algún servicio en el año fue de 34.7 millones; se otorgaron más de 123.5 millones de consultas; alrededor de 141 millones de estudios de laboratorio; y más de 1.3 millones de detecciones positivas de diabetes mellitus; entre otros, tan sólo para la Secretaría de Salud y los SESA.

En cuanto a los Objetivos de Desarrollo de Milenio, se actualizaron los indicadores de los temas de paludismo, tuberculosis, VIH/SIDA y consultas prenatales, esta es una de las actividades permanentes en el Comité Técnico Especializado en el Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo de Milenio, donde la DGIS funge como vocal.

La Secretaría General del Consejo Nacional de Población (CONAPO) fue designada por el Ejecutivo Federal para la realización de los trabajos preparatorios al seguimiento del programa de acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) de 2014. La DGIS fue la responsable de consolidar la información de la Secretaría de Salud para la encuesta de seguimiento del Programa de Acción de la CIPD. También coordinó las reuniones para el consenso y discusión de las respuestas con la academia y la sociedad civil, con las cuales se lograron identificar líneas prioritarias de acción que permitirán avanzar hacia la realización de los compromisos contraídos y los objetivos adoptados en la CIPD.

La DGIS fue la responsable de integrar las acciones, indicadores de impacto y resultados obtenidos de los 46 programas que tiene de la Secretaría de Salud, como el Convenio Interinstitucional para la Atención Universal de las Emergencias Obstétricas, Caravanas de la Salud, Seguro Médico para una Nueva Generación, Arranque Parejo en la Vida, Cáncer de Mama y Cáncer Cérvico Uterino, Prestación de Servicios de Salud y los Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar, Vete Sano Regresa Sano, Vacunación Universal, Prevención y Control del VIH/SIDA, Estrategia Integral para la Salud del Migrante, entre otros, para mostrar los avances obtenidos en cada uno de los programas que forman parte del Programa Nacional de Población, así como los principales cambios demográficos y logros sociales obtenidos durante 2008-2012.

La DGIS, en representación de la Secretaría de Salud, participó junto con las secretarías de Educación Pública, Desarrollo Social, de Trabajo y Previsión Social, el INEGI y la CONAPO en la revisión del ejercicio de la conciliación demográfica para establecer una población base para las proyecciones de población 2010-2050, que se publicaron en diciembre de 2012.

2.3 Dirección General de Evaluación del Desempeño

La Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED) tiene entre sus principales atribuciones las de coordinar las evaluaciones de los programas prioritarios de salud, desarrollar acciones para evaluar el funcionamiento de las unidades de atención médica y evaluar el desempeño de los sistemas estatal y nacional de salud. Para el desarrollo de sus actividades, la DGED se estructura en tres direcciones de área, cuyas principales acciones en el periodo de análisis se describen a continuación:

Dirección de Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud

De septiembre a noviembre de 2012, la Dirección de Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud (DEDSS) coordinó la integración de los apartados de salud para el Sexto Informe de Ejecución del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND 2007-2012), a fin de dar a conocer las acciones y resultados de la ejecución del PND en materia de salud. Cabe señalar que la integración de este informe, por instrucciones de la Presidencia de la República y de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), se adelantó a fin de disponer del documento para el proceso de entrega-recepción correspondiente al cambio de administración en diciembre.

En enero de 2013 se concluyó la elaboración del informe de Rendición de Cuentas en Salud 2011, instrumento vinculado con la evaluación del desempeño de los sistemas de salud a través del cual la Secretaría de Salud somete al escrutinio de la sociedad los logros obtenidos en ese año con la implantación del Programa Sectorial de Salud 2007-2012 y los avances en las metas correspondientes a los Objetivos de Desarrollo del Milenio en materia de salud. Asimismo, en marzo de 2013 se inició el proceso para elaborar el informe correspondiente a 2012, el cual reportará los resultados finales obtenidos durante la administración correspondiente a 2007-2012.

La DEDSS participó, durante marzo de 2013, en las mesas de trabajo de salud con el objetivo de generar propuestas que coadyuvaran a la elaboración del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y del Programa Sectorial de Salud.

De enero a julio de 2013 se construyeron y difundieron los Indicadores de Resultado correspondientes a 2011, los cuales tienen como propósito dar cuenta de la situación que guardan los objetivos intermedios o instrumentales de los sistemas de salud vinculados con las condiciones de salud, disponibilidad y accesibilidad, calidad técnica e interpersonal, aceptabilidad, eficiencia, sustentabilidad y anticipación.

Con relación a las acciones en materia de evaluación del desempeño, en septiembre de 2012 se difundió, a través del sitio web de la DGED, el reporte de seguimiento de metas 2011 del Programa Nacional de Salud 2007-2012 (PRONASA 2007-2012). Este documento da a conocer el grado de cumplimiento en la implantación de las estrategias y líneas de acción que competen a las unidades administrativas de la Secretaría de Salud, identifica los retos y factores que inciden negativamente en el cumplimiento de sus compromisos y brinda evidencias que permitan ajustar o reorientar las acciones y esfuerzos de manera oportuna. En seguimiento a estas actividades, de enero a agosto de 2013 se contempla elaborar el informe final de las metas del PRONASA 2007-2012, para ello se cuenta con la colaboración de las unidades involucradas.

Dirección de Evaluación de Programas Prioritarios y Especiales de Salud

Una de las atribuciones de la Dirección de Evaluación de Programas Prioritarios y Especiales de Salud (DEPPES) es supervisar la calidad y cumplimiento normativo de las evaluaciones establecidas en el Programa Anual de Evaluación para proporcionar herramientas que sustenten y mejoren la ejecución y el rediseño de la política nacional de desarrollo social. La DEPPES, en coordinación con el Consejo Nacional de Evaluación para la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) y la SHCP, contribuyó para que las evaluaciones se cumplieran en los términos establecidos. De este modo se desarrolló la evaluación de procesos a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios y una evaluación de costo-efectividad a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

En el periodo de enero a agosto de 2013 se coordinó, de manera conjunta con el CONEVAL, la Evaluación Específica del Desempeño de ocho programas de la Secretaría de Salud y la elaboración de las fichas de monitoreo de 11 programas que prestan servicios públicos u otorgan subsidios mediante convenios.

Con relación a los Aspectos Susceptibles de Mejora, derivados de los informes y evaluaciones de los programas prioritarios y especiales de salud, se dio seguimiento a los establecidos y algunos programas reportaron en abril de 2013 nuevas recomendaciones para su monitoreo. En ese mismo mes, tres programas del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia sujetos a reglas de operación tuvieron una reunión técnica sobre la Matriz de Indicadores de Resultado coordinada por CONEVAL a la cual la DEPPES asistió como enlace y comentarista.

Entre septiembre de 2012 y agosto de 2013, La DEPPES coordinó y supervisó la evaluación externa de tres programas de la Secretaría de Salud:

- Caravanas de la Salud. Se realizó en coordinación con la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y tuvo como objetivo principal revisar los alcances del programa en cinco componentes: cobertura, atención a la salud, referencia y contrarreferencia, utilización y satisfacción del servicio y afiliación al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). Se incluyó un componente cualitativo para identificar fortalezas y debilidades del programa.
- Sistema Integral de Calidad en Salud. La evaluación se realizó en coordinación con la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), Unidad Xochimilco y se basó en el análisis de información secundaria, incluyendo las evaluaciones externas realizadas al programa entre 2008 y 2011, con lo que se recabaron datos relacionados con el desempeño de las unidades de atención, la calidad técnica y la seguridad del paciente.
- SPSS-Seguro Popular. Se realizó de manera coordinada con el Instituto Nacional de Salud Pública y tuvo como objetivo evaluar los componentes financiero, gerencial y de impacto en las condiciones de salud y seguridad financiera de las familias beneficiarias durante el periodo 2007-2011 a través de datos derivados de evaluaciones, encuestas y sistemas de información existentes.

Por último, de junio a agosto de 2013, la DEPPES ha conducido los procedimientos y actividades, en coordinación con las unidades administrativas y órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud, para la integración y difusión del Primer Informe de Labores de la Secretaría de Salud.

Dirección de Evaluación de Servicios de Salud

Para cumplir con la atribución establecida en la fracción V del artículo 23 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, relativa a la evaluación de los servicios públicos de salud, la Dirección de Evaluación de Servicios de Salud (DESS) efectuó tres estudios especiales durante 2013.

La Evaluación de las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas se desarrolló entre julio y noviembre de 2012 en una muestra de 30 unidades de especialidades en el cuidado de personas con padecimientos crónicos, principalmente diabetes, hipertensión y obesidad. Los resultados de este trabajo permiten constatar la efectividad del modelo de atención que se brinda en estas unidades y documenta algunas áreas de oportunidad en el desempeño de estos servicios.

Durante el segundo semestre de 2012, además, se concluyó el proyecto Evaluación de la Difusión e Implementación de las Guías de Práctica Clínica (GPC), mediante el cual se valoró el grado de éxito en la implementación de éstas en unidades médicas del sector salud. La evaluación se desarrolló en una muestra de 480 unidades de salud (400 unidades de primer nivel y 80 hospitales) del ISSSTE, IMSS y Secretaría de Salud. Como resultado se pudo documentar el gran avance en materia de elaboración de GPC, así como su amplia distribución y el ambiente favorable existente para que estas herramientas se utilicen para mejorar la calidad de la atención en los servicios personales de salud. Las principales áreas de oportunidad se identificaron en los procesos de implantación, ya que en algunas unidades no se cuenta con los recursos (económicos y humanos) para estimular al personal de salud para que las consulte de manera regular.

Otro proyecto desarrollado fue la Evaluación de los Centros de Salud Atendidos Exclusivamente por Pasantes de Medicina, mismo que se ejecutó con la finalidad de identificar las condiciones en que se desempeñan los centros de salud atendidos exclusivamente por pasantes, con el objetivo de proponer acciones de mejora que impacten en los procesos de atención y en la salud de la población usuaria. Entre los resultados se puede destacar el hecho de que este tipo de centros no se integran adecuadamente en redes de atención,

que con frecuencia carecen del equipamiento necesario para brindar servicios con calidad y que los pasantes no reciben la capacitación ni supervisión adecuada para garantizar el mejor desempeño de sus funciones.
Dentro del rubro de publicaciones, en 2012 la DESS desarrolló los análisis necesarios para la integración, redacción y publicación del Observatorio de los Servicios de Atención Primaria 2012. Ésta es una publicación bienal que sintetiza las condiciones en que se desarrollan y el nivel de desempeño de los servicios de atención primaria de la Secretaría de Salud. Asimismo, incluye un análisis puntual de las principales áreas de oportunidad en los servicios estudiados y sirve como vehículo para la presentación de los resultados de los proyectos de evaluación mencionados con anterioridad.

Como todos los años, entre junio y agosto de 2013, la DESS fungió como responsable de la integración del apartado de Salud del Informe de Gobierno. Con la contribución de diferentes áreas de la Secretaría, la DGED colaboró con las instancias responsables de la SHCP y la Oficina de la Presidencia para dar respuesta a las necesidades de información en lo relacionado con las estrategias del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

2.4 Dirección General de Calidad y Educación en Salud

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud conduce la política nacional para elevar la calidad de los servicios de atención médica y asistencia social, la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud así como la elaboración de normas oficiales mexicanas en las materias de su competencia.

Para corresponder con estas atribuciones, en noviembre de 2012 se realizó la Novena Sesión Ordinaria del Comité Nacional por la Calidad en Salud (Conacas). Los principales acuerdos de esta sesión fueron: recomendar su incorporación al Observatorio de Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente a las Instituciones del sector salud; la participación voluntaria en el estudio Frecuencia y Evitabilidad de Eventos Adversos en la Atención Ambulatoria, y hacer llegar al Consejo de Salubridad General el resultado del estudio Disminución del Error en la Administración de Medicamentos por Personal de Enfermería.

Derivado de las convocatorias de financiamiento del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD): Compromisos de Calidad mediante Acuerdos de Gestión y Proyectos de Capacitación, Investigación y Foros Estatales de Calidad, de 2007 a 2012, se financiaron 742 acuerdos de gestión y 223 proyectos de capacitación. En la emisión 2013 participaron los Servicios Estatales de Salud de 31 entidades federativas, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, con 978 acuerdos de gestión correspondientes a 584 unidades de consulta externa y 374 de hospitalización; así como 113 proyectos de capacitación, 26 de investigación y 15 foros.

De mayo de 2004 (año de inicio del proceso de acreditación) a diciembre de 2012 se han acreditado 10,788 establecimientos para el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES), incluidas 300 Unidades Médicas Móviles del Programa Caravanas de la Salud, y 1,023 establecimientos para intervenciones del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). De enero a junio de 2013 se han acreditado 21 establecimientos de primero y segundo nivel para las intervenciones del CAUSES y 27 del FPGC.

En cumplimiento con los compromisos internacionales de seguridad del paciente de la Organización Mundial de la Salud, se han desarrollado acciones para impulsar la correcta higiene de manos, favorecer la cirugía segura, contribuir a la disminución de bacteriemias asociadas al manejo de catéteres venosos centrales y periféricos, y para la medicación segura en 338 hospitales de mediana y alta complejidad del sector salud, lo que representó 84.9% del total de hospitales.

Con el objeto de homogeneizar la calidad de los servicios de salud, se ha fortalecido la operación de las más de 200 clínicas de catéteres como una estrategia para alcanzar la meta de Bacteriemia Cero, para lo cual se capacitó a 2,256 profesionales en enfermería en las 32 entidades federativas.

De diciembre 2012 a junio 2013 se continuó con el apoyo de asesorías técnicas y capacitación en materia de calidad y seguridad del paciente en todas las entidades federativas, destacando los dos diplomados de Mejora de la Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente, en los que se capacitó a 224 líderes de calidad a través del Campus Virtual de Salud Pública de la Organización Panamericana de la Salud, en coordinación con la Secretaría de Salud Federal.

Se realizó la difusión de temas de calidad y seguridad del paciente a través de la Red Nacional SICALIDAD aproximadamente a 20,000 profesionales de la salud. En 2012 se realizaron y difundieron por la red 12 boletines informativos sobre los temas de calidad del sector salud, y en junio de 2013 se emitieron y difundieron cuatro.

Hasta junio de 2013 se reinstalaron 29 Comités Estatales de Calidad como foros colegiados que permiten adecuar las acciones del Conacas, asimismo, se cuenta con 10,512 establecimientos de salud con Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, y 7,187 unidades con un Modelo de Gestión para la Atención a Quejas.

En octubre de 2012 se llevó a cabo la Reunión Regional de Calidad en Salud con la asistencia de 1,768 profesionales de la salud, mismos que compartieron experiencias y se actualizaron en temas de calidad y seguridad del paciente.

Como un mecanismo de evaluación de avances en la implantación de estrategias de mejora, en el primer cuatrimestre de este año 10,842 unidades médicas del sector reportaron resultados de indicadores de calidad, las cuales presentaron un incremento de 483 unidades con relación al último cuatrimestre de 2012.

Hasta junio de 2013 para apoyar la mejora de la calidad de la atención en salud, se implementó la estrategia de evaluación del expediente clínico en 5,579 establecimientos médicos; para ello fue necesario capacitar al personal de salud de 20 entidades federativas. Asimismo, se continúa trabajando con 1,963 gestores de calidad en el país, a los cuales se les ha capacitado en temas de calidad técnica, percibida y de gestión.

Hasta el primer cuatrimestre de 2013 se cuenta con 11,208 Avales Ciudadanos, que laboran en 10,515 unidades de las 32 entidades federativas, mismos que, de 2007 a junio de este año, han entregado 62,234 Cartas Compromiso para mejorar la calidad y el trato digno a los usuarios, de éstas se cumplieron los compromisos establecidos en 64.5%.

Hasta el primer semestre de 2013 se ha integrado un modelo de gestión de riesgos de infecciones nosocomiales en 250 hospitales de la Secretaría de Salud y se amplía su aplicación a los establecimientos médicos de atención especializada; además, se han efectuado cursos para la capacitación de personal de un hospital pediátrico y en el Instituto Nacional de Psiquiatría.

Se publicaron en el DOF nueve respuestas a comentarios y sus correspondientes Normas Oficiales Mexicanas (NOM) definitivas, y tres proyectos para consulta pública. Se encuentran en desarrollo tres NOM definitivas, seis proyectos de respuesta a comentarios y NOM definitivas, y siete proyectos de NOM están en proceso de elaboración.

Con relación al Programa Hospital Seguro ante Desastres, entre el 1º de septiembre y el 31 de diciembre de 2012 se capacitaron 73 trabajadores y en el primer semestre de 2013 iniciaron la capacitación 251 nuevos evaluadores. En el Plan Sismo se inició la fase III con un total de siete unidades hospitalarias oficialmente evaluadas en dos entidades federativas.

En la promoción 2012 del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud se otorgaron 12,583 estímulos: 3,691 a médicos, 7,738 a enfermeras, 318 a odontólogos, 749 a químicos, 420 a trabajadores sociales, y 667 correspondientes a otras disciplinas. En la promoción 2013 se encuentran en evaluación 15,013 profesionales de la salud.

En 2012 se emitieron 10 dictámenes anuales aprobatorios a las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud para continuar en funcionamiento.

De septiembre 2012 a junio 2013 se integró la Red de Alianzas Estratégicas para el funcionamiento del Comité de Estudio de Necesidades de Formación de Recursos Humanos para la Salud, en el que se desarrolló el modelo de análisis para el diagnóstico de necesidades de formación de recursos humanos.

De septiembre 2012 a agosto de 2013, con el propósito de ingresar a la Red Latinoamericana de Observatorio de Recursos Humanos en Salud, versión México, cuyo objetivo es brindar información relevante a estudiantes, gerentes e investigadores, se continuó trabajando en colaboración con la OPS.

De septiembre 2012 a mayo de 2013, el Subcomité de Capacitación Técnico Médico, aprobó 44 cursos con costo apegados a los programas institucionales (95.6% de los solicitados), participaron 620 trabajadores del área médica, paramédica y afines. Asimismo, se estableció en formato electrónico la Cédula de Solicitud de Eventos de Capacitación con objeto de mejorar el proceso de dictamen de eventos de capacitación.

En septiembre de 2012 se realizó el XXXVI Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas

(ENARM) para el cual se elaboraron y validaron 3,617 reactivos nuevos y se analizaron y calibraron 5,510 reactivos. Fueron seleccionados 1,376 sustentantes en una segunda opción de especialidad. Se realizaron innovaciones funcionales al Sistema Informático Integral del ENARM y proyectos de evaluación de la seguridad de la información en colaboración con la Dirección General de Servicios de Cómputo Académico de la UNAM. La especialidad de Medicina de la Actividad Física y Deportiva se implementó de entrada directa.

En relación con el internado médico y servicio social de medicina y carreras afines, se programaron 31,464 campos clínicos. En el posgrado, se asignaron 9,123 campos clínicos para residencias médicas en 133 unidades de la Secretaría de Salud, de los que egresaron 2,432 especialistas de los institutos nacionales de salud, hospitales de alta especialidad y hospitales de la Secretaría de Salud en las entidades federativas. Se cuenta con 336 médicos extranjeros ubicados en 26 hospitales de la Secretaría, para impartir cursos de especialización. Se programaron 1,439 especialistas del último año de su formación para realizar el Servicio Social Profesional en 132 unidades de la propia Secretaría de Salud.

El Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Estomatológicas 2012 se aplicó a 537 sustentantes (3.8% más que en 2011) de 705 aspirantes registrados, de los cuales fueron seleccionados 36 nacionales y un extranjero para 13 sedes. Asimismo, se asignaron 3,084 campos clínicos para Servicio Social en agosto 2012, y 2,276 en febrero 2013. Se continúa utilizando el Sistema de Administración en Servicio Social en Salud para Estomatología, que ha demostrado su eficacia en las entidades federativas.

De septiembre 2012 a junio 2013 se asociaron 93 unidades con servicio de atención odontológica de siete estados, y dos universidades al Proyecto Calidad y Seguridad en la Atención del Paciente Estomatológico, por lo tanto, el total es de 680 unidades asociadas de 2010 a junio de 2013. Asimismo, se dio seguimiento al Programa Currículum de Calidad y Seguridad en las Ciencias de la Salud en instituciones educativas de pregrado y posgrado en estomatología, con la finalidad de insertar complementos de aprendizaje relacionados con la calidad y seguridad de los pacientes estomatológicos.

Se entregó el Reconocimiento a la Excelencia Estomatológica durante el evento de celebración del día del Odontólogo al que asistieron más de 700 odontólogos. Con el fin de disminuir la variabilidad en la atención de los pacientes, en octubre de 2012 se publicó la NOM-022-SSA3-2012 Condiciones para la Administración de la Terapia de Infusión en los Estados Unidos Mexicanos, y de 2011 a agosto de 2013 se ha capacitado a más de 1,400 enfermeros que laboran en las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Asimismo, se han llevado a cabo eventos de educación para la atención de heridas agudas y crónicas ante la necesidad de proporcionar cuidados especializados a pacientes con heridas por pie diabético, úlceras varicosas, quemaduras, estomas, entre otras, y a partir de junio 2013 se inició la implementación de clínicas de heridas y se espera la apertura de éstas en 14 entidades federativas.

En apoyo a la autoridad educativa en el otorgamiento del Registro de Validez Oficial de Estudios, se publicó el documento Criterios Esenciales de Enfermería, que permitirá contar con elementos objetivos para emitir la opinión técnico-académica sobre los planes de estudios de las carreras de enfermería. De igual manera, para el fortalecimiento de la investigación, se publicaron los Lineamientos para la Conformación de Unidades de Investigación en Enfermería.

Para el Servicio Social de Enfermería, se otorgaron 21,495 becas en la Secretaría de Salud y se coordinó su aplicación en el IMSS, ISSSTE y otras dependencias del sector salud.

El Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE) cuenta con un incremento de más de 8,500 registros interinstitucionales con respecto a lo reportado hasta diciembre de 2012. Hasta agosto de 2013 se espera que el SIARHE cuente con más de 250,000 registros de personal de enfermería.

2.5 Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Con la misión de satisfacer las necesidades de gestión y evaluación de tecnologías para la salud mediante la asesoría, la coordinación de esfuerzos sectoriales, la generación, integración y divulgación de información, el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), entre septiembre de 2012 y agosto

de 2013, impartió 19 asesorías sobre efectividad, seguridad y eficiencia de tecnologías médicas, a solicitud de autoridades del Consejo de Salubridad General y de la Secretaría de Salud.

En este sentido, el indicador Porcentaje de Adopción de Recomendaciones de Evaluación de Tecnologías para la Salud tuvo un valor de 85.7% en el periodo mencionado, superando 5.7% la meta programada (80%).

CUADRO II.1 PORCENTAJE DE ADOPCIÓN DE RECOMENDACIONES DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS PARA LA SALUD, 2012-2013

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	PERIODO				
		2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Porcentaje de adopción de recomendaciones de evaluación de tecnologías para la salud	Recomendaciones adoptadas / total recomendaciones	64.1%	92.8%	90.9%	92%	85.7%

1/ septiembre-agosto de 2013.
FUENTE: Elaborado con datos del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Secretaría de Salud, 2008-2012.

Se dio continuidad a la capacitación para los integrantes de los grupos de trabajo Institucional e Interinstitucional de Evaluación de Tecnologías para la Salud. Con financiamiento de la Unión Europea, dentro del proyecto de Cohesión Social, se llevaron a cabo los cursos y talleres de Evaluación Económica de Tecnologías para la Salud y Evaluación Organizacional, Ética y Social de Tecnologías para la Salud. En cada uno se capacitaron 80 funcionarios adscritos a instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud (SNS). Adicionalmente, mediante financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo, se realizó el taller Priorización Explícita en Salud, en el que se capacitaron 41 funcionarios del sector salud.

En México el SNS es segmentado y fragmentado, lo cual genera ineficiencias y variabilidad en la calidad de la atención médica, así como heterogeneidad en el financiamiento y administración de los recursos para la salud. Debido a esto, el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 incorporó en líneas de acción la necesidad de impulsar la utilización de las Guías de Práctica Clínica (GPC) y los protocolos de atención médica e integrar un Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica (CMGPC). Por tal motivo en junio de 2008 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el acuerdo mediante el cual se crea el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica como un órgano asesor de la Secretaría de Salud, cuyo objetivo es unificar los criterios de priorización, elaboración, actualización, integración, difusión y utilización de GPC y los protocolos de atención médica en las instituciones del SNS, así como para proponer los criterios para evaluar su aplicación:

- En el periodo 2007 a 2012 se autorizaron y publicaron 539 guías en el CMGPC. Asimismo se actualizaron 117 guías.
- Del 1° de enero al 31 agosto 2013 se desarrollaron, para su integración y publicación al CMGPC, 86 GPC que aunadas a la cifra anterior suman 625.
- En la conformación del CMGPC participaron 2,947 profesionales de la salud capacitados en medicina basada en evidencia.
- Para el desarrollo, integración, edición, difusión, implantación y actualización de las GPC se cuenta con herramientas metodológicas específicas consensuadas por las instituciones del Sistema Nacional de Salud.
- El CMGPC ha tenido más de 1.5 millones de consultas nacionales e internacionales desde su publicación en 2009. En los últimos 12 meses se ha reportado un promedio de 100,000 consultas mensuales.

En materia de Telesalud, durante la pasada administración se asesoró a 31 entidades federativas para la creación de proyectos de Telemedicina y Teleeducación, se emitieron 28 dictámenes técnicos y se implementaron 23 proyectos de Telesalud en el país. Se impartieron un total de 16 asesorías para implementación, desarrollo y gestión de proyectos de Telemedicina.
Con el fin de difundir y promover de forma sistemática

la Telesalud como un instrumento seguro y eficiente, se realizaron cursos, seminarios, foros y congresos de 2007 a 2012, en los que se contó con la participación de más de 3,300 profesionales.

CUADRO II.2 ASESORÍAS EN TELESALUD 2007-2013

CONCEPTO	PERIODO						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Asesorías	26	33	31	20	20	17	16[1/]

1/ información preliminar de enero a agosto de 2013.
FUENTE: Elaborado con datos del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Secretaría de Salud, 2008-2012.

Durante la presente administración se desarrolló, en colaboración con el Campus Virtual de Salud Pública de México, el curso virtual Modelo Operativo para la Teleconsulta en Telemedicina, en el cual participaron entidades como Nayarit, Sonora, Zacatecas y Tabasco.

De septiembre de 2012 a agosto de 2013 se capacitó de manera presencial a 400 profesionales de la salud. Del 1° de enero al 31 de agosto de 2013 se coordinaron 120 sesiones de Teleeducación en las que se contó con la asistencia de 5,000 profesionales de la salud.

CUADRO II.3 COORDINACIÓN DE SESIONES EN TELEEDUCACIÓN 2007-2013

CONCEPTO	PERIODO						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013[1/]
Sesiones	64	67	76	136	136	146	120
Asistentes	915	1,689	4,265	6,733	6,753	7,080	5,000

1/Información preliminar de enero a agosto de 2013.
FUENTE: Elaborado con datos del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Secretaría de Salud, 2008-2012.

Con el objetivo de impulsar las acciones encaminadas a adecuar el marco ético y legal para una práctica segura y permanente de la Telesalud, se desarrolló el capítulo VIII: Preceptos para el Ejercicio de la Atención Médica a Distancia, de la publicación titulada Preceptos éticos y legales de la práctica médica. Asimismo CENETEC coordinó los trabajos de 75 instituciones que participan en la elaboración de la Norma Oficial Mexicana para la Regulación de la Atención Médica a Distancia.

Para promover la adecuada incorporación de equipo médico en el país, se desarrollaron las cédulas de especificaciones técnicas y los modelos de equipamiento, las cuales son herramientas que se utilizan a nivel intersectorial que permiten mejorar la toma de decisión en la selección de los dispositivos médicos y favorecen una competencia transparente por ser cédulas incluyentes. En el periodo 2007 a 2012 se construyeron 373 cédulas de especificaciones técnicas para 106 tecnologías diferentes y 36 modelos de equipamiento médico. De enero a agosto de 2013, se generaron y actualizaron 13 cédulas de especificaciones técnicas, así como un modelo de equipamiento para Unidad de Especialidad Médica de Oncología.

A fin de mejorar la planeación y optimización de recursos financieros para la incorporación de equipo en las unidades de atención a la salud, los Certificados de Necesidad de Equipo Médico (CDNEM) y los Dictámenes de Validación de Equipamiento Médico (DVEM) se posicionaron como instrumentos necesarios para la autorización del otorgamiento de dichos recursos financieros.

En el periodo comprendido entre 2007 y 2012, se otorgaron 74 CDNEM con valor superior a un 1,500 millones de pesos. En el mismo periodo, en relación con los DVEM, se atendieron y avalaron 202 solicitudes, que representan una inversión mayor a 3.5 miles de millones de pesos. En el periodo de enero a junio 2013 se atendieron nueve DVEM y ocho CDNEM, que representan un monto superior a los 200 millones de pesos (información preliminar).

Se impulsó el proyecto de Centros Estatales de Ingeniería Biomédica en los Servicios Estatales de Salud para mejorar la gestión de equipo médico en las entidades federativas. Hasta el mes de agosto de 2013 son 29 entidades las que cuentan con un responsable de gestión y dos más que iniciaron trámites para su contratación.

III. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

Por tu SALUD estamos moviendo a MÉXICO
SALUD
CDI
Por tu SALUD estamos moviendo a MÉXICO
4X4

SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

De conformidad con las estrategias y líneas de acción de los ejes de gobierno establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, en el marco de las atribuciones de prevención y promoción de la salud, la Subsecretaría se dio a la tarea, durante el periodo del presente informe, de fortalecer las acciones de rectoría, normatividad, capacitación y seguimiento de las acciones programadas y el ejercicio del recurso transferido desde la federación. Destacan dentro del periodo de referencia las acciones orientadas hacia el cumplimiento de los compromisos nacionales e internacionales, con particular énfasis en el cumplimiento de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, así como en los programas de acción específicos en materia de prevención y promoción a cargo de cada una de las unidades administrativas dependientes del área.

3.1 Dirección General de Promoción de la Salud

En el segundo semestre de 2012 se revisaron y actualizaron los contenidos de las cinco Cartillas Nacionales de Salud y se inició el proceso correspondiente de las guías técnicas de cada una de ellas, el cual continúa hasta la fecha. En este mismo año se cerró con una cobertura de cartillas nacionales de salud de 87.1%, superior en 3.1 puntos porcentuales a lo programado.

A partir de enero de 2013 se cuenta con la actualización de las Cartillas Nacionales de Salud que son utilizadas por todas las instituciones del sector salud. De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, 80% de la población ya cuenta con su cartilla. De septiembre de 2012 a agosto de 2013 se logró que en más de 48 millones de consultas otorgadas (40%) los usuarios presentaran su cartilla. Asimismo, se proporcionaron más de 57 millones de consultas con atención integrada de línea de vida. Un reto importante para la presente administración será incrementar el número de mexicanos que cuenten con cartilla y además asegurar que toda persona que acuda a los servicios de salud la presente para que se registren las atenciones recibidas.

Dentro de las acciones para lograr que la población cuente con una nueva cultura de la salud, se impartieron 1.7 millones de talleres comunitarios para el cuidado personal de la salud con temas enfocados a la prevención de los padecimientos más frecuentes y a la promoción de conocimientos, actitudes y aptitudes que favorezcan los estilos de vida saludables en la población.

En mayo de 2012 se firmaron las Bases de Coordinación SALUD-SEP para el establecimiento, desarrollo y ejecución del programa Escuela y Salud; a través del cual se lograron certificar 6,378 escuelas como promotoras de la salud. Se realizaron 8.8 millones de acciones preventivas y de detección de problemas frecuentes de salud, y se remitieron más de un millón de escolares a las unidades de salud para ser atendidos. Un reto importante será ampliar la cobertura del programa a través de la certificación de escuelas como promotoras de la salud, con énfasis en la prevención de la violencia y las adicciones y el impulso de acciones que promuevan el abasto permanente de agua, el saneamiento y la higiene en dichos planteles.

Para fortalecer las acciones de participación social en salud a nivel local, en mayo de 2012 se desarrolló el Expediente Municipal de Salud Pública, que permite el registro y seguimiento efectivo de todas aquellas intervenciones sanitarias que son atribuciones de los comités municipales de salud. De septiembre de 2012 a agosto de 2013 se logró que 551 municipios utilicen este importante instrumento.

Con el propósito de impulsar la atención de los pueblos indígenas, de enero a diciembre de 2012 se implementó el proyecto intersectorial Acciones Integrales para el Cuidado de la Salud en el Municipio de Chilón, Chiapas, el cual generó un modelo de atención intersectorial para la población indígena, de carácter participativo; el cual responde a las necesidades de la población local, con enfoque en determinantes sociales, pertinencia cultural y lingüística.

A través del Programa Vete Sano, Regresa Sano, de septiembre de 2012 a agosto de 2013 se otorgaron 627,550 consultas médicas a los migrantes y 463,808 atenciones integradas de línea de vida; se impartieron alrededor de 21,000 talleres para atender el cuidado personal de la salud y se logró la certificación de 46 albergues para jornaleros agrícolas migrantes como entornos favorables a la salud.

Asimismo, con la finalidad de proteger la salud de los migrantes dentro de México y en el extranjero, la Secretaría de Salud ha impulsado la organización de eventos que favorecen su atención de manera coordinada con la Secretaria de Relaciones Exteriores y la Secretaria de Gobernación; estos son las Semanas Nacionales de Migración, la Semana Binacional de Salud y el Programa de Repatriación al Interior de México.

3.2 Dirección General de Epidemiología

A la Dirección General de Epidemiología (DGE) le corresponde definir, con la participación de las unidades administrativas competentes de la Secretaría de Salud, las acciones en materia de vigilancia, diagnóstico y referencia epidemiológica, y efectuar la investigación y el desarrollo tecnológico en materia de vigilancia epidemiológica.

Entre el 1° de septiembre y el 31 de diciembre del 2012 se emprendieron acciones con el propósito de dirigir la vigilancia epidemiológica y fortalecer la red nacional e internacional de colaboradores para proveer de información y conocimientos de calidad que sustenten las políticas públicas en beneficio de la salud de la población, entre dichas acciones destacan las siguientes:

- Se revisó y actualizó la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994 para la vigilancia epidemiológica y 17 manuales de procedimientos para la vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles.
- Se dio seguimiento y atención operativa a brotes en los estados de Coahuila para *Rickettsiosis* y en Chihuahua para Virus del Oeste del Nilo.
- Se participó en el Grupo de Expertos de Dengue para la elaboración del plan de preparación ante la introducción de la vacuna en México.
- Se inició la construcción del nuevo SUAVE-WEB. Se integró la información de dos boletines trimestrales y uno anual Caminando a la Excelencia, correspondientes al segundo periodo de 2012. Se elaboró la propuesta inicial de indicadores para cada sistema de información en el contexto de la Estrategia Caminando a la Excelencia. Asimismo se diseñó una estructura de sistematización para la obtención de los indicadores.
- Se realizó la migración de la plataforma informática a una tecnología actualizada, con un avance en las fases de diseño y construcción de 100%, de 80% en pruebas internas, y de 90% en manuales de usuario. Se realizó una evaluación de la funcionalidad de la herramienta de registro con la finalidad de encontrar casos atípicos y duplicados, y así evaluar la calidad de los sistemas de vigilancia epidemiológica.
- Se incluyeron actores sociales en la generación de inteligencia epidemiológica, mediante el desarrollo de reuniones con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGYSR), la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y con el programa del Adulto y el Anciano a fin de homologar formatos, variables y plataformas en torno al cáncer y la diabetes. Además, se atendieron reuniones con el Consejo Nacional contra las Adicciones para hacer compatibles las bases de datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones con la plataforma del Observatorio Mexicano de Tabaco, Alcohol y otras Drogas.
- Se concluyó la impresión y publicación de dos anuarios, 11 monografías, seis gacetas, 11 manuales de procedimientos para la vigilancia epidemiológica y dos anuarios extendidos sobre sistemas especiales, con ellos se dotó a los sistemas de salud de recursos informativos para la acción.
- Se concluyeron tres proyectos de investigación en el área de salud mental y accidentes, los cuales han generado información útil en materia de epidemiología para sustentar la toma de decisiones en salud y con ello beneficiar a la población.
- Se instaló el Comité de Bioética y el de Investigación; el primero revisa los proyectos de investigación para que cumplan con lo establecido en la Ley General de Salud en materia de bioética, y el segundo revisa los proyectos realizados.
- Se impartió un curso sobre la vigilancia epidemiológica para fortalecer las capacidades técnicas del personal operativo en actividades relacionadas.
- Se impartieron 13 cursos a los residentes del Programa de Especialización en Epidemiología, para contribuir al fortalecimiento del personal en fase de formación.

Durante el periodo del 1° de enero al 31 de agosto del 2013 se realizaron las siguientes actividades:

- El 19 de febrero de 2013 se publicó en el DOF la NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica.
- Se brindó apoyo técnico a los estados de Chiapas ante el incremento de infecciones respiratorias agudas; a Baja California, por incremento de casos de meningitis; a Jalisco, por el probable brote de sarampión, y a Quintana Roo en casos importados de sarampión.

- Se participó en los siguientes foros internacionales: Taller de Estimaciones y Proyecciones de VIH, Reunión del Grupo Internacional de Expertos en Dengue, Reunión del Comité Internacional de Expertos, Documentación y Verificación de la Eliminación del Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita, y en la 66ª Asamblea Mundial de la Salud.
- Se dio seguimiento al proceso de eliminación de sarampión y rubéola congénita en México.
- Se elaboraron los lineamientos y el sistema de información en línea para la vigilancia epidemiológica de los padecimientos a controlar en los Juegos Olímpicos y Paralímpicos Nacionales 2013, que se realizaron en Baja California.
- Se impartieron siete cursos relacionados con la Vigilancia Epidemiológica para contribuir al fortalecimiento de las capacidades técnicas del personal operativo, y 13 cursos a los residentes del Programa de Especialización en Epidemiología.
- Se concluyeron 14 proyectos de investigación, los cuales generaron información útil en materia de epidemiología.
- Se graduaron 12 alumnos de la Residencia en Epidemiología y se diplomaron dos.

El Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE) forma parte de la Dirección General de Epidemiología y tiene como atribuciones proponer políticas y estrategias nacionales, definir acciones en materia de laboratorio de diagnóstico y referencia epidemiológicos, efectuar investigación y desarrollo tecnológico, supervisar y evaluar la administración, operación y competencia técnica de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública (RNLSP), y proporcionar servicios auxiliares para diagnóstico, control de calidad y referencia epidemiológicos.

Durante el periodo 2007–2012, el InDRE y la RNLSP enfrentaron retos programáticos y estructurales: las metas de trabajo no estaban definidas en armonía con el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), los recursos humanos, materiales y financieros eran escasos, la estructura orgánica era insuficiente para realizar sus funciones, la infraestructura física era obsoleta e insegura y el flujo de la información con otras áreas del SINAVE no permitía la integración oportuna de los datos del laboratorio a la información epidemiológica. Bajo este contexto, cabe destacar las siguientes acciones:

Mediante los recursos otorgados vía Acuerdo para el Fortalecimiento de Acciones en Salud Pública en las Entidades (AFASPE), la capacitación técnica, la transferencia de metodologías y la evaluación del desempeño técnico, se aseguró el establecimiento del marco analítico básico de la RNLSP. Al cierre de 2012 se realizaron 14 de los 27 diagnósticos en la totalidad de las entidades, 23 están implementados en 25 y los restantes cuatro tienen una cobertura menor a 80% en el territorio nacional. Con base en el reto de generar información confiable y oportuna para la vigilancia epidemiológica, se ha evaluado y reforzado la competencia técnica en el marco analítico básico de la RNLSP, mediante tres indicadores de desempeño, donde los paneles de aptitud han tenido gran impacto en la identificación de áreas de oportunidad.

En el InDRE la cobertura del servicio de diagnóstico se evalúa mediante dos indicadores desde 2008, uno relacionado con el servicio de control de calidad y el segundo con el de referencia para los integrantes de la RNLSP. La cobertura alcanzada en el cierre de 2012, es de 100% para ambos indicadores, mientras que en 2007, las coberturas de control de calidad y referencia, fueron de tres y ocho puntos porcentuales menores, respectivamente.

La mejora de los resultados alcanzados está directamente relacionada con el incremento del presupuesto de operación, con lo cual fue posible invertir en mantenimiento y reparación de equipo y llevar a cabo la reingeniería de procesos para alinear el quehacer institucional a la misión del InDRE, con lo cual se ha recobrado el liderazgo ante la RNLSP. Se logró la certificación de 60% de los procesos del InDRE y se concluyó la construcción de su nuevo edificio, quedó pendiente la licitación de mobiliario, mantenimiento, instalación eléctrica y las pruebas de funcionalidad del edificio.

Conforme al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, se propusieron los siguientes objetivos estratégicos para integrar el Programa Sectorial de Salud 2013-2018:

1. Generar información confiable y oportuna para la toma de decisiones en Vigilancia Epidemiológica, con el fin de orientar la política pública en prevención y promoción de la salud para cumplir con la normativa vigente.
2. Mantener la certificación en los procesos sustantivos, habilitadores y de gestión; lograr la acreditación de diagnósticos del marco analítico básico de la RNLSP en el InDRE.

3. Actualizar el conocimiento y perfeccionar la destreza técnica de los profesionales de laboratorio y de vigilancia epidemiológica para elevar su productividad y mejorar la calidad de su desempeño.
4. Consolidar la operación de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública.

Hasta el mes de agosto de 2013 destacan los siguientes resultados: se procesaron 7,646 muestras, lo que representa 95% de cobertura diagnóstica, cumpliendo con 90% de oportunidad en la entrega de resultados. Se logró 100% de la certificación de los procesos clave del InDRE en la norma ISO-9001-2008; se mejoró en 2% el desempeño técnico y se amplió la cobertura diagnóstica de 60 a 70% en la RNLSP. Asimismo, se implementó el programa de mudanza a las nuevas instalaciones del InDRE y se ha cubierto el programa de capacitación a la red en 100%.

3.3 Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

Programa de Acción Dengue, Paludismo y otras Enfermedades Transmitidas por Vector e Intoxicación por Picadura de Alacrán

La letalidad por fiebre hemorrágica por dengue se mantuvo por abajo de 1%, a pesar de que se sostuvo la tendencia ascendente de los casos. Para agosto de 2013, los casos confirmados han registrado un incremento de 65% con respecto al mismo periodo del año anterior. Se fortalecieron las acciones de rectoría, desarrollo de competencias técnicas y prevención y control, mediante reuniones regionales y supervisiones intensivas a los estados con mayor transmisión.

El paludismo registra las cifras más bajas en la historia. En 2012, 23 entidades federativas se encontraban libres de la enfermedad. Para agosto de 2013 se reportaron 240 casos, lo que representa 32% menos que en agosto de 2012; destaca el hecho de que no se han registrado casos autóctonos por *P. falciparum*.

Para agosto de 2013, con 310 casos confirmados, hay un descenso de 34% en la enfermedad de Chagas y los 118,229 casos de intoxicación por picadura de alacrán representan una disminución de 2.5%; en cambio la *leishmaniasis*, con 597 casos, acumula un incremento de 39%. El programa para la eliminación de la oncocercosis rebasó un año de vigilancia postratamiento sin casos nuevos.

Programa de Acción Riesgo Cardiovascular y de Diabetes

El Programa de Diabetes instrumentó dos estrategias: el modelo educativo, en el primer nivel de atención, denominado Grupos de Ayuda Mutua Enfermedades Crónicas; y el modelo clínico preventivo de las Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas (UNEMES-EC). Para el caso de las UNEMES-EC, en el primer trimestre 2013 se logró 49% de control de los pacientes con diabetes, con dos puntos porcentuales más que el promedio del periodo anterior.

Se capacitó a 10,058 profesionales de la salud, lo cual representó 39.6% más de la meta programada. En 2013 se inició el proyecto Modelo contra la Diabetes y la Obesidad que contempla la capacitación de 1,642 profesionales.

Se elaboró el Manual Práctico de Prevención, Promoción para la Salud y Tratamiento de la Obesidad y la Guía de Tratamiento Farmacológico de Dislipidemias para el Primer Nivel de Atención.

Programa de Acción Tuberculosis y de Lepra

Las acciones del programa de tuberculosis (TB) se orientaron al desarrollo y fortalecimiento de la estrategia nacional para la atención de casos en situación de resistencia a los fármacos, así como de las co-morbilidades TB-VIH/SIDA y TB-Diabetes Mellitus. Se realizaron actividades de rectoría que incluyen acciones de supervisión, asesoría y evaluación de los alcances programáticos, así como el fortalecimiento de la capacitación para el desarrollo de competencias técnicas y operativas para la detección, diagnóstico y tratamiento con calidad, de las personas afectadas con tuberculosis.

La incidencia de tuberculosis pulmonar se incrementó 0.74% al registrar una tasa de 13.5 por cada 100,000 habitantes Lo anterior se explica por la intensificación de acciones de detección entre personas que viven con VIH/SIDA o con diabetes mellitus, quienes representan a la población de alta vulnerabilidad para tuberculosis.

Las actividades del programa de lepra se enfocaron al desarrollo de acciones intensivas en entidades con municipios prioritarios, mediante actividades de rectoría como la supervisión, asesoría y evaluación, así como el fortalecimiento de la capacitación del personal operativo del primer y segundo nivel de atención, para la detección, el diagnóstico y el tratamiento de casos de lepra. La incidencia actual por lepra en México es de 0.17 por cada 10,000 habitantes, que representa una reducción de 10.4% respecto al periodo anterior. Por otro lado, la prevalencia nacional es de 491 casos, ubicados en 28 entidades federativas, lo que representa una disminución de 6.5% respecto al año anterior.

Programa de Acción Rabia y otras Zoonosis

México se mantiene sin casos de rabia humana transmitida por perro, para ello se brindó atención médica profiláctica a un poco más de 80,000 personas agredidas y se indicó iniciar el tratamiento antirrábico en más de 20,000 de esas personas, 25.4% del total.

Se aplicaron 18.2 millones de dosis de Vacuna Antirrábica Canina y Felina, tanto en acciones intensivas de semanas nacionales, como en fase permanente. Con el apoyo de los H. Ayuntamientos, se enviaron 47,268 muestras de perros al laboratorio y se realizaron 0.99 millones de acciones de control canino y felino, de los cuales un poco más de 412,000 fueron esterilizados.

En el sureste del país continúan presentándose casos de rabia canina, seis en Chiapas y uno en Yucatán, lo que acumula siete casos en el periodo, por tal motivo se han realizado actividades de control de foco rábico. En el caso del Estado de México se ha logrado el control en 17 municipios por medio del Plan de Reforzamiento para el Control Municipal de la Rabia Canina.

Con respecto a la brucelosis, se realizaron casi 566,000 pruebas de tamiz (Rosa de Bengala) para la detección del padecimiento. Desde 2012 se ensaya una metodología de control de garrapatas en perros, transmisoras de *rickettsiosis,* en los estados de Coahuila y Baja California Sur, la cual ha continuado este año en tres planes operativos en esas mismas entidades y en Sonora.

Programa de Acción Salud Bucal

Se concluyó el levantamiento epidemiológico de la 3ª Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis Dental en 29 entidades federativas.

Se mantuvo la vigilancia del consumo de sal fluorurada en 2,296 municipios, beneficiando a 92 millones de personas.

En diciembre de 2012 se concluyó el curso-diplomado Promoción de la Salud Bucal, el cual servirá para fortalecer el programa de preescolares y escolares, y reforzar las actividades para lograr comunidades saludables en la materia.

Se mantuvo en funcionamiento el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales, que en la actualidad cuenta con 414 unidades centinela, por medio de las cuales se reportaron alrededor de 260,000 estudios de caso.

Para intensificar las acciones educativas y preventivas del programa, se llevaron a cabo dos Semanas Nacionales de Salud Bucal: una en noviembre de 2012 y otra en mayo de 2013, por lo cual se realizaron 59 millones de actividades preventivas y más de 674,000 actividades curativas, que beneficiaron a 12 millones de personas.

Durante la Primera Semana Nacional de Salud Bucal de 2013, se realizó el lanzamiento de la convocatoria del Segundo Concurso Nacional Dibujando Sonrisas.

Programas de Acción de Cólera y de Urgencias Epidemiológicas

Se realizaron acciones de rectoría relacionadas a la capacitación en cólera, mejora operativa, así como asesoría para el Programa Regional Norte para Emergencias en Salud. Se participó en dos Jornadas Regionales de Protección Civil y se capacitó en el manejo del Fondo Nacional de Desastres Naturales (FONDEN).

El 23 de octubre de 2012 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA2-2012, para la vigilancia, la prevención, el control, el manejo y el tratamiento del cólera.

Durante el periodo se atendieron 1,938 urgencias en salud, 186 (9.6%) por desastres y 1,752 (90.4%) por brotes.

El Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) colaboró en ocho operativos, de los cuales cuatro fueron preventivos y cuatro de atención. Los operativos preventivos fueron: la Olimpiada Nacional Juvenil, la visita del Presidente de los Estados Unidos, un simulacro por brote de diarrea tipo cólera y el Plan Popocatépetl. Los operativos de atención fueron: influenza aviar por el virus H7N3, brote por Virus del Oeste del Nilo, huracán Bárbara y tormenta en Piedras Negras, Coahuila. En todos se logró el control de riesgos a la salud y no se tuvieron afectaciones en salud pública.

Se validaron 11 solicitudes al Fondo Nacional de Desastres Naturales de ocho entidades federativas.

En el ámbito internacional se asistió al intercambio de experiencias y buenas prácticas del sector salud en eventos masivos de alto impacto en Colombia, y a la reunión de la Guía para la Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Influenza en Ginebra, Suiza.

Programa de Acción Específico de Atención al Envejecimiento

Este programa sectorial establece y unifica estrategias y lineamientos en materia de vigilancia, prevención, promoción, atención y limitación del daño en la población adulta mayor para lograr un envejecimiento activo y saludable, y afrontar de manera integral los problemas de salud de mayor prevalencia que afectan a estas personas a través de la integración de prácticas exitosas e innovadoras, basadas en evidencias científicas para atenuar la carga de enfermedad.

En la actualidad se está trabajando en la integración de un diagnóstico situacional de los adultos mayores por entidad federativa, para implementar modelos de atención que promuevan un envejecimiento activo y saludable a través de intervenciones basadas en las mejores evidencias científicas, con un fortalecimiento de la coordinación interinstitucional e intersectorial en favor de esta población.

Se publicaron siete estudios del proyecto Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento correspondiente al mismo número de entidades federativas, así como los Principios del Abordaje Gerontológico en la Persona Adulta Mayor

Durante 2013 se han realizado 525,864 detecciones de alteración de memoria, con un avance de 10.6%, y 712,168 detecciones de depresión, con un avance de 14.2%. En este mismo año se inició la detección temprana de síndromes geriátricos.

3.4 Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

Programa de Vacunación Universal

El programa de vacunación se lleva a cabo mediante dos estrategias: actividades permanentes y acciones intensivas. Las actividades permanentes se desarrollan durante todo el año y se enfocan en cubrir los esquemas básicos de vacunación; por su parte, las acciones intensivas son las Semanas Nacionales de Salud, que tienen como propósito lograr el control epidemiológico de determinadas enfermedades prevenibles por vacunación en un breve periodo. Los resultados obtenidos desde septiembre de 2012 hasta agosto de 2013, fueron:

- En 2012 la cobertura con esquema completo de vacunación en los niños de un año de edad fue de 48.5%, con 0.9 puntos porcentuales por arriba de la cobertura de 2011, que fue de 47.6%.
- De enero a agosto de 2013 la cobertura estimada con esquema completo de vacunación en los niños de un año de edad fue de 48%, con tres puntos porcentuales por arriba de la cobertura registrada para el mismo periodo de 2012.

CUADRO III. 1 COBERTURA DE VACUNACIÓN CON ESQUEMA COMPLETO EN NIÑOS DE 1 AÑO DE EDAD, 2000-2013[1/] (VARIACIÓN PORCENTUAL ACUMULADA)

CONCEPTO	PERIODOS			DATOS ANUALES			ENERO-AGOSTO		
	ENERO DE 1995 A DICIEMBRE DE 2000[2/]	ENERO DE 2001 A DICIEMBRE DE 2006[2/]	ENERO DE 2007 A DICIEMBRE DE 2012[3/]	OBSERVADO		META 2018	2012	2013	VARIACIÓN % ANUAL
				2011	2012				
Porcentaje de niños de 1 año de edad con esquema completo de vacunación	91.5	94.6	47.7	47.6	48.5	95.0	45.0	48.0	3.0

FUENTE: Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

1/ Coberturas de niños hasta 11 meses 29 días.
2/ Informacion de coberturas tomando como denominador la población en el Sistema de información PROVAC y CONAPO vigente en su momento.
3/ Denominador: CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México 2010-2050 y Estimaciones de la Población 1990-2010, ambos con base en el Censo 2010.

- Para 2012 la cobertura con esquema completo de vacunación en los niños de uno a cuatro años de edad fue de 85.5%, con casi dos puntos porcentuales por arriba de la cobertura de 2011 (83.7 %).
- Hasta agosto de 2013 la cobertura estimada con esquema completo de vacunación en los niños de uno a cuatro años de edad fue de 83.8%, similar a la cobertura de 2011.

CUADRO III.2 COBERTURA DE VACUNACIÓN CON ESQUEMA COMPLETO EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS DE EDAD, 2000-2013 (VARIACIÓN PORCENTUAL ACUMULADA)

CONCEPTO	PERIODOS			DATOS ANUALES			ENERO-AGOSTO		
	ENERO DE 1995 A DICIEMBRE DE 2000	ENERO DE 2001 A DICIEMBRE DE 2006	ENERO DE 2007 A DICIEMBRE DE 2012	OBSERVADO		META 2018	2012[1/]	2013[2/]	VARIACIÓN % ANUAL
				2011	2012				
Porcentaje de niños de 1 a 4 años de edad con esquema completo de vacunación	97.2	96.8	83.8	83.7	85.5	95.0	84.8	83.8	-1.0

FUENTE: Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

1/ Informacion de coberturas tomando como denominador la población en el Sistema de Información PROVAC y CONAPO vigente en su momento.
2/ Denominador: CONAPO 2013, Proyecciones de la Población de México 2010-2050 y Estimaciones de la Población 1990-2010, ambos con base en el Censo 2010.

- Durante la 3ª Semana Nacional de Salud, llevada a cabo en octubre de 2012, se aplicaron más de nueve millones de dosis de todas las vacunas, logrando 100% de la meta programada. Se inició la universalización de la aplicación de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) a todas las niñas de quinto grado de primaria y las niñas de 11 años no escolarizadas, con un logro en la aplicación de la primera dosis por arriba de 90%.
- En la 1ª Semana Nacional de Salud 2013, realizada entre febrero y marzo, se aplicaron más de 12.5 millones de dosis de todas las vacunas, con un logro de 100% de la meta programada.
- La cifra preliminar de la 2ª Semana Nacional de Salud 2013, que se llevó a cabo en mayo, reporta la aplicación de más de 13.4 millones de dosis de todas las vacunas, con un logro de 95% de la meta programada. Se aplicó la segunda dosis de la vacuna VPH a todas las niñas de quinto grado de primaria y las niñas de 11 años no escolarizadas, con un logro en la aplicación por arriba de 90%.
- Del 1º de enero al 31 de agosto de 2013 se han aplicado 25.9 millones de dosis de todas las vacunas, 6.1% por arriba de las dosis aplicadas en 2012.

- En el periodo de 2007-2012, durante las actividades de las Semanas Nacionales de Salud, se aplicaron casi 205 millones de dosis de vacunas, con un promedio anual de 34.2 millones de dosis. En el 2012 se aplicaron casi 33.5 millones de dosis de todas las vacunas, 3.3% por arriba de las dosis aplicadas en 2011 (33.4 millones de dosis).

Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia

El Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia (PASA) está dirigido a la población de 10 a 19 años de edad; tiene como objetivo principal mejorar las condiciones de salud del grupo de adolescentes a través de la prevención de enfermedades, la promoción de estilos de vida saludables y la atención integral en todas las unidades del sector salud. El PASA está compuesto por cuatro estrategias, en las que se desarrollaron las siguientes acciones:

1. Grupo de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS): son grupos formados con población adolescente en las unidades de salud de primer nivel; desarrollan actividades de promoción en su comunidad, principalmente con sus pares. Actualmente se cuenta con 2,999 GAPS en todo el país. En la parte de capacitación se realizaron dos cursos regionales para los responsables estatales GAPS y uno para los coordinadores en el Distrito Federal, además se desarrolló una consulta nacional con adolescentes integrantes de los GAPS.
2. Semana Nacional de Salud de la Adolescencia: es una actividad intensiva que se realiza en las 32 entidades federativas en la última semana del mes de septiembre de cada año, su objetivo es promover estilos de vida saludables, a través de la oferta de servicios, información y orientación. Se cuenta con la participación del Grupo Sectorial de Salud (IMSS-Oportunidades, ISSSTE, SEDENA y PEMEX) y el Grupo Interinstitucional de Salud de la Adolescencia (21 Instituciones y OSC). En el 2012 se realizó, del 24 al 28 de septiembre, con énfasis temático en la prevención de la violencia entre pares; para el 2013 el tema será la prevención del sobrepeso y la obesidad, así como la promoción de la actividad física entre los adolescentes. La actividad tendrá lugar del 23 al 27 de septiembre.
3. Acciones para la prevención de la violencia y el maltrato en niñas, niños y adolescentes: tiene como objetivo prevenir la violencia y el maltrato en adolescentes, a través de la información y sensibilización. En el periodo reportado se realizaron actividades de capacitación tanto a nivel federal como estatal, lo cual resulta en 2,384 profesionales de la salud sensibilizados y capacitados en la materia. Asimismo, se diseñaron materiales de difusión (guías de orientación breve en prevención de la violencia) dirigidos a madres y padres, y se distribuyeron en las entidades federativas.
4. Grupo de Atención Integral a la Salud de la Adolescencia (GAIA): es un grupo conformado por el CeNSIA, DGPS, CENSIDA, CNEGySR, Cenadic, STCONPRA y CENAPRECE; su objetivo es unificar y fortalecer los distintos componentes de salud dirigidos a la población adolescente, a la vez de mejorar la coordinación federal y estatal en materia de atención integral de la salud de la adolescencia. Se emitió el Proyecto de Colaboración en Salud Integral para Adolescentes/Plan de Trabajo 2012-2013 y bajo esta organización se realizaron cuatro reuniones del GAIA a nivel federal y 88 estatales.

Programa de Atención a la Salud de la Infancia

El impacto en la disminución de las tasas de mortalidad por enfermedades diarreicas (EDA) e infecciones respiratorias (IRA) obedece a las acciones específicas que se han realizado en el marco del Programa Nacional de Reducción de la Mortalidad, el cual abarca los componentes de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de estas causas, así como la evaluación del desarrollo y estimulación temprana, prevención de accidentes en el hogar y atención de urgencias pediátricas en el primer nivel de atención, acciones dirigidas al recién nacido y acciones preventivas de nutrición en la infancia; así como estrategias transversales a todos estos componentes, como son la capacitación en atención integrada en la infancia y la supervisión. A continuación, se detallan las actividades principales en el último año:

- Actualización de la normatividad. Se elaboró el Manual de Atención Integral al Menor de 1 Año; se adaptó para el primer nivel de atención en México el Manual de Bolsillo: Atención Pediátrica Hospitalaria, editado por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud; se establecieron los Lineamientos de la Estrategia de Prevención de Accidentes en el hogar y Atención Inicial de Urgencias Pediátricas, y se actualizó el Manual de Nutrición.

- Capacitación. Se impartió un curso en el nivel federal sobre Atención Integrada en la Infancia y la

Adolescencia con 29 participantes; un curso-taller para diez facilitadores de Empoderamiento Comunitario, en Santa Cruz Atizapán, Estado de México; una reunión con los 32 responsables estatales del componente de estimulación temprana para capacitarlos en la prueba de Evaluación del Desarrollo para la detección de alteraciones del desarrollo; un taller de Prevención de Accidentes para niños y niñas, y se impartieron cuatro cursos de RCP pediátrica avanzada, dos intermedios y uno básico, con un total de 186 participantes, que incluyen personal de salud y comunidad. A nivel estatal se realizaron cursos de atención integrada en la infancia y la adolescencia en las 32 entidades federativas, con lo cual se sobrepasó la meta de 20% del personal de salud operativo de primer nivel contratado por la Secretaría de Salud y personal capacitado (30.8%) en temas de mortalidad infantil.

- Vinculación Intersectorial. Se integró la mesa de trabajo del Grupo de Desarrollo Infantil con la finalidad de generar un Modelo de Atención del Desarrollo para Menores de 5 Años Interinstitucional con la participación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, Sistema de Desarrollo Integral para la Familia, Banco Interamericano de Desarrollo, Conafe, Unicef, IMSS-Oportunidades, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Instituto Nacional y Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Instituto Nacional de Salud Pública y estancias Infantiles de la SEDESOL.

3.5 Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Programa Salud Materna y Perinatal

De manera conjunta con los programas Caravanas de la Salud y Embarazo Saludable, se ha incrementado a nivel institucional la cobertura de atención a los partos por personal calificado. En 2012 se alcanzó una cobertura de 97% entre población sin seguridad social, un punto porcentual más que en 2011. Para ampliar esta cobertura, durante 2013 se asignaron recursos a ocho entidades federativas para la contratación y ubicación en unidades con demanda obstétrica de 34 parteras profesionales, con la finalidad de impulsar el modelo de partería y parto humanizado y natural; además de contratos para personal médico y paramédico en las 32 entidades federativas para apoyar las acciones de atención obstétrica.

Se ha intensificado la búsqueda intencionada y reclasificación de las muertes maternas como parte de la estrategia nacional para mejorar la calidad de los datos; se realizaron dos curso-talleres en la DGE sobre Procedimientos de Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas con la participación de los coordinadores estatales de salud materna y perinatal, estadística y epidemiología de las 32 entidades federativas. Con ello, el equipo técnico federal formado por personal del CNEGYSR, la Dirección General de Información en Salud y la DGE, realizan la investigación y análisis de cada muerte materna para detectar los factores asociados a la misma y establecer las medidas de prevención de manera más oportuna a efecto de impactar de manera eficaz en la reducción de esta mortalidad y mejorar la calidad de la atención. En los últimos tres años la mortalidad materna ha retomado su tendencia descendente, al pasar de 53.3 en 2009 a 43.2 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos en 2011. El dato preliminar de 2012 continúa a la baja, con una magnitud de 40.7.

El Grupo de Fuerza de Tarea en Salud Materna realizó visitas a hospitales y jurisdicciones sanitarias para revisar las causas de defunciones maternas, así como realizar un diagnóstico de recursos humanos, materiales y de infraestructura, como del uso de los medicamentos esenciales para la atención de las emergencias obstétricas y seguimiento de los principales indicadores. Se visitaron 10 entidades federativas: Sinaloa, Yucatán, Zacatecas, Veracruz, Jalisco, Sonora, Baja California, Chihuahua, Guerrero y el Estado de México. Durante el periodo de enero a agosto de 2013 se continuó con la evaluación de las competencias laborales de las parteras tradicionales; en ese periodo se evaluaron a 291 de ellas. Asimismo, las parteras atendieron 16,464 partos, 8.8% menos que los atendidos en el mismo periodo de 2012. De igual modo, para contribuir a la reducción de la muerte materna al mejorar la calidad y calidez en la atención obstétrica, se han realizado 11 talleres de sensibilización a personal de salud: tres en Guerrero, cuatro en el Distrito Federal, dos en Nayarit, uno en Baja California Sur y otro más en Jalisco; con la participación de 359 asistentes.

Para disminuir la morbilidad y mortalidad neonatal, se tamizaron a 1,042,550 recién nacidos para la detección de malformaciones congénitas (hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, galactosemia y la hiperplasia congénita de la glándula suprarrenal), con lo cual se cumplirá con la meta anual programada de tamizar a un millón de recién nacidos.

Para fortalecer la lactancia materna se realizó un Simposio Internacional de Nuevas Tendencias para la Práctica y Fortalecimiento de la Lactancia Materna, el cual se llevó a cabo el 29 de octubre de 2012 en Guadalajara, Jalisco, en conjunto con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud; asimismo se formaron 184 evaluadores de la estrategia de Hospital Amigo del Niño y de la Niña, gracias a lo cual se realizó la evaluación de 35 unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social y de la Secretaría de Salud en Guerrero, Oaxaca, Estado de México, Distrito Federal, Veracruz, San Luis Potosí, Jalisco, Quintana Roo, Hidalgo, Durango y Sinaloa.

Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino

Durante la pasada administración se emprendieron acciones relevantes en todas las entidades federativas del país, con el propósito de reducir la mortalidad por cáncer cérvico uterino en mujeres de 25 años y más, entre las que destacan las siguientes:

- Se incorporaron, además de la citología cervical, la vacunación contra el VPH y su detección con captura de híbridos, para lo cual se instalaron 13 laboratorios de biología molecular.
- Se mejoró la operación del Sistema de Información de Cáncer de la Mujer en su componente de Cáncer Cérvico Uterino, para adecuarlo a las necesidades del proceso de atención en un marco de control de calidad, vinculando los indicadores de calidad al presupuesto otorgado en las AFASPE.
- Se diseñaron e implementaron estrategias dirigidas a los municipios de menor índice de desarrollo humano (IDH), que incluyeron: vacunación a niñas de 12 a 16 años, detección con la prueba de captura híbrida para VPH y atención inmediata con colposcopía a través de unidades itinerantes.
- Se implementó la vacunación contra el VPH, se inició en los 125 municipios de menor IDH, para conseguir en 2011 la universalización en niñas de 9 años de edad en colaboración con el ENSIA. Se realizaron campañas de difusión para la sensibilización y promoción de la detección, en las cuales se integró a organismos de la sociedad civil.
- En conjunto con el insp, se realizó la calificación de colposcopistas y anatomopatólogos, como una estrategia para mejorar el desempeño y la capacitación del personal.

De 2007 a 2012 en la Secretaría de Salud se realizaron un total de 13,066,964 estudios de citología en el grupo de 25 a 64 años de edad. De diciembre de 2012 a junio de 2013 se han realizado 1,118,728 estudios.

CUADRO III.3 COBERTURA DE DETECCIÓN DE CÁNCER CÉRVICO-UTERINO DE LA SECRETARÍA DE SALUD EN MUJERES DE 25 A 64 AÑOS DE EDAD, 2007-2012 (VARIACIÓN PORCENTUAL ACUMULADA)

CONCEPTO	PERIODOS			DATOS ANUALES			ENERO-AGOSTO		
	ENERO DE 1995 A DICIEMBRE DE 2000	ENERO DE 2001 A DICIEMBRE DE 2006	ENERO DE 2007 A DICIEMBRE DE 2012	OBSERVADO		META 2013	2012 2/	2013 2/	VARIACIÓN % ANUAL
				2011	2012				
Cobertura de detección	26.7% 1/	66%	65.80%	62.20%	65.80%	67%	41.40%	44.60%	7.7
Mortalidad	19.23	15	12.3	12.3	12.3	11.9	8.1	5.1	-37

Fuente: SSA/SICAM-PROCACU, consulta al 18 de junio de 2012.

1/ Cifras estimadas, según informes anuales.
2/ Información preliminar SEED.

En el mismo grupo de edad, de 2007 a 2012 se realizaron un poco más de tres millones de detecciones con la prueba de VPH. De enero a agosto de 2013 se han realizado 504,256 detecciones.

Para agosto de 2013 se cuenta ya con 19 laboratorios de biología molecular para procesamiento de la prueba de VPH, y en proceso se encuentran cinco más, que iniciarán actividades a finales del presente año.

Programa de Prevención y Control de Cáncer de Mama

Este programa tiene el propósito de incrementar la detección temprana de cáncer de mama con mastografía, y da prioridad al grupo de mujeres de 50 a 69 años. Entre las acciones realizadas durante la pasada administración, destacan:

- La implementación del Modelo para la Detección, Diagnóstico y Referencia de Cáncer de Mama con el que se logró la reorganización de los servicios disponibles en las entidades federativas.
- La puesta en marcha de un Sistema de Información de Cáncer de la Mujer en su componente de Cáncer de Mama, con el cual se mide la productividad de las unidades de detección con mastografía y da seguimiento a las mujeres atendidas en el programa.
- Se diseñó e implementó la estrategia de UNEMES de Detección y Diagnóstico de Cáncer de Mama, con el objeto de contar con servicios de salud que aseguren el seguimiento de la mujer en su proceso de confirmación diagnóstica y tratamiento oportuno.
- Se diseñó e implementó la estrategia de unidades itinerantes de mastografía, con lo cual se extendió el beneficio de la detección temprana a mujeres en localidades que no cuentan con mastógrafos. También se desarrollaron dos proyectos regionales de telemastografía y 11 estatales, para apoyar las acciones de detección en unidades carentes de radiólogos.
- Se actualizó y difundió la NOM-041-SSA2-2011 para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama que incorpora requerimientos de calidad para asegurar la prestación de servicios en el ámbito público, privado y social.

De 2007 a 2012, en la Secretaría de Salud se registraron 2,161,392 mastografías en el grupo de 40 a 69 años de edad; de diciembre de 2012 a agosto de 2013 se han realizado 251,072 estudios.

CUADRO III.4 COBERTURA DE DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA CON MASTOGRAFÍA BIENAL DE LA SECRETARÍA DE SALUD EN MUJERES DE 40 A 69 AÑOS DE EDAD, 2007-2013 (VARIACIÓN PORCENTUAL ACUMULADA)

CONCEPTO	PERIODOS			DATOS ANUALES			ENERO-AGOSTO		
	ENERO DE 1995 A DICIEMBRE DE 2000	ENERO DE 2001 A DICIEMBRE DE 2006	ENERO DE 2007 A DICIEMBRE DE 2012	OBSERVADO		META 2013	2012 1/	2013 1/	VARIACIÓN % ANUAL
				2011	2012 1/				
Cobertura de detección	n.d.	n.d.	16.9	14.2	16.9	19.07%	11.30%	12.00%	6.2
Mortalidad	14.6	16.3	17.8	16.4	17.8	18.3	11.7	7.3	-38

Fuente: SSA/SICAM-PROCACU, consulta al 18 de junio de 2013.

1/ Información preliminar SEED.

Para agosto de 2013 se cuenta con 11 unidades para la Detección y Diagnóstico de Cáncer de Mama y se encuentran en proceso cinco más que iniciarán actividades en 2014.

Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género

La Secretaría de Salud, de enero de 2007 a diciembre de 2012, brindó servicios especializados a 658,688 mujeres mayores de 15 años, a quienes se les proporcionaron 1,183,878 servicios de consejería, 796,407 atenciones de apoyo psico-emocional y 277,930 atenciones médicas en los casos requeridos. Dichas atenciones resultan de la aplicación de las herramientas de detección, así como de las actividades de promoción y difusión del derecho a una vida libre de violencia.

De enero a agosto de 2013 se han brindado 257,595 servicios de consejería a mujeres de 15 años y más que vivieron algún tipo de violencia familiar o de género, además de 269,378 atenciones de apoyo psico-emocional y 53,756 atenciones médicas especializadas,

lo que representa un incremento de 19.8%, 58% y 16.4%, respectivamente, con relación al mismo periodo del año anterior.

Los servicios especializados destacan, como parte fundamental del Modelo de Atención a la Violencia Severa, por el apoyo psico-emocional que brindan. Dichos servicios corresponden al segundo nivel de atención y son atendidos por personal de psicología especializado, sensibilizado y capacitado en los temas de violencia familiar y de género, así como personal de trabajo social y enfermería; además de contar con servicios médicos para la interconsulta. Hasta agosto de 2013 se tienen registrados 284 servicios especializados, los cuales se encuentran ubicados en unidades de salud de las 32 entidades federativas.

En materia de refugios para la atención de mujeres en situación de violencia extrema, la Secretaría de Salud coadyuvó a la atención de 10,099 mujeres, 9,060 niños y 8,878 niñas, a través de subsidios a los refugios que proporcionan servicios de alimentación, hospedaje, atención médica, psicológica, jurídica y de trabajo social, así como capacitación para el empleo.

En 2013 se han celebrado 42 convenios con este fin, 31 con organizaciones de la sociedad civil y 11 con instituciones públicas ubicadas en 25 entidades federativas. Con estos refugios, entre enero y agosto, la Secretaría de Salud ha brindado apoyo para la atención de 1,265 mujeres, 1,105 niñas y 1,173 niños, apoyo que ha superado en 22% el reporte del año anterior.

Programa de Igualdad de Género en Salud

En 2012 se realizaron acciones para avanzar en la capacitación del personal de salud en materia de género, se impartieron cinco cursos de formación de capacitadores en Sonora, Jalisco, Tamaulipas, Baja California y el Distrito Federal; se trabajaron propuestas para incorporar la perspectiva de género en documentos elaborados por diversos programas de salud, así como en las normas oficiales mexicanas de prestación de servicios de atención psiquiátrica y de salud bucal; asimismo, se llevaron a cabo las acciones programadas en el Plan de Acción para el Programa de Cultura Institucional, coordinado por el Instituto Nacional de las Mujeres.

A partir de 2013, en el marco de la Estrategia Transversal III. Perspectiva de Género del Programa Nacional de Desarrollo 2013-2018, con sus respectivas líneas de acción, el programa Igualdad de Género en Salud se propuso avanzar hacia el fortalecimiento de la cultura institucional con enfoque de género, para ello ha puesto en marcha diversas acciones entre las que destacan:

- El CNEGySR realizó un curso sobre liderazgo y género para el personal directivo y de mandos medios de la unidad.
- Con el fin de impulsar acciones para prevenir el hostigamiento y el acoso sexual y favorecer la tolerancia cero a este tipo de violencia en el ámbito laboral, el programa inició el diseño de la capacitación al personal de salud directivo y operativo de las 32 entidades federativas.
- Se han emitido recomendaciones con enfoque de género para documentos normativos y técnicos de los programas prioritarios de salud; se han realizado acciones de difusión del impacto del género en la salud y se ha dado asesoría para incorporar la perspectiva de género a la promoción de la salud, la prevención y atención de diversos programas.
- Se diseñó el piloteo de acciones con perspectiva de género en la atención de la salud en entidades federativas, con la finalidad de promover acciones afirmativas que posibiliten la igualdad y la no discriminación hacia mujeres y hombres por motivo de sexo o género en los servicios de salud.
- Para la toma de decisiones sobre acciones afirmativas en materia de salud reproductiva que permitan generar condiciones de igualdad, en coordinación con el INSP, se lleva a cabo el estudio mediante el cual se ha estimado y evaluado el gasto en salud reproductiva y equidad de género desde 2003.
- Con el fin de controlar las enfermedades de transmisión sexual y promover una salud sexual y reproductiva satisfactoria responsable, el programa tiene la tarea de documentar las necesidades de salud sexual y reproductiva de mujeres con VIH/SIDA, así como de mujeres con parejas serodiscordantes, para lo cual se diseñó un estudio para obtener esta información y con ello actualizar la guía de salud sexual y reproductiva de mujeres con VIH/SIDA, que el CNEGySR produjo en 2006, dirigida al personal de salud.

Entre los resultados logrados por el programa durante 2012 destaca la formación de 154 capacitadores de género y salud en el marco de los derechos humanos;

la impartición de dos cursos de género y salud en coordinación con el INSP, en los que participaron 43 profesionales de la salud de distintas entidades federativas; se emitieron propuestas de incorporación de la perspectiva de género en diez programas de salud; se mantuvo la certificación de Igualdad Laboral por el cumplimiento a la Norma Mexicana NMX-R-025-SCFI-2009 de prácticas para la igualdad laboral entre mujeres y hombres; la revista Género y Salud en Cifras cumplió diez años y los tres números publicados se distribuyeron a los 32 Servicios Estatales de Salud, así como a centros de investigación interesados, y se publicó además el seguimiento a Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género 2003-2010.

Entre enero y agosto de 2013 el CNEGySR capacitó sobre liderazgo y género a 20 directivos y mandos medios, para fortalecer la cultura institucional con enfoque de género; se gestionó el diseño del curso virtual sobre prevención del hostigamiento y acoso sexual, que iniciará su aplicación a partir de 2014; se inició el piloteo de acciones con perspectiva de género en la atención de la salud en los servicios de salud de tres entidades federativas, con el fin de generar información sobre el diseño de estrategias específicas a mediano y largo plazo para ser aplicadas en el ámbito de la atención de la salud con perspectiva de género; se avanzó en el diseño del estudio Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género. Estimación 2012 y Comparativo 2003-2012; se editó y preparó para su impresión la revista de divulgación Género y Salud en Cifras, en su volumen 11 número 1, y se avanzó en dos protocolos de estudio, uno sobre la adherencia al tratamiento en personas diabéticas y el otro sobre un comparativo de carga de enfermedad entre mujeres y hombres.

Programa de Planificación Familiar

En el periodo septiembre de 2007 a agosto de 2012, la cobertura de usuarios activos de métodos anticonceptivos en la Secretaría de Salud pasó de 38.5% a 46.1%; es decir, hubo un incremento de 20%, con lo cual se registró un total de 3,670,000 usuarios activos. Para agosto de 2013 se estima registrar aproximadamente a 3,880,000 usuarios, lo que representaría un incremento de 4.6% con respecto al año anterior.

De septiembre de 2012 a agosto de 2013 se estima que ingresen alrededor de 819,000 nuevas aceptantes de métodos anticonceptivos, lo cual representaría un incremento de 1% al compararse con el mismo periodo del año anterior.

La cobertura de anticoncepción postevento obstétrico (APEO) hasta septiembre del 2012 fue de 57.9%, lo cual significa que seis de cada diez mujeres salieron del hospital protegidas con un método anticonceptivo posterior a un evento obstétrico. Se estima que en septiembre de 2013 la cobertura de APEO será de 59.5%, lo que contribuirá a disminuir el riesgo reproductivo y la mortalidad materna.

Programa de Acción Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes

Se fortaleció el proceso de formación de Capacitadores Estatales en Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente, mediante la capacitación del personal gerencial y operativo del programa y de los servicios amigables, a través del Taller Regional de Capacitación para la Conformación de Redes Sociales Juveniles en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes con la asistencia de 42 profesionales de la salud de diez entidades federativas.

Se llevaron a cabo además dos reuniones regionales para la capacitación en la implantación del Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, dirigidas a personal responsable de los servicios amigables, con la participación de 142 profesionales de la salud en 22 entidades federativas.

Actualmente en el país operan 1,055 servicios amigables, que brindan atención al adolescente bajo un clima de confianza, comodidad, con privacidad y confidencialidad, trato digno y respetuoso a sus derechos sexuales y reproductivos, y son atendidos por personal capacitado, empático y sensibilizado para proporcionar la asistencia.

Se proporcionó apoyo docente y asesoría en salud sexual y reproductiva a los estados de Nayarit y Sonora en los encuentros juveniles jurisdiccionales y estatales, y en la capacitación de 492 prestadores de servicios de salud.

Se inició en los SESA la implantación del Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes; asimismo, se fortalecieron acciones de coordinación en el Grupo de Atención Integral a la Adolescencia.

Se fortaleció la coordinación con la Secretaría de Educación Pública (SEP), específicamente con la Subsecretaría de Educación Media Superior, al capacitar en salud sexual y reproductiva del adolescente a docentes de las 32 entidades federativas, con el propósito de contribuir a

la prevención del embarazo no planeado, así como en la prevención de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.

Con el programa editorial 2013, se reprodujeron 790,000 materiales impresos y de promoción para apoyo de las acciones de los servicios amigables para adolescentes, contribuyendo a informar y sensibilizar a este grupo de la población sobre el ejercicio de la sexualidad de manera responsable e informada.

Salud Sexual y Reproductiva del Hombre

Respecto a las actividades realizadas en Salud Sexual y Reproductiva del Hombre, se acreditaron 13 médicos en la técnica de vasectomía sin bisturí en siete entidades federativas; se establecieron seis nuevos servicios de vasectomía, para hacer un total de 201 servicios en todo el país y se distribuyeron 203 placas acrílicas en las 32 entidades federativas, 163 a los servicios de vasectomía sin bisturí y 40 a los centros estatales de capacitación en esta técnica quirúrgica. Durante el periodo de septiembre a agosto de 2013 el número de usuarios nuevos de vasectomías fue de 10,700.

Salud Sexual y Reproductiva en Comunidades Indígenas

Con la finalidad de actualizar los recursos humanos que atienden problemas de salud sexual y reproductiva en las comunidades indígenas, con énfasis en la importancia de conocer el contexto sociocultural de dicha población para brindar una mejor atención, en mayo de 2013 se realizó el Taller de Capacitación-Sensibilización en Salud Sexual y Reproductiva en Comunidades Indígenas dirigido a prestadores de servicios de salud. En julio de este mismo año se llevó a cabo la Reunión de Actualización-Sensibilización con Enfoque de Interculturalidad en Aspectos Básicos de Salud Sexual y Reproductiva, con énfasis en adolescentes.

3.6 Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA

Dada la ventaja competitiva de las organizaciones con trabajo en VIH/SIDA por su cercanía con las poblaciones clave afectadas, el uso de los códigos de lenguaje comunitario y su experiencia en el tema, a partir de 2006, el CENSIDA otorga financiamiento a proyectos sobre prevención focalizada del VIH en grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad. Al cierre de 2012, la convocatoria pública para este fin otorgó financiamiento a 28 proyectos presentados por las organizaciones de la sociedad civil con trabajo en VIH/SIDA y Derechos Humanos, en diferentes categorías de participación, por un monto total de 24.7 millones de pesos, en 19 entidades federativas. Hasta agosto de 2013, obtuvieron financiamiento 71 proyectos por un monto de casi 61 millones de pesos, con una cobertura nacional.

Con la finalidad de mejorar la implementación de las políticas públicas en materia de discriminación y homofobia, se han realizado talleres de capacitación al personal de salud que atiende los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), donde se les proporcionan herramientas técnicas, normativas y legales al respecto, que responden a las necesidades reales de esta población.

Entre septiembre de 2012 y agosto 2013 se promocionaron las campañas en medios de comunicación dirigidas a mujeres para la prevención vertical del VIH/SIDA (materno-infantil) y la campaña dirigida a la promoción del uso del condón en jóvenes.

Dentro de las acciones que ha implementado el gobierno federal se considera, como componente central para la prevención de infecciones de transmisión sexual, la promoción permanente del uso constante del condón, especialmente entre las poblaciones con mayor riesgo y vulnerabilidad para adquirir el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Se promocionó en tiempos fiscales en la radio una campaña de prevención dirigida a los jóvenes sobre el uso correcto y consistente del condón masculino para evitar las ITS.

El CENSIDA recientemente ha fortalecido sus estrategias de prevención a través del uso de las redes sociales electrónicas, como un canal para tener contacto directo con la ciudadanía. En este sentido, se retomó y lanzó el portal oficial del centro en las plataformas Twitter y Facebook. Las cuentas oficiales de Twitter de la Secretaría de Salud, hasta agosto de 2013, cuentan con más de 20,000 seguidores, con crecimiento diario. Para el caso de Facebook, se cuenta con 13,000 seguidores de la página oficial.

Para elevar el acceso y la calidad de la atención integral por el personal calificado a todas las personas con VIH y otras ITS, el monto correspondiente a medicamentos antirretrovirales (ARV), financiados por el Fideicomiso de Gastos Catastróficos de 2007 al 2013, ha ido en incremento. De 1,000 millones de pesos ejercidos en 2007 pasó a casi 2,000 millones de pesos en 2012.

Para el ciclo 2013-2014, se aprobó un presupuesto total para ARV de 2,000 millones de pesos; de los cuales, por primera vez se destinaron medicamentos para profilaxis de la transmisión vertical del VIH por 800,000 pesos y para profilaxis postexposición no ocupacional (violencia sexual) por 6.5 millones de pesos.

El número acumulado de personas sin seguridad social que ha recibido tratamiento con antirretrovirales asciende a 45,256 hasta el 31 de diciembre de 2012 y se tiene proyectado que, para agosto de 2013, este número sea de 54,536.

CUADRO III.5 PERSONAS EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (TAR) EN LA SECRETARÍA DE SALUD, 2011-2012 Y META 2018

CONCEPTO	DATOS ANUALES			ENERO-AGOSTO		VARIACIÓN %
	OBSERVADO		META 2018	2012	2013	
	2011	2012				
Total de personas en TAR	45,544	49,434	98,939	47,110	54,000	14.6
Hombres en TAR	32,245	37,576	75,194	35,775	41,040	14.7
Mujeres en TAR	10,299	11,858	23,745	11,335	12,960	14.3

FUENTE: Secretaría de Salud/ CENSIDA. Dirección de Atención Integral. Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales.

En 2013 para dar continuidad a la aplicación de pruebas de conteo de linfocitos CD4, carga viral y genotipos, y asegurar el seguimiento y la correcta prescripción de los medicamentos antirretrovirales, el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos autorizó una inversión hasta por 263.5 millones de pesos.

El Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales, creado para el registro de los pacientes beneficiarios del tratamiento y el proceso de adquisición y distribución de los antirretrovirales, continuó con la actualización del sistema al mejorar la captura de pruebas de laboratorio; realizar adecuaciones para que los distribuidores capturen existencias de ARV en el inventario; implementar el seguimiento de medicamentos de rescate, e incluir el control y seguimiento de medicamentos de inicio.

Con el fin de elevar la atención de calidad de las personas con VIH, en coordinación con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, se ha dado seguimiento al proceso de acreditación de las UNEMES-CAPASITS. Hasta el 31 de diciembre de 2011 de los 70 CAPASITS que operaban en las 32 entidades federativas, 56 estaban acreditados. Para el 31 de diciembre de 2012, el número de CAPASITS que operaban se elevó a 72, de los cuales 59 han sido acreditados.

En septiembre del 2012, el CENSIDA en coordinación con el CNEGYSR, realizó dos reuniones regionales en las que participaron los responsables estatales de los programas de VIH/ITS y de salud reproductiva, con el objetivo de incorporar aspectos de salud sexual y reproductiva, igualdad de género y derechos humanos en los servicios especializados de atención de personas con VIH [CAPASITS y Servicio de Atención Integral (SAI)].

Para fortalecer el seguimiento de los casos perinatales de VIH y sífilis a nivel nacional se ha desarrollado un sistema en línea denominado Sistema de Seguimiento de la Transmisión Materno Infantil del VIH-Sífilis.

Durante 2012 el CENSIDA destinó recursos por 5.3 millones de pesos para la generación de información estratégica que permitiera brindar información sobre el contexto de la epidemia en VIH/SIDA; en específico, sobre prevalencia de VIH, sífilis y hepatitis C de la población general en el marco de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. También se obtuvo información sobre prevalencias de VIH, riesgos y comportamientos sexuales en hombres que tienen sexo con hombres, mujeres transgénero y transexuales y mujeres trabajadoras sexuales.

Considerando las prioridades dentro de la respuesta al VIH/SIDA, en 2013 el CENSIDA elaboró los términos de referencia para obtener información estratégica sobre: causas epidemiológicas de la cadena de atención y estructurales asociadas a los casos de mortalidad por SIDA en México y a la variabilidad de patrones de mortalidad en las entidades federativas; costo-efectividad de un paquete de intervenciones de atención, diagnóstico y tratamiento; causas críticas asociadas a la transmisión vertical del VIH y sífilis congénita, y flexibilidades en el marco jurídico y normativo del comercio internacional, así como de salud pública, para acceder a medicamentos ARV a menor costo.

El CENSIDA ha gestionado y concretado la colaboración con el Banco Mundial para evaluar la eficiencia en la asignación de recursos en la respuesta al VIH/SIDA en México; acordó también con el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la realización de un diagnóstico sobre el estado actual y necesidades de reestructuración organizacional y operativa del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (Conasida).

En el primer semestre de 2013 se remitió al Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (Onusida) y al Sistema de Naciones Unidas la actualización de información del país para el Reporte Global de Progreso sobre el VIH/SIDA 2013, en seguimiento a la Declaración de Compromiso de VIH. Asimismo, se colaboró en el informe para dar seguimiento al objetivo 6 de Desarrollo del Milenio.

Como cada dos años, se realizó la Medición del Gasto en SIDA en el país para el periodo 2010-2011, lo cual seguirá proporcionando evidencia para dirigir los recursos hacia las acciones y poblaciones que más lo requieren y con ello reducir las brechas existentes en materia de VIH.

A finales de 2012 se concluyó el repositorio de datos con información de metas e indicadores 2006-2012, que constituye la primera fase del Sistema Automatizado de Monitoreo de Indicadores sobre VIH/SIDA. En 2013 se trabajarán los módulos de consulta de datos y alertas; lo cual permitirá mejorar la transparencia y el uso de la información para la toma de decisiones sobre esta enfermedad.

A principios del 2013 se definieron las metas relativas a los cinco ejes de gobierno en materia de VIH:

1. Duplicar de 44 a 88 las detecciones de VIH en poblaciones de mayor riesgo por cada 100,000 hombres de 18 a 60 años de edad.
2. Pasar de 59 a 28 casos nuevos de VIH perinatal.
3. Pasar de 67 a 33 casos nuevos de sífilis congénita.

En 2013 se está conformando el Programa de Acción Específico en respuesta al VIH/SIDA y otras ITS 2013-2018, el cual incorporará las medidas de prevención, atención y apoyo frente al VIH basadas en la evidencia, y promoverá la participación de los principales actores involucrados en su elaboración, puesta en marcha y seguimiento.

En el contexto internacional, en 2012 el CENSIDA continuó con la representación alterna para América Latina y el Caribe dentro de la junta directiva del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria. Por otra parte, fungió como presidencia del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de los programas de VIH/SIDA de América Latina y el Caribe hispanoparlante. En colaboración con el InDRE, se hicieron las gestiones para que personal técnico del Programa Nacional de SIDA e ITS de El Salvador realizara una pasantía de capacitación sobre identificación de ITS. Asimismo, el CENSIDA continuó representando a México en la Junta Coordinadora de Programa del Onusida dentro de su mandato 2011-2013.

3.7 Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones

La Secretaría de Salud otorgó diversos servicios a través de las Unidades de Especialidades Médicas-Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEMES-CAPA). Entre septiembre de 2012 y agosto de 2013 se destacan los siguientes servicios:

Se redoblaron esfuerzos en materia de prevención por medio de las actividades de la Campaña Nacional para la Prevención de Adicciones, cuya principal tarea es informar a la población sobre los riesgos y las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas; sobre factores de riesgo y de protección que pueden influir en una persona para el consumo de dichas drogas; recomendaciones para padres y madres de familia para prevenir el uso de drogas en sus hijos; recomendaciones dirigidas a evitar el consumo de drogas en mujeres; desarrollo de habilidades

para la vida en jóvenes y en la población de estancias infantiles; prevención de adicciones en los lugares de trabajo, así como tareas de detección, orientación y consejería en adicciones.

Para operar la campaña y permearla entre la población, se sumaron diversas dependencias, instituciones y organizaciones, que capacitaron a promotores y beneficiaron a personas que pertenecen a sus redes de organización. Algunas de éstas son: Sistemas Estatales y Municipales para el DIF, SEDESOL, SEP, ISSSTE, IMSS, Instituto Politécnico Nacional, PEMEX, Confederación de Trabajadores de México, Consejo Coordinador Empresarial, Secretaría de Marina, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Voluntarios Cruz Roja, Voluntariado DIF, entre otras.

A través de los programas Oportunidades, Espacios Públicos Recuperados y Hábitat de SEDESOL se capacitaron en alguna o varias de estas estrategias a más de 329,847 promotores en adicciones, logrando impactar a más de seis millones de personas con la información y acciones preventivas.

Por otro lado, a través del ISSSTE y los Consejos Estatales contra las Adicciones, con sus redes, organizaciones y comunidades, se logró la capacitación de 19,162 promotores, que junto con otros que habían sido capacitados anteriormente, se logró beneficiar a más de 2.5 millones de personas con información y acciones preventivas.

También se iniciaron operaciones en 25 nuevas UNEMES-CAPA para ampliar la red a 335 centros, ubicados en 261 municipios del país, en los que se atendieron a 9.7 millones de personas; se impartieron pláticas de información y sensibilización sobre el impacto en el uso de drogas, pruebas de tamizaje para la detección oportuna de casos de jóvenes con factores de riesgo o consumidores experimentales, así como talleres dirigidos a padres, niños y adolescentes.

Las UNEMES-CAPA llevaron a cabo más de 128,792 sesiones entre intervenciones y tratamientos breves para adolescentes que inician en el consumo de alcohol y otras drogas, además de tratamientos grupales y prevención de recaídas. Asimismo, otorgaron 10% más consultas de primera vez.

Dentro de las actividades extramuros que realizan las UNEMES-CAPA está la detección temprana, básicamente a través de un instrumento de tamizaje a la población adolescente escolarizada para detectar jóvenes en riesgo de consumo. Se realizaron 922,000 pruebas de tamizaje, lo que representa un incremento de 24.6% con respecto al mismo periodo anterior.

El Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (Cenadic) otorgó 334 reconocimientos a Establecimientos Especializados en Adicciones en el país; si se considera que es la primera vez que se realiza esta actividad, esto supone un gran impulso a las acciones de mejora de la calidad en la prestación de servicios que proporcionan dichos centros especializados. Estos esfuerzos se han desempeñado en estrecha coordinación con las entidades federativas y los municipios, contando con el aval de prestigiadas universidades y organizaciones de la sociedad civil.

Con relación a los programas de prevención del delito para fortalecer el tejido social, entre 2009 y agosto de 2013 las UNEMES-CAPA realizaron 3.8 millones de actividades extramuros de prevención, como talleres para padres de familia, pláticas de sensibilización, visitas domiciliarias de rescate, contacto con grupos comunitarios, talleres de sensibilización y acciones de tamizaje. Con estas actividades se atendieron a 9.7 millones de personas.

CUADRO III.6 ACCIONES INTEGRALES DE ATENCIÓN DE ADICCIONES, 2009-2013 1/

ACTIVIDADES	DATOS ANUALES				ENERO-AGOSTO		
	2009	2010	2011	2012	2012	2013 3/	VARIACIÓN %
Total	551,112	616,968	778,284	1,317,703	809,293	552,946	-31.68
Pláticas de sensibilización	26,170	43,639	62,235	93,003	63,433	79,430	25.22
Talleres a padres de familia	10,065	15,148	19,425	5,520	3,865	2,778	-28.13
Visitas domiciliarias de rescate	12,874	17,508	15,237	9,292	6,195	4,048	-34.65
Contacto con grupos comunitarios	3,982	5,280	4,437	3,209	2,782	1,250	-55.08
Acciones de tamizaje 2/	486,906	518,315	652,327	1,193,223	723,970	452,749	-37.46
Talleres de sensibilización	11,115	17,078	24,623	13,456	9,048	12,291	40.27

FUENTE: Secretaría de Salud, Centro de Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones (CENADIC).

1/ Reporte de los Consejos Estatales Contra las Adicciones (CECAS).
2/ Consiste en la aplicación de un cuestionario de valoración breve, con la finalidad de detectar tempranamente a individuos que están en riesgo de consumir drogas.
3/ Cifras preliminares.

IV. Subsecretaría de Administración y Finanzas

SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

La Subsecretaría de Administración y Finanzas (SAF) coordina los programas de apoyo para la realización de las funciones sustantivas de la Secretaría de Salud; además, diseña y propone las políticas y criterios para racionalizar y hacer más eficiente la aplicación de los recursos humanos, materiales y financieros asignados para la consecución de los objetivos institucionales. Entre sus principales funciones se encuentran coordinar el proceso de programación y presupuestación sectorial e impulsar la implementación de diversas estrategias para llevar a cabo una administración eficiente, que permita garantizar que los servicios médicos y las acciones de prevención y promoción de la salud se realicen con la mayor efectividad posible.

Durante la pasada administración, en el periodo de septiembre a diciembre de 2012, la SAF coordinó las actividades institucionales para formular el proyecto de presupuesto de egresos 2013, así como la elaboración de los informes de rendición de cuentas del periodo 2006-2012, correspondientes al sector central y sus 14 órganos desconcentrados; asimismo, supervisó la integración de los 14 libros blancos correspondientes a los principales programas llevados a cabo por la Secretaría de Salud.

En este mismo periodo, con motivo del cambio de gobierno se participó en algunas actividades del grupo de transición de la Administración Pública Federal. Se elaboraron diversos informes relacionados con el estado que guardaba la administración de los recursos materiales, humanos y financieros de la Secretaría de Salud.

En la actual administración, durante el periodo de diciembre de 2012 a junio de 2013, para cumplir con las funciones asignadas a la SAF, se participó en 24 sesiones de diferentes órganos colegiados de la Secretaría de Salud y de comisiones intersecretariales. Entre éstas destacan las sesiones del Comité de Control y Desempeño Institucional, del Consejo de Administración de Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México S.A. de C.V. (Birmex), de la Comisión de Administración y Finanzas del Consejo Nacional de Salud; y las sesiones de las juntas de gobierno del Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia y de la Lotería Nacional para la Asistencia Pública, así como de las Comisiones Intersecretariales de Vivienda y de Desarrollo Rural.

Durante el primer trimestre de 2013 se coordinaron las actividades relacionadas con el cumplimiento de las disposiciones previstas en el decreto que establece las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público, así como para la modernización de la Administración Pública Federal, publicado en el Diario oficial de la Federación el 10 de diciembre de 2012; se concretaron las reducciones en el gasto de operación en materia de servicios personales, así como la implementación de contrataciones conjuntas de bienes y servicios, esto último con el propósito de generar ahorros en el gasto de operación que podrán ser contabilizados al cierre del actual ejercicio fiscal 2013.

Asimismo, se coordinó la elaboración del Diagnóstico Integral de la Secretaría de Salud, sus 14 órganos administrativos desconcentrados (OAD) y 25 organismos públicos descentralizados (OPD), con el fin de identificar áreas de oportunidad y propuestas de mejora que tuvieran como objetivo optimizar la eficacia de las estructuras organizacionales, la homologación de sistemas de información, la reducción de los gastos de operación y la eliminación de duplicidades en el desarrollo de procesos.

En cumplimiento con el acuerdo delegatorio para autorizar las erogaciones por concepto de contratación de servicios de consultorías, asesorías, estudios e investigaciones que requieran efectuar las unidades administrativas de la Secretaría de Salud, en el periodo de enero a junio de 2013, la SAF revisó un total de 46 acuerdos de autorización correspondientes a 12 unidades administrativas, con el fin de garantizar el apego normativo de las contrataciones con cargo a las partidas relacionadas con estos conceptos.

4.1 Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto

La Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP) es responsable de diseñar y operar los instrumentos organizacionales, programáticos, presupuestarios y de rendición de cuentas, así como de administrar los recursos financieros que garanticen el

adecuado funcionamiento de las unidades centrales, desconcentradas y OPD, con base en la calidad del servicio, actitud de servicio, transparencia y compromiso social. Para su desempeño ha organizado su estructura en cinco macro procesos sustantivos y uno de apoyo. Los logros de cada macro proceso son los siguientes.

Diseño y Desarrollo Organizacional

Se registraron las estructuras orgánicas de seis unidades administrativas de nivel central (UAC), de cinco OAD y de una entidad. Asimismo, se refrendaron 13 estructuras de OAD y 15 de entidades que contaban con vigencia hasta el 1° de enero de 2013. También se realizaron 441 valuaciones de puestos de personal de estructura y eventuales de las UAC y los OAD a través del Sistema de Validación de la Valuación y del Nivel del Tabulador, con el objetivo de determinar el grupo, grado y nivel de percepciones acorde a las atribuciones y funciones desempeñadas.

Se diseñó y operó el Programa de Actualización de Manuales de Organización y Procedimientos, se otorgaron 332 asesorías y se autorizaron 44 manuales de organización específicos y 40 manuales de procedimientos.

Integración Programática Presupuestal

Se formuló el proyecto de presupuesto de egresos 2013 conforme a las prioridades establecidas a través del análisis de la información de los programas anuales de trabajo, se ordenaron y clasificaron los programas y actividades, y se integraron y calendarizaron los objetivos, metas e indicadores presupuestarios para evaluar su cumplimiento. Los esfuerzos se orientaron hacia el fortalecimiento de la Gestión para Resultados, del Presupuesto basado en Resultados y a la implantación del Sistema de Evaluación del Desempeño.

Se actualizó y consolidó la información de 26 Matrices de Indicadores para Resultados de la Secretaría de Salud, con un total de 224 indicadores que se reportan a través del Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), los cuales constituyen la base para el proceso de evaluación en términos de lo previsto en el Programa Anual de Evaluación 2013. Se dio seguimiento conforme a su frecuencia de medición y se reportaron a la H. Cámara de Diputados.

Para el ejercicio fiscal 2013, a la Secretaría de Salud le autorizaron un presupuesto de 121,856.5 millones de pesos, mientras que los recursos destinados a las entidades federativas a traves del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud del ramo 33 ascendieron a 67,871.1 millones de pesos; por lo tanto, el total de recursos autorizados para salud en el ejercicio fiscal 2013 fue de 189,727.6 millones de pesos.

El Sistema de Protección Social en Salud, incluido el Seguro Médico Siglo XXI, es el instrumento financiero que recibe y ejerce mayores recursos para la operación de los servicios de salud en los estados, para 2013 obtuvo un monto total de 76,198.9 millones de pesos.

CUADRO IV.1 PRESUPUESTO FEDERAL AUTORIZADO PARA LA SALUD, RAMO 12 Y FASSA DEL RAMO 33 (MILLONES DE PESOS)

RAMO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	VARIACIÓN % 2006 -2013
Ramo 12 Salud	25,218.10	29,542.90	31,709.90	36,807.80	36,048.60	42,956.00	43,229.40	45,657.60	41
Seguro Popular	17,137.40	26,040.30	37,716.20	48,228.60	53,844.30	62,357.90	70,250.30	76,198.90	246
Ramo33 FASSA	38,980.50	41,572.80	43,995.40	48,617.80	53,100.10	55,698.70	61,951.40	67,871.10	35
Total	81,336.00	97,156.00	113,421.50	133,654.20	142,993.00	161,012.60	175,431.10	189,727.60	82

Nota 1: Presupuesto autorizado para el Seguro Popular más el presupuesto autorizado para el Ramo 12 Salud, suman el total del presupuesto autorizado al Ramo Administrativo 12 Salud, cifras en millones de pesos.
Nota 2: La cifras se presentan a valores corrientes y las variaciones están calculadas en valores constantes al 31 de diciembre de 2012 de acuerdo al INPC mensual base 2010=100 publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

FUENTE: Secretaría de Salud. DGPOP. Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal que corresponda.

Gestión Presupuestal

Se tramitaron 5,654 adecuaciones presupuestarias ante la SHCP, 3,626 que va del periodo del 1º de septiembre al 31 de diciembre de 2012, y 2,028 para el 1º de enero al 11 de junio de 2013.

Se realizaron los trámites administrativos para recuperar 977.5 millones de pesos por concepto de ingresos excedentes de las unidades administrativas y los OAD, de los cuales la SHCP, después de analizar el balance financiero, sólo autorizó 372.1 millones de pesos. También se realizaron los trámites para el registro de 193 millones de pesos por concepto de ingresos propios de las entidades, mediante las modificaciones a sus flujos de efectivo.

Se gestionaron 27 solicitudes de modificación a los tabuladores de cuotas de recuperación de las UAC, los OAD y las entidades que lo solicitaron, de las cuales hasta el momento la SHCP ha autorizado 24.

Al mes de agosto de 2013, se tienen registrados 1,490 proyectos en la Cartera de Programas y Proyectos de Inversión de la SHCP. En 2013 la inversión autorizada asciende a 5,211 millones de pesos, de los cuales 2,536 millones corresponden a recursos fiscales y 2,675 millones a recursos del Fideicomiso de Protección Social en Salud. Además se gestionó la autorización de 48 contrataciones plurianuales y 32 contrataciones especiales.

Control del Ejercicio Presupuestal

El presupuesto anual autorizado para el ramo 12 se incrementó 5.9% en términos reales, pasando de 113,479 millones de pesos en 2012 a 121,856 millones en 2013. De septiembre a diciembre de 2012 se ejerció 37% del presupuesto total asignado al ramo, y para 2013 se espera ejercer en el periodo enero-agosto 55% del presupuesto total asignado.

CUADRO IV.2 PRESUPUESTO AUTORIZADO Y EJERCIDO, RAMO 12 SALUD (MILLONES DE PESOS)

CAPÍTULO	ANUAL 2012		SEP-DIC 2012		ORIGINAL 2013	
	ORIGINAL	EJERCIDO	ORIGINAL	EJERCIDO	ANUAL	ENE-AGO
Servicios personales	20,682.96	19,504.07	8,006.76	8,536.93	23,042.70	11,449.60
Materiales y suministros	4,951.84	4,741.86	1,458.36	2,078.97	5,602.55	3,571.15
Servicios generales	4,308.58	7,863.62	1,380.55	4,915.85	5,076.54	3,314.71
Transferencias asignaciones, subsidios y otras ayudas	82,273.86	78,393.89	25,335.97	25,706.43	85,598.30	47,052.44
Bienes muebles, inmuebles e intangibles	248.77	448.79	51.76	397.3	413.14	85.23
Inversión Pública	1,013.68	1,662.94	198.38	816.04	2,123.34	1,627.37
Total	113,479.68	112,615.17	36,431.79	42,451.53	121,856.57	67,100.49

Nota: La cifras se presentan a valores corrientes y el incremento está calculado en valores constantes al 31 de diciembre de 2012 de acuerdo al INPC mensual base 2010=100 publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

FUENTE: Secretaría de Salud para 2012 Cuenta de la Hacienda Pública Federal y para 2013 Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación (DPEF).

CUADRO IV.3 CUENTAS POR LIQUIDAR PROCESADAS

TIPO DE UNIDAD	SEPTIEMBRE-DICIEMBRE 2012	ENERO-AGOSTO 2013	TOTAL
Unidades centrales	7,485	4,256	11,741
Entidades coordinadas	15,529	16,645	32,174
Órganos desconcentrados	5,565	3,385	8,950
Total general	28,579	24,286	52,865

Fuente: Secretaría de Salud, DGPOP y Sistema de contabilidad y presupuesto Ramo 12.

Se procesaron 52,865 cuentas por liquidar certificadas, de las cuales 28,579 corresponden al último trimestre de 2012, y 24,286 corresponden al periodo enero-agosto de 2013 (cifras con base en proyección a agosto de 2013).

Información Financiera

Se realizaron los trámites ante el Sistema de Administración Tributaria (SAT) para atender las solicitudes de autorización de impresión de recibos de pago, para el control de las cuotas de recuperación y para el entero a la Tesorería de la Federación de los pagos generados en el sistema e5cinco.

Se integraron y enviaron 30 informes del tercer y cuarto trimestre de 2012, y 32 informes correspondientes a los primeros ocho meses de 2013, sobre la situación económica de las finanzas públicas y la deuda pública, el programa especial concurrente, los pueblos indígenas, los programas para superar la pobreza, los programas sujetos a reglas de operación, los fideicomisos, el comportamiento del gasto programable, el informe de rendición de cuentas y el informe de gobierno 2012, tal como se establece en la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y su Reglamento, en los Decretos del PEF 2012 y 2013 y otras disposiciones normativas en la materia.

Con la transmisión y monitoreo mensual de los formatos de información presupuestal de las UAC, los OAD y las entidades, se dio cumplimiento a la normatividad emitida por la Comisión Intersecretarial de Gasto Público Financiamiento y Desincorporación para la operación del Sistema Integral de Información SII@WEB. De agosto a diciembre de 2012 se transmitieron y monitorearon 4,510 formatos, y de enero a agosto de 2013 fueron 7,142 aproximadamente.

Contabilidad y Rendición de Cuentas

En cumplimiento con la Ley General de Contabilidad Gubernamental, se registraron en el Sistema de Contabilidad Gubernamental 566 pólizas con información extra presupuestal del ejercicio 2012 y 260 pólizas del ejercicio 2013. Se integró la Cuenta de la Hacienda Pública Federal (CHPF) de la dependencia, correspondiente al ejercicio fiscal 2012; además, se remitió la información financiera para la integración del Informe de Rendición de Cuentas, el Informe de Evaluación del Desempeño, así como las Declaraciones Informativas de Operaciones con Terceros que se presentan al SAT.

En cumplimiento con la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, se atendieron 245 solicitudes de información. Se dio seguimiento a siete observaciones emitidas por la Auditoria Superior de la Federación y el Órgano Interno de Control en las revisiones a la CHPF y al Informe de Avance de Gestión Financiera.

Por primera vez en la historia de la dependencia se obtuvo la autorización del Libro de Inventarios y Balances de la Secretaría de Salud por parte de la SHCP.

Se llevó a cabo la digitalización de 47,846 cuentas certificadas por liquidar y su documentación comprobatoria, correspondientes a los ejercicios 2010, 2011, 2012 y 2013. Se presentó a la Junta de Administración el informe financiero del 24° Ciclo del Fondo de Ahorro Capitalizable de los Trabajadores al Servicio del Estado.

4.2 Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales

La Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales lleva a cabo, entre otras actividades, los procedimientos de contratación para la adquisición y arrendamiento de bienes y servicios de las UAC y los OAD de la Secretaría de Salud; la celebración de contratos con los proveedores y prestadores de servicios, el control y actualización del inventario físico de los bienes inmuebles, la integración y mantenimiento del Programa Interno de Protección Civil, el registro de los bienes muebles y el trámite de baja y disposición final de los mismos, así como la administración del Almacén Central de la Secretaría de Salud. En este contexto, por primera vez se integró y autorizó el Programa Anual de Recursos Materiales y Servicios Generales 2013.

Las principales acciones y resultados obtenidos durante el periodo de septiembre de 2012 a agosto de 2013, son los siguientes:

Adquisiciones

Con el objeto de obtener ahorros y mejores condiciones en cuanto a calidad, precio y oportunidad, se realizó la contratación conjunta de materiales, suministros y servicios al interior de la Secretaría de Salud para los servicios de fotocopiado, limpieza, aseguramiento de bienes patrimoniales, agua embotellada, papelería, seguro de responsabilidad profesional para médicos, cirujanos, dentistas, enfermeras y residentes, servicio de transportación terrestre, seguro colectivo de retiro, vales de despensa, entre otros.

En este contexto, se efectuaron un total de 15 procedimientos de contratación para la adquisición de bienes y servicios, de los cuales ocho fueron licitaciones públicas.

El Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de la Secretaría de Salud sesionó en 14 ocasiones y dictaminó diez asuntos de excepción a la licitación pública, se contó con la participación del Órgano Interno de Control.

Se suscribieron un total de 26 contratos y 25 pedidos, derivados de licitaciones públicas, invitaciones a cuando menos tres personas y adjudicaciones directas, incluidos dentro de estas últimas los contratos específicos celebrados al amparo de los contratos marco.

Administración Inmobiliaria

Con relación al Programa de Transferencia de Inmuebles, se formalizó el proceso de transferencia de 176 inmuebles de la Secretaría de Salud en los estados de Yucatán y Quintana Roo, a consecuencia del proceso de descentralización de los servicios de salud, con lo que se concluyó la formalización de los contratos que amparan la totalidad de los inmuebles –objeto del Programa de Transferencia– en favor de las entidades federativas.

Respecto de la realización de los avalúos paramétricos de inmuebles federales a cargo de la Secretaría de Salud, se tiene un avance de cumplimiento de 100% ante el Instituto de Administración y Avalúos de Bienes Nacionales (INDAABIN). Dichos valores fueron registrados en la contabilidad gubernamental.

En cuanto a las acciones para la accesibilidad de personas con discapacidad a inmuebles federales a cargo de la Secretaría de Salud, se tiene un avance aproximado de cumplimiento de 75% ante el INDAABIN.

Suministros y Almacén

Se efectuaron ocho sesiones del Comité de Bienes Muebles, en las que se obtuvo opinión favorable de sus integrantes para la donación de bienes muebles y celebración de comodatos.

En el Almacén Central se recibieron bienes de activo fijo para el programa Caravanas de la Salud, trajes protectores e insumos médicos para el Centro de Reacción Hospitalaria para Desastres de la Secretaría de Salud y radio receptores de alarma sísmica, entre otros.

Asimismo, se llevó a cabo el Inventario Anual 2012 de Bienes de Consumo de las UAC y de los OAD, así como la conciliación de los mismos. Se realizó el programa de conciliaciones físico-documentales de activo fijo, con ello se obtuvo la información para ser considerada en el Libro de Inventarios y Balances de la Secretaría de Salud. De igual forma se elaboraron los informes mensuales de los registros de alta y baja del inventario de activo fijo de la Secretaría, los cuales fueron remitidos a la DGPOP.

Se celebró el procedimiento de licitación pública nacional a fin de enajenar los desechos de bienes muebles provenientes de las UAC y los OAD, los cuales fueron dictaminados como no útiles para el servicio de las mismas.

Servicios Generales

Derivado del Protocolo de Actividades para la Implementación de Acciones de Eficiencia Energética en Inmuebles, Flotas Vehiculares e Instalaciones de la Administración Pública Federal, publicado en el DOF el 13 de enero de 2012, al tomar en consideración que en el mes de febrero de 2011 se autorizó a la Secretaría de Salud el diagnóstico energético de la flota vehicular ante la Comisión Nacional para el Uso Eficiente de la Energía, a nivel central se obtuvo un ahorro de combustible en el ejercicio 2012 de más de 49,000 litros. Por lo que concierne al Comité Interno para el Uso Eficiente de la Energía, se llevó a cabo una sesión en noviembre 2012 y dos sesiones en 2013 (febrero y mayo).

Protección Civil

A fin de continuar fortaleciendo la cultura de Protección Civil al interior de la Secretaría de Salud, se realizaron acciones concretas que permitieron capacitar al personal y prepararlo mejor para afrontar cualquier eventualidad, por lo que en el marco de las disposiciones normativas y administrativas vigentes, entre otras, se desarrollaron las siguientes acciones.

- Se participó en el macro simulacro a nivel nacional el 19 de septiembre de 2012; como resultado de dicho ejercicio se evacuaron a 6,322 personas en 53 unidades administrativas y hospitalarias ubicadas en 22 inmuebles, con la participación de más de 515 brigadistas. Además, se realizaron simulacros en las oficinas administrativas ubicadas en Homero 213, Lieja 7 y el Instituto Nacional de Perinatología.
- En enero de 2013, se entregaron constancias de formación a 22 instructores en Protección Civil, capacitados por el Centro Nacional de Prevención de Desastres, y reconocimientos a 60 nuevos brigadistas, capacitados en la Formación de Brigadas de Emergencia. Por otra parte, se capacitaron 50 brigadistas con el apoyo del H. Cuerpo de Bomberos del Distrito Federal.
- Se participó en el taller Programa Interno de Protección Civil Actualizado 2013, convocado por la Dirección General de Protección Civil de la Secretaría de Gobernación (SEGOB), a fin de actualizar los Programas Internos de Protección Civil con motivo de la nueva Ley General de Protección Civil. También se impartió un curso de capacitación por parte de la citada Dirección General, para la elaboración del Plan de Continuidad de Operaciones.

- Hasta el mes de junio de 2013, se cuenta con 31 Planes de Continuidad, 21 de los cuales están en proceso de actualización.
- Se obtuvieron para diversas unidades administrativas y hospitalarias, 519 alertas sísmicas proporcionadas por la Coordinación General de Protección Civil de la SEGOB.
- Se obtuvieron 50 botiquines de primeros auxilios para diferentes unidades administrativas.

4.3 Dirección General de Recursos Humanos

La Dirección General de Recursos Humanos es la unidad administrativa responsable de conducir el sistema de remuneraciones y la política salarial de la Secretaría de Salud, integrar y dar seguimiento al presupuesto de servicios personales, realizar los cambios en la estructura de plazas ante la SHCP, realizar las solicitudes de continuidad en la contratación de personal eventual y por honorarios, definir y conducir el Sistema Nacional de Capacitación y Desarrollo del Personal, coordinar la operación del Sistema del Servicio Profesional de Carrera, y participar en la elaboración y revisión de las Condiciones Generales de Trabajo, así como supervisar su difusión y cumplimiento, entre otras.

Creación y Movimientos de Plazas

Con una inversión de 430.5 millones de pesos se crearon 1,374 plazas para fortalecer los servicios de salud. Con el apoyo de la SHCP se dio respuesta a las solicitudes más apremiantes de nueve Institutos Nacionales de Salud y dos Hospitales de Alta Especialidad con la conversión de 467 nuevas plazas, de las cuales 27% fueron para médicos residentes itinerantes que pondrán en operación unidades móviles del programa Caravanas de la Salud.

Medidas de Austeridad

Se dio cumplimiento a la reducción de 5% del costo total de plazas de mandos medios y altos, y de 5% del presupuesto autorizado para personal con carácter eventual, conforme a lo estipulado en los Lineamientos para la Aplicación y Seguimiento de las Medidas para el Uso Eficiente, Transparente y Eficaz de los Recursos Públicos.

Programa de Profesionalización

A través del Programa de Profesionalización de Enfermería, Trabajo Social y Rehabilitación Física, se benefició a más de 3,000 trabajadores que en promedio vieron incrementada su remuneración nominal en 30%. Es el octavo año consecutivo que se aplica este programa, su consolidación se ha logrado a nivel institucional y desde su creación se ha beneficiado a 18,842 trabajadores y a sus familias.

Transparencia

A fin de lograr una mayor transparencia en el manejo de los recursos federales que se envían a las 32 entidades federativas para el pago de servicios personales y contribuir a la toma de decisiones con información precisa y oportuna, se trabajó de manera coordinada con los servicios de salud de las entidades para presentar al H. Congreso de la Unión el informe relativo a las aportaciones federales en materia de salud, previsto en el artículo 74 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental.

Capacitación y Desarrollo de Personal

Se llevaron a cabo 70 cursos de capacitación técnico-administrativa para servidores públicos de nivel operativo y de mando medio, con los cuales se logró capacitar a un total de 1,750 servidores públicos.

4.4 Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física

La Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física (DGDIF) es el área de la Secretaría de Salud responsable de contribuir a la consolidación de un Sistema Nacional de Salud que cuente con una infraestructura física suficiente, eficiente, articulada y universal, que brinde las mejores condiciones de calidad, equidad y oportunidad en la prestación de servicios de salud. La DGDIF brinda asesoría y apoyo técnico-normativo a los órganos desconcentrados, los servicios estatales y los institutos nacionales de salud con la elaboración de proyectos y ejecución de trabajos relacionados con obra, conservación y mantenimiento.

Su misión es generar y ejecutar estrategias y acciones dirigidas a contribuir a que se construya, desarrolle, actualice y conserve la infraestructura física en salud de acuerdo con los estándares y normas de eficiencia y eficacia que favorezcan la calidad y cobertura de los servicios de salud, todo ello en alineación con el objetivo 2.3 del Plan Nacional de Desarrollo 2012-2018, que busca asegurar a los mexicanos el acceso a los servicios de salud.

Conservación y Mantenimiento

Bajo esta perspectiva, de septiembre a diciembre de 2012 se ejecutaron y concluyeron trabajos de conservación y mantenimiento de 26 inmuebles de la Secretaría de Salud, lo que representó una inversión de 149 millones de pesos que beneficiaron la operación y gestión de unidades médicas y de investigación, así como inmuebles administrativos de la dependencia.

De enero a agosto de 2013 se ejercieron 48 millones de pesos en acciones y obras dirigidos a conservar, dar mantenimiento y actualizar la infraestructura física de unidades médicas y edificios administrativos de la Secretaría de Salud, con el enfoque de mejorar la capacidad instalada en más de 30 inmuebles, así como generar acciones y adecuaciones para el uso eficiente de la energía, cuando menos, en cuatro inmuebles de la Secretaría.

Desarrollo de Infraestructura

En materia de obra, de septiembre a diciembre de 2012 se invirtieron cerca de 706 millones de pesos en obra nueva para el desarrollo de infraestructura física, entre la cual destaca:

- La segunda etapa de la construcción de la planta de los laboratorios de Birmex, destinada a producir la vacuna contra la influenza.
- La conclusión de trabajos en estacionamiento, sistema de enfermo-enfermera, planta de tratamiento, sistema de aire acondicionado, prueba y arranque de equipos y acabados del Hospital Nacional Homeopático.
- Para el caso del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE), en 2012 se realizaron trabajos de terminación del edificio administrativo, estacionamiento y laboratorios, acabados finales y pruebas de equipos instalados. El InDRE es un laboratorio de bioseguridad nivel dos y tres, el cual será el más avanzado de América Latina.
- La primera etapa de construcción del Hospital Psiquiátrico Samuel Ramírez Moreno, que consta de trabajos de cimentación en dos edificios de hospitalización y servicios, y de la superestructura de los edificios del auditorio, gobierno, consulta externa 1 y consulta externa 2, así como de 90% del edificio de enseñanza. Presenta un avance global de 35%.

Para la continuación de las obras de Birmex, InDRE, Hospital Samuel Ramírez Moreno, así como para la rehabilitación de la Comisión de Control Analítico y Ampliación de Cobertura, se tienen recursos programados por 550 millones de pesos para el ejercicio fiscal 2013. Durante los primeros ocho meses de este ejercicio se ha aplicado 40% de los recursos programados.

Acciones Normativas y de Planeación de la Infraestructura Física

Como parte de la estrategia de consolidación y fortalecimiento de un Sistema Nacional de Salud Universal, se han reforzado las estrategias dirigidas a mejorar los procesos y mecanismos de planeación de la infraestructura física y se continúa con la expedición del certificado de factibilidad, como un instrumento dirigido a calificar aspectos de la planeación y diseño de la obra hospitalaria que permite determinar parámetros y requisitos en el desarrollo y construcción de infraestructura física.

Del 1° de septiembre de 2012 al 31 agosto de 2013 se emitieron 15 certificados de factibilidad para desarrollar obras nuevas o sustituir infraestructura existente.

Otras Acciones

Con la finalidad de fortalecer las redes de servicios de salud y la modernización de la infraestructura física, se implementaron diversas estrategias de asesoría para detonar la ejecución de proyectos de salud alineados al Programa Integral de Infraestructura Física.

Se efectuaron convenios de colaboración para asesorías y apoyo técnico con el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y con el Instituto Nacional de Geriatría; se brindaron asesorías técnicas al Hospital de la Mujer para la elaboración de propuestas arquitectónicas de remodelación y ampliación para las áreas de toco-cirugía y quirófanos; asimismo, se asesoró el proyecto de reforzamiento estructural de diversas edificaciones del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

4.5 Dirección General de Tecnologías de la Información

Corresponde a la Dirección General de Tecnologías de la Información (DGTI) establecer las políticas, criterios y normatividad técnica interna para el uso y aprovechamiento de las tecnologías de la información, comunicación y manejo de documentos y archivos de la Secretaría de Salud, con el fin de mejorar la productividad y la calidad de los servicios, a través de la implementación de soluciones tecnológicas que maximicen el costo-beneficio en favor de la dependencia.

Servicios de Comunicaciones

Se implementó el proyecto Servicio Integral de Telecomunicaciones para integrar los servicios de voz, datos y video en los 64 inmuebles de la Secretaría de Salud (32 en el área metropolitana y 32 en las capitales de los estados, incluido el Distrito Federal). Se obtuvo un promedio de siete mil usuarios de datos, cuatro mil de voz y la inclusión de servicios de alojamiento y administración del directorio activo y correo electrónico institucional, con ello se mejoraron los servicios para aproximadamente 5,000 cuentas de correo electrónico.

Debido a lo anterior, se cuenta con un nuevo diseño de arquitectura con niveles de servicio y un esquema de alta disponibilidad que genera la integración de una mesa especializada de servicios para la atención de los requerimientos de usuarios de altas, bajas, cambios y atención de incidentes, con esto se impulsó la depuración de las cuentas de correo electrónico inactivas.

Administración de Equipamiento de Cómputo

Mediante un monitoreo permanente, se proporcionó la prestación del servicio de administración y equipamiento de tecnologías de la información, servicios de cómputo, almacenamiento y respaldo a las unidades de la Secretaría de Salud, por lo que se atendieron los requerimientos de los usuarios y se realizaron cambios tecnológicos al equipamiento correspondiente a computadoras portátiles y equipos de impresión.

Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones

En el marco del seguimiento al Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETIC) 2012, se reportaron avances y actualizaciones de las unidades administrativas y órganos administrativos desconcentrados, sin recibir observaciones por parte del Órgano Interno de Control. Durante 2013 se buscará fortalecer la Estrategia Digital Nacional para estar en posibilidad de efectuar el proceso de integración de proyectos de tecnologías de la información y comunicaciones en el PETIC correspondiente.

Dictámenes Técnicos

Se emitieron 122 dictámenes técnicos en materia de tecnologías de la información y comunicaciones para las UAC y los OAD.

Modificaciones a los Sitios Web

Para mejorar la estructura estandarizada de todos los sitios de internet de la dependencia, actualmente se desarrolla el proyecto de plataforma web con la finalidad de contar con un desarrollo común de estos sitios y mantener la imagen institucional uniforme de acuerdo con los Lineamientos para la Consolidación y Operación de los Sitios Gubernamentales en Línea, y así manejar todos los módulos requeridos en los 70 sitios de la Secretaría de Salud.

Asimismo, se modificó la página web de la Secretaría de Salud cambiando el diseño, la letra, estructura y tamaño de logos, en cumplimiento con los lineamientos señalados anteriormente.

Implementación del Sistema de Administración de Correspondencia

Ante la necesidad de contar con un sistema institucional para la administración y seguimiento de todos los asuntos oficiales gestionados en las distintas áreas de la Secretaría de Salud y en cumplimiento con el decreto que establece las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público, así como para la modernización de la Administración Pública Federal, la DGTI se encuentra en proceso de implementación del Sistema de Administración de Correspondencia. Se implementó un piloto en la SAF al que se pretende incorporar la firma electrónica y eliminar los oficios impresos que circulan al interior de la dependencia.

Asimismo, se implementó un servicio de colaboración en línea para hacer uso de mensajería instantánea, presencial, videoconferencias, transferencia de archivos, compartición de escritorio y aplicaciones, que opera dentro de la red institucional de la Secretaría de Salud para agilizar la comunicación. El servicio será extendido para operar desde internet, con lo que las funcionalidades de colaboración se llevarán fuera de las instalaciones de la Secretaría.

Capacitación en Materia de Tecnologías de la Información y Comunicaciones

En materia de capacitación en tecnologías de la información y comunicación se realizaron 147 cursos; 43 de forma presencial, 41 en línea y 63 por videoconferencia; con la participación de 2,429 servidores públicos.

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental

La unidad de enlace atendió 4,410 solicitudes de acceso a la información pública, realizó dos actualizaciones a los índices de expedientes reservados, dos actualizaciones de sistemas de datos personales y cuatro actualizaciones al portal de obligaciones de transparencia de la Secretaría de Salud.

4.6 Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública

Desde su creación en 1861, la Beneficencia Pública ha cumplido con el mandato presidencial que le dio origen, el cual consiste en generar y canalizar recursos para la atención en salud de aquellas personas que viven en condiciones de pobreza y que no cuentan con seguridad social. Hoy en día se cuenta con un patrimonio de afectación conformado por recursos financieros, bienes muebles e inmuebles y donativos, además de las contribuciones federales que cada año se reciben para apoyar no sólo a personas físicas, sino también programas y proyectos orientados a servicios o acciones vinculadas con investigación, educación, promoción, prevención y atención en materia de salud.

Ayudas Funcionales en Especie

La Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública (APBP) ha implementado diversos programas, uno es Ayudas Funcionales en Especie, cuya finalidad es la de facilitar a los pacientes de escasos recursos bajo tratamiento médico o rehabilitación en los institutos nacionales, hospitales generales y de alta especialidad, regionales o estatales, algunos de los insumos que requieren para mejorar sus condiciones de salud y calidad de vida, tales como prótesis, medicamentos, sillas de ruedas, bolsas para diálisis, medidores de glucosa y suero oral.

Asimismo, se consiguió, mediante donación, para los hospitales e institutos del sector salud, un láser fotocoagulador para retina, un aparato eléctrico de criocirugía oftalmológica, (ambos destinados al Instituto Nacional de Rehabilitación), dos unidades de detección fetal, dos pesas digitales para bebés, dos infantómetros mecánicos, dos pesapersonas, dos tallímetros mecánicos, dos bases para estaciometro, un electrocardiógrafo intermedio multicanal con interpretación, un electrocardiógrafo con conectividad, así como una mesa ginecológica.

Donativos

Los donativos que la Beneficencia Pública gestiona y recibe de terceros son esenciales para el cumplimiento de sus fines. El trabajo de acercamiento con empresas, fundaciones y particulares se tradujo en la obtención de medicamentos, sillas de ruedas, bolsas para diálisis, medidores de glucosa y sobres de suero oral que son donados a la población.

Adicionalmente, la APBP se ha sumado a las actividades de la Cruzada Nacional contra el Hambre, vinculando acciones para mejorar las condiciones nutricionales de los niños y sus familias.

Proyectos de Coinversión

En los proyectos de coinversión, la Beneficencia Pública participa hasta con la mitad de la inversión necesaria para realizarlos, lo cual es de gran importancia para el fortalecimiento de esfuerzos y multiplicación de apoyos.

Se apoyaron proyectos enfocados a los siguientes temas prioritarios: fortalecimiento de los servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades; prevención y control del sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus y padecimientos cardio y cerebro-vasculares; prevención, atención y rehabilitación integral de personas con discapacidad, y fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud Mental.

Bienes Inmuebles

A fin de contar con certidumbre jurídica y seguir ayudando a la población de forma directa, durante 2013 se revisó y actualizó la situación jurídica de los inmuebles que forman parte del Patrimonio de la Beneficencia Pública, dado que contribuyen de forma directa con los fines de asistencia social para los que fue creado.

Se elaboró un libro de gobierno, con el que se revisaron y actualizaron cada uno de los expedientes, dándose de baja 5,020 por carecer de legitimación en los juicios sucesorios. Se continuó con las acciones legales en juicios sucesorios, conexos y diversos, destacando la recuperación de dos inmuebles y la localización de otros cuatro, susceptibles de integrarse al PBP.

Muchos de los inmuebles que forman parte del patrimonio han sido dados en comodato para mejorar, de forma directa, las condiciones de salud de la población. Diariamente muchas personas son atendidas en los 33 institutos, clínicas y hospitales estatales y federales, así como en los 17 centros médico asistenciales como los de desarrollo infantil, rehabilitación de discapacidad visual y de atención geriátrica.

V. Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Corresponde a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), entre otras funciones, ejercer las facultades de coordinación sectorial de los Institutos Nacionales de Salud (INSalud), Hospitales Federales de Referencia (HFR) y Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAE); promover y orientar el desarrollo y la ejecución de proyectos e investigaciones específicas dirigidas a la identificación y modificación de los factores que determinan la incidencia, prevalencia y resultado final de los principales problemas de salud en México y llevar su registro oportuno; evaluar la pertinencia de la infraestructura y equipamiento para la adecuada prestación de servicios médicos de alta especialidad, de investigación, de formación de recursos humanos, y promover mejoras en la atención médica de alta especialidad con base en los resultados de la investigación científica y desarrollo tecnológico.

Con base en lo anterior, la CCINSHAE coordina al subsector de instituciones dedicadas a la investigación, atención médica de alta complejidad y enseñanza de especialidad. Está integrada por 13 INSalud, seis HFR, seis HRAE, los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP), los Centros Nacionales de Trasplantes (CENATRA) y de Transfusión Sanguínea (CNTS), que son referencia nacional e internacional en sus especialidades.

Bajo la misión de coordinar a los INSalud como un conjunto de organismos de medicina de alta especialidad, se ha trabajado para promover su funcionamiento y operación, mediante esquemas de administración, gestión y atención médica uniformes e innovadores. Por lo anterior, se han llevado a cabo las siguientes acciones de septiembre de 2012 al mes de agosto de 2013:

- Organización y participación activa en 26 sesiones ordinarias y 10 extraordinarias de la Junta de Gobierno de los INSalud. Se intervino en la conformación y revisión de las carpetas, además del apoyo en la parte logística de 12 sesiones ordinarias de juntas de gobierno de los HFR.
- Ejecución de más de 100 reuniones con los directores médicos, de enseñanza y de administración, así como personal de las áreas de planeación, enfermería, médicos residentes, trabajo social y bibliotecas, entre otros, con el objetivo de favorecer el pleno desarrollo de las actividades de cada uno de los institutos.
- Revisión de 69 actas de las juntas de gobierno, así como la elaboración de los listados de acuerdos de cada una de las sesiones.

El 3 de julio de 2013 los titulares de la CCINSHAE y de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) firmaron un convenio para certificar a los Institutos Nacionales de Salud como Terceros Autorizados y predictaminar proyectos de investigación que posteriormente serán autorizados por la propia COFEPRIS. Esta estrategia agilizará los trámites de autorización de proyectos de investigación y de los trámites que se requieren para la importación de células y tejidos, insumos, reactivos e infraestructura para la investigación.

Con relación al desarrollo de la infraestructura se realizaron actividades para la inversión tanto en obra pública como en adquisición de mobiliario y equipo, a fin de mejorar la atención médica, enseñanza e investigación en los institutos y hospitales coordinados por la Comisión. En este sentido, se ha promovido y coordinado la presentación de proyectos para ser financiados con recursos del Fideicomiso de Protección Social en Salud-Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos-Industria Tabacalera. Se adquirió equipamiento médico para el Hospital General Manuel Gea González y se concluyó la construcción de la Unidad del Paciente Ambulatorio del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición con una inversión de 321 millones de pesos.

En el marco del Programa de Mejora de la Gestión, establecido por la Secretaría de la Función Pública, la CCINSHAE se encargó de coordinar los avances de los seis proyectos de mejora de la gestión: implantación del Expediente Clínico Electrónico; mejora en el proceso de captación de cuotas de recuperación; mejora en el proceso de clasificación socioeconómica de

pacientes; consulta externa de primera vez, referencia y contrarreferencia, así como cita telefónica o por Internet, logrando un avance progresivo en cada uno de ellos.

Para mejorar el proceso de captación de cuotas de recuperación, el 27 de mayo de 2013 se logró la emisión y publicación en el Diario Oficial de la Federación del Acuerdo por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud (SS) y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría.

Para el proyecto Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes, se han implementado diversas estrategias para hacer efectivo un Sistema de Referencia Concertada de Pacientes dentro de un modelo de Hospital Federal de Referencia que subsane las necesidades de atención médica de la población.

Se han emitido 48 publicaciones del Boletín Informativo de la CCINSHAE y se han realizado 19,650 visitas al mismo, con un promedio de 53.8 consultas al día.

Existe una participación conjunta de esta Comisión Coordinadora con la Dirección General de Comunicación Social de la Secretaría de Salud para promover y difundir en los medios de comunicación nacionales e internacionales los logros académico-científicos de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. Se gestionaron y realizaron 1,347 entrevistas distribuidas de la siguiente manera: 494 en televisión, 491 en radio, 345 en prensa escrita y 17 en medios electrónicos.

Para el corto y mediano plazos, la CCINSHAE afrontará los retos delineados en el Plan Nacional de Desarrollo a través del Programa Sectorial de Salud y operará mediante el Programa de Acción Específico. Entre los principales retos a enfrentar, destacan el incremento del presupuesto destinado a ciencia, tecnología e innovación; el fortalecimiento y crecimiento de la planta de investigadores en ciencias médicas; la repatriación de investigadores y creación de nuevos grupos de investigación; el desarrollo de nueva infraestructura para realizar investigación en salud; la identificación de líneas de investigación sobre temas estratégicos y emergentes en salud; la adecuación y mejoramiento de la normatividad aplicable en materia de investigación, e incentivar la innovación en salud mediante el incremento del registro de nuevas patentes.

5.1 Dirección General de Políticas de Investigación en Salud

La Dirección General de Políticas de Investigación en Salud, como parte de la CCINSHAE es responsable de promover la investigación científica en salud, coordinar la promoción de los esfuerzos encaminados a mejorar los entornos normativos, de financiamiento, de desarrollo de los investigadores, de vinculación, difusión y de control de la investigación médica que se realiza en el país.

En el periodo que comprende este reporte se emprendieron acciones con el propósito de consolidar la rectoría nacional en materia de investigación en salud, entre las que destaca la vinculación con otros actores del Sistema Nacional de Salud y del Sector Social. En cuanto al financiamiento de la investigación, la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) aportaron recursos al Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social (FOSISS) y participaron en el establecimiento de las prioridades de investigación en salud y en el proceso de aprobación y seguimiento de los financiamientos.

El 26 de febrero de 2013 se publicó la convocatoria FOSISS 2013/01, con un monto estimado de 149 millones de pesos disponibles para financiamiento, 14.6% (19 millones) más que el año anterior. El 27 y 28 de noviembre de 2012 se realizó el Tercer Encuentro Académico del Fondo Sectorial, en el que se presentaron los resultados de todos los proyectos terminados apoyados por FOSISS de 2007 a 2011.

Respecto de las acciones para incentivar la investigación en ciencias de la salud, se realizaron visitas a los INSalud, HFR y HRAE para retroalimentar los resultados del desempeño, reorientar acciones e identificar áreas de oportunidad en materia de investigación en salud. Desde enero de 2013 se han visitado 12 INSalud y dos HRAE, en éstos se dio prioridad a la creación de vínculos con centros de investigación locales para establecer sinergias y formar equipos de investigación regional.

Se realizaron 12 reuniones mensuales con la Comisión Externa de Investigación en Salud conformada por los

directores de investigación de los INSalud, HFR y HRAE a efecto de coordinar las acciones sustantivas relacionadas con el Programa de Estímulos al Desempeño de los Investigadores en Ciencias Médicas; el Programa de Ingreso, Promoción y Permanencia; la realización del Encuentro Nacional de Investigadores; la convocatoria del Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social; la convocatoria del Servicio Social en Investigación en Salud de Medicina y la difusión de información relevante relacionada con la investigación.

Para fortalecer y optimizar los procesos de evaluación y seguimiento académicos de los investigadores en ciencias médicas, a partir de 2013 se desarrolló e implementó la herramienta informática del Sistema de Registro Institucional de Investigadores, lo que permitió realizar la evaluación de ingreso, promoción y permanencia, así como el otorgamiento de estímulos al desempeño. Este sistema concentra el *curriculum vitae* de todos los integrantes del Sistema Institucional de Investigadores (SII).

En la Convocatoria 2013 de ingreso, promoción y permanencia, se evaluaron a 336 investigadores, de los cuales 84 ingresaron, 74 se promovieron y 103 permanecieron; así como 18 no ingresaron, 37 no promovieron y 20 no permanecieron.

Desde el segundo semestre de 2012 se gestionó la actualización del Reglamento para el Ingreso, la Promoción y la Permanencia al Sistema Institucional de Investigadores en Ciencias Médicas de la Secretaría de Salud, incluyendo el derecho de los investigadores a recibir el Estímulo a la Permanencia como un incremento al ingreso salarial. De esta forma, se equiparó al ingreso de investigadores de otras instituciones, así como la inclusión de la designación de Investigador Emérito. El reglamento fue validado y registrado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público el 28 de enero de 2013. A partir de entonces, se dictaminó que 1,050 investigadores fueran merecedores del Estímulo a la Permanencia con un monto total de 93.7 millones de pesos.

El 29 de abril de 2013 se emitió la Convocatoria para el Estímulo al Desempeño de los Investigadores en Ciencias Médicas de la Secretaría de Salud, recibiéndose 411 solicitudes.

En marzo 2012 se iniciaron las gestiones con el Consorcio Nacional de Recursos de Información Científica y Tecnológica para el acceso a bases de información integradoras de recursos de información científica. En julio de 2013 se firmó el Convenio de Colaboración entre la Secretaría de Salud y el CONACyT, el cual representa un gran logro para fortalecer el desarrollo de la investigación, beneficiando a 24 unidades de la Secretaría y a 5,000 usuarios, entre investigadores, médicos y becarios.

Se continuó con el Programa de Becas de Inicio a la Investigación, otorgándose, en 2013, un total de 250 becas, las cuales son semestrales con posibilidad de prórroga hasta por 2 años.

Por concepto de productividad científica, se han obtenido los siguientes resultados:

- En 2013 el número de investigadores del SII suma 1,269 distribuidos de la siguiente manera: 1,196 en los INSalud, 57 en HFR y 16 en HRAE.
- El número de investigadores de la Secretaría de Salud que pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores es de 907, los cuales se distribuyen de la siguiente forma: 833 en los INSalud, 65 en los HFR y nueve en los HRAE.
- Los investigadores en ciencias médicas publicaron 2,310 artículos en revistas científicas periódicas y se distribuyeron 1,938 en los INSalud, 348 en los HFR y 24 en los HRAE. Los artículos publicados en 2013, pueden consultarse en la página: [http://www.ccinshae.salud.gob.mx/2013/publicaciones.html].

Del 24 al 27 de octubre de 2012 se realizó el XVII Encuentro Nacional de Investigadores de la Secretaría de Salud. Concursaron 137 trabajos, de los que se seleccionaron y presentaron 60 en forma oral: 19 del área clínica, 32 de biomédica y 9 de salud pública y ciencias sociales. En cada área, se premió el mejor trabajo, una tesis de maestría, una de doctorado y un artículo publicado en revistas de alto impacto (de los grupos IV y V de la clasificación cualitativa de los INSalud).

5.2 Dirección General de Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud

Las actividades de la Dirección General de Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud se encuentran encaminadas al buen funcionamiento y desarrollo del sector salud, a través de las entidades bajo su coordinación.

Algunos de los retos planteados en esta materia incluyen el diseño de una estructura normativa moderna para regular la revisión, el análisis y la autorización de los protocolos de investigación y la ampliación de una cultura de utilización de los resultados de la misma para la toma de decisiones, dentro de un marco técnico de vanguardia y estrictamente apegado a fundamentos éticos.

Para enfrentar estos retos fue necesario, entre otras cosas, fortalecer el financiamiento de la investigación en salud y el diseño de iniciativas, tomando en consideración las necesidades de los prestadores de servicios y los responsables de los programas preventivos y de control de enfermedades. En razón de lo anterior, se trabajó en la promoción de investigación sobre problemas derivados de las transiciones demográficas y epidemiológicas, problemas de salud aún no resueltos y enfermedades emergentes, realizando las siguientes acciones:

- Coordinación de dos convenios que facilitan la labor de los INSalud: el primero fue la Carta de Intención con el MD Anderson y el Instituto Nacional de Cancerología MD Anderson Cancer Center. El segundo, la Carta de Intención entre la Fundación México en Harvard A.C. y la Secretaría de Salud.
- Colaboración en la integración del Manual de Organización Específico 2012 de la CCINSHAE y la conformación y aprobación del Primer Manual de Procedimientos de esta Dirección General, ambos como herramientas administrativas vigentes que permitirán el desarrollo eficiente de las funciones que ayuden a cumplir con las metas y los objetivos institucionales.
- Atención de 28 solicitudes de información presentadas a través del Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos.
- Participación activa con la Dirección General de Relaciones Internacionales en la revisión y suscripción de algunos acuerdos e instrumentos internacionales dentro del ámbito de su competencia.

Asimismo, esta Dirección General tiene como objetivo principal disponer los mecanismos de coordinación entre la Secretaría de Salud, los INSalud y los organismos desconcentrados dependientes de la misma Secretaría para proponer modalidades que mejoren la calidad de los servicios y hagan eficientes los sistemas de gestión en investigación, docencia y administración.

Además, contemplando las disposiciones de cero discriminación y marginación a grupos vulnerables, se mantiene el apoyo al Programa para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, que ha permitido tener una atención justa, equitativa y oportuna a esta población; situación que se ve reflejada en la disminución del número de quejas por discriminación. Además, se logró la participación voluntaria de intérpretes de lenguas indígenas.

5.3 Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia

La Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia conduce el sistema de gestión para la optimización de recursos hospitalarios, humanos, materiales y financieros y evalúa su funcionamiento mediante un programa de auditoría específico para cada hospital. En el ámbito de su competencia, se han obtenido los siguientes resultados:

- Unidad Médico Quirúrgica de Corta Estancia Juárez Centro: bajo la vocación de servicio “atención médica e intervenciones quirúrgicas de corta estancia y baja complejidad”, se continúan las gestiones para implementar el funcionamiento total y el equipamiento del hospital.
- Hospital Nacional Homeopático y Centro de Enseñanza e Investigación Aplicada: se acondicionó la mayor parte de la planta física y se realizaron las gestiones para completar su equipamiento y contar con el personal suficiente para la operación del proyecto. Actualmente, se realizan actividades en el área de la consulta externa.

- Hospital de la Mujer: se terminó la construcción de la Unidad de Radioterapia que cuenta con un acelerador lineal de alta tasa de dosis. Se realizan las adaptaciones finales, con el fin de poner en marcha dicha unidad para ampliar el universo de atención especializada para mujeres con padecimientos oncológicos.
- Plan de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Influenza: se revisa periódicamente con objeto de contar con la capacidad de respuesta hospitalaria ante una contingencia epidemiológica.
- Programa de Hospital Seguro: se han desarrollado acciones de verificación de las unidades hospitalarias con el fin de lograr la certificación como Hospitales Seguros, de acuerdo con los criterios del Sistema de Protección Civil establecidos por la Secretaría de Gobernación.
- Plan de Preparación y Respuesta Hospitalaria ante Desastres: se participó en los trabajos institucionales para la organización y el desarrollo de simulacros ante desastres, con base en el proyecto específico y la incorporación de informes a la plataforma del Centro Virtual de Operaciones en Emergencias y Desastres.
- Se actualizaron los Comités de Calidad y Seguridad del Paciente en cinco hospitales, para aumentar progresivamente los egresos por mejoría.
- Se capacitaron 635 personas, entre médicos y enfermeras, en las Guías de Práctica Clínica para la atención del embarazo de alto riesgo y se estableció una red de colaboración para contribuir en la disminución de la mortalidad materna en las unidades hospitalarias.
- Se implantó y supervisó el Sistema de Registro para la Atención de la Emergencia Obstétrica en los Hospitales Federales y se integraron al Convenio Interinstitucional en esta materia.
- En el 2013 se fortaleció la cultura de registro de eventos adversos, con el propósito de identificar las áreas de oportunidad implantando las medidas de prevención en cada uno de los HFR y procurar la seguridad del paciente.
- Se apoyó e impulsó el proceso de acreditación y certificación de las unidades descentralizadas. Los hospitales General de México y Juárez de México lograron la certificación con los nuevos estándares establecidos por el Consejo de Salubridad General, cumpliendo con la meta programada al 100%. Se reforzó el programa de fortalecimiento de criterios para la certificación y acreditación para el Hospital de la Mujer y del Hospital Juárez del Centro.
- Con los avances alcanzados en el uso racional de medicamentos, el Hospital General Dr. Manuel Gea González obtuvo el reconocimiento al Comité de Farmacia y Terapéutica y el premio al Comité de Farmacia Hospitalaria.
- El Hospital Juárez del Centro obtuvo el reconocimiento al Comité de Calidad y Seguridad del Paciente durante la Reunión Regional de Calidad en Salud de 2012 y se cumplió con el acuerdo de gestión de Mejora del Expediente Clínico.

En el periodo comprendido de septiembre a diciembre de 2012, sobresalen las siguientes acciones sustantivas que se realizaron durante la etapa de planeación y desarrollo del proyecto presupuestario para el ejercicio fiscal 2013:

- Las gestiones administrativas efectuadas derivadas de la necesidad de apoyar al Hospital Nacional Homeopático que, al concluir el ejercicio fiscal 2012, quedaron al margen en la adquisición del equipo y mobiliario médico para la reapertura del área de hospitalización, lo que permitió incluir en la planeación del presupuesto los requerimientos adicionales por un monto de 172.7 millones de pesos asignados para el ejercicio fiscal 2013.
- En el Hospital Juárez Centro, se requería completar el equipamiento en las áreas de consulta especializada y quirúrgica y las gestiones derivaron en asignaciones adicionales por un monto de 54,770,181 pesos igualmente para el ejercicio fiscal 2013.
- En cumplimiento de los objetivos de la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, el Hospital de la Mujer derivado de la especialidad que practica, alinea y fortalece año con año sus acciones con esa perspectiva de género con el compromiso de consolidar la operación de su servicio de oncología con su nueva área de radioterapia y acreditar su atención en la emergencia obstétrica.
- Las proyecciones 2013 correspondientes a las metas de indicadores de resultados muestran un incremento con respecto a las cifras 2012 (cuadro V.1).

CUADRO V.1 PRINCIPALES RESULTADOS DE LA MATRIZ DE INDICADORES

INDICADORES	PERIODOS		OBSERVADO		VARIACIONES	
	1º DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2012	1º DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2013 (PROYECCIÓN)	2012	2013	ABSOLUTA	PORCENTUAL
Egreso hospitalario por mejoría	14,203	14,856	14,203	14,856	653	4.5
Porcentaje de ocupación hospitalaria	87.7	87.9	87.7	87.9	0.2	0.2
Número de consultas de primera vez especializadas	26,196	26,475	26,196	26,475	279	1

FUENTE: Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia.

- Se dio cumplimiento a lo que establece la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal en su artículo 19 y el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud en el artículo 16, fracción XIV, con la autorización de los manuales de organización específico y de procedimientos, notificados mediante los oficios DGPOP/07/003869 y DGPOP/07/004071 de fechas 26 de octubre de 2012 y 13 de noviembre de 2012, respectivamente.
- Los retos en la actual administración son: coordinar el desarrollo de los procesos licitatorios programados para este ejercicio fiscal en los que destacan los concernientes a la adquisición de bienes del capítulo 5000, y lograr la descentralización de los Hospitales de la Mujer, Nacional Homeopático y Juárez Centro, a fin de que operen con un modelo administrativo unificado que torne más eficiente el apoyo requerido para respaldar la operación hospitalaria.

5.4 Dirección General de Coordinación de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad

La Dirección General coordina a los seis HRAE que ofrecen cobertura a 16 entidades federativas del país, de acuerdo con lo establecido en sus decretos de creación. Estas unidades se ubican en seis regiones en las que brindan atención a la población con padecimientos complejos, haciendo accesibles los servicios médicos para diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para los que se requieren de equipos multidisciplinarios e infraestructura de vanguardia tecnológica.

Integran este grupo los siguientes hospitales: el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, el de la Península de Yucatán, el de Oaxaca, el Ciudad Victoria Bicentenario 2010, el de Ixtapaluca y el Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas, este último integrado por dos unidades hospitalarias.

Se han llevado a cabo acciones, impartido y coordinado diversos grupos y foros con el fin de difundir conocimientos y metodologías para incrementar la calidad en la atención y capacidad de gestión hospitalaria en diferentes rubros que a continuación se describen:

- Enmarcado en el cumplimiento de las metas nacionales y del proceso institucional de planeación estratégica, los HRAE cuentan con metas en las tres actividades sustantivas: atención médica, formación y desarrollo de recursos humanos e investigación, por lo que esta Dirección General apoya los procesos de integración, análisis, seguimiento y evaluación de los resultados obtenidos.
- Como parte de la coordinación, se privilegia el enfoque en las regiones donde se ubican los hospitales, con acciones que permitan incrementar la prestación de los servicios con calidad y seguridad para los pacientes; organizar eventos académicos y cursos para formación y desarrollo del personal de salud y realizar investigación de vanguardia.
- A fin de incrementar la oferta de servicios médicos de alta

especialidad y el uso de la infraestructura pública de las regiones del país, se han formalizado diversos convenios de colaboración para el intercambio de servicios (que incluyen 819 intervenciones) con las instituciones públicas del sector, específicamente entre cada uno de los HRAE y las delegaciones del IMSS y del ISSSTE.

- Se propuso al Comité de Elaboración de Guías de Práctica Clínica, el desarrollo de 15 guías relacionadas con las intervenciones incorporadas a los convenios de colaboración para el intercambio de servicios.
- De manera mensual se participa en las Juntas de Coordinación del HRAE Ixtapaluca, como apoyo a la Dirección General del hospital, para facilitar el proceso de administración del Contrato de Prestación de Servicios (CPS).
- Se proporciona orientación permanente a los hospitales bajo el esquema de Proyecto de Prestación de Servicios, particularmente en los procesos de conciliación derivados de diferencias en la interpretación del CPS.
- Se concluyó el programa de visitas de seguimiento a la calidad y seguridad del paciente durante el último trimestre de 2012, impulsando en los HRAE el proceso de certificación.
- En 2013 se desarrolla el Programa de Seguimiento de la Mejora Continua de la Calidad y Seguridad del Paciente, con el objetivo de consolidar una cultura de calidad y seguridad en la prestación de servicios médicos. Entre los logros destacan la determinación conjunta con los directores generales para la toma de decisiones y líneas de acción en la materia; así como la organización para la impartición de talleres y cursos que permitan promover el desarrollo de una cultura de calidad.
- Con el objeto de dar continuidad al fortalecimiento y apertura de nuevos servicios en los HRAE, se coadyuva con los procesos de contratación de personal de acuerdo a la plantilla autorizada en cada uno. Al mes de mayo de 2013 se tienen contratados 5,655 empleados, lo que representa 84% de plazas ocupadas.
- Es importante considerar que prevalece la baja oferta en el mercado laboral para cubrir algunas de las vacantes de especialidad. En el caso de personal de enfermería, a efecto de mitigar en lo posible esta circunstancia, se ha apoyado la realización de cursos de formación a nivel de especialidad para el personal, logrando que los HRAE sean reconocidos como sede.
- Se realizaron mensualmente las reuniones de grupos directivos de atención médica, operaciones, enseñanza, planeación e investigación, de enfermería, atención al usuario y bibliotecas, en las que se participa como parte de las entidades coordinadas en concordancia con el modelo de gestión de los HRAE, lo que ha facilitado el abordaje de problemáticas específicas de calidad y seguridad del paciente, así como el incremento de la productividad, entre otros.
- La Dirección General coordina grupos de expertos en los temas de prevención y atención del niño maltratado, cardiología y cirugía cardiotorácica, obesidad y obesidad infantil, lográndose publicaciones para difusión, así como la propuesta de registros nacionales, líneas de acción y políticas. Específicamente, el Comité de Cirugía y Cardiología Pediátrica reporta la realización de 943 cirugías en 880 pacientes con malformación congénita de corazón.
- Se encuentra en fase de redacción el Convenio de Colaboración entre los INSalud, los HRAE y los hospitales especializados de los Servicios Estatales de Salud para conformar la Red Nacional de Atención Médico Quirúrgica bajo los principios de la regionalización de los servicios de alta especialidad.
- El Comité para el Estudio y Atención Integral del Maltrato Infantil incorporó otras instituciones públicas y organismos no gubernamentales relacionados con la prevención de la violencia en niños y la familia desde las perspectivas de la mujer. Por otra parte, se iniciaron las actividades de diseño de un estudio a nivel nacional que contribuya a establecer la magnitud del problema en México. Los avances de sus trabajos son motivo de programación para la realización de la Primera Jornada para la Atención y Estudio Integral del Niño Maltratado.
- Cerca de 80% de los casos de atención médica de alta especialidad que proporcionan los HRAE son a población de los niveles socioeconómicos más bajos, lo que contribuye a disminuir la necesidad de traslado de los pacientes y sus familiares a la Ciudad de México, con más de 260,000 consultas otorgadas y cerca de 18,000 egresos, con un promedio de 85.8% de mejoría y una tasa menor a 6% en infecciones nosocomiales.
- Los especialistas que se han incorporado son egresados, en su mayoría, de los INSalud y de los HFR, ofreciendo una alternativa de desarrollo profesional a especialistas, con lo que se favorece la mejor distribución de este personal de salud en el país.
- El programa de formación de médicos especialistas se concretó para el ciclo académico 2012-2013, logrando 97% de eficiencia en los seis HRAE que contaban con cursos regulares. En el proceso para el ciclo 2013-2014 pudieron realizar la selección de residentes de acuerdo a sus propias estrategias de reclutamiento, logrando un total de 71 médicos residentes de primer año y 78 de segundo, para un total de 149 residentes, abriéndose también la especialidad de urología en el HRAE de Yucatán (cuadro V.2).

CUADRO V.2 DISTRIBUCIÓN DE RESIDENTES POR HOSPITAL Y ESPECIALIDAD

HOSPITAL	ESPECIALIDADES											SUBTOTAL		TOTAL
	ANESTESIOLOGÍA		CIRUGÍA GENERAL		UROLOGÍA	MEDICINA INTERNA		PEDIA-TRÍA		IMAGENOLO-GÍA DIAG-NÓSTICA Y TERAPÉUTICA				
	RI	RII	RI	RII		RI	RII	RI	RII	RI	RII	RI	RII	
HRAEB	4	6	4	4	-	3	3	4	4	4	4	19	21	40
HRAEPY	6	9	6	5	3	5	6	0	-	4	8	21	31	52
HRAEO	1	3	4	0	-	3	2	0	-	2	2	10	7	17
CRAE	2	4	0	0	-	2	0	6	6	2	2	12	12	24
HRAEV	2	2	1	0	-	0	0	2	2	3	3	8	7	15
TOTAL	15	24	15	9	3	14	11	12	12	15	19	71	78	149

FUENTE: Elaboración propia con datos de los HRAE y DGCES.

- En coordinación con los INSalud y HFR, y con el apoyo de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, se desarrolla el programa de Servicio Social Profesional para las especialidades de Cirugía General, Medicina Interna, Pediatría y Anestesiología. Desde marzo de 2010, médicos residentes de las diferentes subespecialidades médicas y quirúrgicas rotan en los HRAE en su último año de formación académica. En ambos programas, se estima que, al mes de agosto de 2013 rotaron cerca de 230 residentes, lo que ha fortalecido la atención médica y la captación de médicos.
- Se han llevado a cabo actividades académicas, de difusión y divulgación de temas de salud en las entidades y se han establecido convenios con instituciones de educación superior locales, lo que ha facilitado la incorporación de alumnos de pregrado, internado, servicio social y prácticas profesionales de carreras del área de la salud y afines, como son enfermería, rehabilitación, nutrición, psicología, biología, entre otras.
- En 2012 la Revista Evidencia Médica e Investigación en Salud, órgano oficial de los HRAE, editó cuatro números y un suplemento, a cargo del HRAE de Oaxaca. En 2013 se tienen integrados los tres primeros números, a cargo del HRAE de Ciudad Victoria. Se tramitó el número ISSN, obteniéndolo en el mes de junio de 2013, y se espera poder indexarla en 2014.
- Con respecto a la colaboración con los órganos de gobierno de cada uno de los HRAE, en el periodo del 1° de septiembre de 2012 al 2 de julio de 2013 se realizaron en tiempo y forma, 22 sesiones ordinarias y siete extraordinarias, en las que se participó de manera activa en su conformación, así como en el análisis y seguimiento de acuerdos.
- Se participó en 20 sesiones de Comités de Control y Desempeño Institucional (cuatro para cada HRAE), en las que se asesoró y coadyuvó con el control de riesgos determinados por los hospitales de acuerdo a la implementación legal indicada por la Secretaría de la Función Pública a través del Órgano Interno de Control en cada hospital.
- A efecto de establecer líneas estratégicas de acción y toma de decisiones aplicables a los HRAE, así como para favorecer su coordinación, se llevaron a cabo nueve reuniones con los directores generales de los hospitales en el periodo de septiembre de 2012 a junio de 2013, previéndose que al finalizar del mes de agosto se realicen cuando menos dos más.

5.5 Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea

El CNTS es responsable de proponer las políticas y estrategias nacionales en materia de suficiencia, equidad, oportunidad, seguridad y calidad, así como del uso adecuado y racional de la sangre, componentes sanguíneos y células progenitoras o troncales. Otras de sus atribuciones son la de impulsar la donación voluntaria

no remunerada y repetida, así como la de evaluar el desempeño técnico de los servicios de sangre.

Con el propósito de incrementar la seguridad transfusional, en el CNTS se realizaron diversas propuestas de reforma y adición a la Ley General de Salud:

- Adición de definiciones en el artículo 314.
- En el artículo 316, obligatoriedad de que los establecimientos de atención médica que aplican transfusiones cuenten con un comité de medicina transfusional.
- En el artículo 338, transferencia del registro de trasplantes de células progenitoras del Centro Nacional de Trasplantes hacia el CNTS.
- Inclusión de los artículos 342 Bis 1 y 342 Bis 2, que permiten el procesamiento del plasma residual para la elaboración de hemoderivados.

Se realizaron 41 colectas externas de donación de sangre, con un total de 2,453 unidades colectadas. Durante la presente administración, gracias a la colaboración de grupos de cohesión social, se llevó a cabo la Primera Campaña Nacional de Donación de Sangre Voluntaria y Altruista en las 32 entidades federativas, con más de 1,950 unidades de sangre colectadas en un día.

- Conjuntamente con el grupo de Fuerza de Tarea para la disminución de muerte materna, se llevaron a cabo 15 visitas para la mejora continua a servicios de sangre de las unidades resolutivas de atención materna.
- Con el fin de incrementar la diversidad genética del inventario de células progenitoras o troncales del Banco de Sangre de Cordón Umbilical del CNTS, se formalizaron los convenios con los servicios de salud de Veracruz, Zacatecas, Puebla, Aguascalientes y Yucatán para el envío de unidades de sangre placentaria.
- Se incrementó el inventario con 65 unidades de células progenitoras o troncales, por lo que se cuenta con un total de 1,718 unidades disponibles y se entregaron 32 para trasplante de médula ósea.
- Las áreas administrativas, normativa y técnica del CNTS se recertificaron bajo la Norma Mexicana NMX-CC-9001-IMNC-2008, convirtiéndose así en un organismo de la Secretaría de Salud certificado de forma integral.
- En el marco del 23 Congreso Regional de la Sociedad Internacional de Transfusión Sanguínea, que se llevó a cabo en la ciudad de Ámsterdam, Holanda, se presentaron dos trabajos científicos, los cuales fueron publicados en el suplemento de la revista científica *Vox Sanguinis*.
- Se realizaron seis cursos regionales de medicina transfusional, acumulando un total de 1,500 profesionales de la salud capacitados en la materia.
- Se continúa impartiendo el diplomado a distancia Sangre y Componentes Seguros con el aval académico de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y contenidos programáticos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En la sexta generación del diplomado, se están capacitando 40 profesionales de la salud.
- A fin de evaluar el desempeño técnico de los servicios de sangre del Sistema Nacional de Salud, en la presente administración, se realizó el envío del control de calidad externo a 545 bancos de sangre para las determinaciones analíticas siguientes:

  – Detección de agentes transmisibles por transfusión, con una participación de 362 bancos de sangre.
  – Pruebas de inmunohematología con una participación de 240 bancos de sangre.

Se publicaron, en el Diario Oficial de la Federación, las reformas a la Ley General de Salud y, el 26 de octubre de 2012 se publicó la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos que entró en vigor el 26 de diciembre de 2012, destacando los siguientes aportes:

- Establece la obligatoriedad para todos los servicios de sangre de contar con sistemas de gestión de calidad, independientemente de su tamaño y complejidad.
- Permite la donación de sangre de personas con preferencias sexuales distintas a la heterosexual.
- Prohíbe el uso de pruebas rápidas para la detección de agentes infecciosos virales transmisibles por transfusión e inclusión de pruebas más sensibles y específicas.
- Prohíbe el uso alogénico de la sangre y componentes originalmente obtenidos para uso autólogo.
- Establece las bases para instaurar el sistema nacional de hemovigilancia.
- Establece la obligatoriedad para los servicios de sangre de participar en el Programa de Control de Calidad Externo en Serología e Inmunohematología que aplica el CNTS.
- Regula nuevos procedimientos de colecta de sangre y componentes (por ejemplo: doble eritroaféresis).
- Amplía la regulación relativa al traslado de sangre y componentes sanguíneos.

- Actualiza la normatividad relativa a la red fría.
- Tiene mayor concordancia con normas o estándares internacionales.

De enero de 2007 a agosto de 2013 se incrementó 95% la realización de las pruebas para la detección del agente causal de la enfermedad de Chagas (*Trypanosoma cruzi*) en las donaciones de sangre del país, cifra superior en 60% a la registrada al inicio de la pasada administración.

Durante los seis años anteriores, se registró en el país una captación de 10.3 millones de unidades de sangre, con la que México cumple con la tasa de donación de sangre recomendada de la OPS de 100 donaciones por 10,000 habitantes. Sin embargo, sólo 2.7% correspondió a donantes voluntarios altruistas.

Aunque el porcentaje global de donación voluntaria es aún bajo, hay diferencias considerables entre las entidades federativas, siendo los Centros Estatales de la Transfusión Sanguínea de Chihuahua, San Luis Potosí, Tamaulipas y Quintana Roo, los que registran las cifras más altas (29.44%, 18.3%, 16.4% y 9%, respectivamente).

Actualmente, 100% de los productos sanguíneos que se transfunden en el país son estudiados para los marcadores de infección obligatorios (VIH tipos 1-2, virus B y C de la hepatitis y sífilis).

Se estima que los retos para la presente administración son los siguientes:

- Proponer reformas a la Ley General de Salud, entre otras, del artículo 13, relativo a la distribución de competencias entre la federación y las entidades federativas sobre el control y vigilancia sanitarios; al artículo 313, que promueve la donación altruista de órganos, tejidos y células; al artículo 314, en lo relacionado con la inclusión y modificación de algunas definiciones, y al artículo 315, en el cual se incluyen los nuevos giros de los servicios de sangre, que permitirán la regionalización de los mismos. Adicionalmente, se propuso una reforma a los artículos 315, 316 y 375, con respecto a cambiar de aviso a permiso para el responsable sanitario de los servicios de sangre.
- Modificar el Acuerdo Secretarial por el que se dan a conocer los trámites que aplica el CNTS, permitiendo la creación y operación del Registro Nacional de Sangre y Células Progenitoras o Troncales.
- Publicar en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana para la disposición de células progenitoras con fines terapéuticos.
- Actualizar los rubros del Registro Nacional de Sangre, así como crear y operar el Registro Nacional de Células Progenitoras o Troncales.
- Incrementar la seguridad transfusional a través de la inversión del sistema de donación por reposición por el de donación voluntaria y altruista, principalmente en las instituciones con mayor captación de sangre, como el IMSS y el ISSSTE.
- Instaurar y operar el Sistema Nacional de Biovigilancia.

5.6 Centro Nacional de Trasplantes

De septiembre de 2012 a mayo de 2013 se reportaron 1,337 trasplantes renales de donador vivo y 490 de donador fallecido, lo que hace un total de 1,827 trasplantes. Se estima que para agosto de 2013 se tendrá un total de 2,431 trasplantes: 1,781 de donador vivo y 650 de donador fallecido.

En el mismo periodo, se reportaron 1,650 trasplantes corneales con córneas nacionales y 516 con córneas importadas, lo que hace un total de 2,166 trasplantes. Estimando las cifras de junio a agosto de 2013, se considera que se habrán realizado un total de 2,888 trasplantes de córnea: 2,199 nacionales y 689 importadas.

Con relación a la donación de personas fallecidas, se reportaron 301 donaciones en muerte encefálica y 871 en paro cardiaco, lo que hace un total de 1,172 donaciones de personas fallecidas para el periodo mencionado. Estimando las cifras de junio a agosto de 2013, se calcula que habrá un total de 1,559 donaciones: 400 por muerte encefálica y 1,159 por paro cardiaco.

Sobre la formación de recursos humanos, específicamente con los coordinadores hospitalarios de donación, se realizaron tres ediciones del Diplomado Universitario para la Formación de Coordinadores de Donación, de acuerdo con el cuadro V.3:

CUADRO V.3 DIPLOMADOS UNIVERSITARIOS PARA LA FORMACIÓN DE COORDINADORES DE DONACIÓN. MÉXICO, 2012-2013

NÚMERO EDICIÓN	FECHAS	SEDE	PROFESIONALES CAPACITADOS
XVIII	Octubre-Noviembre 2012	Hospital de Especialidades del Centro Médico Siglo XXI del IMSS en la Ciudad de México	30 alumnos en total, de los cuales 23 fueron médicos y 7 profesionales de la salud no-médico
	Octubre-Noviembre 2012	Hospital Regional de Alta Especialidad de León	8 alumnos médicos
XIX	Febrero 2013	Hospital de Especialidades del Centro Médico Siglo XXI del IMSS en la Ciudad de México	35 médicos pasantes de la Facultad de Medicina de la UNAM, de la UAM, del IPN, Universidad La Salle y Tecnológico de Monterrey.
XX	Abril-Mayo 2013	Hospital de Especialidades del Centro Médico Siglo XXI del IMSS en la Ciudad de México	23 médicos y 6 profesionales de la salud no-médicos.

FUENTE: Centro Nacional de Trasplantes.

5.7 Servicios de Atención Psiquiátrica

Los SAP están conformados por los Hospitales Psiquiátricos Fray Bernardino Álvarez, Juan N. Navarro, Samuel Ramírez Moreno, y por los Centros Comunitarios de Salud Mental Cuauhtémoc, Iztapalapa y Zacatenco. Estas instituciones agrupan el contingente más grande de personal especializado en salud mental en México y otorgan el mayor número de servicios multidisciplinarios tanto de atención ambulatoria como hospitalaria.

De enero a agosto de 2013 el número total de consultas fue 139,223 lo que representa una disminución de 10.4% en comparación a 2012. Esta variación se debió a una mejor planeación y seguimiento del paciente en la consulta subsecuente.

El indicador de egresos hospitalarios tuvo una variación mínima a la baja de 3.3%, entre 2012 y 2013, ya que ha sido constante la oferta y demanda de este servicio. El promedio de estancia hospitalaria fue de 21.9 días, lo que representa una diferencia de 4.8% con respecto al año previo. Sin embargo, se logró el control del trastorno mental agudo en el tiempo esperado para conseguir el efecto terapéutico del medicamento.

El porcentaje de usuarios satisfechos con el trato recibido tuvo un incremento de 1.9% (de 96.6% a 98.4%). Cabe mencionar que la calidad en la atención es prioridad, por lo que se realizaron programas de mejora de la misma.

El número de médicos especialistas formados durante 2013 fue de 58, lo que significó un aumento de 18.4%, respecto a 2012. Esto fue el resultado de fomentar la titulación oportuna en los residentes y el ofrecimiento de cursos de alta especialidad en psicogeriatría, psiquiatría legal, neurobiología de la esquizofrenia y psicoterapia. Asimismo, la eficiencia terminal tuvo un incremento de 4.5%.

En el indicador de artículos publicados, se observó una variación negativa de 75%. Esto se debió al desfase entre las fechas de envío y publicación. Es importante considerar que el objetivo fundamental de las unidades de SAP es la prestación de servicios; sin embargo, el área de investigación se encuentra en crecimiento.

Finalmente, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud acreditó cinco unidades médicas adscritas a los SAP, para las intervenciones de salud mental del Catálogo Universal de Servicios de Salud del Sistema de Protección Social en Salud. En 2013 se firmó el Convenio de Colaboración Interinstitucional para la Prestación de Servicios Médicos, Psiquiátricos, Hospitalarios y Ambulatorios, Suministro de Medicamentos e Insumos para la Salud a los Afiliados del SPSS del Gobierno del Distrito Federal, con la finalidad de aumentar la cobertura en salud mental.

CUADRO V.4 RESULTADOS ALCANZADOS POR INDICADOR

INDICADOR	DATOS ANUALES			ENERO-MAYO		
	OBSERVADO		META 2018	2012	2013[1/]	VARIACIÓN % ANUAL
	2011	2012				
Total de consultas otorgadas	349,335	362,930	350,000	155,426	139,223	-10.4
Egresos hospitalarios	5,199	5,108	4,850	2,080	2,012	-3.3
Promedio de días estancia	21	21.1	21	20.9	21.9	4.8
Porcentaje de usuarios satisfechos con el trato recibido	97.3	97.3	95	96.6	98.4	1.9
Número de médicos formados	39	49	49	49	58	18.4
Porcentaje de eficiencia terminal	88.6	92.5	92.5	92.5	96.7	4.5
Número de artículos publicados	32	36	20	8	2	-75
Artículos publicados en revistas de alto impacto	17	5	8	5	0	-100

1/ Se refiere a datos preliminares de 2013.
FUENTE: Indicadores Estratégicos, Servicios de Atención Psiquiátrica 2007-2013.

VI. Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios

SINHAMBRE
SALUD

COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

De conformidad con el artículo 17 Bis de la Ley General de Salud, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) ejerce atribuciones de regulación, control, vigilancia y fomento sanitario en materia de medicamentos y otros insumos para la salud, establecimientos, alimentos y suplementos alimenticios, bebidas alcohólicas y no alcohólicas, tabaco, productos de perfumería, belleza y aseo, plaguicidas y fertilizantes, nutrientes vegetales, sustancias tóxicas o peligrosas para la salud, químicos esenciales, precursores químicos, estupefacientes y psicotrópicos, efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre, la salud ocupacional y demás que le confiere el citado precepto. En particular, respecto a los medicamentos, COFEPRIS garantiza la seguridad, eficacia, calidad terapéutica, así como el acceso equitativo de la población a los mismos.

Con base en lo anterior, entre septiembre de 2012 y mayo de 2013 la COFEPRIS impulsó significativamente el acceso de la población a medicamentos y dispositivos médicos. En este periodo, se emitieron 4,399 registros de insumos para la salud, lo que representa un valor estimado de mercado de 6,582 millones de pesos. Esto se logró a través de diversas mejoras como la implementación de carriles especializados de atención para trámites administrativos y técnicos de insumos para la salud con base en un análisis de riesgo y la reducción en los plazos de emisión de autorizaciones sanitarias.

Con el objetivo de mejorar el acceso de la población a medicamentos, al mes de mayo de 2013 se han liberado 27 sustancias activas correspondientes a 214 registros de medicamentos genéricos, que atienden a 71% de las causas de mortalidad de los mexicanos. Del seguimiento de mercado a las sustancias activas liberadas ya circulando, se encontró que la reducción promedio en precios de medicamentos genéricos fue de 67%, lo que representa 920 pesos de ahorro (promedio) al particular.

El costo promedio por tratamiento de los grupos terapéuticos relacionados con las 27 sustancias liberadas, se estima en aproximadamente 54,700 pesos anuales, por lo que con los ahorros derivados de la estrategia de liberación de genéricos se podrá atender a más de un millón de pacientes adicionales en 4 años.

Asimismo, entre septiembre de 2012 y mayo de 2013 la COFEPRIS emitió 29 registros para medicamentos innovadores para el tratamiento de enfermedades cardiovasculares, oncológicas y otros padecimientos que representan 54% de las causas de muerte en la población mexicana. El costo promedio anual de los tratamientos asociados a estos medicamentos es de 100,000 pesos, mientras que el valor de mercado de los registros emitidos se estima aproximadamente en 110 millones de pesos.

A partir de 2012 se instauró y fortaleció el esquema de Terceros Autorizados, los cuales entregan al usuario un predictamen que someten a la Comisión Federal para realizar trámites de nuevo registro, prórroga o modificación de insumos para la salud. Este esquema permite a la autoridad reducir los tiempos de respuesta de cada trámite de manera significativa. A la fecha se cuenta con 10 Terceros Autorizados para el predictamen de trámites de medicamentos y dispositivos médicos.

También se resalta que la COFEPRIS fue de las primeras instituciones gubernamentales en implementar la Ventanilla Digital Mexicana de Comercio Exterior, toda vez que, a partir del 11 de marzo de 2013 todos sus trámites sanitarios de comercio exterior pueden ser sustanciados a través de esta plataforma.

Con el objetivo de promover el uso racional de medicamentos, se han realizado 180 cursos derivados del Programa de Capacitación en Manejo y Dispensación de Medicamentos para Empleados de Farmacia, mediante los cuales se acreditó aproximadamente a 3,800 empleados.

Respecto al mejoramiento del marco normativo, se han realizado las siguientes acciones:

- El 20 de septiembre de 2012 se publicó, en el Diario Oficial de la Federación (DOF), la Norma Oficial Mexicana de Emergencia que especifica los requisitos que deben observar los fabricantes y comercializadores de medicamentos biotecnológicos, con lo cual nuestro país se coloca a la vanguardia normativa en materia de regulación de este tipo de insumos para la salud.

- El 5 de octubre y el 22 de noviembre de 2012 se publicaron en el DOF, los Acuerdos de Equivalencia de Moléculas Innovadoras para Medicamentos Alopáticos, Biológicos y Biotecnológicos con Agencias Sanitarias de Estados Unidos, Canadá, Australia, Suiza y Europa, con lo cual se impulsa la entrada de nuevos medicamentos al mercado mexicano, se hace más eficiente el proceso de evaluación de productos y se reducen los tiempos de emisión de las autorizaciones sanitarias correspondientes.

Con la entrada en vigor de estos acuerdos, se reducen los tiempos de autorización sanitaria de 360 a 60 días hábiles aproximadamente, es decir 82%, y México se posiciona como el país que, garantizando la eficacia, seguridad y calidad de los medicamentos, otorga de manera más ágil la autorización sanitaria para comercializar nuevas moléculas:

- El 9 de octubre de 2012 se publicó en el DOF una reforma al Reglamento de Insumos para la Salud para que, en el caso de los medicamentos alopáticos de fabricación extranjera que contengan nuevas entidades moleculares que no hayan sido comercializadas en ningún otro país por no contar con el registro sanitario correspondiente y que se pretendan registrar en México, se sustituya la presentación del certificado de libre venta al extranjero por un informe de estudios clínicos en población mexicana que demuestren la seguridad, calidad y eficacia del producto.
- El 23 de noviembre de 2012 se emitieron los lineamientos por los que se establece la reducción del tiempo de respuesta a las solicitudes de registro sanitario para medicamentos alopáticos, productos biológicos y medicamentos biotecnológicos de fabricación nacional que contengan moléculas nuevas.

Respecto a la homologación con las mejores prácticas internacionales, el 2 de julio de 2012, la COFEPRIS obtuvo el reconocimiento internacional como Autoridad Reguladora Nacional de Referencia Regional en Medicamentos y Vacunas por parte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), convirtiéndose así en la primera agencia reguladora con reconocimiento Nivel IV para medicamentos y vacunas, que aprueba la auditoría de manera perfecta. Con este reconocimiento, los registros sanitarios emitidos por COFEPRIS son actualmente aceptados en Ecuador y El Salvador a través de un mecanismo que reduce los tiempos de autorización sanitaria.

El 1° de enero de 2013 entró en vigor el Mecanismo de Intercambio de Actas de Inspección de Buenas Prácticas de Manufactura entre las cinco Autoridades Reguladoras de Referencia Regional ante la OPS: Argentina, Brasil, Colombia, Cuba y México. Este mecanismo reducirá los costos de transacción relacionados con las visitas de Inspección de Buenas Prácticas de Manufactura, proporcionando un incremento en la competitividad de la industria mexicana para penetrar en los tres mercados sudamericanos y el cubano, que representan 295 millones de habitantes y 50.2% de la población total de América Latina.

Con el objeto de prevenir los riesgos sanitarios derivados del desecho inadecuado de medicamentos caducos provenientes de la población, la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica, con el apoyo de la COFEPRIS, instrumentó el Sistema Nacional de Gestión de Residuos de Envases de Medicamentos, A.C. Se recolectaron cerca de 74 toneladas de medicamentos caducos y se tienen instalados 2,400 contenedores de medicamentos caducos en las entidades federativas participantes.

A mayo de 2013 se han realizado 539 visitas de verificación sanitaria en establecimientos de atención médica (109 públicos y 430 privados) para verificar la calidad de los servicios.

Los alimentos de baja calidad sanitaria pueden resultar de contaminación microbiológica y toxicológica a lo largo de su cadena de valor o como resultado de la incorporación de insumos prohibidos. Con el propósito de abatir los riesgos originados por el consumo de dichos alimentos, entre septiembre de 2012 y abril de 2013 se realizaron las siguientes acciones:

- El Sistema Federal Sanitario tomó 58,684 muestras de alimentos de la cuales 78.3% se encontraba dentro de las especificaciones. Los productos lácteos y los alimentos preparados presentaron el menor grado de cumplimiento.
- Se realizaron 110,362 visitas de verificación a establecimientos procesadores y expendedores de alimentos y se constató que 85.2% cumple con Buenas Prácticas de Higiene y Sanidad.
- Como resultado de lo anterior, se suspendieron 1,349 establecimientos, se aseguraron 59,394 kilogramos de alimentos y se destruyeron 179,135.

CUADRO VI.1 ACCIONES DE VERIFICACIÓN PARA ALIMENTOS, 2007-2012

ALIMENTOS	DATOS ANUALES							ENERO-ABRIL		
	OBSERVADO						META 2018*	2012	2013	VARIACIÓN % ANUAL
	2007	2008	2009	2010	2011	2012				
Número de muestras de alimentos tomadas	103,860	110,785	98,674	101,913	111,056	107,191	ND	10,852	26,596	145
Porcentaje encontrado dentro de las especificaciones	73.3	74.4	72.5	74.1	77	78.9	ND	82.1	83.1	1
Número de visitas de verificación realizadas a establecimientos dedicados al proceso y venta de alimentos	125,660	134,240	128,873	129,207	185,052	132,295	ND	19,664	50,341	156
Porcentaje de cumplimiento de Buenas Prácticas de Higiene y Sanidad	80.7	82	83.5	80.9	80.3	82	ND	79.15	83.8	5

* No disponible.
FUENTE: Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Secretaría de Salud.

Con el Proyecto Nacional de Rastros, cuyo objetivo es mejorar las condiciones en infraestructura, equipamiento y proceso de faenado de los mataderos y rastros municipales en poblaciones mayores a 50,000 habitantes, se ha logrado mejorar el proceso de obtención de carne. Al verificar, entre 2006 y 2012, las condiciones sanitarias de 306 establecimientos ubicados en poblaciones mayores a 50,000 habitantes, se observaron los siguientes resultados:

- En 221 rastros y mataderos se identificó que mejoraron en procesos sanitarios, infraestructura o equipamiento.
- Conforme a la caracterización de los establecimientos en cuatro niveles de riesgo sanitario (muy alto, alto, medio y bajo), se observó que 121 rastros y mataderos disminuyeron su nivel de riesgo sanitario.
- Se llevaron a cabo diversas actividades de capacitación y difusión sobre el tema de rastros y proceso sanitario de la carne en Colima y Guanajuato. Asimismo, se trabajó en la implementación del instrumento Cédula de Evaluación de Riesgos de 22 puntos Críticos en Rastros y Mataderos Municipales, la cual apoyará el trabajo operativo en estos establecimientos.
- Se implementó la estrategia de información acerca de los riesgos que pudieran estar presentes en los rastros y mataderos, que consistió en la elaboración, revisión y emisión de material de difusión sanitaria.

Respecto a la prevención de los riesgos asociados al consumo de alimentos cárnicos contaminados con clembuterol, se verificaron 18 rastros ubicados en Chiapas, Colima, Guanajuato, Hidalgo, Querétaro, Jalisco y Veracruz. Como resultado, se suspendieron cuatro en los que se detectó la presencia de esta sustancia. También, y como seguimiento a una visita de verificación de un rastro, se revisó un punto de venta de productos cárnicos en el Distrito Federal, que derivó en la suspensión de actividades por detectar clembuterol en las muestras analizadas.

El Programa México Sano tiene el propósito de impulsar una alimentación saludable y dar a conocer las consecuencias y riesgos del sobrepeso y la obesidad, así como promover estilos de vida saludable que consideren buenas prácticas de alimentación y de actividad física, a fin de mejorar la salud y capacidad funcional de las personas, para promover mejores hábitos alimenticios en los consumidores y prevenir los riesgos laborales e incidencias por enfermedad en los centros de trabajo. Dicho programa, se implementó en las 32 entidades federativas por medio de restaurantes y empresas con comedores industriales y otros establecimientos del giro de alimentos. Con ello, a diciembre de 2012, 586 restaurantes y 150 comedores industriales cuentan con la totalidad del programa implementado. Asimismo, se consolidó la firma de convenios de colaboración entre

la Cámara Nacional de la Industria de Restaurantes y Alimentos Condimentados y empresas con comedor industrial. De septiembre de 2012 a agosto de 2013 se han suscrito 192 convenios, 86 cartas compromiso y 42 bases de colaboración con universidades públicas.

En lo referente a los riesgos asociados con la exposición a productos de consumo tales como alcohol, tabaco y productos frontera o milagro, a los cuales se les atribuyen cualidades no comprobadas, se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- Se realizaron 288 visitas de verificación sanitaria en establecimientos públicos como oficinas de gobierno, instituciones educativas, restaurantes y casinos, para constatar el cumplimiento de la Ley General para el Control del Tabaco y su Reglamento. Derivado de ellas, se aplicaron 34 medidas de seguridad, como suspensiones de actividades y aseguramiento de productos.
- Se declararon 10,000 establecimientos como ambientes 100% libres de humo de tabaco, de acuerdo a la estrategia integral de fomento sanitario.
- Se reforzó el uso de calcomanías mediante la firma de convenios de colaboración con los sectores público y privado de Colima, Chihuahua, Durango, Hidalgo, Michoacán, Aguascalientes, Guerrero, Baja California, Sinaloa, San Luis Potosí, Tamaulipas, Tlaxcala y Yucatán.
- Se entregaron nueve mil Guías para el Cumplimiento de la Ley General para el Control del Tabaco y su Reglamento, en establecimientos como restaurantes, bares, hoteles, discotecas y casinos, entre otros.

  – Se llevaron a cabo 90 operativos sanitarios, algunos en colaboración con otras instituciones como la Procuraduría General de la República, la Procuraduría General de Justicia y el Servicio de Administración Tributaria, como parte de las acciones dedicadas a atacar y desincentivar actividades ilícitas en la fabricación, distribución y comercialización de productos riesgosos como son bebidas alcohólicas, productos del tabaco y productos milagro.
  – Específicamente, en materia de bebidas alcohólicas, se realizaron 40 operativos en los que se aseguraron 164,364 litros.
  – Respecto a productos del tabaco, en 16 operativos sanitarios, se aseguraron 889,445 cigarrillos.
  – Para ejercer la vigilancia a los productos milagro, se implementaron 34 operativos asegurando 982,321 piezas, 5,723 kilogramos de productos a granel, 11,967 piezas de material publicitario y 48,517 etiquetas que no cumplen con la normatividad vigente.

Por otra parte, con el fin de garantizar mecanismos de respuesta que permitan minimizar los daños a la población expuesta a los desastres ocasionados por fenómenos naturales, así como otro tipo de eventos como brotes e intoxicaciones, se tomaron las siguientes acciones entre septiembre de 2012 y junio de 2013:

- Se realizaron 36,822 verificaciones y evaluaciones sanitarias a establecimientos como restaurantes, expendedores de alimentos, escuelas, sistemas de abastecimiento de agua, albergues y hospitales, y se tomaron 2,829 muestras de alimentos y 2,538 de agua para uso y consumo humano.
- Se distribuyeron 104,075 frascos de plata coloidal y 5,360 kilogramos de cloro para desinfección de agua y alimentos.
- Se realizaron 83,556 pláticas de saneamiento básico y manejo higiénico de alimentos, así como la distribución de 132,860 ejemplares impresos con recomendaciones para proteger a la población contra riesgos sanitarios.
- Con lo anterior, se protegió a 40 millones de personas en situación vulnerable.

De septiembre de 2012 a junio de 2013 se registraron y atendieron 601 eventos de emergencias sanitarias, de los cuales 12% fueron por fenómenos naturales; 40% brotes e intoxicaciones; 35% acciones preventivas por concentraciones masivas, casos aislados por diferentes patógenos y operativos de saneamiento básico y fomento sanitario, o cualquier otra que sea preventiva, ante cualquier riesgo a la salud pública; 12% a eventos por exposición a otros agentes, y 1% a infecciones nosocomiales.
Durante la presente administración, se ha consolidado el proyecto Agua de Calidad Bacteriológica al lograrse 83% de cobertura en vigilancia sanitaria en materia de agua suministrada a la población nacional, y más de un millón de determinaciones libres de cloro residual acumuladas.

Con relación al proyecto de Agua de Contacto, en 2013 se vigilaron 55 destinos turísticos, 255 playas y 352 puntos de monitoreo. Se recopilaron 3,700 muestras, de las cuales 96.6% se encontraron dentro de las especificaciones microbiológicas.

Es de vital importancia contar con resultados analíticos, confiables y oportunos para garantizar la protección contra riesgos sanitarios, por ello se revisó el indicador de Incremento de la Capacidad Analítica Instalada del Laboratorio Nacional, además de que se fortaleció la ampliación de la cobertura a nivel nacional de la siguiente manera:

- Con el montaje de nuevas metodologías y transferencias, en el Laboratorio Nacional se incrementó a 87 el número de métodos con enfoque de riesgos; se implementaron además 11 metodologías al marco analítico con enfoque de riesgos, rebasando la meta establecida de 65 a 86% de capacidad analítica.
- Se incrementó la cobertura analítica de los Laboratorios Estales de Salud Pública (LESP) a 92%, en función de las necesidades del Sistema Federal Sanitario.
- Para la ampliación de cobertura de la COFEPRIS, se cuenta con 32 LESP autorizados vigentes.
- Respecto a los laboratorios privados, se cuenta con 160 Terceros Autorizados.

Para fortalecer la operación de los programas y proyectos en materia de protección contra riesgos sanitarios en las entidades federativas, en lo que va de 2013 se destinaron más de 314 millones de pesos, correspondientes al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad.

Asimismo, se redujeron los puntos de verificación de 3,346 a 979 en las 25 actas levantadas, logrando una reducción de 70%, sin descuidar riesgos sanitarios.

VII. Comisión Nacional de Protección Social en Salud

UNAM
IENEO

COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

A la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), en su carácter de órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con autonomía técnica, administrativa y operativa, le corresponde: instrumentar la política de protección social en salud; el plan estratégico de desarrollo del Sistema; coordinar las acciones de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud; promover y dar seguimiento a los acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), y dar cumplimiento a lo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018; otorgar los beneficios del SPSS a toda la población con carencias que no es derechohabiente de la seguridad social y que voluntariamente lo solicite; promover la eficiencia y calidad al ofrecer derechos de protección social a la población, independientemente de la condición laboral y tomando en cuenta a las personas adultas mayores, y garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a los mexicanos, con independencia de su condición social o laboral.

Los principales resultados de las acciones llevadas a cabo el último año por la CNPSS, se enumeran a continuación:

1. Otorgar los beneficios del SPSS a toda la población con carencias.

- En el SPSS, el 99.5% de los afiliados tiene carencias. Este segmento se beneficia del régimen no contributivo que exenta de la aportación de la cuota familiar hasta el decil IV y hasta el decil VII para las mujeres embarazadas y niños menores de 5 años, así como los beneficiarios de programas de combate a la pobreza residentes en localidades rurales y en localidades con muy alta marginación.
  - A junio de 2013 los beneficiarios del SPSS que se encuentran dentro del régimen no contributivo ascienden a 53 millones.
- Dentro de las acciones que se han instrumentado en el marco de la Cruzada Nacional Contra el Hambre (CNCH), destaca la participación de 5,868 unidades médicas, en las que se ofrecen servicios integrales de salud a 25.3 millones de personas afiliadas en los 400 municipios de la CNCH.
- Para mejorar las condiciones de vida en materia de salud de la población que radica en esos municipios, se han puesto en marcha diversas acciones, entre las que destacan:
  - El diagnóstico del estado de 5,868 unidades médicas de salud.
  - La incorporación de un millón de beneficiarios de Oportunidades que no están afiliados al Seguro Popular.
  - La introducción de una nueva suplementación para niños de 6 a 59 meses de edad y para mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.
  - Puesta en marcha de la Estrategia Integral de Atención a la Nutrición.

2. La migración progresiva de las 27 intervenciones de salud pública del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) 2012, a las del Paquete Básico Garantizado de Salud de los beneficiarios del Programa Oportunidades. Con ello se promueve la eficiencia y calidad al ofrecer derechos de protección social a la población, independientemente de la condición laboral.

   El derecho a la protección en salud a la población no derechohabiente a la seguridad social inicia con la afiliación al SPSS:

- Hasta junio de 2013 se habían incorporado 53.3 millones de personas al SPSS, lo que significa un avance de 95.9% con relación a la proyección estimada para el presente año.
  - De enero de 2004 a junio de 2013, la afiliación creció en 48 millones de personas, al pasar de 5.3 millones de afiliados a 53.3 millones.
  - De junio de 2012 a junio de 2013, se afiliaron 612,000 personas al Seguro Popular.
  - Mención especial merece el impulso a la afiliación al Seguro Popular de las familias beneficiarias de Oportunidades que aún no cuentan con éste. A diciembre de 2012, 5.7 millones de familias del Programa Oportunidades estaban afiliadas, y se estima que, al finalizar el mes de agosto del presente año, estén afiliadas 6.5 millones de familias, cifra que representa un avance de 72% en ese compromiso con la población que más lo necesita.

- El Programa Seguro Médico Siglo XXI (SMS XXI), antes Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), tiene como objetivo reforzar las acciones de los otros

programas dirigidos a la población beneficiaria menor de 5 años, a través de garantizar el financiamiento de la atención médica y preventiva para lograr las mejores condiciones posibles de salud y las mayores oportunidades para que una nueva generación esté más capacitada, preparada y activa.

- De enero a junio de 2013 se incorporaron a 804,000 niños menores de 5 años, de una meta de 1.2 millones de niños contemplada para todo el año.
- Al mes de junio de 2013 el SMS XXI da cobertura a 5, 295, 892 niños.

3. Garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a los mexicanos, con independencia de su condición social o laboral.

   Para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud de la población afiliada al SPSS se cuenta con los siguientes instrumentos: los servicios y acciones específicas establecidas en el CAUSES; el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC); el fortalecimiento de la infraestructura en salud contemplado en el Fondo de Previsión Presupuestal; la cobertura que ofrece el programa SMS XXI; la cobertura que se da a través del Componente de Salud del Programa Desarrollo Humano Oportunidades, y la estrategia Cirugía Extramuros.

- El CAUSES cubre 100% de las intervenciones del primer nivel de atención y más de 85% de las causas asociadas a egresos hospitalarios del segundo nivel.

  - A junio de 2013 el CAUSES cubre 285 intervenciones, 10 más que en el 2011, por la inclusión de nuevos esquemas de vacunación, acciones dirigidas a la prevención de trastornos de la alimentación y fortalecimiento de la atención de personas de la tercera edad, diabetes y salud del hombre y la mujer en edad adulta, así como la atención de las cataratas.
  - También se incrementó de 522 a 609 el número de medicamentos que se requieren de acuerdo a las intervenciones incluidas en el Catálogo.

- El FPGC, diseñado para cubrir las intervenciones consideradas catastróficas para las familias por su complejidad y alto costo, incluye 59 intervenciones en su cartera de servicios. En el último año, se incluyeron cuatro nuevas intervenciones (trasplante de riñón en menores de 18 años, hepatitis C, tumor maligno de ovario y cáncer colon-rectal) y se dejó de considerar como enfermedad catastrófica las cataratas.

  - En 2012 el FPGC cubrió 147,340 casos.
  - En 2013 se han autorizado 72,378 casos.
  - El FPGC ha desempeñado un papel importante en el financiamiento para la adquisición de medicamentos antirretrovirales para la atención del VIH/SIDA. Durante 2012 se financiaron antirretrovirales, pruebas de carga viral y CD4 para la atención de 54,362 pacientes.
  - Para 2013 se tiene programado financiar antirretrovirales, pruebas de carga viral y CD4 para la atención de 66,675 pacientes.

- El programa SMS XXI brinda un seguro médico de cobertura amplia contra todas las enfermedades de niños, adicionales a las que cubre el CAUSES y el FPGC.

  - A inicio de 2013 cubre 140 intervenciones, nueve más que en 2012.
  - En 2012 con la cobertura en salud del programa SMNG, se apoyaron 46,498 casos, mostrando un avance significativo con respecto a los 9,156 casos financiados en 2008.
  - De enero a junio de 2013 se han validado 5,767 casos de niños con la cobertura del SMS XXI.

- A través del Componente de Salud del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, se estima que en el periodo de enero a diciembre 2012 se otorgaron 44.9 millones de consultas, lo que representa un crecimiento de 3.3% con relación al mismo periodo del año anterior.

  - Entre los grupos vulnerables atendidos por el Programa Oportunidades, destacan la atención a niños menores de 5 años y mujeres embarazadas o en periodo de lactancia. La cobertura estimada de familias al mes de junio de 2013 fue de 5.6 millones en control, definidas como aquellas familias que cumplieron con sus corresponsabilidades en salud.

– Con el propósito de prevenir la desnutrición de los niños desde la etapa de gestación, de enero a junio de 2013 se adquirieron 245.8 millones de dosis de suplementos alimenticios para menores de 5 años, mientras que para mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, se adquirieron 59.8 millones de dosis de suplementos.

- Para atender las necesidades quirúrgicas de la población que habita las zonas con los niveles más altos de marginación, se cuenta con infraestructura y personal médico voluntario de la Secretaría de Salud y de los servicios de salud de las entidades federativas, con insumos médicos complementarios donados por instituciones privadas.

  – Durante 2012 se realizaron 200,973 cirugías a través de la estrategia Cirugía Extramuros, y de enero a junio de 2013 se han efectuado 47,783 operaciones mas.
  – Se analiza la viabilidad de actualizar las intervenciones que cubre esta estrategia en beneficio de la población a la que está dirigida.

- En 2010 dio inició el programa Sistema Nominal de Salud/Consulta Segura, y durante 2012 se fortalecieron las acciones en materia de prevención por medio de la Consulta Segura, con el fin de detectar el desarrollo de enfermedades crónicas o diagnosticadas en forma temprana y reducir en el corto, mediano y largo plazos los costos que genera su atención, tanto en términos económicos como en la calidad de vida.

  – Al cierre de 2012 se tenían 20.8 millones de registros de huella y 13.4 millones de Consultas Seguras en las 32 entidades federativas.
  – A junio de 2013 se han registrado 24.2 millones de registros de huella y 18 millones de consultas.

- A fin de lograr que los beneficiarios del Seguro Popular reciban servicios de salud en el momento y el lugar que lo requieran, el 23 de octubre de 2009 se firmó el Convenio de Colaboración Específico en Materia de Prestación de Servicios de Salud a los Beneficiarios del SPSS (Convenio 32 x 32).

  – Desde el inicio del convenio, y hasta junio de 2013, se benefició con este mecanismo a 178,875 personas. Del total de casos, destacan la atención del embarazo, parto y puerperio que representaron 35.8% de estos servicios.
  – De enero a junio de 2013, se han atendido 26,145 casos interestatales, 5% más que en el mismo periodo del año anterior.

- En cumplimiento con el mandato del artículo 44, fracción IX del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) para el ejercicio fiscal 2012, en el segundo semestre de ese año se realizó la Encuesta de Satisfacción de Usuarios del Seguro Popular, entrevistándose a 21,851 afiliados en los tres niveles de atención médica de las 32 entidades federativas, en las 241 jurisdicciones sanitarias, en 597 municipios y 700 localidades del país.

  – Los principales resultados arrojaron que 97.3% de los usuarios se encuentran satisfechos con el Seguro Popular y 96.8% con la atención médica recibida. Entre los usuarios, 99.5% reporta que el Seguro ha contribuido a mejorar las condiciones de salud en su hogar y 99.6% que ha gastado menos dinero en atención médica.
  – Se encuentra en proceso la aplicación de la Encuesta de Satisfacción de Usuarios 2013.

4. Financiamiento

Para la realización de las acciones descritas, se utilizaron recursos de tres programas presupuestales: Seguro Popular, Seguro Médico Siglo XXI y Componente de Salud del Programa Oportunidades.

- En 2013 se autorizó en el PEF un importe de poco más de 77,000 millones de pesos, de los cuales 69,000 millones corresponden al Seguro Popular; 2,519 millones al Seguro Médico Siglo XXI, y 5,544 millones al Componente de Salud del Programa Desarrollo Humano Oportunidades.

  – En 2012 el Seguro Popular ejerció un presupuesto de 67,290 millones de pesos, de los cuales 51,855 millones correspondieron a la cuota social y aportación solidaria federal y 15,251 millones al Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud. Estos recursos se destinan al pago de servicios considerados en el CAUSES, el FPGC y el Fondo de Previsión Presupuestal.
  – De acuerdo con el calendario presupuestal, a junio de 2013 el Seguro Popular ha ejercido un presupuesto de 27,895 millones de pesos.

- El Seguro Médico para una Nueva Generación ejerció, en 2012 un presupuesto de 3,128 millones de pesos, el cual fue destinado para el pago de la cápita adicional por sobredemanda de servicios; para el pago de intervenciones no cubiertas por el CAUSES ni por el FPGC; para el pago de capacitación en el marco de los talleres comunitarios para el autocuidado de la salud, y para la adquisición de vacunas (neumococo y rotavirus).
- A junio de 2013 el SMS XXI ha ejercido un presupuesto de 569 millones de pesos.
- El Componente Salud del Programa Desarrollo Humano Oportunidades ejerció en 2012 un presupuesto de 5,000 millones de pesos para llevar a cabo las acciones consideradas en el programa.
- Para 2013, el Componente Salud ha ejercido un presupuesto de 2,465 millones de pesos.

INER
DE
TORIAS
AS

VIII. Comisión Nacional de Arbitraje Médico

COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) tiene como propósito contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios y los prestadores de servicios médicos, constituye un mecanismo alternativo a la vía judicial en la solución de controversias mediante la conciliación y el arbitraje, y contribuye a tutelar el derecho a la protección de la salud, así como a mejorar la calidad de los servicios médicos. Cuenta con autonomía técnica para recibir quejas, investigar presuntas irregularidades en la prestación o negativa de servicios médicos y para emitir sus opiniones, acuerdos y laudos, con garantía de imparcialidad en el análisis, dictamen y resolución de las controversias.

De enero de 2007 a diciembre de 2012 la Comisión concluyó un total de 83,272 asuntos, distribuidos de la siguiente manera: 40,291 orientaciones; 26,473 asesorías especializadas; 4,250 gestiones inmediatas; 10,313 quejas, y 1,945 dictámenes médicos institucionales.

FIGURA VIII.1 ASUNTOS CONCLUIDOS 2007 - 2012

FUENTE: Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

De las 10,313 quejas atendidas, 5,221 se conciliaron, el resto se concluyó de la siguiente manera: 437 laudos; en 2,677 no se logró el acuerdo entre las partes para la conciliación; en 1,894 las partes involucradas abandonaron el proceso; 73 fueron sobreseídas (por alguna causa de improcedencia) y 11 mediante la entrega de una propuesta institucional de arreglo.

De septiembre de 2012 a agosto de 2013[1] la CONAMED recibió 12,793 asuntos relacionados con inconformidades derivadas de la prestación de servicios de salud y concluyó 12,541. Esta cifra es superior en 1,377 a los asuntos concluidos en el periodo inmediato anterior.

Los 12,541 asuntos concluidos se resolvieron bajo las siguientes modalidades: 4,443 mediante orientación; 4,720 por asesoría especializada; 1,176 por medio de gestiones inmediatas en diversas instituciones de salud; 1,850 quejas por conciliación o arbitraje, y 352 mediante dictámenes médicos institucionales. Éstos últimos se llevan a cabo para brindar apoyo a los órganos de procuración e impartición de justicia, así como a los órganos internos de control (cuadro VIII.1).

1 Cifras estimadas.

CUADRO VIII.1 ASUNTOS CONCLUIDOS POR LA COMISIÓN NACIONALDE ARBITRAJE MÉDICO 2007 - 2013

CONCEPTO	DATOS ANUALES						SEPTIEMBRE -AGOSTO		
	OBSERVADO						2011 - 2012	2012 - 2013 E/	Variación %
	2007	2008	2009	2010	2011	2012			
Total de asuntos recibidos	17,369	14,673	12,574	11,585	14,571	12,850	11,432	12,793	11.9
Número de asuntos concluidos	17,298	14,578	12,510	11,659	14,542	12,685	11,164	12,541	12.3
Por orientación	10,664	7,390	5,435	4,421	6,225	6,156	3,981	4,443	11.6
Por asesoría especializada	4,187	4,596	4,352	4,555	5,299	3,484	4,204	4,720	12.3
Por gestiones inmediatas en instituciones de salud	494	553	588	654	915*	1,046	1,026	1,176	14.6
Se atendieron como queja 1/	1,667	1,734	1,748	1,671	1,794	1,699	1,641	1,850	12.7
Conciliación	840	846	863	852	975	845	819	922	12.6
Laudo	86	75	72	42	71	91	108	123	13.9
No conciliación bajo audiencia 2/	364	417	503	473	458	462	447	506	13.2
Propuesta de arreglo	6	5	0	0	0	0	0	0	-
Falta de interés procesal 3/	346	375	301	296	282	294	256	287	12.1
Sobreseimiento 4/	25	16	9	8	8	7	11	12	9.1
Enviada a otra institución	0	0	0	0	0	0	0	0	-
Por emisión de dictámenes periciales	286	305	387	358	309	300	312	352	12.8

E/ Datos estimados para el periodo septiembre 2012 - agosto 2013.

*Se actualiza la cifra de las gestiones inmediatas de 916 a 915, por asunto cancelado.
1/ El desglose de las modalidades de conclusión de quejas se realiza conforme al catálogo homologado para el Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED).
2/ Reporta quejas en las que se llevó a cabo la audiencia de conciliación y las partes interesadas no aceptaron conciliar su controversia, ni aceptar el arbitraje.
3/ Reporta quejas en las que una o ambas partes interesadas abandonaron el proceso en la etapa conciliatoria o arbitral.
4/ Incluye por fallecimiento del usuario o del prestador de servicios de salud, improcedencia (por juicio civil, por ser materia laboral, por existir averiguación previa, por pretender solo una sanción, porque la controversia sea por el monto de los servicios y, por prescripción), cuando la queja sea incompleta, imprecisa, oscura o ambigua, por falta de legitimación procesal, por desistimiento de la instancia y por caducidad.
FUENTE: Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes.

Para el periodo 2014-2018, de conservarse el mismo comportamiento, se estima atender y concluir 85,082 asuntos relacionados con inconformidades derivadas de la prestación de servicios de salud.

Durante la presente administración, se realizarán los estudios que permitan proponer modificaciones para complementar el marco jurídico de la CONAMED y fortalecer su capacidad de servicio, utilidad social, desarrollo del proceso arbitral, asegurando así una mejor atención, solución o alternativas a quienes se inconforman por los servicios médicos recibidos, tanto públicos como privados.

En junio de 2011 la CONAMED fue designada como Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Entre sus trabajos destacan el diseño, la instrumentación y el seguimiento de la aplicación del Sistema de Registro Automatizado de Incidentes en Salud (SIRAIS) y su participación en el diplomado sobre Evaluación de la Calidad de la Atención Médica y Seguridad del Paciente realizado en el último semestre de 2012.

El SIRAIS fue conceptualizado con el objeto de promover y facilitar el registro de incidentes y eventos adversos que se presentan en la atención médica, utilizando en su marco conceptual las categorías y los términos básicos de la versión 1.0 de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente propuesta por la OMS en 2007. Al final de la administración pasada se registraron en el sistema 3,000 incidentes y eventos adversos, y para agosto de 2013 se estima contar con 3,600 registros. De continuar esta tendencia, se espera que de 2014 a 2018 se registren 400 incidentes adicionales por año. En la misma línea de trabajo, se desarrolló una página de Internet para el Centro Colaborador, la dirección es [http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/conamed/].

Respecto a las actividades de vinculación con las entidades federativas, la CONAMED ha asesorado a los gobiernos estatales para la creación de 26 instituciones análogas en Aguascalientes, Baja California, Campeche, Chiapas, Coahuila, Colima, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán.

Con estas acciones, la Comisión amplió la cobertura en el país de instancias que ofrecen mecanismos alternos a la disputa judicial, por lo que las controversias derivadas de la prestación de servicios médicos pueden ser atendidas en el lugar en donde se presenta el conflicto con el mismo modelo de arbitraje médico, sin que los involucrados tengan que desplazarse a la Ciudad de México.

Al inicio de la administración pasada, existían dos comisiones estatales de arbitraje médico homologadas; actualmente, 17 comisiones homologaron sus procesos de atención de la queja médica respecto a los servicios que brinda la CONAMED: Aguascalientes, Campeche, Coahuila, Colima, Guanajuato, Guerrero, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tlaxcala y Veracruz (cuadro VIII.2).

CUADRO VIII.2 COMISIONES ESTATALES EN OPERACIÓN, MÉXICO, 2013

COMISIONES ESTATALES EN OPERACIÓN		FECHA DE CREACIÓN	COMISIONES ESTATALES HOMOLOGADAS a/	FECHA DE CONVENIO INTERINSTITUCIONAL (IMSS-ISSSTE)
1	Aguascalientes	01-ago-99	Aguascalientes	11-mar-08
2	Baja California	23-nov-01		
3	Campeche	27-may-00	Campeche	01-ago-08
4	Chiapas	15-ago-01		
5	Coahuila	09-jul-04	Coahuila	20-jul-11
6	Colima	22-ago-98	Colima	22-may-08
7	Guanajuato	30-jun-98	Guanajuato	22-sep-06
8	Guerrero	19-oct-99	Guerrero	13-nov-08
9	Hidalgo	15-feb-11		
10	Jalisco	13-mar-01		
11	México	12-feb-98		
11	México (Naucalpan)			
12	Michoacán	20-abr-00	Michoacán	26-may-10
13	Morelos	06-sep-00		
14	Nayarit	16-dic-00	Nayarit	28/05/2009 b/
15	Nuevo León	21-ago-02	Nuevo León	08-jul-08
				17/06/2011 c/
16	Oaxaca	11-sep-04	Oaxaca	03-feb-09
17	Puebla	27-dic-99	Puebla	16-jun-08
				07/06/2010 c/
18	Querétaro	09-jul-99	Querétaro	17-sep-09
19	San Luis Potosí	09-oct-98		
20	Sinaloa	08-nov-00	Sinaloa	30-ene-09
21	Sonora	11-ene-07	Sonora	23-mar-11
22	Tabasco	26-feb-97	Tabasco	01-mar-11
23	Tamaulipas	25-oct-00		
24	Tlaxcala	23-may-02	Tlaxcala	23-nov-12
25	Veracruz	11-feb-99	Veracruz	06-oct-06
				02/10/2009 c/
26	Yucatán	14-jul-03		

a/ Se refiere a las comisiones estatales que operan bajo el mismo modelo de atención de arbitraje médico de la CONAMED.
b/ Esta comisión estatal celebró convenio de colaboración insterinstitucional únicamente con el ISSSTE.
c/ En esta fecha la Comisión Estatal celebró convenios con Unidades Médicas de Alta Especialidad.

FUENTE: Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Respecto a la vinculación interinstitucional, de 2007 a 2012 se firmaron 32 convenios, entre los que destacan los establecidos con la Procuraduría Federal de Defensa del Trabajo, la Procuraduría Federal del Consumidor, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; la Secretaría de Salud del Distrito Federal; el Tribunal Superior de Justicia, el Consejo de la Judicatura del Distrito Federal; el Centro de Justicia Alternativa; la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, y el Instituto de Estudios Judiciales del Distrito Federal, así como con la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de México.

Con el fin de mejorar la seguridad del paciente y la calidad técnica de la atención, así como los procedimientos en los servicios de salud, de septiembre de 2012 a agosto de 2013[2] se desarrollaron siete proyectos de investigación, entre los que destacan: los costos de la mala calidad en la atención obstétrica; autopercepción de competencia profesional del alumno de la licenciatura de enfermería, y análisis de 129 casos de mortalidad materna en 2011. Entre 2014 y 2018, se prevé realizar 18 proyectos de investigación.

En el periodo del presente informe[2] se publicaron cuatro ediciones trimestrales de la Revista CONAMED con los siguientes temas: arbitraje médico: mecanismo alternativo para una solución especializada, imparcial y confidencial de controversias; calidad: suma de voluntades y talentos, y el derecho a vivir una vida libre de violencia y la salud de las mujeres. Adicionalmente, se publicó un suplemento con el tema: Desafíos en salud materna en México: universalidad, calidad y respeto a los derechos humanos.

También se realizaron nueve eventos académicos del curso denominado Prevención del Conflicto Derivado del Acto Médico. Se planea realizar 42 eventos académicos para profesionales de la salud durante la actual administración.

Con el propósito de transmitir la experiencia, actividades y atribuciones de la CONAMED, entre septiembre de 2012 y agosto 2013[2] se impartieron 146 conferencias en cinco estados y el Distrito Federal. Los temas impartidos con mayor frecuencia fueron: aspectos jurídicos en el ejercicio de la enfermería pericial; carta de consentimiento informado y receta médica; acto médico y su reglamentación jurídica, y análisis jurídico de las iatrogenias en el IMSS, desde el punto de vista de la CONAMED, entre otros.

Con el fin de intercambiar y transmitir experiencias nacionales e internacionales, y propiciar la solución de controversias médicas, se realizan simposios anuales. En estos se discuten temas como: calidad de los servicios de salud; relación médico-paciente; prevención del conflicto; naturaleza jurídica del acto médico; error en la atención médica, y seguridad del paciente, entre otros.

Durante la administración pasada, destaca el Simposio 15 años, 15 temas. Una reflexión para el futuro, que sirvió de marco para la conmemoración del 15 aniversario de la CONAMED. En este evento se unieron esfuerzos con instituciones como la Suprema Corte de Justicia de la Nación, la Academia Nacional de Medicina, Academia Mexicana de Cirugía, el Instituto de Investigaciones Jurídicas, la Facultad de Medicina de la UNAM, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y la Fundación Mexicana para la Salud, por mencionar algunos, para tratar temas de gran relevancia como: el arbitraje médico como componente de las políticas públicas en salud. Retos y perspectivas; hacia un sistema de salud con calidad. Rectoría, financiamiento y provisión de servicios universales de salud; desarrollo de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico; el ejercicio de la profesión médica y su regulación, y la cultura de la seguridad del paciente, entre otros. Igual de relevante fue el Congreso Internacional Conmemorativo del Centenario de la Enfermería Universitaria sobre Calidad y Seguridad del Paciente.

Con relación a la planeación y Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) para los procesos sustantivos, se realizó una reingeniería a la fase de atención inicial de inconformidades, lo que permitió establecer un modelo centrado en la persona y una metodología diseñada para la exploración y el análisis, a fin de proporcionar un mejor servicio, apoyada en un sistema informático para el registro y resguardo de los datos, que considera en todo momento el estado emocional en el que acuden las personas y el contexto en el que se presenta el conflicto, además de incorporar variables más significativas para el futuro análisis de la queja.

El proyecto continuará su diseño y desarrollo para dotar de soluciones como la comentada al proceso arbitral, que en conjunto será inscrito en el nuevo proyecto de la CONAMED denominado Expediente Electrónico de la Queja. Durante 2013 se inició su definición, buscando la mayor aplicación de TIC para el proceso estratégico de la Comisión.

Respecto del Sistema de Gestión de Calidad, durante la administración pasada, se obtuvo la certificación iso 9001:2008 de todos los procesos de esta Comisión. De septiembre 2012 a agosto 2013 se realizó una auditoría interna al Sistema de Gestión de Calidad, y la segunda auditoría de seguimiento por parte de la empresa certificadora. Se prevé continuar con la certificación de los procesos durante la presente administración.

2 Datos estimados.

IX. Comisión Nacional de Bioética

COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA

La Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA), de conformidad con su decreto de creación (DOF 7/09/2005) es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con autonomía técnica y operativa que tiene, entre otras funciones, la de impulsar la cultura bioética en México a través de fomentar una actitud de reflexión, deliberación y discusión multidisciplinaria y multisectorial de los temas vinculados a la bioética y la salud, así como desarrollar normas éticas para la atención, la investigación y la docencia.

Dentro de las acciones realizadas de septiembre de 2012 a agosto de 2013 destaca el diálogo permanente con distintos organismos nacionales e internacionales para el análisis comparativo del desarrollo de la bioética en México y lo que ocurre en otros países de América y del mundo. En este sentido, la CONBIOÉTICA representó a México en ocho eventos internacionales, en los cuales se reunieron conocimientos y prácticas que influyen en la labor que se realiza al interior del país.

En el marco de estas actividades, es importante mencionar la participación en la 9th Global Summit of National Ethics Committees, de la Organización Mundial de la Salud, realizada en Cartago, Túnez, en septiembre de 2012. El resultado más sobresaliente fue la elección, por unanimidad, para que México, a través de la Secretaría de Salud y la CONBIOÉTICA, albergue la organización del 10th Global Summit of National Ethics/ Bioethics Committees, en junio de 2014.

Después de diez años, esta reunión se llevará a cabo en Latinoamérica y es la primera ocasión que se desarrollará en un país hispanohablante. En este contexto, se iniciaron las actividades preparatorias para la organización de la 11th World Congress of Bioethics, IAB, y se logró el apoyo y la participación de importantes instituciones como la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT).

Ambos eventos se consideran de la mayor importancia en materia de bioética del mundo, lo que constituirá una experiencia enriquecedora, porque se reunirán más de 150 representantes de comisiones nacionales de diferentes países, así como más de 1,500 investigadores, expertos, estudiosos de la bioética y de las áreas de la salud.

En septiembre de 2012 se realizó una visita a la sede de la Comisión de Bioética de Francia, para reunirse con su Presidente y la Secretaria General, con la finalidad de establecer vínculos para la realización de trabajos conjuntos. En noviembre de 2012 se llevó a cabo la reunión de trabajo para dar seguimiento a las labores previas entre la United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) y la CONBIOÉTICA, con la participación de la Subdirectora General de Ciencias Sociales y Humanas de dicha organización.

En abril de 2013 se realizó una reunión de trabajo con la Directora de la Organización Panamericana de la Salud para fortalecer los vínculos y proyectos compartidos por ambos organismos. En ese mismo mes, la CONBIOÉTICA recibió al Presidente del Comité Nacional de Bioética de Perú, quien señaló que el modelo mexicano representa una excelente guía para fortalecer la institucionalización de la bioética en su país.

Cabe mencionar la destacada participación en el IX Congreso Latinoamericano y del Caribe de Bioética: Bioética y Sociedad en Latinoamérica, realizado del 17 al 20 de abril de 2013. La Comisión, a través de su titular, participó en la ceremonia inaugural e impartió la conferencia magistral de clausura: La Bioética en México.

La CONBIOÉTICA emitió 13 opiniones especializadas en materia de bioética, para atender las solicitudes realizadas, entre otras instancias, por los poderes legislativo y ejecutivo, así como por organismos de la sociedad civil. De entre las opiniones destacan, por su importancia e impacto social, las emitidas en cuestiones de reproducción humana asistida, salud reproductiva, objeción de conciencia y cuidados paliativos.

Asimismo, de conformidad con lo establecido en el Punto de Acuerdo del Senado de la República, con fecha 30 de abril de 2013, se elaboró un informe de las actividades realizadas durante el último periodo de gestión, con base en las atribuciones del Decreto de Creación de la Comisión Nacional de Bioética. Este documento ha sido una oportunidad para mostrar a los legisladores las actividades que realiza la CONBIOÉTICA, lo que favorece la inclusión del enfoque bioético en el trabajo parlamentario, así como en la formulación de políticas públicas.

En la vinculación interinstitucional, destaca la alianza estratégica con la Cruz Roja Mexicana, en la que se acordó, con su Presidente Nacional, la integración y funcionamiento de Comités Hospitalarios de Bioética en la institución, así como difundir la cultura bioética entre el voluntariado nacional.

Para contribuir al fortalecimiento del marco normativo en bioética y la salud, se formularon las Disposiciones Generales para la Integración y el Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética (CHB) y las correspondientes para los Comités de Ética en Investigación (CEI). Como resultado de esto, en octubre de 2012 se publicó el Acuerdo Secretarial (DOF 31/10/2012) por el que se emiten las disposiciones señaladas. En este contexto, y conforme a la normatividad vigente, se diseñó el procedimiento de registro de los CHB y dictamen favorable de los CEI, con lo que hasta junio de 2013 suman un total de 66 CHB registrados y 161 en proceso de revisión, así como 106 CEI con dictamen favorable y 142 en proceso de cumplir el trámite.

Con el propósito de hacer operativa la capacidad instalada en bioética, se logró, hasta junio de 2013 que 20 Comisiones Estatales de Bioética (CEB) quedaran instaladas con acuerdo de creación y 8 más se encuentran en vías de regularización. Se continuará promoviendo la creación de las CEB en las cuatro entidades federativas que aún no cuentan con comisión estatal: Distrito Federal, Chihuahua, Quintana Roo y Sinaloa.

En este contexto, el 4 y 5 de octubre de 2012, se celebró la 7ª Reunión Regional de Comisiones Estatales de Bioética en la ciudad de Zacatecas, en la que participaron representantes de Aguascalientes, Coahuila, Durango, Estado de México, Guanajuato, Nuevo León, San Luis Potosí, Tlaxcala, Tamaulipas y Zacatecas. Ahí se llevó a cabo el curso-taller: Elaboración del Programa Anual de Trabajo 2013, mismo que será difundido al resto de las comisiones por medio del programa de Telebioética.

En marzo de 2013 se realizó la 8ª Reunión Nacional de Comisiones Estatales de Bioética, en donde participaron 300 personas de 40 instituciones del sector público y privado, además de 43 representantes de comisiones estatales de 26 entidades federativas. Los trabajos realizados estuvieron dirigidos a promover la creación y funcionamiento de los comités, la instalación de bibliotecas en bioética en sus respectivos ámbitos geográficos, así como desarrollar el Programa Anual de Trabajo para cada una de las comisiones.

Con el propósito de capacitar a miembros de las comisiones estatales sobre el marco normativo en bioética de los CEI y CHB, del personal de los servicios de salud y público en general, se realizaron seis cursos nacionales y estatales, así como talleres de contenidos relacionados a la bioética y a la ética en investigación, logrando la participación de 750 personas y previendo una meta de 840 personas capacitadas para agosto de 2013.

Para impulsar la cultura bioética en nuestro país, se desarrollaron contenidos académicos y actividades para la vinculación con los sectores público, social y privado. En los eventos académicos, se abordaron temas de alto impacto social. Los resultados alcanzaron la participación de 450 personas en el periodo de septiembre de 2012 a mayo de 2013. Para el ejercicio actual, se tiene programado capacitar a 600 participantes.

Asimismo, se acordaron programas de formación continua en bioética para el personal del Sistema Nacional de Salud y público interesado, en colaboración con instituciones académicas como la UNAM y el Instituto Tecnológico Autónomo de México, y se está desarrollando un proyecto con el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey.

En conjunto con la Facultad de Derecho de la UNAM, a través del Programa Permanente de Ética, se planea realizar, entre julio y agosto de 2013 un curso propedéutico en el cual se abordarán los temas de introducción a la bioética y el marco jurídico de su aplicación. En esta actividad se tiene programada una participación de más de 1,300 alumnos.

El Centro del Conocimiento Bioético de la CONBIOÉTICA, capacitó en materia de búsqueda y recopilación de información a 300 personas. También se elaboraron y difundieron materiales virtuales e impresos, destacando el programa de videoconferencias que alcanzó una cifra de reproducción de 4,308 visitas.

Se proyectó y gestionó el desarrollo de un portal virtual apoyado por el CONACyT, con ello se pusieron a disposición del público en general 1,400 títulos y 2,911 ejemplares especializados en bioética, ciencias de la salud y la vida; bases de datos por suscripción (Elsevier, Ebsco, Host y BioOne, entre otras), así como bases de datos de acceso libre, las cuales tuvieron 6,357 visitas.

De acuerdo a su programa editorial, la CONBIOÉTICA

publicó los números cinco al ocho de su Gaceta, así como las Guías Nacionales de los CEI y CHB. Los documentos fueron distribuidos en más de 250 dependencias de la administración pública federal y estatal, órganos legislativos federales y estatales, servicios de salud estatales, universidades y centros de investigación.

En resumen, se puede ilustrar que los resultados alcanzados evidencian el esfuerzo que la CONBIOÉTICA ha desarrollado para el logro de los objetivos comprometidos en este periodo. Sin embargo, la continuidad de estos avances deberá ser robustecida con la alineación al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 para el cumplimiento de programas y acciones que, por un lado, consolidarán las metas alcanzadas y por otra parte, promoverán una nueva dimensión de las tareas encomendadas a la Comisión, en su carácter normativo, conforme a las modificaciones a la Ley General de Salud (DOF 14/12/2011).

X. Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental

Novalis

SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL

El Consejo Nacional de Salud Mental se reconoce como el órgano rector de la salud mental en el país, a través de sus atribuciones establecidas en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

En el periodo que se reporta, con relación a la planeación, supervisión y evaluación de los Servicios de Salud Mental (SERSAME) mediante modelos de organización y operación, se establecieron los programas de rehabilitación psicosocial en los 36 hospitales psiquiátricos ubicados en 25 entidades federativas.

El Modelo Miguel Hidalgo Programa Nacional de Salud Mental es la herramienta fundamental para favorecer la transformación de los SERSAME en todo el país. Este modelo plantea un cambio en el concepto de atención a las personas con enfermedad mental, contempla la creación de nuevas estructuras, en donde existan los elementos para la modificación y creación de nuevas instituciones basadas en el respeto al derecho de los usuarios a recibir una atención especializada con calidad y calidez. Consta de una red completa de servicios conformada por instancias de primero, segundo y tercer nivel, dirigidos a la población en general, con la misión de lograr una atención comunitaria.

En lo que concierne al impulso de redes asistenciales y de apoyo comunitario para la rehabilitación y reinserción social de los usuarios de los SERSAME, se conformaron las UNEMES-CISAME, que llevan a cabo acciones de promoción, prevención y atención a los trastornos mentales en el marco de un servicio comunitario al interior de cada entidad federativa. Es así como se ha habilitado la operación de dichas clínicas con un modelo integral, es decir, conformado por distintos profesionales de la salud mental, y sumando la creación de nuevos establecimientos, acercando la salud mental a la población y evitando la institucionalización de los enfermos mentales, que es uno de los principales objetivos del Modelo Miguel Hidalgo Programa Nacional de Salud Mental (cuadro X.1).

CUADRO X.1 NÚMERO DE UNEME-CISAME EN OPERACIÓN, MÉXICO, MAYO 2013

ENTIDAD FEDERATIVA	NO. DE CISAME	UBICACIÓN
Aguascalientes	2	Aguascalientes y Agua Clara
Baja California Sur	2	La Paz y San José del Cabo
Chiapas	1	Tuxtla Gutiérrez
Chihuahua	2	Chihuahua y Ciudad Juárez
Coahuila	1	Torreón
Colima	0	Tecomán
Distrito Federal	1	Del. Magdalena Contreras
Durango	2	Gómez Palacio y Durango
Estado de México	1	Cuautitlán
Guanajuato	3	Irapuato, Celaya y Guanajuato
Jalisco	6	Ameca, Autlán, Colotlán, Tlaquepaque, Pto. Vallarta y Ciudad Guzmán
Morelos	1	Cuautla
Nayarit	1	Bahía de Banderas
Quintana Roo	2	Benito Juárez y Othón P. Blanco
San Luis Potosí	2	San Luis Potosí y Ciudad Valles
Sinaloa	4	Los Mochis, Culiacán, Guamuchil, Mazatlán
Tamaulipas	2	Ciudad Victoria
Veracruz	2	Veracruz y Coatzacoalcos
Yucatán	2	Mérida y Valladolid
Zacatecas	2	Zacatecas y Fresnillo
TOTAL	42	

FUENTE: Consejo Nacional de Salud Mental.

Otra de las atribuciones del Consejo es participar en la elaboración de propuestas para la actualización y desarrollo de disposiciones jurídicas en materia de salud mental. Hasta mayo de 2013 se ha participado en la reforma a los artículos 72 y 73 de la Ley General de Salud, en el Proyecto de Decreto que adiciona el artículo 73 Bis al 73 Bis 2 de la Ley General de Salud y en el Proyecto de Decreto que reforma el artículo 74 de la Ley General de Salud.

En relación con la participación en la definición y desarrollo del Sistema de Protección Social en Salud, en coordinación con las unidades administrativas competentes, se ha logrado incluir en el Catálogo Universal de Servicios de Salud las siguientes intervenciones:

1. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos por déficit de atención e hiperactividad.
2. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos generalizados del desarrollo (autismo).
3. Diagnóstico y tratamiento de trastornos afectivos (distimia, depresión y trastorno afectivo bipolar).
4. Diagnóstico y tratamiento de trastornos de ansiedad (ansiedad generalizada, crisis de angustia y pánico y reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación, trastorno de estrés postraumático y trastorno adaptativo).
5. Diagnóstico y tratamiento de trastornos psicóticos (esquizofrenia, ideas delirantes, psicóticos y esquizotípico).
6. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de epilepsia.

Por otra parte, se actualizaron las especificaciones y los lineamientos de cada una de las estructuras del Modelo Hidalgo: atención primaria, hospitalización y reinserción social. De igual modo, en coordinación con las unidades administrativas competentes, el Modelo Miguel Hidalgo Programa Nacional de Salud Mental ha implementado dos programas específicos destinados a las acciones realizadas en los hospitales psiquiátricos. Estos programas son novedosos y dirigidos especialmente a las necesidades de los pacientes, reciben el nombre de Rehabilitación Psicosocial e Invierno sin Frío y cuentan con lineamientos específicos, procedimientos técnicos e insumos necesarios para su operación, así como los mecanismos para el suministro y distribución oportuna de acuerdo a un convenio específico con cada una de las entidades federativas que se alinea a sus prioridades.

SALUD
CDI
Por tu SALUD estamos moviendo a MÉXICO
CDI
COMISIÓN NACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS
Por tu SALUD estamos moviendo a MÉXICO

XI. Secretariado Técnico del Consejo Nacional para Personas con Discapacidad

GIA
HOSPITAL AMIGO
DEL NIÑO Y DE LA MADRE

SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Las personas con discapacidad constituyen el grupo vulnerable más numeroso y más desfavorecido. Este grupo de la población incluye a las personas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, alrededor de 10% de la población mundial vive con algún tipo de discapacidad, esto es aproximadamente 650 millones de personas. En México, según el Censo de Población y Vivienda 2010, viven más de 5.7 millones de personas con discapacidad, equivalente a 5.1% de poco más de 112 millones de habitantes.

El ahora Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad (CONADIS) es un organismo público descentralizado que hasta el 29 de marzo de 2013 estuvo sectorizado a la Secretaría de Salud, fecha en la que se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo por el que se agrupan las entidades paraestatales denominadas Instituto Mexicano de la Juventud y Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad al Sector Coordinado por la Secretaría de Desarrollo Social.

El Consejo es el órgano rector de las políticas públicas en materia de discapacidad, que además de difundir acciones preventivas a la población en general, con el fin de sensibilizar y lograr un cambio de cultura hacia la inclusión social plena, tiene como tarea asegurar el cumplimiento de los derechos fundamentales de las personas con discapacidad.

El Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad (PRONADDIS) promovió y coordinó las políticas públicas y estrategias nacionales en materia de discapacidad buscando tener un alcance entre la población mexicana con discapacidad y para prevenir la misma en el resto de la población del país, por enfermedades, accidentes y discapacidades congénitas. Algunas de las actividades que se reportan a continuación, se realizaron en coordinación con las dependencias de gobierno que tienen que ver con los temas de discapacidad: Secretaría de Educación Pública, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Secretaría de Desarrollo Social, Secretaría de Comunicaciones y Transportes, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte y Comisión Nacional de los Derechos Humanos, entre otras. En este sentido, cabe destacar que durante el año 2012:

- Se llevaron a cabo, en 445 hospitales y 45 centros de audiología, diversas acciones dentro del Programa de Tamiz Auditivo Neonatal. Dicho programa tuvo como objeto garantizar la atención integral de neonatos con diagnóstico de hipoacusia para su plena integración e inclusión social y así disminuir la prevalencia de las discapacidades auditivas en la población infantil.
- En cumplimiento con el objetivo 8 del PRONADDIS: incentivar y apoyar la participación de las personas con discapacidad en actividades físicas y deportivas, se construyó el Centro Paralímpico Nacional, ubicado en la ciudad de Irapuato, Guanajuato, el cual cumplió con los estándares internacionales de servicio de alimentación y hospedaje. Este Centro se construyó en dos etapas, la primera, con una inversión de 179 millones de pesos, como aportación del Gobierno Federal y 17 millones de pesos aportados por el CONADIS.
- La aprobación por parte de la Cámara de Senadores de la Ley Federal del Trabajo en la que se consideraron diversas disposiciones relacionadas con las personas con discapacidad. También la publicación de la norma NOM-015-SSA3-2012 que estableció los criterios que regulan la forma en que se presentan los servicios de atención médica a las personas con discapacidad, en los sectores público, privado y social.
- La presentación de los resultados de la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México 2012 arrojó que una de cada tres personas consideró que no se respetan los derechos de las personas con discapacidad; cuatro de cada 10 personas con discapacidad señalaron que familiares distintos a sus padres constituyen la fuente de donde provenían la mayor parte de sus ingresos, seguida del trabajo propio y las pensiones. Asimismo, la encuesta indicó que sólo para 19.1% de la población con discapacidad, sus ingresos eran suficientes para cubrir sus necesidades.
- Al mes de octubre de 2012, se utilizó el servicio de interpretación de Lengua de Señas Mexicanas en 130

eventos del Gobierno Federal, interpretando un total de 352 horas.
- A noviembre de 2012 el Sistema de Accesibilidad a Inmuebles Federales, a cargo del Instituto de Administración y Avalúo de Bienes Nacionales, reportó que las 26,775 edificaciones diagnosticadas, de un total de 45,531, presentan un índice de accesibilidad global de 61.5%.
- A septiembre de 2012 se tenían registradas 5,791 unidades de servicio de educación especial en funcionamiento, rebasando la meta establecida para 2012 de 5,600 unidades.
- En 2012 162 atletas mexicanos con discapacidad participaron en los decimocuartos Juegos Paralímpicos, celebrados en Londres, Inglaterra, obteniendo seis medallas de oro, cuatro de plata y 11 de bronce.

En el marco del foro social México Incluyente para la elaboración del Programa Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018, el CONADIS impulsó, coordinó y participó en el Foro de la Consulta Especial para las Personas con Discapacidad, celebrado en la Ciudad de México, el 4 de abril de 2013. En este foro, participaron 650 personas de la sociedad civil, instituciones gubernamentales y no gubernamentales a nivel nacional, las cuales desarrollaron los trabajos a través de ocho paneles de discusión, lo cual incidió en el PND con las siguientes acciones:

- Utilizar los medios de comunicación como agentes que contribuyan a eliminar la discriminación y confrontación social, por medio de campañas que transmitan contenidos que fomenten la inclusión social y laboral, de manera que enaltezcan los valores de las comunidades indígenas y el derecho e igualdad de las personas con discapacidad en la sociedad.
- Promover una legislación nacional acorde a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Establecer esquemas de atención integral para las personas con discapacidad, a través de acciones que fomenten la detección de discapacidades, estimulación temprana y su rehabilitación.
- Diseñar y ejecutar estrategias para incrementar la inclusión productiva de las personas con discapacidad, mediante esquemas de capacitación laboral y de vinculación con el sector productivo.
- Asegurar la construcción y adecuación del espacio público y privado para garantizar el derecho a la accesibilidad.
- Adecuar la infraestructura, el equipamiento y las condiciones de accesibilidad de los planteles para favorecer la atención de los jóvenes con discapacidad.
- Diseñar y ejecutar programas de atención especial a grupos vulnerables de migrantes, como niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, víctimas de delitos graves cometidos en territorio nacional, personas con discapacidad y adultos mayores.

En alineación al PND 2013-2018, el CONADIS ha llevado a cabo acciones para construir el PRONADDIS 2013-2018, en coordinación con las diversas dependencias de la Administración Pública Federal que tienen que ver con acciones relacionadas con la discapacidad, así como en alineación al Programa Sectorial de Desarrollo Social.

Se han tenido acercamientos con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática para una reingeniería del Comité Técnico Especializado en Información sobre Discapacidad, con la finalidad de asegurar criterios integrales para la generación de datos nacionales, por parte de las unidades de estado que respondan a las necesidades de información sobre la población con discapacidad y su entorno.

Se coordinaron diversas reuniones con la Dirección General de Información en Salud para establecer las bases para utilizar la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud en el procedimiento de certificación y clasificación de las diferentes discapacidades, que permitan modificar las normas técnicas necesarias a fin de crear el certificado nacional de discapacidad.

Se ha establecido la coordinación, en una primera etapa, entre CONADIS y el Instituto Federal Electoral, a efecto de analizar la posibilidad de la inclusión de un distintivo en la credencial para votar a efecto de sentar las bases para, en un futuro inmediato, generar un padrón de personas con discapacidad en todo el país.

De igual modo, se ha participado en la elaboración del Segundo Informe al Mecanismo de Examen Periódico Universal del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, coordinado por la Secretaría de Relaciones Exteriores, a través de la Subsecretaría para Asuntos Multilaterales y Derechos Humanos.

Se están llevando a cabo los procedimientos legales y administrativos de resectorización, derivados de las reformas a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal del 2 de enero de 2013, al pasar del ramo 12 Salud, al ramo 20 Desarrollo Social.

XII. Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes

SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

Por su impacto y magnitud, las lesiones de tránsito son un problema de salud pública en nuestro país. De acuerdo con las cifras oficiales disponibles, este tipo de lesiones fueron la cuarta causa de muerte en 2011, con una tasa de 14.4 defunciones por cada 100,000 habitantes. Representan la primera causa de muerte en niños entre 5 y 14 años y la segunda en jóvenes de entre 15 y 34 años de edad, además de generar más de 350,000 lesiones graves que requieren hospitalización y más de un millón de heridas que requieren atención médica.

El Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (STCONAPRA), adscrito a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, es responsable de proponer y coordinar las políticas y estrategias nacionales en materia de prevención de accidentes. Tiene como objetivo reducir en 15% la tasa de muertes causadas por accidentes de tránsito de vehículos de motor en la población, particularmente en los jóvenes entre 15 y 29 años de edad.

En alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, y en el marco del Decenio de Acción 2011-2020, durante el periodo de septiembre de 2012 a agosto de 2013, el STCONAPRA ha llevado a cabo acciones para la prevención de lesiones y muertes, así como de promoción de la seguridad vial a través del modelo de intervención denominado Iniciativa Mexicana de Seguridad Vial (IMESEVI).

Se impulsó y participó en el lanzamiento de IMESEVI Guanajuato el 19 de junio y de IMESEVI Jalisco el 20 de junio de 2013, donde los gobernadores de ambos estados y nueve alcaldes de Guanajuato y siete de Jalisco, se comprometieron a disminuir, en 50% y 35% respectivamente, el número de muertes por accidentes de tránsito, realizando las adecuaciones necesarias a la Ley y reglamentos de tránsito sobre alcohol y conducción, uso de cinturón de seguridad y sillas portainfantes, protección de usuarios vulnerables y emisión de licencias de conducir, así como para la atención de urgencias médicas.

Con la finalidad de mejorar la calidad de los datos y la oportunidad en la información, durante el periodo que se reporta, se brindó capacitación y asesoría para desarrollar y poner en funcionamiento los Observatorios Estatales de Lesiones de Yucatán, Distrito Federal, Campeche, Tlaxcala, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Chiapas y Chihuahua, lo que permitirá contar con información oportuna y fidedigna para la toma de decisiones e implementación adecuada de intervenciones de prevención y educación vial en las zonas de mayor riesgo. En este mismo sentido, se realizó el levantamiento de datos para la prevalencia de uso de sistemas de retención infantil y casco en motocicleta, así como de conducción bajo los efectos del alcohol en 16 municipios.

Se ratificó al STCONAPRA como integrante del Comité Directivo del Observatorio Iberoamericano de Lesiones (OISEVI) y al Observatorio Nacional de Lesiones, adscrito a dicho secretariado, como Coordinador de Datos Nacionales. En este sentido, se proporcionó información para la integración de la Base de Datos Internacional en Seguridad Vial 2012 en su versión latinoamericana, se publicó el Tercer Informe Nacional sobre la Situación de la Seguridad Vial y se elaboró el Diagnóstico de las Lesiones por Causa Externa que incluyen datos sobre lesiones intencionales.

La epidemia de lesiones de tránsito tiene un origen multifactorial y su atención debe incluir intervenciones que cuenten con evidencia de su efectividad. El STCONAPRA contribuye al logro de objetivos del Programa Nacional de Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia, impulsando el Programa de Alcoholimetría en los municipios prioritarios con mayor tasa de siniestralidad y mortalidad, a efecto de lo anterior, se integraron los planes de trabajo de 11 entidades federativas.

Al mes de agosto de 2013 se registran 109 municipios con controles de alcohol en aliento a conductores y 1,000 personas capacitadas en cursos de vigilancia y control policial en Jalisco, Distrito Federal, Veracruz, Michoacán, Tabasco, Yucatán, Aguascalientes y Campeche.

Se impartió un taller de formación para instructores en operativos de alcoholimetría y, a través de 13 cursos, se capacitaron a 760 asistentes de las áreas de tránsito, vialidad, seguridad pública y salud.

En el marco del proyecto IMESEVI-6 2013, en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud, se realizaron dos talleres para la elaboración del Protocolo para la Implementación de Controles de Alcohol en Aliento y se distribuyeron 50 equipos de alcoholimetría y de capacitación a las seis ciudades que conforman el proyecto. De igual forma, con el apoyo de la organización no gubernamental Global Road Safety Partnership, se impartieron seis cursos de Efectos del Consumo de Alcohol y Manejo Básico de Personas Bajo su Influencia, así como seis cursos-taller de Montaje Seguro y Eficiente de un Operativo de Alcoholimetría.

A través del Sistema Nacional de Capacitación en Seguridad Vial que coordina el STCONAPRA, se realizaron ocho cursos de promotores en seguridad vial, capacitándose a 327 personas, con lo que desde su creación en 2010, se cuenta con 13,557 promotores en 18 entidades federativas. Se efectuaron 384 pláticas de sensibilización en seguridad vial para una población meta de 45,450 personas, llegando así a más de 135,500 individuos desde 2010. Además, se capacitaron 203 nuevos auditores en seguridad vial de 30 municipios en 21 entidades federativas, con lo que suman 1,100 auditores en el país. Se brindó, además, asesoría para la realización de 35 auditorías en seguridad vial en 30 municipios de 17 entidades federativas.

En cuanto a las acciones realizadas como parte de la estrategia de atención prehospitalaria, se brindaron siete cursos para formar 235 instructores en primera respuesta en Querétaro, Monterrey, Guanajuato, Mazatlán y Xocotitlán, Estado de México, con lo que suman 1,495 personas capacitadas en toda la República Mexicana desde 2010. De igual modo se capacitaron 13,847 primeros respondientes en 30 entidades federativas, con lo que en los tres años que lleva operando el programa, se han capacitado 48,425 primeros respondientes en el país. Se asesoró en la instalación de tres Centros Reguladores de Urgencias Médicas en San Luis Potosí, Morelos y Querétaro para lo que se contó con la participación interinstitucional de agencias de atención médica prehospitalaria.

La adecuación de la normatividad en materia de seguridad vial es una condición indispensable para la implementación de intervenciones en un marco legal democrático y transparente. Se revisaron regulaciones estatales en materia de tránsito en Jalisco, Guanajuato, Estado de México, Chiapas y Distrito Federal, así como municipales en Tuxtla Gutiérrez, León, Celaya y Toluca para valorar que sus disposiciones se apeguen a lo recomendado en seguridad vial; se elaboraron las propuestas y realizaron gestiones para impulsar la modificación normativa para el Reglamento de Tránsito de Tuxtla Gutiérrez y para la Ley de los Servicios de Vialidad, Tránsito y Transporte en Jalisco.

Con el propósito de impulsar las modificaciones legales que requiere el país para el mejoramiento de la seguridad vial, se elaboró una propuesta de normatividad con carácter federal que establece los principios y las directrices que deberán seguir las entidades federativas en materia de prevención y seguridad vial y se han iniciado las gestiones para impulsar dichas modificaciones con el apoyo de los legisladores de los diferentes grupos parlamentarios interesados en el tema.

La experiencia demuestra la importancia de la vinculación de los diversos sectores en los tres órdenes de gobierno para el logro de objetivos en materia de seguridad vial. Con el propósito de fomentar el desarrollo de una política multisectorial de largo plazo en seguridad vial, en colaboración con la Dirección General de Medicina Preventiva de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, se iniciaron las acciones para la creación de la Comisión Intersecretarial para la Seguridad Vial a través de la cual sea posible el desarrollo de las acciones comprometidas en la Estrategia Nacional de Seguridad Vial 2011-2020.

Se participó, junto con los Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes, en el Operativo de Seguridad Turística realizado durante el periodo vacacional de Semana Santa, mediante la difusión de mensajes y materiales de sensibilización a la población. En este mismo sentido, se organizó la 2ª Semana Mundial de la Seguridad Vial que este año estuvo dedicada a usuarios vulnerables, en la que participaron las secretarías de Seguridad Vial y de Salud del Distrito Federal, así como la Fundación Promoto, con el objetivo de concientizar a la población sobre su vulnerabilidad en las vías y cómo prevenir accidentes.

Con el apoyo de la Universidad Nacional Autónoma de México, se lanzó la campaña de prevención de accidentes de tránsito dirigida a jóvenes, la cual sensibilizó e informó a una población meta de 190,707 alumnos de licenciatura y 111,982 de bachillerato, beneficiando a más de 300,000 personas de manera directa. La primera estrategia consistió en realizar cuatro eventos masivos para dar a conocer la campaña en los que se reunieron a más de 200,000 alumnos. La segunda estrategia será sensibilizar, de manera simultánea a 10,000 personas

entre estudiantes, académicos y personal administrativo, en factores de riesgo.
Se lanzó, junto con las Fundaciones Mapfre y Michou Mau, la Campaña para la prevención de incendios y quemaduras en niños menores de 12 años, con el objeto de incidir, en una primera fase en el Distrito Federal, sobre 80,000 niños y sus padres y maestros.

El Gobierno Federal planteó como prioridad posicionar a México como actor con responsabilidad global, por lo que el STCONAPRA ha llevado a cabo acciones en conjunto con la Dirección General de Relaciones Internacionales y la Secretaría de Relaciones Exteriores para consolidar el Programa Mesoamericano de Seguridad Vial (PMSV): se logró gestionar la firma de aprobación de los ministros de salud y de transportes de Mesoamérica, y la designación de puntos focales de ambos ministerios de los 10 países que conforman la subregión y la adhesión del PMSV al OISEVI.

En alineación al PMSV, se coordinó la elaboración del programa regional de prevención de accidentes Sur-Sureste, Juntos Salvando Vidas en las Carreteras, con la participación de Campeche, Chiapas, Guerrero, Morelos, Puebla, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz, Villahermosa y Yucatán.

A efecto de refrendar el compromiso y liderazgo de México en el tema de seguridad vial, se participó en la reunión Amigos del Decenio por la Seguridad Vial, realizada en Estocolmo, Suecia, en donde nuestro país se postuló como sede para la próxima reunión de este grupo debido a que se le considera referente para América Latina y el Caribe. Las Agencias de Cooperación Internacionales de los gobiernos de Alemania, Suecia, Estados Unidos y España así como del Banco Mundial manifestaron interés de apoyar a México para impulsar sus trabajos en materia de seguridad vial.

XIII. Consejo de Salubridad General

SALUD
CDI
Por tu SALUD
estamos
moviendo a
MÉXICO

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

El Consejo de Salubridad General (CSG) generó el Acuerdo para el Desarrollo y Funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SINACEAM), publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de junio de 2008.

De esta manera, a través de la Dirección General Adjunta de Articulación, promueve, coadyuva y desarrolla la mejora de la cultura de calidad, así como de la seguridad que se brinda a los pacientes mediante acciones de certificación de establecimientos de atención médica, impulsando a las instituciones participantes a mantenerse competitivas.

La Certificación de Establecimientos de Atención Médica es un proceso voluntario e implica tres etapas: inscripción y autoevaluación, auditoría y dictamen:

- El nivel de participación entre instituciones públicas y privadas se puede dimensionar con los datos siguientes: de 117 establecimientos certificados desde la implantación del SINACEAM al 22 de abril de 2013, 84.6% fueron privados y 15.4% públicos; de éstos últimos, la Secretaría de Salud representó 44.5%, Petróleos Mexicanos 22% y 11.1% cada una de las instituciones siguientes: Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y la Secretaría de la Defensa Nacional.
- De igual manera, de 114 establecimientos cuya certificación está en proceso, 85.9% pertenecen a los privados y 14.1% a los públicos, sin cambios de importancia respecto a la participación de las diferentes instituciones.
- Durante 2012 las auditorías cubrieron 259 establecimientos, de los cuales se certificaron 142; 84 por tener vencido su certificado y 58 por ser su primera certificación. De septiembre a diciembre de ese año, se realizaron 41 de ellas con igual número de establecimientos certificados.
- Para el periodo enero-agosto de 2013 la información preliminar disponible hasta junio, distingue 58 auditorías concluidas y seis en proceso. De las 58, se certificaron 32, a 23 se les dio plazo perentorio para cumplir los requisitos y sólo tres no se certificaron. La diferencia entre establecimientos privados y públicos disminuyó, observándose 42.1% y 57.8% respectivamente.
- Para el segundo semestre de 2013 se programarán 140 auditorías a establecimientos de atención médica, 21 de las cuales ya cuentan con fecha. De dichos establecimientos 20 son hospitales y uno ambulatorio.

Investigación y desarrollo de indicadores, métodos y estándares de evaluación de la calidad:

- Desde 2008 los estándares se homologaron con los de Joint Comission International (JCI), integrándose la cédula de Evaluación de Hospitales, que incluye los requisitos de seguridad de los pacientes, calidad de la atención médica, seguridad hospitalaria, normatividad vigente y políticas nacionales prioritarias.
- Entre septiembre y diciembre de 2012 se realizaron los siguientes cambios: mejoría de la sintaxis, reducción de los elementos medibles que deben presentar evidencia documental para su cumplimiento, ampliación de los ejemplos prácticos señalando explícitamente la normatividad vigente en los propósitos de los estándares más incumplidos y se incorporaron cinco estándares orientados de buena práctica para la seguridad del paciente.
- Los estándares de certificación se actualizarán en agosto de 2013, a través de un taller que se realizará con 50 expertos.

Fortalecimiento permanente de los auditores:

- En el periodo septiembre a diciembre de 2012 se realizaron dos cursos sobre Metodología de Evaluación; tres, acerca de Incumplimientos más Frecuentes de los Estándares de Certificación; dos sesiones de Resolución de Dudas; un taller de Evaluación de Riesgos para Mejora de la Calidad y Seguridad del Paciente, y cuatro talleres de Herramientas de Calidad.
- A junio de 2013 se realizaron 14 talleres dirigidos a personal directivo y operativo de establecimientos de salud en las 32 entidades federativas, con el fin de fomentar y lograr de manera permanente una cultura de la calidad.
- En el segundo semestre de 2013 se realizará un curso en el Hospital Central Militar, dirigido a 220 personas de diversas instituciones públicas de salud del Distrito Federal, Puebla, Morelos, Hidalgo, Tlaxcala, Querétaro y Estado de México. También se efectuará otro en Mérida, Yucatán, dirigido a establecimientos de atención médica de las entidades federativas del sureste.

Articulación con otras instituciones y organizaciones:

- Además del trabajo con la JCI, el CSG tiene en proceso un convenio con la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), con el propósito de fortalecer la formación de personal de salud y los egresados cuenten con las competencias que el proceso de certificación de establecimientos de salud exige.
- Se otorgó asesoría a la UANL para incorporar los indicadores internacionales de certificación al plan de estudios de la licenciatura de enfermería, estando en proceso las licenciaturas de psicología, medicina y odontología.

Los retos del proceso de certificación para 2013 son:

- Actualizar los estándares con base al enfoque procedente: atención hospitalaria, clínicas de atención primaria y consulta de especialidades, unidades de hemodiálisis, establecimientos psiquiátricos y establecimientos de rehabilitación, así como la creación de estándares para clínicas de atención odontológica.
- Capacitar a los auditores que actualmente trabajan y formar nuevos auditores de perfil clínico, de gestión y de instalaciones, con la finalidad de tener el personal para atender la demanda existente.
- Integrar en el proceso de capacitación a las diferentes instituciones públicas de salud del país, así como las diferentes secretarías de Salud estatales, para difundir la calidad y seguridad del paciente en la atención médica y, en consecuencia, lograr la certificación del Consejo de Salubridad General.

Otra de las funciones sustantivas del CSG es la elaboración, actualización y difusión del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del sector salud (CBCISS), a través de la Dirección General Adjunta de Priorización, que dirige a la Comisión Interinstitucional encargada de evaluar las solicitudes de las diferentes instituciones públicas o privadas, para actualizar o modificar el CBCISS con base en criterios de transparencia, eficiencia e incorporación de evidencias relacionadas con los avances de la ciencia y tecnología en medicina, con el fin de fomentar la calidad y el uso racional de los insumos en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

El proceso de actualización se realiza en tres etapas: valoración, evaluación y dictamen, dando respuesta al total de solicitudes recibidas por parte de las instituciones públicas y privadas, cuya cifra varió como se observa en el cuadro XIII.1.

CUADRO XIII.1 NÚMERO DE SOLICITUDES DE INCLUSIÓN O MODIFICACIÓN AL CBCISS, PERIODO 2007 -2012

CONCEPTO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013[1/]
Solicitudes recibidas	182	149	12	65	200	290	169

1/ Incluye datos de enero a mayo.
FUENTE: Base de datos del Secretariado Técnico de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del sector salud.

Entre septiembre y diciembre de 2012 se recibieron y valoraron 116 solicitudes: 50% correspondieron a medicamentos, 28.5% a material de curación, 16.4% a instrumental o equipo médico y 5.1% a auxiliares de diagnóstico. Del total de solicitudes, 71.5% procedieron para la etapa de evaluación y sólo 34.4% obtuvo el dictamen de procedencia (cuadro XIII.2).

CUADRO XIII.2. PROCEDIMIENTOS REALIZADOS SEPTIEMBRE-DICIEMBRE 2012, SEGÚN TIPO DE INSUMOS

COMITÉ TÉCNICO ESPECÍFICO	RECEPCIÓN Y VALORACIÓN	EVALUACIÓN	DICTAMEN PROCEDENTE
Medicamentos	58	44	15
Material de Curación	33	25	15
Auxiliares de Diagnóstico	6	3	3
Instrumental y equipo Médico	19	11	7
TOTAL	116	83	40

FUENTE: Base de datos del Secretariado Técnico de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del sector salud.

Los resultados preliminares de enero a agosto de 2013 se organizaron en trimestres por ser los periodos en que se recibieron las solicitudes. La relación entre las solicitudes recibidas y las procedentes, consistentemente se conservaron a la baja, de tal manera que de 169 solicitudes recibidas en ambos periodos, sólo 133 (78.6%), cumplieron los requisitos para ser evaluadas. Asimismo de 79 solicitudes recibidas durante el primer trimestre, solamente 20.2% tuvo un dictamen procedente, porcentaje que disminuyó en el rubro de medicamentos en donde sólo 12% obtuvo el dictamen de procedencia.

Conforme al artículo 52 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del sector salud, el proceso de revisión de las solicitudes puede ser consultado en la página electrónica del CSG. El reporte de esta Comisión se dio a conocer en las sesiones del 16 de noviembre del 2012 y el 1de marzo de 2013.

Finalmente, el Consejo de Salubridad General, al coadyuvar con el objetivo de proveer una red de protección social que garantice el acceso al derecho a la salud, a través de la Comisión para Definir Tratamientos y Medicamentos Asociados a Enfermedades que ocasionan Gastos Catastróficos, realizó las siguientes acciones:

- Aprobó 10 protocolos técnicos de atención a enfermedades que ocasionan gastos catastróficos (cuadro XIII.3).

CUADRO XIII.3 PROTOCOLOS TÉCNICOS ACTUALIZADOS DE ENFERMEDADES QUE OCASIONAN GASTOS CATASTRÓFICOS 2012

COMITÉ TÉCNICO ESPECÍFICO	ENFERMEDAD
Categoría I. Diagnóstico y tratamiento de cáncer (menores de 18 años)	Leucemia linfoblástica aguda de alto riesgo
	Leucemia linfoblástica aguda (menores de 1 año)
	Leucemia linfoblástica aguda de muy alto riesgo
	Leucemia linfoblástica aguda de riesgo habitual
	Osteosarcoma
Categoría I Diagnóstico y tratamiento de cáncer (adultos)	Cáncer de colon y recto
	Cáncer de ovario epitelial
	Cáncer de pulmón
Categoría V. Rehabilitación a largo plazo	Enfermedad de Gaucher Tipo I y II
Categoría VIII. Trasplantes	Trasplante renal pediátrico

FUENTE: Base de datos del Secretariado Técnico de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del sector salud.

- Actualizó la categoría VI VIH/SIDA del listado de enfermedades que ocasionan gastos catastróficos para incluir otras enfermedades crónicas. Se le denominó Categoría IV VIH/SIDA y otras Infecciones Crónicas para incluir a la hepatitis C.
- Excluyó de dicho listado la enfermedad por cataratas seniles, a fin de que pueda ser retomado por el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud e incrementar el acceso a tratamiento.

Los proyectos que esta Comisión tiene en proceso son: aprobar la inclusión de las enfermedades esclerosis múltiple e hipertensión arterial pulmonar al listado de enfermedades que ocasionan gastos catastróficos, así como actualizar el protocolo técnico de la enfermedad hemorragia subaracnoidea.

2
VACIO

XIV. Programa IMSS-Oportunidades

PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES

Objetivo, Infraestructura y Financiamiento del Programa

IMSS-Oportunidades es un programa federal que, con una trayectoria de 34 años, contribuye a lograr que los mexicanos en situación más desfavorecida tengan acceso a los servicios de salud, impulsando su desarrollo integral y la igualdad de oportunidades.

El programa presta servicios a casi 11.9 millones de mexicanos, de los cuales poco más de cuatro millones habitan en localidades indígenas. Asimismo, se articula con el Programa Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO) al proporcionar el Componente Salud a familias beneficiarias de este programa.

La operación IMSS-Oportunidades se fundamenta en la atención primaria en dos vertientes. Por un lado, la atención médica que se presta a través de una red de 79 Hospitales Rurales (HR); 3,589 Unidades Médicas Rurales (UMR); 270 Unidades Médicas Urbanas (UMU), y 222 Brigadas de Salud. Por el otro, el trabajo coordinado con la comunidad involucrándola activamente en el autocuidado y en la práctica de hábitos saludables.

El programa financia su operación a través de los siguientes recursos:

CUADRO XIV.1 PRESUPUESTO AUTORIZADO 2012-2013

CONCEPTO	EJERCICIO FISCAL (CIFRAS EN PESOS)	
	2012	2013
Ramo 19 aportaciones a seguridad social	8,500,000,000	8,800,000,000
Ramo 12 salud 1/	831,109,657	1,100,513,300
Total	9,331,109,657	9,900,513,300

1/ Recursos correspondientes al componente salud del PDHO. En 2012 se incluyen 20 mdp por concepto de familias afiliadas al SNPSS de Chiapas.

FUENTE: Unidad del Programa IMSS-Oportunidades. 2012-2013.

Nuevas Unidades Médicas

En materia de infraestructura, entre 2009 y 2012 destaca la construcción de ocho HR y 39 UMR, la instalación de 55 UMU, la construcción de 29 Centros de Atención Rural Obstétrica (CARO) y la ampliación del servicio de urgencias a 16 HR.

Por otra parte, de septiembre de 2012 a agosto de 2013 se efectuaron 47 obras con una inversión de 202.9 millones de pesos, de las que destaca: remodelación al servicio de urgencias de tres HR en Chiapas, Oaxaca y Puebla; remodelación integral de un HR en Tamaulipas programada para finalizar en noviembre de 2013; mejora de los sistemas de aire acondicionado de tres HR en Oaxaca, San Luis Potosí y Sinaloa; construcción de 23 UMR —21 de sustitución y dos de nueva creación—, y construcción de 10 CARO.

Acciones de Salud Pública

En materia de vacunación, IMSS-Oportunidades destinó recursos significativos para lograr la equidad inmunológica. En este sentido, de 2007 a 2011 se invirtieron 145.7 millones de pesos para modernizar la red de frío en todas sus unidades médicas, mientras que de 2007 a 2012, el gasto en vacunas fue de 2,222 millones de pesos.

IMSS-Oportunidades cumplió con las metas de vacunación de las Semanas Nacionales de Salud. En estas acciones, se destaca la participación de los grupos voluntarios con actividades de educación y promoción de la vacunación, búsqueda intencionada de personas sin vacunar y con esquemas incompletos. Por lo anterior, de 2007 a 2012 las coberturas del esquema básico de vacunación se mantuvieron por arriba de 95%.

De 2006 a 2012 se aplicaron 21,546,722 dosis de vacunas y de septiembre de 2012 a agosto de2013 se aplicaron 4,436,152 dosis del esquema básico en niños menores de 8 años. En lo que respecta a la vacunación a mujeres en edad fértil, se aplicaron 841,682 dosis de toxoide tetánico diftérico, permitiendo tener coberturas dentro de los indicadores establecidos para el sector salud.

En relación con la influenza humana AH1N1, IMSS-Oportunidades se sumó a los acuerdos del Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica a través de 15 Unidades de Salud Monitoras de Influenza. Durante la temporada invernal 2012-2013 se notificaron 355 casos sospechosos de influenza, de los que 212 fueron hospitalizados y 143 ambulatorios; se confirmaron 30 casos y no se registró defunción.

Con el fin de sensibilizar a la comunidad para actuar de forma oportuna en el diagnóstico, tratamiento y control del brote de infecciones respiratorias, los voluntarios realizaron 87,596 talleres comunitarios con la participación de 1,461,346 personas en las localidades de mayor riesgo.

Ante la presencia de los cuatro serotipos del virus del dengue en el país, IMSS-Oportunidades fortaleció la vigilancia epidemiológica. De septiembre 2012 a agosto 2013 se confirmaron 1,399 casos de fiebre por dengue, superior a los 1,348 registrados en el mismo periodo de 2011-2012, lo que representó una variación en la tasa de incidencia de 13.5 a 13 por cada 100,000 beneficiarios Para fiebre hemorrágica por dengue se confirmaron 454 casos, lo que significó una tasa de incidencia de 4.4, en comparación al periodo anterior donde se atendieron 354 casos representando una tasa de 3.4 por 100,000 beneficiarios.

Reducción de la Muerte Materna y Atención a la Mujer y el Niño.

La reducción de la mortalidad materna ha sido una prioridad para IMSS-Oportunidades, por lo que, de acuerdo con el objetivo planteado en la Cumbre del Milenio, desde 2007 se han instrumentado acciones tendientes a incidir en los principales factores desencadenantes de la muerte materna en el área rural. Con base en el perfil epidemiológico de las muertes maternas del programa y las recomendaciones de los organismos internacionales, se definió un modelo de intervención con tres ejes: i) prevención de los embarazos de alto riesgo a través de la planificación familiar; ii) prevención de las complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, mediante el control prenatal oportuno y de calidad, así como la atención institucional del parto, y iii) el manejo efectivo y oportuno de las urgencias obstétricas.

Como resultado, de 2007 a 2012 se observó una disminución significativa y consistente de la razón de muerte materna en el ámbito del programa de 65.9 a 37.7 por cada 100,000 nacidos vivos estimados por el Consejo Nacional de Población, lo que representó un descenso del 38.7%. En 2013 la tendencia descendente se mantuvo para registrar una tasa estimada, al mes de agosto, de 25.5.

Los voluntarios del programa contribuyeron a este logro otorgando 1,077,163 consejerías en planificación familiar, lo que propició que 30,936 mujeres aceptaran por primera vez el uso de algún método anticonceptivo; se registraron 668,424 usuarias activas de algún método y 169,983 personas aceptaron un método de mayor continuidad o quirúrgico. Los voluntarios también derivaron a las unidades médicas a 241,994 mujeres con embarazo de alto y bajo riesgo, a 9,781 para la atención del parto, y a 73,115 puérperas para seguimiento médico.

Por otra parte, las parteras voluntarias rurales derivaron a 138,891 mujeres a las unidades médicas para control prenatal, 34,780 más que en el periodo anterior. Asimismo, atendieron 9,657 partos, de los cuales 8.5% fueron atendidos junto con el equipo de salud. Asimismo, se capacitó a 1,363 parteras en interrelación con el programa de entidades con alta incidencia de muerte materna.

Otro mecanismo que contribuye a disminuir la muerte materna son los albergues comunitarios aledaños a los HR, en los que se otorga alimentación y hospedaje a personas que viven en zonas lejanas. De septiembre de 2012 a agosto de 2013 se benefició con este servicio a 441,786 personas, de las cuales 19% fueron embarazadas y puérperas, lo que significó un incremento de 9% respecto al mismo periodo del año anterior.

En cuanto a la prevención y reducción del Cáncer Cérvico Uterino (CACU), IMSS-Oportunidades amplió la cobertura de detección oportuna y fortalecimiento de la citología cervical a través de la implementación de laboratorios en los HR. Durante 2012 se adecuaron cinco laboratorios y, a junio de 2013 se construyeron 15 más, en donde laboran 45 citotecnólogos formados en el propio programa.

En este sentido, mientras que de 2007 a 2012 se realizaron 2,669,049 citologías cervicales, de septiembre de 2012 a agosto 2013 se hicieron 1,178,624, lo que representó un aumento de 48.1% con relación al mismo periodo del año anterior. Con esto se logró una cobertura anual estimada de detección en las mujeres de 25 a 64 años de edad de 31%.

Asimismo, el fortalecimiento de los módulos de salud ginecológica de los HR con equipo y personal capacitado posibilitó incrementar la cobertura de atención de las mujeres con alguna patología premaligna o maligna del cérvix uterino. Mientras que de 2007 a 2012 se detectaron 54,575 pacientes con algún tipo de lesión premaligna del cérvix uterino o infección por Virus del Papiloma Humano (VPH), así como 1,356 casos de CACU en sus diferentes etapas, entre septiembre de 2011 y agosto de 2012 se identificaron 11,159 pacientes con lesiones premalignas y 227 con CACU. Se estima que en el periodo de septiembre de 2012 a agosto de 2013, estas cifras continuarán su tendencia descendente con 5,308 y 96 casos respectivamente.

Para dar respuesta a la universalización de la aplicación de la vacuna contra el VPH, entre el 2010 y 2012 IMSS-Oportunidades aplicó 639,241 dosis y, en este último año, aplicó 214,208. Lo anterior permitió proteger en promedio anual, a 111,000 niñas y adolescentes de entre 9 y 15 años de edad.

Para reforzar las actividades educativas, en el periodo que se informa, los grupos voluntarios lograron reunir en los talleres comunitarios a 1,518,115 mujeres para tratar temas de prevención y detección oportuna de CACU y de mama.

IMSS-Oportunidades ha logrado un fuerte impacto en la reducción de la desnutrición infantil a partir de las acciones preventivas y asistenciales. La prevalencia de desnutrición en los menores de 5 años, registró una reducción de 9.4 a 5.7%, entre 2006 y 2012, cifra que se mantiene para agosto de 2013. Los voluntarios contribuyeron con la valoración de 1,633,840 niños menores de 5 años y de 223,636 mujeres embarazadas, de los cuales 8.6% y 4.6% respectivamente, fueron identificados como sospechosos de desnutrición.

Adolescencia

Por lo que respecta al segmento de los jóvenes, los Centros de Atención Rural al Adolescente son una estrategia orientada a la prevención de enfermedades y la promoción de su desarrollo integral en las comunidades rurales e indígenas, mediante un proceso educativo reflexivo y vivencial.

De 2007 a 2012 concluyeron su capacitación en estos centros 3,330,821 adolescentes. De septiembre de 2012 a agosto del 2013 se capacitó a 322,230 jóvenes. En los últimos seis años, se fortaleció su participación con la integración de 12,867 equipos juveniles activos, de los cuales se mantienen a la fecha 12,056.

Simultáneamente, de septiembre de 2012 a agosto de 2013 los grupos voluntarios impartieron 53,116 talleres comunitarios sobre salud sexual a 1,278,833 adolescentes, lo que benefició a un promedio de 24 personas por taller en localidades que carecen de unidad de salud.

Atención a la Cronicidad

En relación con la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, IMSS-Oportunidades ha replanteado acciones de detección para lograr un diagnóstico temprano de la enfermedad. De septiembre de 2012 a agosto de 2013 se realizaron 3,020,689 detecciones de diabetes mellitus y 3,137,326 para hipertensión arterial. Adicionalmente, como parte del reordenamiento de las acciones preventivas, se fortaleció el seguimiento nominal del paciente sospechoso hasta descartar o confirmar su enfermedad e incorporarlo al tratamiento. Entre septiembre de 2012 y agosto de 2013 ingresaron a tratamiento y control 8,853 enfermos de diabetes mellitus y 10,182 de hipertensión arterial.

De manera complementaria, los voluntarios realizaron 64,462 talleres comunitarios sobre la temática de enfermedades crónico degenerativas con 1,073,168 participantes, y refirieron a las unidades médicas a 287,777 personas con sospecha de diabetes y a 349,374 hipertensos para su diagnóstico y tratamiento.

Otras Acciones Comunitarias

Respecto a las actividades de saneamiento, y con el apoyo de los voluntarios, se logró que 2,172,765 familias participaran en actividades de autocuidado de la salud y en la disposición de la basura y control de fauna nociva y transmisora. Además, se llevaron a cabo 31,860 talleres comunitarios con 531,760 participantes del bloque de

padecimientos por mal saneamiento ambiental, lo que representó un incremento de 3,968 talleres y 52,051 participantes respecto al periodo anterior.

Productividad e Indicadores Médicos

Algunos de los indicadores de productividad de atención médica más representativos registraron los siguientes resultados:

En relación con el Componente Salud que IMSS-Oportunidades otorga a familias beneficiarias del PDHO, de septiembre de 2012 a agosto de 2013 se realizaron 12,609,367 consultas a integrantes de 1,461,833 familias. Adicionalmente, se entregaron 13,819,459 sobres de suplemento alimenticio a niños y mujeres, lo que representó un aumento de 4.8% respecto al periodo de septiembre de 2011 a agosto de 2012.

CUADRO XIV.2 SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS

CONCEPTO	PERIODO	
	SEPTIEMBRE 2011 A AGOSTO 2012	SEPTIEMBRE 2012 A AGOSTO 2013
Egresos hospitalarios	233,685	236,401
Consultas	20,973,166	21,108,345
Intervenciones quirúrgicas	91,661	99,755
Estudios de laboratorio	8,456,261	9,397,435
Estudios de Rayos X	334,175	342,156
Porcentaje de ocupación hospitalaria	77.8	83.4

FUENTE: Unidad del Programa IMSS-Oportunidades. 2011-2013.

Con el objetivo de acercar los servicios de alta especialidad a la población que atiende IMSS-Oportunidades, de 2007 a 2012 se llevaron a cabo 117 Encuentros Médico Quirúrgicos (EMQ). Esta línea de trabajo ha tenido continuidad y, de septiembre de 2012 a mayo de 2013 se han realizado 11 EMQ en los que se valoraron a 10,309 personas y se practicaron más de 2,600 procedimientos quirúrgicos.

Garantía de Calidad y Convergencia

En seguimiento al Pacto por México en su compromiso de convergencia de servicios de salud, el programa ha ampliado la oferta de servicios a las familias del PDHO incorporando gradualmente los servicios de salud pública (vacunas) y otros de prevención y atención a la salud.

El programa IMSS-Oportunidades ha desplegado el proyecto de Acreditación como Garantía de Calidad que tiene como objetivo la acreditación progresiva de las unidades médicas con el fin de incorporarlas como prestadoras del Sistema de Protección Social en Salud. Como parte de este proceso, se ha capacitado ya a 410 personas y se han acreditado cinco HR.

El programa también desarrolla un proyecto de educación intercultural en la atención a la salud de las comunidades indígenas que hasta la fecha ha formado a 273 profesionales.

Participación Ciudadana y Gestión de Quejas

Por lo que toca a la expresión ciudadana, de septiembre de 2012 a agosto de 2013 se recibieron a través del buzón de las unidades médicas 49,319 reconocimientos, 14.4% más que en el periodo anterior. Se recibieron 10,802 quejas de las cuales se resolvieron 82%, lo que representó una disminución de 1,300 quejas respecto al mismo periodo anterior. Es importante destacar que, en agosto de 2013 se instaló la figura de Aval Ciudadano en las unidades médicas acreditadas del programa, con el fin de verificar las acciones que realizan para mejorar el trato digno a los usuarios.

Sistema de Información y Padrón de Beneficiarios

Con el propósito de hacer más eficientes los procesos de trabajo de médicos y enfermeras de IMSS-Oportunidades, obtener estadísticas con mayor grado de confianza y oportunidad, y vincular las acciones en salud con el registro nominal del beneficiario, en junio de 2012 se inició el proyecto de transición de un sistema manual de registro de información a un sistema automatizado, el cual, a agosto de 2013 opera en seis entidades federativas.

En relación con el padrón de beneficiarios de IMSS-Oportunidades, se continuaron las acciones para mejorar la calidad e integralidad de los datos del primer levantamiento efectuado entre 2009 y 2010. Al respecto destaca: la confrontación con otros padrones gubernamentales; la validación de la Clave Única de Registro de Población con el Registro Nacional de Población; la vinculación con el nuevo sistema automatizado de registro de información estadística; así como la verificación de datos en sitio en los municipios incorporados a la Cruzada Nacional contra el Hambre.

XV. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) es el Organismo Público Descentralizado con patrimonio y personalidad jurídica propios a que se refiere el artículo 172 de la Ley General de Salud y el artículo 27 de la Ley de Asistencia Social, a través del cual se establecen atribuciones como coordinar el Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada para llevar a cabo funciones específicas de promoción, previsión, prevención, protección y rehabilitación.

El SNDIF coordina, con los 31 Sistemas Estatales para el Desarrollo Integral de la Familia (SEDIF) y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal, la Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria (EIASA), la cual se conforma por cuatro programas que operan con recursos federales Ramo 33 y cuyos resultados en el periodo septiembre 2012 a agosto 2013 se mencionan a continuación:

- El programa de Desayunos Escolares distribuyó 960,867,978 desayunos, lo que benefició a 5,391,747 niñas y niños en promedio al día.
- Con respecto a la Atención a Menores de Cinco Años en Riesgo no Escolarizados, se distribuyeron poco más de 92 millones de raciones alimenticias, beneficiando a un promedio diario de 526,456 menores.
- Por medio del programa de Asistencia Alimentaria a Familias en Desamparo, de enero a junio de 2013, se distribuyeron 1,026,358 despensas, con lo que se apoyó a 190,818 familias de 598 municipios.
- En el rubro de Asistencia Alimentaria a Sujetos Vulnerables, los Sistemas Estatales del DIF distribuyeron 2,831,540 despensas, apoyando a 757,518 beneficiarios.

Al cierre del periodo 2006-2012 se incrementó el cumplimiento de los criterios de calidad nutricia de los apoyos otorgados a través de los programas que conforman la EIASA, mediante la integración de diversos alimentos, los cuales fueron implementados al 100% en 20 SEDIF en los cuatro programas que integran la estrategia. En la presente administración, se impulsará que la totalidad de los SEDIF otorguen los apoyos con la calidad nutricia establecida en los lineamientos de la EIASA, que emite el SNDIF.

Mediante la Estrategia Integral de Desarrollo Comunitario (EIDC), Comunidad Diferente, el SNDIF otorga recursos económicos a los SEDIF para fomentar, mediante acciones de capacitación, el desarrollo de habilidades y conocimientos de los integrantes de grupos de desarrollo para la gestión y fortalecimiento de sus proyectos comunitarios, con el fin de contribuir a mejorar las condiciones de vida en las localidades de alta y muy alta marginación. En este rubro, al cierre del ejercicio 2012 los SEDIF reportaron 19,864 personas capacitadas –2,534 hombres y 17,330 mujeres– y 2,972 proyectos de desarrollo comunitario que surgieron a partir de la EIDC. En el primer semestre de 2013 se revisaron y retroalimentaron 31 proyectos anuales de capacitaciones y se firmaron 31 convenios.

En materia de discapacidad, a través del programa de Prestación de Servicios en los Diferentes Niveles de Atención a la Salud, se impartieron 4,326 pláticas de orientación e información a las que asistieron 74,092 personas en esa situación o en riesgo de presentarla y sus familias; además, se otorgaron 717,058 consultas médicas y paramédicas, lo que representó un incremento de 8% en comparación con el mismo periodo anterior. Se realizaron 35,201 valoraciones médicas para la detección de discapacidad y se dieron 1,729,242 sesiones de terapia física, ocupacional y de lenguaje, 14% más que el año anterior. Con estas acciones, se atendió a 48,047 personas con discapacidad.

Se entregaron 31,751 credenciales en los 36 módulos que integran el Sistema de Registro del Programa de Credencial Nacional para Personas con Discapacidad ubicados en las 32 entidades de la república.

Con relación a las actividades del Programa Formación y Desarrollo Profesional de Recursos Humanos Especializados para la Salud, en el campo de la rehabilitación, se impartieron tres cursos, uno a nivel de posgrado para la formación de 44 médicos especialistas en medicina de rehabilitación, y dos a nivel licenciatura en el que se encuentran en formación 82 estudiantes en terapia física y 41 en terapia ocupacional, distribuidos en los centros de rehabilitación del Distrito Federal, Puebla, Toluca, Ciudad Victoria, Chetumal y Guadalajara.
Con el Programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia que el SNDIF coordina con los SEDIF, a través de las temáticas comprendidas dentro de

las estrategias de prevención y atención, se desarrollaron las siguientes actividades:

- Se operaron 541 Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil en 189 municipios, donde se atendieron a 45,549 niñas y niños. Se contó además con 1,853 Centros de Asistencia Infantil Comunitarios en 532 municipios, donde se atendieron 75,099 niñas y niños.
- En los 1,562 Clubes de Salud del Niño registrados y distribuidos en 462 municipios, con un total de 34,742 niñas y 34,805 niños socios, se atendieron 69,547 niñas y niños, beneficiando a más de 66,000 padres y madres.

Con respecto a la Prevención de Riesgos Psicosociales y Adicciones, se realizaron 157 cursos de capacitación sobre las seis estrategias de la Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida, capacitando a 1,530 promotores multiplicadores y 2,622 orientadores.

En cuanto a la temática Prevención de Riesgos Psicosociales, Embarazo en Adolescentes, se realizaron diversos talleres nacionales, así como pláticas, conferencias preventivas y canalizaciones estatales a través de 1,201 promotores, lo que benefició a 685,537 niñas, niños y adolescentes y a 201,322 adultos en 28 entidades y 608 municipios. Con respecto a la profesionalización del personal de los Sistemas Estatales DIF y SNDIF se realizaron 48 capacitaciones, con las cuales se formaron 1,114 promotores en las diferentes estrategias preventivas de la temática mencionada.

Con relación a Promoción y Difusión de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, se realizaron 16,664 pláticas, 71 ferias, 60 foros, 86 campañas y 176 desfiles, con lo que se informó sobre el tema a 208,984 niñas, niños y adolescentes y a 35,316 adultos. Asimismo, se contó con 16,667 DIFusores locales, 1,270 municipales y 30 estatales. Se capacitó a 31,206 niñas, niños y adolescentes sobre la Convención de los Derechos del Niño y a 41,326 adultos en el mismo rubro.

Para la temática Niñas, Niños y Adolescentes en Situación de Calle, entre enero y junio de 2013, se benefició a 14,197 niños y adolescentes en esta situación o en riesgo mediante la implementación de 79 proyectos de atención especializada, diseñados y operados por 44 organizaciones de la sociedad civil (OSC) y 32 Sistemas Municipales DIF.

Con respecto a la Prevención y Atención a Niñas, Niños y Adolescentes Migrantes y Repatriados No Acompañados, la red de 40 módulos y albergues de tránsito (localizados en las fronteras norte y sur del país) atendió a más de 17,000 menores en esta situación. Aunado a lo anterior, los SEDIF y los Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia implementaron acciones para promover el arraigo familiar y comunitario de la infancia y adolescencia, formando 54 grupos de líderes comunitarios y el trabajo en Centros Comunitarios de Protección a la Infancia.

En cuanto a la Prevención, Atención, Desaliento y Erradicación del Trabajo Infantil, se realizaron acciones preventivas y de atención en 724 municipios, de 28 entidades federativas, se atendieron a 189,393 niñas y niños en riesgo de incorporarse a actividades laborales, así como a 89,580 niñas, niños y adolescentes trabajadores y 150,858 familias; se otorgaron 5,533 apoyos económicos para promover la permanencia o reinserción en el ámbito educativo.

Con respecto a la Atención de la Explotación Sexual Infantil, de enero a junio de 2013 se realizaron acciones en 267 ciudades de 24 entidades federativas: 18 campañas y 1,557 eventos en materia de prevención en los que participaron 99,308 niñas y niños, así como 28,133 adultos; se brindó atención a 11,997 niñas y niños en riesgo, y se canalizaron 114 niñas y niños víctimas.

Entre diciembre de 2012 y agosto de 2013, con relación a la Promoción del Buen Trato, se benefició a 66,379 niñas, niños y adolescentes, y a 22,222 madres, padres, tutores y cuidadores de 3,438 familias, mediante la aplicación de acciones en materia de prevención de las conductas agresivas, los malos tratos y la violencia social, en los 366 municipios pertenecientes a 28 entidades del país donde opera dicha estrategia.

En el Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras operaron 9,568 estancias localizadas en 1,250 municipios en las 32 entidades federativas. En ellas, se atendió a más de 265,000 niñas y niños, beneficiando aproximadamente a 257,390 hogares, generando más de 44,016 fuentes de ingreso, entre responsables y asistentes. Destaca que 98% de las responsables de las estancias son mujeres.
Se llevó a cabo la capacitación complementaria Seminario del Modelo de Atención Integral del Programa de Estancias Infantiles impartido a 8,979 responsables de todo el país. Se capacitó a 24,976 asistentes educativos en temas de cuidado y atención infantil; se realizaron 1,615 acciones

con fines de certificación en el estándar de competencia EC0024 Cuidado de las Niñas y los Niños en Centros de Atención Infantil a personal responsable de las estancias infantiles. En este mismo programa, se realizaron 49,000 visitas de supervisión y seguimiento a todas las estancias en operación.

Se otorgaron subsidios federales a través del subprograma Fortalecimiento a las Procuradurías de la Defensa del Menor y la Familia, dentro del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable (PAFPV), con los cuales se otorgó apoyo a proyectos que lograron identificar 103 albergues públicos y 622 privados, así como a 16,893 menores albergados.

Se realizaron las ediciones XXVI y XXVII del Taller de Procuradores de la Defensa del Menor y la Familia con temas como: *bullying*; niños migrantes; adopción internacional y sustracción de menores. En este marco, se celebró el Acuerdo Nacional de Coordinación con los SEDIF que tiene como objetivo posicionar al SNDIF como el ente rector de las políticas públicas en materia de infancia y familia, derechos de niñas, niños y adolescentes y la atención de menores en situación de vulnerabilidad grave, a través de la creación de la Procuraduría General de la Defensa del Menor y la Familia dependiente del SNDIF.

Dentro del marco de cooperación internacional en el tema de adopciones, se implementaron mecanismos para mejorar los procesos de adopción, con ello, se han realizado diversas acciones en coordinación con los SEDIF y los tribunales superiores de justicia de las entidades federativas, a fin de revisar criterios para homologar, en lo posible, el marco normativo de las adopciones y estandarizar los procedimientos en esta materia. Se llevaron a cabo ocho adopciones; se recibieron 46 solicitudes de adopción nacional y se brindaron 587 asesorías en esta materia; asimismo, se recibieron 11 solicitudes de adopción internacionales y se dieron 68 asesorías en este rubro.

Se atendieron 396 reportes de maltrato infantil y se brindaron 3,106 asesorías jurídicas presenciales en materia familiar de primera vez, 30% más que en el periodo anterior; se dieron 186 asesorías por correo electrónico y 225 vía telefónica. También se impartieron 23 pláticas en temas de prevención y atención de maltrato infantil y violencia familiar, a las que asistieron 2,052 personas.

Dentro del Programa de Atención a Personas con Discapacidad se realizaron acciones para contribuir a que la población con discapacidad, en todo el territorio nacional, mejore sus condiciones de vida. En este sentido, de enero a agosto de 2013 se otorgaron subsidios por 58,665,300 pesos para la ejecución de proyectos de los SEDIF y de las OSC orientadas a personas con discapacidad, así como para el fortalecimiento de la infraestructura y el equipamiento para la atención de las personas en esta situación, así como para su desarrollo e inclusión laboral, educativa y social.

A través del PAFPV, el subprograma Atención a Personas y Familias en Desamparo, en su línea de acción Proyectos de Asistencia Social, de enero a agosto de 2013, otorgó subsidios por 11 millones de pesos para la ejecución de proyectos de los SEDIF y las OSC, cuya actividad estuviera orientada a la asistencia social y a la realización de obras y acciones enfocadas al fortalecimiento de la infraestructura, equipamiento y formación (investigación, capacitación y profesionalización), que promovieran el desarrollo integral de las niñas, niños, adolescentes y adultos mayores en situación de vulnerabilidad.

Dentro del mismo subprograma, a través de su línea de acción Protección a la Familia con Vulnerabilidad, se otorgaron 256 apoyos en especie, 1,281 económicos temporales, que beneficiaron al año aproximadamente a 107 personas y 5,500 apoyos para atención especializada, con los cuales se atendió mensualmente a 458 personas en 27 OSC con las que se tienen convenios.

En el rubro de Atención Integral e Individualizada a Niñas, Niños y Adolescentes en situación de desamparo, albergados en los Casas Hogar del SNDIF, se proporcionaron 1,494,633 servicios asistenciales a un promedio de 330 menores. En los Centros Nacionales Gerontológicos y Casas Hogar para Ancianos se otorgaron 1,474,222 acciones de atención médica, psicológica y de trabajo social para adultos mayores, con lo que se benefició a un promedio de 442 adultos mayores.

En los siete campamentos recreativos del SNDIF se realizaron 7,138 eventos culturales, deportivos y recreativos, con lo que se benefició a 34,693 personas, entre menores, adolescentes, adultos mayores y personas con alguna discapacidad.

XVI. Centros de Integración Juvenil

CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL

Centros de Integración Juvenil, A.C. (CIJ) es una institución especializada en la prevención, tratamiento, investigación y capacitación integral de las adiciones. Tiene como propósito contribuir a la disminución de la demanda de drogas con la participación de la comunidad, otorgando servicios de calidad a la población.

En congruencia con la normatividad programática presupuestal 2012-2013 y los lineamientos señalados en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, la institución ha implementado programas preventivos y de atención curativa con la finalidad de atender el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas en la población.

La institución cuenta con una red de atención de 114 unidades, las cuales se encuentran operando en todo el país, conforme a los siguientes criterios:

- En zonas de atención prioritaria y de alto riesgo para el consumo de drogas, se encuentran funcionando 100 Centros de Integración Juvenil.
- Para la atención hospitalaria, se cuenta con 12 unidades ubicadas en Baja California, Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Guerrero, Nuevo León, Sinaloa, Zacatecas, Jalisco y Estado de México. En estas dos últimas, se cuenta con dos unidades por entidad.
- Para las personas con problemas por el consumo de heroína, se tienen dos unidades de tratamiento especializadas ubicadas en Ciudad Juárez y Tijuana.

De igual forma, se contó con el apoyo de Unidades Móviles de Tabaco en la Ciudad de México, para la prevención y atención del consumo de esta sustancia.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en los programas de prevención y tratamiento, así como los correspondientes a enseñanza e investigación, además de acciones que permiten la coordinación nacional e internacional con otras instituciones afines.

Programa de Prevención

El programa de prevención tiene como línea estratégica la educación para la salud y se desarrolla en diversos ámbitos: escolares, comunitarios, sociales y centros de trabajo.

A través del programa Para Vivir sin Adicciones, CIJ fomenta la cultura de la prevención de las adicciones para evitar y reducir el uso y abuso de alcohol, tabaco y otras drogas. El programa comprende las modalidades de prevención universal, selectiva e indicada, implementadas en función del riesgo al cual se encuentra expuesta la población.

Entre septiembre de 2012 y agosto de 2013 se realizaron un total de 400,771 acciones con una cobertura de 6,184,364 personas, lo cual representa un avance de 13% y 4% respectivamente, en relación al periodo anterior. A continuación, se exponen las cifras más relevantes:

En prevención universal, se implementaron las estrategias de información, orientación y capacitación, logrando los siguientes resultados:

- En la estrategia de información preventiva se realizaron 121,422 acciones (sesiones informativas y de sensibilización), principalmente dirigidas a alumnos, maestros y padres de familia de los distintos niveles de enseñanza, así como a población en general, logrando una cobertura de 4,457,361 personas.
- En orientación preventiva se realizaron 51,000 acciones en niños, adolescentes, adultos jóvenes y padres de familia, alcanzando una cobertura de 296,358 personas.
- En capacitación preventiva se efectuaron un total de 81,277 acciones dirigidas a trabajadores, docentes, personal de salud y líderes comunitarios, impactando a 21,549 personas.

La prevención selectiva se enfoca a la atención de grupos vulnerables (estudiantes con bajo rendimiento escolar, hijos de alcohólicos, víctimas de violencia doméstica y sexual), mientras que la prevención indicada se orienta a consumidores experimentales de sustancias. A través de estas modalidades, se implementaron 9,292 acciones, con una cobertura de 29,367 personas.

Con las actividades de movilización comunitaria (jornadas y eventos comunitarios) se promueve la participación de la comunidad en las tareas preventivas y en la conformación de redes sociales en materia de adicciones. En este sentido, se llevaron a cabo 137,775 acciones impactando a 1,379,729 personas.

Programa de Atención Curativa

El programa de atención curativa tiene como propósito reducir y, en su caso, eliminar el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en los pacientes que acuden a los servicios de consulta externa y hospitalización, así como promover la rehabilitación y reinserción social, laboral y familiar de los mismos.

De los resultados obtenidos en tratamiento, se comenta lo siguiente:

Consulta externa: comprende tres niveles, el primero responde al plan primera respuesta y está dirigido a personas que han tenido poco contacto con las drogas; en el segundo nivel, la consulta externa básica está dirigida a que los pacientes logren la abstinencia, la mantengan y consigan su reinserción social para ello, éstos o sus familiares asisten una o dos veces por semana; el tercer nivel, corresponde a la consulta externa intensiva, también denominada Centro de Día dirigida a personas con problemas de abuso o dependencia, que requieren de una atención integral e intensiva debido a la severidad de su adicción. En total, se otorgaron 384,058 consultas externas a más de 78,000 pacientes, incluyendo a familiares de primera vez, lo que no representó variación alguna en relación al periodo del año anterior.

Hospitalización: el tratamiento residencial comprende, en primer lugar, la aplicación de un plan para estabilizar los síndromes de intoxicación y abstinencia del paciente; posteriormente, dependiendo de la severidad de la adicción, se determina el tipo de hospitalización al cual será sujeto. La estancia breve implica un mes de internamiento, mientras que la estancia media abarca tres meses. Las unidades de hospitalización atendieron 2,378 pacientes, registrando 1,751 egresos y 627 personas que continuaron su tratamiento. Respecto al año anterior, hubo un incremento de 21% en ambos aspectos.

Tratamiento para personas que consumen heroína: en las unidades de tratamiento especializado se tuvo un avance importante con respecto al periodo anterior, atendiendo a 385 personas, lo cual representó un incremento de 18%. Los objetivos del programa de mantenimiento y deshabituación con metadona son: interrumpir el ciclo de intoxicación-síndrome abstinencia, disminuir el consumo de otros opiáceos ilícitos, el riesgo de muerte por sobredosis y las conductas de riesgo.

Tratamiento para dejar de fumar: este se implementa en consulta externa, comprende el consejo médico (pláticas informativas) para motivar a los consumidores de tabaco a que se incorporen al tratamiento, el cual consiste en terapia de reemplazo de nicotina (con chicles o parches) o prescripción de algún fármaco y terapia cognitivo-conductual de 10 sesiones grupales. A través del llamado Consejo Médico, se atendieron 24,993 personas, de las cuales 4,841 ingresaron a tratamiento. Con respecto al periodo anterior, se registraron incrementos de 14% y 8%, respectivamente.

Por otro lado, se efectuaron 8,325 espirometrías (pruebas de capacidad pulmonar) en eventos informativos y de detección con el objetivo de canalizar a personas de la comunidad, insertas en el ámbito laboral, escolar o institucional a tratamiento para dejar de fumar; así como a pacientes en etapa diagnóstica y de tratamiento. Estos resultados fueron superiores en 127% a los obtenidos en el periodo anterior.

Programa de Investigación

Se desarrollaron 35 proyectos de investigación centrados en epidemiología, factores de riesgo y contextuales del uso de sustancias y de evaluación de programas de atención del uso de sustancias.

Se concluyeron 16 estudios de investigación epidemiológica, psicosocial, cualitativa y evaluativa, se publicaron 10 artículos en revistas y libros especializados; dos más se aceptaron para su publicación en revistas indexadas, nueve se encuentran en dictamen, y tres en elaboración.

También se publicaron dos artículos en revistas institucionales de divulgación, se generaron 34 reportes internos, se presentaron 11 ponencias y seis carteles en congresos nacionales e internacionales.

Programa de Enseñanza

El área de enseñanza capacitó, actualizó y formó a 1,378 profesionales de la salud de CIJ y de otras organizaciones afines a través de 77 actividades académicas que incluyen cursos, diplomados con reconocimiento universitario y estudios de posgrado, como la Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones y la Maestría en Terapia Familiar con énfasis en Adicciones con Perspectiva de Género.

Entre las temáticas abordadas se encuentran: terapia familiar y de grupo para la atención de las adicciones y la violencia familiar con perspectiva de género; tratamiento para dejar de fumar; intervención médica para erradicar el consumo de cocaína y crack; comorbilidad del paciente; atención de consumidores en conflicto con la ley, y habilidades para la vida en la prevención del consumo de drogas.

El área de documentación científica proporcionó a través de los servicios de Biblioteca Virtual en Adicciones, Biblioteca Central y bibliotecas locales de los Centros de Integración Juvenil, un total de 25,437 consultas bibliográficas.

Actividades de Coordinación Nacional

Se firmaron 111 convenios, de los cuales cuatro son de carácter nacional, uno tiene cobertura en el Distrito Federal y 106 a nivel local. A través de éstos, se realizaron actividades de prevención universal, selectiva e indicada en los sectores educativo (niveles básico, superior y posgrado), salud, social, justicia y laboral.

Se conformaron dos Redes Universitarias, una en el estado de Quintana Roo y otra en la Comarca Lagunera, así como una Alianza de Jóvenes contra las Adicciones y la Violencia en Guerrero.

Actividades de Coordinación Internacional

Durante el periodo de septiembre a diciembre de 2012 la institución participó en los eventos que a continuación se mencionan:

- Primera Reunión de la Red Panamericana sobre Alcohol y Salud Pública Políticas Públicas para el Control del Uso Nocivo de Alcohol de la Organización Panamericana de la Salud.
- Foro Internacional sobre el Uso Indebido de Psicoactivos Volátiles organizado por la Comisión Nacional contra las Adicciones.
- Reunión Preparatoria de la XIII Reunión del Comité México-Guatemala de Cooperación contra el Narcotráfico y la Farmacodependencia organizada por la Procuraduría General de la República.

En el primer semestre de 2013 se asistió a los eventos siguientes:

- Quincuagésimo sexto periodo de sesiones de la Comisión de Estupefacientes, del 11 al 15 de marzo en Viena, Austria, como parte de la delegación mexicana.
- Reunión de trabajo con el Grupo Pompidou, en Estrasburgo, Francia, del 19 al 21 de marzo. Ahí mismo se realizó una visita de estudio al Consejo de Europa.
- Reunión de trabajo con el Presidente del Departamento de Política Antidroga de la Presidencia del Consejo del Ministerio y la Directora del Departamento de Política Antidroga de la Presidencia del Consejo del Ministerio, en Roma, Italia, el 22 de marzo.
- Conferencia El Vínculo entre Salud Mental y Mariguana, en el Capitolio de Estados Unidos, Washington, D.C., el 26 de abril.
- Quincuagésimo tercer periodo de sesiones de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, el cual se llevó al cabo del 20 al 22 de mayo de 2013, en Washington, D.C.
- XLIII Asamblea General de la Organización de Estados Americanos por una Política Integral Frente al Problema Mundial de las Drogas en las Américas, que tuvo lugar en Antigua, Guatemala, del 4 al 6 de junio de 2013.

XVII. Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA
r tu SALUD
estamos
iendo a
MÉXICO

LABORATORIOS DE BIOLÓGICOS Y REACTIVOS DE MÉXICO

Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México S.A. de C.V. (Birmex) es la empresa paraestatal encargada de desarrollar, producir, comercializar y distribuir las vacunas, sueros y biológicos utilizados para los programas de inmunización en el país, garantizando una adecuada protección contra amenazas epidemiológicas. Asimismo, fortalece la capacidad de respuesta ante emergencias de salud, asegurando la producción nacional de reactivos, vacunas y otros dispositivos médicos estratégicos para la seguridad nacional.

Birmex se ha planteado como principales objetivos los de desarrollar su capacidad tecnológica, fortalecer su capacidad de producción, ampliar la cobertura de mercado y mejorar sus resultados financieros, para garantizar la producción y el suministro oportuno, y para que, tanto los productos fabricados como los comercializados, cumplan los requisitos de calidad que exigen los estándares de la entidad, así como los que establece la regulación sanitaria en la materia.

En lo referente a la comercialización, entre 2007 y 2012 el volumen de las ventas alcanzó un total de 526.8 millones de dosis, lo que significa que en promedio se distribuyeron casi 88 millones anualmente. De esta manera, Birmex cubrió cerca de 65% de las necesidades del sector salud.

En términos de valor, las ventas en 2007 reportaron 1,163 millones de pesos, mientras que al 31 de diciembre de 2012 el reporte de ventas cerró con 2,625.6 millones de pesos, lo que significa que, en cinco años, el nivel de ventas se duplicó, logrando un acumulado de 12,810.3 millones de pesos. La importancia de las ventas de Birmex no radica sólo en los volúmenes que se lograron, sino en el papel que ha desempeñado como instrumento estabilizador en el mercado de vacunas.

Se negoció y estableció un nuevo contrato para que Birmex continúe representando comercialmente al Serum Institute of India en México. Dicho instituto es uno de los principales fabricantes de vacunas en el mundo y el mayor proveedor de la Organización Panamericana de la Salud y Unicef, lo que ha permitido a Birmex obtener la renovación de los registros de cinco productos, así como precios competitivos.

Con el propósito de llevar a cabo en México la producción de la vacuna contra la influenza estacional, asegurando su disponibilidad en caso de una pandemia, se celebró con Sanofi Pasteur un convenio de transferencia tecnológica, así como un contrato de suministro para el surtimiento de vacunas e insumos para la producción. Gracias a este convenio, México fue el primer país latinoamericano en contar con la vacuna pandémica para iniciar el proceso de vacunación.

Como complemento al convenio con Sanofi Pasteur, en 2008 Birmex firmó con la Secretaría de Salud un contrato de compraventa de vacuna contra la influenza por 15 años, por medio del cual la Secretaría tiene la obligación de adquirir 10 millones de dosis anuales, previendo también el abasto de la vacuna en situación de pandemia. Adicionalmente se suscribieron convenios con Sanofi Pasteur para la distribución de las vacunas Pneumo 23, Hepatitis A, Varicela, Pentavalente y DPaT.

Desde 2011 se han realizado reuniones con diversas instituciones nacionales como la Universidad Autónoma de Yucatán, el Centro de Investigación y de Estudios Avanzados y el Instituto Carlos Slim de la Salud, y con instituciones de Estados Unidos como Baylor College of Medicine, Sabin Vaccine Institute y los National Institutes of Health, con la finalidad de sentar las bases para la transferencia tecnológica requerida para la producción de antígenos recombinantes que serán empleados como vacunas contra enfermedades tropicales como el chagas y la leishmaniosis.

Con relación a la producción de vacunas, entre 2007 y 2012 se elaboraron 92 millones de dosis antipoliomielítica, 58.6 millones de Td, 863,000 frascos de Faboterápico Antialacrán y 194,000 de Faboterápico Antiviperino. Adicionalmente, se acondicionaron 4.2 millones de dosis de vacuna de pneumococo 23 y 500,000 de vacuna triple viral, así como 90 millones de dosis de vacuna contra la influenza estacional y pandémica. Con esta producción, junto con las adquisiciones de biológicos a otras empresas, Birmex pudo surtir aproximadamente 65% de las necesidades de biológicos de las instituciones del sector salud.

De junio de 2009 a julio de 2012 se realizó la remodelación del Instituto Nacional de Higiene, misma que incluyó el almacén, los laboratorios de fermentaciones, toxoide diftérico, procesos finales, servicios generales, fraccionamiento, liofilización de sueros y control de calidad. Adicionalmente se instalaron, calificaron y validaron nuevos servicios críticos (agua afi, vapor limpio, aire comprimido limpio y hvac). La inversión ascendió aproximadamente a 239 millones de pesos. Con esta remodelación, se atendieron las observaciones de la autoridad sanitaria, se cumple con la normatividad vigente y se podrá obtener el certificado de Buenas Prácticas de Fabricación por parte de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

Con una inversión de 156.3 millones de pesos, también se realizó la remodelación del Instituto Nacional de Virología que incluyó la instalación de nuevos equipos y de servicios críticos (producción, control de calidad, bioterios y servicios).

Para la producción de la vacuna de influenza, se seleccionó y adquirió una planta en el parque industrial Cuamatla, en Cuautitlán Izcalli. En la primera etapa de construcción, se concluyeron los trabajos de obra civil, estructura y tuberías, tanto para el edificio de producción como para el laboratorio de control de calidad. Para el desarrollo de la segunda etapa, se firmó un convenio con la Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física para que se haga cargo de las obras que están en ejecución.

A finales del 2010 se concluyó la construcción de tres cámaras frías que permitieron aumentar la capacidad de almacenamiento de vacunas en Birmex, con lo que ya no es necesario rentar almacenamiento a otras empresas. Con el fin de garantizar su funcionamiento, el área de validación procedió a la calificación de las mismas, cumpliendo así con la normatividad vigente.

Entre 2007 y 2012 se dio especial relevancia a las tareas de investigación, canalizando para ello apoyos especiales, con lo que el número de investigaciones creció sustancialmente pasando de seis en 2007 a 29 en 2012, igual que el número de proyectos financiados que pasó de uno a 12.

Entre los principales logros alcanzados entre enero y agosto de 2013, destaca la producción de biológicos, misma que ascendió a 26.9 millones de dosis, de las cuales 5.6 millones corresponden a vacunas bacterianas, 21.1 millones a vacunas virales, además de la fabricación de 159,570 frascos de faboterápicos empleados para el tratamiento de intoxicaciones ocasionadas por ataques de víbora y alacrán. Esta producción surtió las vacunas necesarias para las semanas de vacunación del sector salud.

En ese mismo periodo, Birmex efectuó ventas que alcanzaron un volumen de 46.1 millones de dosis de vacunas bacterianas, virales, sueros y otros biológicos distribuidos a diversas instituciones del sector salud; de las cuales, 11.8 millones de dosis equivalen a las ventas por vacunas bacterianas, 34 millones a vacunas virales y la diferencia a faboterápicos, esto, en comparación con el mismo periodo del año anterior, representa un crecimiento favorable.

En lo que se refiere al incremento en la capacidad de producción, en marzo de 2013 se obtuvo el Certificado de Buenas Prácticas de Fabricación para el Instituto Nacional de Virología, y se trabaja para lograr lo mismo en el Instituto Nacional de Higiene. Por su parte, continúa la construcción de la planta de producción de la vacuna de influenza, a fin de concluir la terminación mecánica de la obra a fines de 2013, para iniciar los procesos de comisión, calificación y validación de los sistemas, equipos e instalaciones.

Finalmente, en 2013 se desarrollaron importantes proyectos relacionados con las vacunas virales y bacterianas, entre los que destacan los relacionados con: polio monovalente y bivalente; influenza en células vero; rotavirus; Sabin ipv; vacuna Pertussis de células completas, y Pertussis acelular.

Anexos Estadísticos

SNOOPY
Sailor

ANEXOS TÉCNICOS

ESPERANZA DE VIDA AL NACER
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2012

ENTIDAD FEDERATIVA	ESPERANZA DE VIDA AL NACER		
	Total	Hombres	Mujeres
Nacional	74.3	71.4	77.3
Aguascalientes	75.4	73.1	77.9
Baja California	73.3	69.8	77.1
Baja California Sur	75.7	73.1	78.5
Campeche	74.9	72.0	77.9
Coahuila	74.9	72.5	77.5
Colima	75.5	72.9	78.2
Chiapas	72.3	69.3	75.4
Chihuahua	70.7	66.1	75.5
Distrito Federal	75.7	73.3	78.2
Durango	74.3	70.8	78.0
Guanajuato	74.9	72.5	77.5
Guerrero	72.3	68.8	75.9
Hidalgo	73.9	71.5	76.5
Jalisco	75.0	72.3	77.9
México	74.7	72.1	77.4
Michoacán	74.1	71.3	77.1
Morelos	75.0	72.0	78.1
Nayarit	74.1	70.9	77.5
Nuevo León	75.1	71.7	78.6
Oaxaca	72.3	69.2	75.5
Puebla	74.3	71.3	77.4
Querétaro	74.9	72.3	77.7
Quintana Roo	75.2	72.7	77.8
San Luis Potosí	74.0	71.2	77.1
Sinaloa	74.1	70.2	78.2
Sonora	74.8	71.9	77.8
Tabasco	74.3	71.4	77.3
Tamaulipas	75.0	72.0	78.1
Tlaxcala	74.6	72.0	77.4
Veracruz	73.6	71.0	76.3
Yucatán	75.1	72.6	77.8
Zacatecas	74.6	71.7	77.6

FUENTE: CONAPO, 2013. Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2011

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA /1	CÓDIGO CIE-10 /2	DEFUNCIONES	TASA /3
	Total	A00-Z99	589,646	509.7
1	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	105,499	91.2
	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	70,907	61.3
2	Diabetes mellitus	E10-E14	80,718	69.8
3	Tumores malignos	C00-C97	71,230	61.6
4	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	36,427	31.5
	Accidentes de tráfico de vehículos de motor	V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9	16,503	14.3
5	Enfermedades del hígado	K70-K76	32,690	28.3
	Enfermedad alcohólica del hígado	K70	12,151	10.5
6	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	31,209	27.0
7	Agresiones (homicidios)	X85-Y09	27,091	23.4
8	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	J44	18,477	16.0
9	Neumonía e influenza	J09-J18	15,021	13.0
10	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	A33, P00-P96	14,819	12.8
	Hipoxia intrauterina, asfixia y otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal	P20-P28	7,726	6.7
	Mal definidas		11,287	9.8
	Las demás causas		145,178	125.5

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas la cual permite establecer comparaciones a lo largo del tiempo, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas. Se excluyeron muertes de residentes en el extranjero.

1/ Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.
2/ Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10a. revisión.
3/ Tasa por 100,000 habitantes.

FUENTE: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2011.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2011

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA /1	CÓDIGO CIE-10 /2	DEFUNCIONES	TASA /3
	Total	A00-Z99	30,922	1,370.5
1	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	A33, P00-P96	15,781	699.4
	Hipoxia intrauterina, asfixia y otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal	P20-P28	8,228	364.7
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99	7,246	321.1
	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	Q20-Q28	3,710	164.4
3	Neumonía e influenza	J09-J18	1,418	62.8
4	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	1,020	45.2
5	Enfermedades infecciosas intestinales	A00-A09	600	26.6
6	Infecciones respiratorias agudas, excepto neumonía e influenza	J00-J06, J20-J22	563	25.0
	Bronquitis y bronquiolitis agudas	J20-J21	298	13.2
7	Septicemia	A40-A41	378	16.8
8	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	342	15.2
9	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	335	14.8
	Enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón	I26-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	329	14.6
10	Insuficiencia renal	N17-N19	141	6.2
	Mal definidas		600	26.6
	Las demás causas		2,498	110.7

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas la cual permite establecer comparaciones a lo largo del tiempo, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas. Se excluyeron muertes de residentes en el extranjero.

1/ Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.
2/ Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10a. revisión.
3/ Tasa por 100,000 nacidos vivos ajustados con base en el SINAC.

FUENTE: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2011.
Base de datos del subsistema de información sobre nacimientos (SINAC).

NOTA SOBRE MÉTODO PARA EL CÁLCULO DE LA TMI, TM<5 Y RMM:

El cálculo de la tasa de mortalidad infantil (TMI), la tasa de mortalidad en menores de cinco años (TM<5) y la razón de mortalidad materna (RMM) se realizan utilizando un método que corrige el subregistro y la falta de oportunidad en la información sobre defunciones y nacimientos, además que permite desagregaciones que no se tenían con las anteriores fuentes. El método, a grandes rasgos, consiste en obtener las variaciones porcentuales entre la información observada -INEGI/Secretaría de Salud y SINAC, para defunciones y nacimientos con los datos estimados por el CONAPO. A partir de estas variaciones se determina la media e intervalos de confianza (95%) que permitirán conocer qué entidades federativas requieren ajustes en sus cifras dado que sobrepasan el límite superior del intervalo de confianza. De ahí que en el caso de los nacimientos se ajusten los observados en: Chihuahua, Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, San Luis Potosí, Sonora, Veracruz y Yucatán; en el caso de las defunciones de menores de un año se ajustan las vistas en: Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Nayarit, Nuevo León, San Luis Potosí, Sinaloa, Oaxaca y Zacatecas; por último para las defunciones de menores entre uno y cuatro años se corrigen las analizadas en: Baja California, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, San Luis Potosí y Veracruz.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2011

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA /1	CÓDIGO CIE-10 /2	DEFUNCIONES	TASA /3
	Total	A00-Y98	6,847	76.6
1	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	1,606	18.0
	Accidentes de tráfico de vehículos de motor	V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9	515	5.8
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99	1,069	12.0
	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	Q20-Q28	637	7.1
3	Tumores malignos	C00-C97	552	6.2
	Leucemias	C91-C95	257	2.9
4	Neumonía e influenza	J09-J18	473	5.3
5	Enfermedades infecciosas intestinales	A00-A09	355	4.0
6	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	233	2.6
7	Septicemia	A40-A41	173	1.9
8	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	152	1.7
	Enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón	I26-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	141	1.6
9	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	G80-G83	139	1.6
10	Epilepsia	G40-G41	132	1.5
	Mal definidas		85	1.0
	Las demás causas		1,878	21.0

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas la cual permite establecer comparaciones a lo largo del tiempo, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas. Se excluyeron muertes de residentes en el extranjero.

1/ Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.
2/ Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10a revisión.
3/ Tasa por 100,000 habitantes entre uno y cuatro años de edad.
FUENTE: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2011.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

NOTA SOBRE MÉTODO PARA EL CÁLCULO DE LA TMI, TM<5 Y RMM:

El cálculo de la tasa de mortalidad infantil (TMI), la tasa de mortalidad en menores de cinco años (TM<5) y la razón de mortalidad materna (RMM) se realiza utilizando un método que corrige el subregistro y la falta de oportunidad en la información sobre defunciones y nacimientos, además que permite desagregaciones que no se tenían con las anteriores fuentes. El método, a grandes rasgos, consiste en obtener las variaciones porcentuales entre la información observada -INEGI/Secretaría de Salud y SINAC, para defunciones y nacimientos con los datos estimados por el CONAPO. A partir de estas variaciones se determina la media e intervalos de confianza (95%) que permitirán conocer qué entidades federativas requieren ajustes en sus cifras dado que sobrepasan el límite superior del intervalo de confianza. De ahí que en el caso de los nacimientos se ajusten los observados en: Chihuahua, Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, San Luis Potosí, Sonora, Veracruz y Yucatán; en el caso de las defunciones de menores de un año se ajustan las vistas en: Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Nayarit, Nuevo León, San Luis Potosí, Sinaloa, Oaxaca y Zacatecas; por último para las defunciones de menores entre uno y cuatro años se corrigen las analizadas en: Baja California, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, San Luis Potosí y Veracruz.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2011

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA /1	CÓDIGO CIE-10 /2	DEFUNCIONES	TASA /3
	Total	A00-Y98	6,278	27.7
1	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	1,598	7.1
	Accidentes de tráfico de vehículos de motor	V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9	755	3.3
2	Tumores malignos	C00-C97	1,012	4.5
	Leucemias	C91-C95	549	2.4
3	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99	380	1.7
	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	Q20-Q28	213	0.9
4	Agresiones (homicidios)	X85-Y09	329	1.5
5	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	G80-G83	297	1.3
6	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	X60-X84	249	1.1
7	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	192	0.8
	Enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón	I26-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	159	0.7
8	Neumonía e influenza	J09-J18	160	0.7
9	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	120	0.5
10	Enfermedades infecciosas intestinales	A00-A09	108	0.5
	Mal definidas		60	0.3
	Las demás causas		1,773	7.8

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas la cual permite establecer comparaciones a lo largo del tiempo, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas. Se excluyeron muertes de residentes en el extranjero.

1/ Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.
2/ Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10a. revisión.
3/ Tasa por 100,000 habitantes de 5 a 14 años.

FUENTE: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2011.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD PRODUCTIVA ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2011

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA /1	CÓDIGO CIE-10 /2	DEFUNCIONES	TASA /3
	Total	A00-Y98	223,751	299.8
1	Tumores malignos	C00-C97	30,732	41.2
2	Diabetes mellitus	E10-E14	30,579	41.0
3	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	25,017	33.5
	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	16,899	22.6
4	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	24,551	32.9
	Accidentes de tráfico de vehículos de motor	V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9	13,011	17.4
5	Agresiones (homicidios)	X85-Y09	23,939	32.1
6	Enfermedades del hígado	K70-K76	19,757	26.5
	Enfermedad alcohólica del hígado	K70	8,782	11.8
7	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	7,214	9.7
8	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	X60-X84	4,995	6.7
9	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	B20-B24	4,715	6.3
10	Insuficiencia renal	N17-N19	4,513	6.0
	Mal definidas		1,702	2.3
	Las demás causas		46,037	61.7

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas la cual permite establecer comparaciones a lo largo del tiempo, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas. Se excluyeron muertes de residentes en el extranjero.

1/ Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.
2/ Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10a. revisión.
3/ Tasa por 100,000 habitantes de 15 a 64 años.

FUENTE: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2011.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD POSTPRODUCTIVA ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2011

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA /1	CÓDIGO CIE-10 /2	DEFUNCIONES	TASA /3
	Total	A00-Y98	320,843	4,409.5
1	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	79,569	1,093.6
	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	53,782	739.2
2	Diabetes mellitus	E10-E14	50,024	687.5
3	Tumores malignos	C00-C97	38,893	534.5
	Tumor maligno de la próstata	C61	5,010	68.9
	Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	C33, C34	4,541	62.4
	Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	C22	3,559	48.9
4	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	23,715	325.9
5	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	J44	16,684	229.3
6	Enfermedades del hígado	K70-K76	12,549	172.5
7	Neumonía e influenza	J09-J18	9,890	135.9
8	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	7,454	102.4
9	Insuficiencia renal	N17-N19	7,107	97.7
10	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	6,213	85.4
	Mal definidas		8,664	119.1
	Las demás causas		68,745	944.8

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas la cual permite establecer comparaciones a lo largo del tiempo, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas. Se excluyeron muertes de residentes en el extranjero.

1/ Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.
2/ Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10a. revisión.
3/ Tasa por 100,000 habitantes de 15 a 64 años.

FUENTE: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2011.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

MORTALIDAD EN LA INFANCIA POR ENTIDAD FEDERATIVA /1
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2011

ENTIDAD FEDERATIVA	MENORES DE 1 AÑO		MENORES DE 5 AÑOS	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
Nacional	15.0	12.3	18.2	15.1
Aguascalientes	10.8	8.8	12.7	10.6
Baja California	16.2	12.9	19.9	16.1
Baja California Sur	11.1	8.2	13.0	10.3
Campeche	18.1	11.7	20.3	14.0
Coahuila	9.8	9.1	12.1	11.5
Colima	13.2	11.1	15.5	12.3
Chiapas	15.9	13.6	22.4	19.7
Chihuahua	16.7	12.4	21.6	16.5
Distrito Federal	16.2	12.3	18.7	14.1
Durango	15.3	13.2	18.1	16.0
Guanajuato	12.7	10.6	14.9	12.6
Guerrero	18.0	14.8	23.0	19.7
Hidalgo	16.7	13.1	20.6	16.4
Jalisco	13.5	11.4	15.8	13.3
México	17.8	14.5	20.5	16.9
Michoacán	12.9	10.6	15.5	12.8
Morelos	13.6	12.0	17.0	14.2
Nayarit	12.4	10.7	16.0	13.1
Nuevo León	10.1	8.4	11.8	10.1
Oaxaca	15.7	14.7	22.3	20.6
Puebla	19.3	16.8	23.1	19.9
Querétaro	13.2	9.8	15.3	11.8
Quintana Roo	15.1	10.2	17.6	12.4
San Luis Potosí	15.1	12.6	18.6	15.2
Sinaloa	12.8	9.9	15.4	12.2
Sonora	11.3	10.6	14.4	12.0
Tabasco	16.0	12.7	18.8	14.8
Tamaulipas	13.1	10.3	15.5	11.9
Tlaxcala	14.9	12.8	17.9	14.7
Veracruz	15.1	12.7	19.5	16.4
Yucatán	11.2	9.0	13.5	11.6
Zacatecas	12.6	9.8	15.2	12.3

1/ Tasa por cada mil nacidos vivos ajustados con base en el SINAC
FUENTE: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud. Calculada con las Proyecciones de la población de México, 2010-2030, para el periodo 1990-2010, y a partir de 2011 con la base de datos de defunciones 1979-2011 y la Base de datos del subsistema de información sobre nacimientos (SINAC).

NOTA SOBRE MÉTODO PARA EL CÁLCULO DE LA TMI, TM<5 Y RMM:
El cálculo de la tasa de mortalidad infantil (TMI), la tasa de mortalidad en menores de cinco años (TM<5) y la razón de mortalidad materna (RMM) se realizan utilizando un método que corrige el subregistro y la falta de oportunidad en la información sobre defunciones y nacimientos, además que permite desagregaciones que no se tenían con las anteriores fuentes. El método, a grandes rasgos, consiste en obtener las variaciones porcentuales entre la información observada -INEGI/Secretaría de Salud y SINAC, para defunciones y nacimientos con los datos estimados por el CONAPO. A partir de estas variaciones se determina la media e intervalos de confianza (95%) que permitirán conocer qué entidades federativas requieren ajustes en sus cifras dado que sobrepasan el límite superior del intervalo de confianza. De ahí que en el caso de los nacimientos se ajusten los observados en: Chihuahua, Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, San Luis Potosí, Sonora, Veracruz y Yucatán; en el caso de las defunciones de menores de un año se ajustan las vistas en: Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Nayarit, Nuevo León, San Luis Potosí, Sinaloa, Oaxaca y Zacatecas; por último para las defunciones de menores entre uno y cuatro años se corrigen las analizadas en: Baja California, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, San Luis Potosí y Veracruz.

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR ENFERMEDAD DIARRÉICA AGUDA Y POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN MENORES DE 5 AÑOS, TOTAL Y POR SEXO ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1995-2011 /1

AÑO	EDAS			IRAS		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
1995	56.4	60.7	52.1	92.1	101.2	82.7
1996	49.6	53.6	45.4	86.4	94.1	78.5
1997	43.1	46.5	39.6	78.1	86.4	69.6
1998	38.0	41.5	34.3	61.1	66.3	55.7
1999	32.2	36.0	28.2	54.3	59.9	48.5
2000	29.6	31.8	27.3	45.8	50.1	41.3
2001	27.4	30.9	23.7	40.2	44.9	35.1
2002	25.1	26.9	23.2	41.4	45.4	37.1
2003	24.5	27.0	21.7	36.5	40.2	32.5
2004	20.8	23.0	18.4	38.3	41.7	34.8
2005	21.0	22.3	19.6	33.7	36.8	30.4
2006	17.4	18.9	15.8	31.5	34.1	28.7
2007	16.6	18.5	14.5	26.7	29.1	24.1
2008	13.4	14.2	12.5	24.6	26.7	22.4
2009	10.5	11.3	9.7	23.9	26.0	21.8
2010	9.0	9.2	8.8	22.9	25.2	20.5
2011	8.9	9.5	8.2	22.7	24.4	20.9

NOTA: Se excluyen residentes en el extranjero.

1/ Tasas por 100,000 niños menores de 5 años.
FUENTE: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2011.

CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

NOTA SOBRE MÉTODO PARA EL CÁLCULO DE LA TMI, TM<5 Y RMM:
El cálculo de la tasa de mortalidad infantil (TMI), la tasa de mortalidad en menores de cinco años (TM<5) y la razón de mortalidad materna (RMM) se realizan utilizando un método que corrige el subregistro y la falta de oportunidad en la información sobre defunciones y nacimientos, además que permite desagregaciones que no se tenían con las anteriores fuentes. El método, a grandes rasgos, consiste en obtener las variaciones porcentuales entre la información observada -INEGI/Secretaría de Salud y SINAC, para defunciones y nacimientos con los datos estimados por el CONAPO. A partir de estas variaciones se determina la media e intervalos de confianza (95%) que permitirán conocer qué entidades federativas requieren ajustes en sus cifras dado que sobrepasan el límite superior del intervalo de confianza. De ahí que en el caso de los nacimientos se ajusten los observados en: Chihuahua, Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, San Luis Potosí, Sonora, Veracruz y Yucatán; en el caso de las defunciones de menores de un año se ajustan las vistas en: Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Nayarit, Nuevo León, San Luis Potosí, Sinaloa, Oaxaca y Zacatecas; por último para las defunciones de menores entre uno y cuatro años se corrigen las analizadas en: Baja California, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, San Luis Potosí y Veracruz.

MORTALIDAD POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA Y POR INFECCION RESPIRATORIA AGUDA EN NIÑOS <5 AÑOS POR ENTIDAD FEDERATIVA, SEGÚN SEXO ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2011 /1

AÑO	EDAS			IRAS		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Nacional	8.9	9.5	8.2	22.7	24.3	21.0
Aguascalientes	1.6	3.1	0.0	8.6	6.1	11.2
Baja California	3.7	2.6	4.8	13.8	15.1	12.4
Baja California Sur	3.1	3.0	3.2	7.8	9.1	6.4
Campeche	3.7	4.8	2.5	15.8	21.5	10.0
Coahuila	3.0	3.6	2.3	8.5	7.2	9.9
Colima	0.0	0.0	0.0	4.8	9.5	0.0
Chiapas	33.4	35.8	30.9	36.3	35.8	36.7
Chihuahua	10.3	14.0	6.5	21.8	25.2	18.3
Distrito Federal	5.0	3.9	6.2	27.9	32.3	23.2
Durango	7.2	9.3	4.9	6.6	5.8	7.3
Guanajuato	5.3	4.1	6.5	12.7	14.1	11.2
Guerrero	12.9	13.1	12.6	27.1	24.7	29.6
Hidalgo	10.0	15.2	4.5	15.6	16.6	14.4
Jalisco	4.1	5.3	2.8	12.7	14.3	11.1
México	10.1	12.1	7.9	49.1	52.2	45.7
Michoacán	6.3	5.7	6.9	16.0	14.5	17.5
Morelos	6.5	9.2	3.6	14.7	18.4	10.9
Nayarit	1.8	3.5	0.0	6.1	8.7	1.8
Nuevo León	3.2	1.8	4.7	4.9	4.5	5.2
Oaxaca	20.6	16.5	24.9	29.8	34.0	25.4
Puebla	12.4	12.9	11.9	38.0	42.5	33.3
Querétaro	4.3	7.4	1.1	12.9	14.7	10.9
Quintana Roo	9.1	12.3	5.7	11.9	8.2	15.7
San Luis Potosí	4.5	5.9	3.1	17.6	19.9	15.4
Sinaloa	2.2	2.9	1.5	10.7	13.8	7.6
Sonora	6.0	5.9	6.2	10.1	9.5	10.8
Tabasco	9.7	7.7	11.7	23.3	24.0	22.5
Tamaulipas	3.5	3.1	3.9	6.3	5.5	7.1
Tlaxcala	7.2	9.4	4.9	17.6	20.4	14.7
Veracruz	9.6	9.1	10.1	19.8	20.8	18.5
Yucatán	9.6	9.4	9.8	12.2	15.6	8.7
Zacatecas	5.2	6.4	4.0	14.4	16.6	12.0

NOTA: Se excluyen residentes en el extranjero.

1/ Tasas por 100,000 niños menores de 5 años.

FUENTE: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2011.

CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

NOTA SOBRE MÉTODO PARA EL CÁLCULO DE LA TMI, TM<5 Y RMM:
El cálculo de la tasa de mortalidad infantil (TMI), la tasa de mortalidad en menores de cinco años (TM<5) y la razón de mortalidad materna (RMM) se realizan utilizando un método que corrige el subregistro y la falta de oportunidad en la información sobre defunciones y nacimientos, además que permite desagregaciones que no se tenían con las anteriores fuentes. El método, a grandes rasgos, consiste en obtener las variaciones porcentuales entre la información observada -INEGI/Secretaría de Salud y SINAC, para defunciones y nacimientos con los datos estimados por el CONAPO. A partir de estas variaciones se determina la media e intervalos de confianza (95%) que permitirán conocer qué entidades federativas requieren ajustes en sus cifras dado que sobrepasan el límite superior del intervalo de confianza. De ahí que en el caso de los nacimientos se ajusten los observados en: Chihuahua, Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, San Luis Potosí, Sonora, Veracruz y Yucatán; en el caso de las defunciones de menores de un año se ajustan las vistas en: Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Nayarit, Nuevo León, San Luis Potosí, Sinaloa, Oaxaca y Zacatecas; por último para las defunciones de menores entre uno y cuatro años se corrigen las analizadas en: Baja California, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, San Luis Potosí y Veracruz.

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2011

CAUSA	CÓDIGO CIE-10	DEFUNCIONES	RMM /1
Total	"O00-O95, O98-O99, A34, D392, F53, M830 y B20-B24 /2"	971	43.0
A34, D392, F53,	"O00-O95, O98-O99, A34, D392, F53, M830 y B20-B24 /2"	43.0	3.3
Hemorragia obstétrica	O20,O44-O46, O67, O72	224	9.9
Infección puerperal	O85-O86, A34	30	1.3
Edema, proteinuria, transtornos hipertensivos en embarazo, parto y puerperio (toxemia)	O10-O16	237	10.5
Parto obstruido	O64-O66	5	0.2
Causas obstétricas indirectas	O98-O99	235	10.4
Otras causas maternas	"O21-O43, O47-O63, O68-O71, O73-O84, O87-O95"	166	7.4

NOTA: No se incluyen las defunciones maternas tardías (O96 y O97).

1/ Razón por 100,000 nacidos ajustados con base en el SINAC.
2/ B20-B24 Si la mujer estaba embarazada.

FUENTE: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2011.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

NOTA SOBRE MÉTODO PARA EL CÁLCULO DE LA TMI, TM<5 Y RMM:
El cálculo de la tasa de mortalidad infantil (TMI), la tasa de mortalidad en menores de cinco años (TM<5) y la razón de mortalidad materna (RMM) se realizan utilizando un método que corrige el subregistro y la falta de oportunidad en la información sobre defunciones y nacimientos, además que permite desagregaciones que no se tenían con las anteriores fuentes. El método, a grandes rasgos, consiste en obtener las variaciones porcentuales entre la información observada -INEGI/Secretaría de Salud y SINAC, para defunciones y nacimientos con los datos estimados por el CONAPO. A partir de estas variaciones se determina la media e intervalos de confianza (95%) que permitirán conocer qué entidades federativas requieren ajustes en sus cifras dado que sobrepasan el límite superior del intervalo de confianza. De ahí que en el caso de los nacimientos se ajusten los observados en: Chihuahua, Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, San Luis Potosí, Sonora, Veracruz y Yucatán; en el caso de las defunciones de menores de un año se ajustan las vistas en: Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Nayarit, Nuevo León, San Luis Potosí, Sinaloa, Oaxaca y Zacatecas; por último para las defunciones de menores entre uno y cuatro años se corrigen las analizadas en: Baja California, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, San Luis Potosí y Veracruz.

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA POR ENTIDAD FEDERATIVA ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2011

ENTIDAD FEDERATIVA	RMM /1
Nacional	43.0
Aguascalientes	18.5
Baja California	37.1
Baja California Sur	31.7
Campeche	63.1
Coahuila	39.5
Colima	39.3
Chiapas	51.8
Chihuahua	67.7
Distrito Federal	40.8
Durango	35.9
Guanajuato	35.0
Guerrero	90.1
Hidalgo	28.9
Jalisco	23.4
México	42.9
Michoacán	57.9
Morelos	40.0
Nayarit	45.9
Nuevo León	29.3
Oaxaca	61.3
Puebla	48.1
Querétaro	40.2
Quintana Roo	50.0
San Luis Potosí	44.7
Sinaloa	16.8
Sonora	40.4
Tabasco	41.4
Tamaulipas	15.7
Tlaxcala	27.3
Veracruz	56.3
Yucatán	35.6
Zacatecas	39.1

NOTA: Se utilizaron los códigos CIE10 O00-099, A34, D392, F53, M830, y embarazadas con B20-B24. Se excluyeron muertes tardías o por secuelas (O96 y O97) y por coriocarcinoma (C58X).
1/ Razón por 100,000 nacidos ajustados con base en el SINAC.

FUENTE: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2011.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

NOTA SOBRE MÉTODO PARA EL CÁLCULO DE LA TMI, TM<5 Y RMM:
El cálculo de la tasa de mortalidad infantil (TMI), la tasa de mortalidad en menores de cinco años (TM<5) y la razón de mortalidad materna (RMM) se realizan utilizando un método que corrige el subregistro y la falta de oportunidad en la información sobre defunciones y nacimientos, además que permite desagregaciones que no se tenían con las anteriores fuentes. El método, a grandes rasgos, consiste en obtener las variaciones porcentuales entre la información observada -INEGI/Secretaría de Salud y SINAC, para defunciones y nacimientos con los datos estimados por el CONAPO. A partir de estas variaciones se determina la media e intervalos de confianza (95%) que permitirán conocer qué entidades federativas requieren ajustes en sus cifras dado que sobrepasan el límite superior del intervalo de confianza. De ahí que en el caso de los nacimientos se ajusten los observados en: Chihuahua, Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, San Luis Potosí, Sonora, Veracruz y Yucatán; en el caso de las defunciones de menores de un año se ajustan las vistas en: Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Nayarit, Nuevo León, San Luis Potosí, Sinaloa, Oaxaca y Zacatecas; por último para las defunciones de menores entre uno y cuatro años se corrigen las analizadas en: Baja California, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, San Luis Potosí y Veracruz.

MORTALIDAD POR CÁNCER CÉRVICO-UTERINO Y POR CÁNCER DE MAMA ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1995-2011 /1

AÑO	CÉRVICO UTERINO	MAMA
1995	20.7	14.2
1996	20.8	14.2
1997	20.2	14.3
1998	19.7	14.6
1999	19.3	14.4
2000	18.9	14.1
2001	18.0	14.3
2002	16.8	14.9
2003	16.4	14.7
2004	15.7	15.4
2005	15.4	15.2
2006	14.5	15.7
2007	13.9	15.8
2008	13.5	16.2
2009	13.4	16.1
2010	12.7	16.2
2011	12.3	16.3

NOTA: Se utilizaron los códigos CIE 10 C50-CAMA y CIE 10 C53-CACU. Se excluyeron residentes en el extranjero
1/ Tasas observadas por 100,000 mujeres de 25 años o más.

FUENTE: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 1995 - 2011.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

MORTALIDAD POR CÁNCER CÉRVICO-UTERINO Y POR CÁNCER DE MAMA POR ENTIDAD FEDERATIVA ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2011 /1

ENTIDAD FEDERATIVA	CÉRVICO-UTERINO	MAMA
Nacional	12.3	16.3
Aguascalientes	9.7	18.5
Baja California	10.5	19.1
Baja California Sur	10.9	22.3
Campeche	11.4	9.6
Coahuila	11.7	23.0
Colima	19.8	22.0
Chiapas	18.1	11.7
Chihuahua	11.4	23.9
Distrito Federal	10.8	23.3
Durango	9.9	14.6
Guanajuato	11.6	16.0
Guerrero	15.7	10.6
Hidalgo	8.7	13.2
Jalisco	10.2	22.1
México	9.6	14.0
Michoacán	12.1	15.0
Morelos	15.8	17.2
Nayarit	14.2	14.5
Nuevo León	8.9	20.2
Oaxaca	16.3	8.4
Puebla	13.3	11.4
Querétaro	10.9	14.0
Quintana Roo	12.8	7.1
San Luis Potosí	15.3	16.2
Sinaloa	11.5	15.2
Sonora	14.6	19.8
Tabasco	11.4	11.6
Tamaulipas	13.1	18.7
Tlaxcala	10.8	10.2
Veracruz	17.5	14.9
Yucatán	15.1	13.3
Zacatecas	9.3	13.0

NOTA: Se utilizaron los códigos CIE 10 C50-CAMA y CIE 10 C53-CACU. Se excluyeron residentes en el extranjero.

1/ Tasas observadas por 100,000 mujeres de 25 años o más.

FUENTE: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 1995 - 2011.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS, ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO, TOTAL Y POR SEXO ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1995-2011 /1

AÑO	DIABETES MELLITUS			ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN			ACCIDENTES DE TRÁNSITO DE VEHÍCULO DE MOTOR		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
1995	35.2	31.2	39.1	40.3	44.5	36.2	14.0	22.3	5.8
1996	36.3	32.4	40.0	41.8	46.3	37.3	14.5	23.4	5.7
1997	37.0	32.9	40.9	43.4	48.4	38.6	14.8	23.5	6.2
1998	42.4	38.2	46.5	43.2	48.2	38.4	13.7	21.7	5.8
1999	45.7	41.1	50.1	43.9	48.6	39.3	13.6	21.8	5.7
2000	46.1	41.9	50.2	43.4	48.0	38.9	13.6	21.8	5.7
2001	48.8	44.4	53.0	44.5	49.8	39.3	13.5	21.3	5.9
2002	53.0	49.5	56.4	46.7	52.4	41.1	13.9	21.9	6.1
2003	56.5	52.0	60.6	48.5	54.5	42.7	14.0	22.1	6.2
2004	58.7	54.6	62.6	47.6	53.9	41.6	14.0	22.2	6.1
2005	62.6	58.8	66.3	49.6	56.6	43.0	14.7	23.4	6.3
2006	63.1	60.1	65.9	49.5	56.5	42.7	15.2	24.4	6.5
2007	64.2	62.0	66.2	50.8	58.4	43.6	13.8	22.1	5.9
2008	67.9	65.6	70.1	53.5	61.9	45.6	15.2	24.5	6.2
2009	68.8	67.0	70.5	56.0	64.2	48.0	15.6	25.1	6.5
2010	72.6	71.0	74.0	61.9	70.8	53.4	14.4	23.0	6.1
2011	69.8	68.7	70.8	61.3	70.2	52.7	14.3	23.1	5.8

NOTA: Se excluyeron residentes en el extranjero.

1/ Tasas observadas por 100,000 habitantes.

FUENTE: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 1995 - 2011.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS, ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO POR ENTIDAD FEDERATIVA, SEGÚN SEXO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2011 /1

ENTIDAD FEDERATIVA	DIABETES MELLITUS			ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN			ACCIDENTES DE TRÁNSITO DE VEHÍCULO DE MOTOR		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Nacional	69.8	68.7	70.8	61.3	70.2	52.7	14.3	23.1	5.8
Aguascalientes	47.8	46.6	49.0	37.1	42.9	31.6	17.0	27.2	7.2
Baja California	51.6	53.3	49.8	56.9	73.2	40.4	9.3	13.9	4.7
Baja California Sur	47.0	46.3	47.7	61.0	73.6	47.7	20.2	32.0	7.9
Campeche	56.8	47.8	65.6	50.4	58.7	42.3	11.6	18.0	5.3
Coahuila	79.9	74.8	84.9	75.2	89.1	61.5	11.9	19.0	5.0
Colima	72.6	75.8	69.4	62.2	70.4	54.1	18.6	32.2	5.3
Chiapas	45.2	39.8	50.4	39.3	44.7	34.1	8.8	14.8	2.8
Chihuahua	63.5	56.1	70.8	82.8	96.3	69.5	18.9	29.4	8.7
Distrito Federal	99.6	104.3	95.3	95.5	100.3	91.1	10.3	15.5	5.5
Durango	59.2	56.4	61.9	78.6	89.0	68.5	20.8	32.8	9.2
Guanajuato	73.9	72.8	74.9	54.0	62.6	46.0	17.5	30.1	5.6
Guerrero	63.1	61.5	64.6	50.9	56.6	45.5	11.0	16.5	5.8
Hidalgo	63.6	61.0	66.0	65.2	70.9	59.8	15.6	25.2	6.7
Jalisco	70.4	72.4	68.5	62.1	70.6	53.9	17.7	28.9	7.0
México	73.5	74.6	72.6	45.0	49.3	41.0	13.0	20.8	5.5
Michoacán	78.9	75.3	82.3	55.9	65.8	46.7	17.7	29.4	6.7
Morelos	76.5	79.1	74.0	56.6	63.0	50.5	12.4	19.3	5.8
Nayarit	60.5	61.4	59.6	61.5	69.7	53.1	23.0	35.5	10.5
Nuevo León	55.4	56.6	54.3	76.5	91.2	61.9	11.1	17.6	4.6
Oaxaca	63.4	60.4	66.1	49.0	55.4	43.0	12.9	21.3	5.2
Puebla	81.6	81.2	82.0	49.4	56.1	43.1	12.4	20.3	5.1
Querétaro	51.4	48.2	54.4	46.5	53.0	40.4	20.1	33.5	7.3
Quintana Roo	35.2	35.1	35.3	22.4	28.4	16.2	10.4	16.5	3.9
San Luis Potosí	59.4	57.4	61.2	60.3	71.0	50.1	14.4	23.3	5.8
Sinaloa	55.2	54.3	56.0	74.5	91.2	58.2	27.0	45.3	8.9
Sonora	60.2	58.4	62.0	93.9	110.8	76.9	20.1	31.6	8.4
Tabasco	73.2	71.4	74.9	49.2	60.6	38.1	20.3	36.5	4.6
Tamaulipas	71.6	71.3	71.8	76.6	93.7	60.0	12.0	19.5	4.6
Tlaxcala	77.1	77.9	76.3	37.5	41.4	33.8	15.9	26.2	5.8
Veracruz	84.3	80.5	88.0	66.8	78.2	56.0	9.7	16.1	3.8
Yucatán	56.3	50.5	62.0	79.0	92.5	65.8	13.8	23.1	4.8
Zacatecas	58.4	52.8	63.6	55.5	61.2	50.1	23.4	37.6	9.9

NOTA: Se excluyen residentes en el extranjero.

1/ Tasas observadas por 100,000 habitantes.

FUENTE: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 1995 - 2011.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

TENDENCIA DE LA MORBILIDAD POR TUBERCULOSIS PULMONAR, PALUDISMO, DENGUE Y DIABETES MELLITUS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1995-2012

AÑO	TUBERCULOSIS PULMONAR		PALUDISMO		DENGUE		DIABETES MELLITUS	
	CASOS	TASA /1	CASOS	TASA /1	CASOS	TASA /1	CASOS	TASA /1
1995	17,157	18.2	7,332	7.8	36,568	38.7	272,308	288.2
1996	16,995	17.7	6,380	6.7	35,227	36.7	249,774	260.5
1997	19,577	20.1	4,743	4.9	53,541	55.1	312,892	321.9
1998	18,032	18.3	15,100	15.3	23,639	24.0	336,967	342.1
1999	16,881	16.9	6,402	6.4	23,202	23.3	284,811	285.7
2000	15,649	15.5	7,259	7.2	1,781	1.8	287,180	284.6
2001	16,323	16.0	4,996	4.9	4,955	4.9	294,198	288.1
2002	15,432	14.9	4,605	4.5	15,413	14.9	315,948	305.5
2003	15,055	14.4	3,775	3.6	6,996	6.7	380,332	363.2
2004	14,443	13.6	3,357	3.2	8,202	7.7	404,562	381.8
2005	15,249	14.2	2,945	2.7	21,905	20.4	397,387	370.9
2006	13,813	12.7	2,498	2.3	29,836	27.5	394,360	363.8
2007	14,450	13.2	2,357	2.1	52,369	47.7	404,770	368.7
2008	15,035	13.5	2,357	2.1	35,603	32.0	396,374	356.1
2009	14,856	13.2	2,703	2.4	55,961	49.6	426,802	378.2
2010	15,384	13.5	1,226	1.1	30,149	26.4	420,086	367.7
2011	15,457	13.4	1,038	0.9	16,593	14.3	427,125	369.2
2012	15,858	13.5	833	0.7	52,128	44.5	418,797	357.8

1/ Tasa por 100,000 habitantes.

FUENTE: Dirección General de Epidemiología.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México 2010-2050 y Estimaciones de la Población 1990-2009, ambos con base en el Censo 2010.

COBERTURA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS DE 1 AÑO Y EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS /1
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2011

ENTIDAD FEDERATIVA	PORCENTAJE DE NIÑOS DE 1 AÑO*	PORCENTAJE DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS
Nacional	47.6	83.7
Aguascalientes	65.0	99.0
Baja California	42.1	93.4
Baja California Sur	55.9	69.7
Campeche	73.4	92.6
Coahuila	49.1	71.0
Colima	52.7	82.1
Chiapas	43.9	75.6
Chihuahua	45.3	76.9
Distrito Federal	40.6	78.5
Durango	50.7	89.0
Guanajuato	69.3	99.9
Guerrero	66.4	100.0
Hidalgo	58.5	86.0
Jalisco	36.1	89.6
México	27.6	75.3
Michoacán	53.8	82.7
Morelos	56.9	87.4
Nayarit	57.0	79.1
Nuevo León	47.0	79.2
Oaxaca	50.5	85.0
Puebla	53.1	86.6
Querétaro	48.4	87.4
Quintana Roo	25.8	59.0
San Luis Potosí	59.2	86.0
Sinaloa	63.0	96.9
Sonora	63.6	90.6
Tabasco	65.5	93.6
Tamaulipas	46.6	83.9
Tlaxcala	60.9	84.6
Veracruz	42.7	77.3
Yucatán	39.5	72.4
Zacatecas	55.0	84.4

1/ Esquema completo de vacunación.
* Corresponde a niños hasta los 11 meses 29 días.

FUENTE: Numerador dosis aplicadas en los sistemas de información de cada institucion.
Denominador: CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México 2010-2050 y Estimaciones de la Población 1990-2009, ambos con base en el Censo 2010.

COBERTURA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS DE 1 AÑO Y EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS /1
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2012

ENTIDAD FEDERATIVA	PORCENTAJE DE NIÑOS DE 1 AÑO*	PORCENTAJE DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS
Nacional	48.5	85.5
Aguascalientes	69.4	100.9
Baja California	44.8	93.3
Baja California Sur	59.4	68.5
Campeche	76.6	91.0
Coahuila	51.2	74.6
Colima	59.9	72.6
Chiapas	43.1	76.5
Chihuahua	43.9	77.9
Distrito Federal	33.2	78.4
Durango	54.4	91.1
Guanajuato	73.0	100.0
Guerrero	65.8	100.0
Hidalgo	61.3	87.4
Jalisco	43.1	90.9
México	27.4	80.5
Michoacán	53.9	87.2
Morelos	60.0	86.7
Nayarit	60.0	78.2
Nuevo León	48.6	80.0
Oaxaca	47.1	84.9
Puebla	52.2	86.6
Querétaro	54.9	88.9
Quintana Roo	32.3	60.3
San Luis Potosí	57.6	86.0
Sinaloa	63.9	98.3
Sonora	63.5	92.0
Tabasco	72.0	94.8
Tamaulipas	47.1	84.7
Tlaxcala	62.5	84.1
Veracruz	43.1	79.3
Yucatán	41.8	72.7
Zacatecas	57.3	85.0

1/ Esquema completo de vacunación.

* Corresponde a niños hasta los 11 meses 29 días.

FUENTE: Numerador dosis aplicadas en los sistemas de información de cada institucion.
Denominador: CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México 2010-2050 y Estimaciones de la Población 1990-2009, ambos con base en el Censo 2010.

PERSONAS AFILIADAS AL SEGURO POPULAR POR ENTIDAD FEDERATIVA ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008-2013

ENTIDAD FEDERATIVA	DATOS ANUALES						JUNIO[1/]		
	OBSERVADO						2012	2013	VARIACIÓN PORCENTUAL [3/]
	2008	2009	2010	2011	2012	2013[2/]			
Nacional	27,176,914	31,132,949	43,518,719	51,823,314	52,908,011	55,541,825	52,675,031	53,287,070	1.16
Aguascalientes	369,410	392,765	416,961	487,946	505,235	538,906	503,246	510,102	1.36
Baja California	581,575	594,928	797,261	1,143,638	1,150,023	1,169,225	1,145,494	1,141,827	-0.32
Baja California Sur	119,958	123,015	164,681	191,983	205,226	219,581	204,418	206,986	1.26
Campeche	327,980	362,705	416,328	457,529	477,046	498,097	475,169	480,841	1.19
Coahuila	418,265	469,323	630,000	674,156	686,263	787,319	683,595	693,189	1.40
Colima	227,421	234,625	275,487	300,203	299,036	305,710	292,260	284,066	-2.80
Chiapas	1,756,549	2,069,736	2,997,900	3,353,506	3,414,767	3,520,349	3,401,324	3,441,430	1.18
Chihuahua	557,374	665,328	1,033,038	1,170,601	1,235,429	1,335,283	1,230,566	1,245,592	1.22
Distrito Federal	773,299	1,108,461	1,744,419	2,300,083	2,480,090	2,746,802	2,437,131	2,613,446	7.23
Durango	317,693	383,101	538,607	715,430	731,202	793,643	728,322	737,584	1.27
Guanajuato	1,893,335	2,080,049	2,560,975	3,007,993	3,113,394	3,177,092	3,055,033	3,139,497	2.76
Guerrero	1,073,795	1,146,246	1,973,798	2,279,358	2,223,470	2,279,354	2,283,972	2,251,412	-1.43
Hidalgo	922,157	1,072,325	1,403,601	1,569,901	1,580,326	1,658,778	1,574,109	1,592,565	1.17
Jalisco	1,455,938	1,710,472	1,967,804	2,757,491	2,772,886	2,974,505	2,761,971	2,800,383	1.39
México	2,718,024	3,371,043	5,826,998	6,566,681	6,612,349	6,989,242	6,586,319	6,670,235	1.27
Michoacán	938,091	1,231,370	1,647,610	2,254,722	2,357,439	2,397,172	2,328,196	2,359,435	1.34
Morelos	541,479	603,442	780,672	949,748	961,830	994,327	958,042	968,931	1.14
Nayarit	370,033	399,759	550,000	625,672	639,166	654,159	631,388	607,233	-3.83
Nuevo León	519,124	611,148	946,529	1,121,425	1,153,896	1,230,221	1,149,354	1,164,589	1.33
Oaxaca	1,291,324	1,547,336	2,069,971	2,620,120	2,634,749	2,692,621	2,624,376	2,639,808	0.59
Puebla	1,453,284	1,571,934	2,188,072	3,123,724	3,141,164	3,219,389	3,128,796	3,166,140	1.19
Querétaro	470,140	515,916	711,236	820,460	850,437	928,481	847,088	858,336	1.33
Quintana Roo	250,822	315,719	509,134	577,933	604,751	659,111	602,369	610,634	1.37
San Luis Potosí	764,334	861,518	1,211,402	1,372,389	1,433,095	1,555,597	1,427,455	1,444,599	1.20
Sinaloa	724,208	770,155	1,007,979	1,081,540	1,101,119	1,146,879	1,096,785	1,110,029	1.21
Sonora	537,033	511,152	689,720	834,753	858,320	941,029	854,943	866,152	1.31
Tabasco	1,192,720	1,259,003	1,381,712	1,531,218	1,555,838	1,593,626	1,549,711	1,531,598	-1.17
Tamaulipas	953,306	983,673	1,220,269	1,356,200	1,384,364	1,414,476	1,395,057	1,352,723	-3.03
Tlaxcala	492,949	533,082	725,497	766,283	855,136	906,796	851,768	862,046	1.21
Veracruz	2,057,432	2,392,627	3,620,147	4,090,181	4,113,017	4,318,074	4,096,825	4,143,358	1.14
Yucatán	549,666	618,059	783,368	886,809	931,743	978,620	928,073	939,176	1.20
Zacatecas	558,196	622,934	727,543	833,638	845,205	917,361	841,876	853,128	1.34

1/ Cabe mencionar que los 52.9 millones de personas afiliadas y mencionadas en el texto de este documento corresponden a las que se encuentran dentro del régimen no contributivo, que equivale a 99.5% de los 53.2 millones de personas afiliadas al mes de junio de 2013 que aparecen en este cuadro.
2/ Cifra proyectada
3/ Para los casos de Baja California, Colima. Guerrero, Nayarit, Tabasco y Tamaulipas, existen núcleos familiares que no cumplen con el criterio normativo y por lo tanto algunos de sus integrantes no se encuentran vigentes.
FUENTE: Padrón Nacional de Beneficiarios.

NÚMERO DE NIÑOS AFILIADOS AL SEGURO MÉDICO PARA UNA NUEVA GENERACIÓN POR ENTIDAD FEDERATIVA ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008-2013

ENTIDAD FEDERATIVA	DATOS ANUALES					SMSXXI_JUNIO[1/]
	OBSERVADO					2013
	2008	2009	2010	2011	2012	
Nacional	1,852,891	2,958,973	4,263,760	5,783,114	6,816,240	5,295,892
Aguascalientes	20,192	33,523	45,939	64,646	76,648	61,714
Baja California	33,030	53,296	67,245	105,109	120,786	89,687
Baja California Sur	6,628	12,628	19,706	25,688	30,711	25,233
Campeche	19,165	28,095	37,844	51,331	59,974	46,893
Coahuila	34,859	53,435	68,954	78,631	100,037	77,432
Colima	14,181	20,411	26,117	33,681	39,296	30,791
Chiapas	112,328	180,602	261,894	349,524	423,223	316,854
Chihuahua	42,828	66,862	102,975	138,488	169,004	130,060
Distrito Federal	92,395	160,670	182,917	229,659	255,921	210,172
Durango	25,182	42,800	62,276	88,104	107,537	86,881
Guanajuato	109,010	185,118	259,056	359,809	419,038	339,045
Guerrero	62,247	88,301	146,395	220,365	265,111	205,453
Hidalgo	51,008	87,793	123,962	155,740	193,168	153,520
Jalisco	120,649	192,239	248,446	382,048	444,075	333,500
México	232,076	373,411	588,688	762,948	894,643	705,834
Michoacán	58,785	105,922	176,651	238,592	278,256	209,028
Morelos	33,009	44,156	64,786	97,625	113,983	89,095
Nayarit	23,004	34,690	52,757	69,484	79,239	58,561
Nuevo León	49,676	78,866	107,359	134,824	155,298	121,943
Oaxaca	68,926	122,612	184,261	260,840	315,624	243,996
Puebla	108,227	157,113	225,378	335,771	371,752	290,458
Querétaro	34,254	49,786	77,216	106,087	132,896	109,894
Quintana Roo	20,747	42,258	71,706	84,367	97,979	72,993
San Luis Potosí	44,670	76,404	117,025	163,328	203,770	162,050
Sinaloa	43,618	70,181	96,917	124,727	148,564	120,931
Sonora	40,768	58,064	75,858	105,288	128,525	100,596
Tabasco	54,218	84,066	120,772	163,714	196,581	143,491
Tamaulipas	59,027	88,965	124,876	155,781	176,839	130,843
Tlaxcala	33,107	43,182	57,840	85,629	105,288	81,797
Veracruz	134,836	213,880	314,711	409,169	473,683	353,887
Yucatán	34,197	52,622	74,966	98,806	115,119	93,931
Zacatecas	36,044	57,022	78,267	103,311	123,672	99,329

1/ Esta cifra puede variar toda vez que corresponde al número de niños que cumplen con el criterio de ser menores de cinco años.
FUENTE: Padrón Nacional de Beneficiarios.
NOTA:
En las Reglas de Operación de 2012 se define la población como sigue:
4.2. Población.
4.2.1. Población potencial: corresponde al 54% de los nacimientos proyectados por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) para el periodo 2007-2010 y representa la población que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social o que no cuenta con algún otro mecanismo de previsión social en salud.
4.2.2. Población objetivo: son los mexicanos nacidos a partir del 1º. De diciembre del 2006, que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud y corresponderá al 80% de la población potencial, considerando que se trata de un aseguramiento voluntario.
4.2.3. Población atendida: estará constituida por los niños afiliados y con adscripción a una unidad médica del Sistema.
En las Reglas de Operación de 2013 se define la población con base a los menores de cinco años y no a los nacimientos, tal como sigue:
4.2. Población.
4.2.1. Población potencial: corresponde a los niños menores de cinco años de edad, proyectados por Consejo Nacional de Población para el año de vigencia de las reglas de operación y con base al censo general de población y vivienda del INEGI 2010 y que no son derechohabientes de alguna institución de seguridad social o que no cuenta con algún otro mecanismo de previsión social en salud.
4.2.2. Población objetivo: corresponderá al 80% de la población potencial, considerando que se trata de un aseguramiento voluntario.
4.2.3. Población atendida: estará constituida por los niños menores de 5 años afiliados y con adscripción a una unidad médica del Sistema.

MUJERES EMBARAZADAS AFILIADAS AL SEGURO POPULAR POR MEDIO DE LA ESTRATEGIA EMBARAZO SALUDABLE ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008-2013

ENTIDAD FEDERATIVA	DATOS ANUALES						JUNIO		
	OBSERVADO						2012	2013	VARIACIÓN PORCENTUAL 1/
	2008	2009	2010	2011	2012	PROYECCIÓN 2013			
Nacional	188,913	568,264	1,407,863	1,755,610	1,818,298	n.a.	1,795,025	1,956,559	9.0
Aguascalientes	1,930	5,012	15,588	20,210	21,945	n.a.	20,767	23,677	14.0
Baja California	5,082	14,366	34,805	38,220	35,385	n.a.	36,203	35,750	-1.3
Baja California Sur	2,490	4,973	11,522	13,261	13,568	n.a.	13,373	14,324	7.1
Campeche	1,339	4,119	10,562	13,819	15,295	n.a.	14,749	17,128	16.1
Coahuila	6,124	15,620	24,173	30,295	33,790	n.a.	32,481	35,477	9.2
Colima	795	2,042	7,120	8,808	9,760	n.a.	8,970	10,172	13.4
Chiapas	9,694	28,867	69,156	80,938	81,837	n.a.	82,848	89,192	7.7
Chihuahua	9,194	21,114	47,881	53,032	53,246	n.a.	53,476	55,836	4.4
Distrito Federal	3,311	22,360	41,187	49,785	41,143	n.a.	44,866	46,701	4.1
Durango	4,351	11,924	22,297	28,221	30,738	n.a.	29,847	32,136	7.7
Guanajuato	12,367	33,997	84,909	101,483	100,648	n.a.	102,568	107,757	5.1
Guerrero	11,426	32,865	66,362	84,292	82,996	n.a.	85,415	88,189	3.2
Hidalgo	5,593	16,241	43,964	50,574	52,463	n.a.	51,235	57,601	12.4
Jalisco	14,039	37,453	103,000	137,201	143,446	n.a.	143,737	156,460	8.9
México	7,573	48,394	133,170	178,333	188,259	n.a.	183,354	205,259	11.9
Michoacán	10,680	32,353	83,485	100,883	100,248	n.a.	101,450	99,708	-1.7
Morelos	3,373	9,297	25,553	33,233	34,465	n.a.	33,935	38,459	13.3
Nayarit	2,651	6,058	14,348	17,757	17,702	n.a.	18,752	18,108	-3.4
Nuevo León	4,354	14,958	42,975	51,786	54,285	n.a.	53,039	58,229	9.8
Oaxaca	10,685	29,328	62,885	77,913	84,305	n.a.	80,827	90,176	11.6
Puebla	9,379	28,800	73,507	98,583	100,035	n.a.	98,355	111,005	12.9
Querétaro	2,241	8,129	21,599	27,199	30,284	n.a.	28,696	32,768	14.2
Quintana Roo	3,197	8,865	23,394	28,716	32,271	n.a.	30,381	35,437	16.6
San Luis Potosí	2,839	10,080	30,576	37,978	42,721	n.a.	40,415	45,148	11.7
Sinaloa	7,019	16,700	45,028	53,752	55,881	n.a.	54,810	59,698	8.9
Sonora	5,709	13,967	34,127	40,937	40,905	n.a.	40,802	42,878	5.1
Tabasco	5,261	16,304	38,206	51,665	60,564	n.a.	56,280	67,871	20.6
Tamaulipas	7,162	18,540	41,144	49,581	49,323	n.a.	49,832	54,073	8.5
Tlaxcala	3,673	8,260	17,404	24,508	28,244	n.a.	26,486	31,296	18.2
Veracruz	9,226	30,834	91,091	116,712	124,832	n.a.	120,123	135,326	12.7
Yucatán	2,223	6,996	19,278	22,671	22,500	n.a.	22,720	24,102	6.1
Zacatecas	3,933	9,448	27,567	33,264	35,214	n.a.	34,233	36,618	7.0

1/ Para el caso de las entidades de Baja California, Michoacán y Nayarit, pueden existir mujeres embarazadas que no cumplen con el criterio normativo y por lo tanto no se encuentran vigentes.
FUENTE: Padrón Nacional de Beneficiarios.

PRINCIPALES SERVICIOS PROPORCIONADOS POR LA SECRETARÍA DE SALUD ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2012-2013

SERVICIOS	2012 p/	2013 e/	VARIACIÓN PORCENTUAL
Consulta			
Externa general 1/	96,186,703	98,900,373	2.8
Especializada 2/	17,771,560	18,261,639	2.8
De urgencias	9,510,442	10,329,030	8.6
De planificación familiar	6,322,302	6,404,013	1.3
Odontológica	9,568,938	9,920,538	3.7
Hospitalización			
Intervenciones quirúrgicas	1,616,008	1,626,388	0.6
Egresos	2,914,927	3,044,497	4.4
Partos atendidos	1,070,157	1,079,025	0.8

1/ Se refiere a las consultas que otorgan los médicos generales, pasantes de medicina y las consultas proporcionadas por las enfermeras.
2/ Se refiere a las consultas que otorgan médicos especialistas y residentes.
p/ Cifras preliminares.
e/ Cifras estimadas.

FUENTE: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS POR ENTIDAD FEDERATIVA[1/]
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2012 [p/]

ENTIDAD FEDERATIVA	MÉDICOS[2/]	ENFERMERAS[3/]	CAMAS CENSABLES[4a/]	UNIDADES DE CONSULTA EXTERNA[4b/]	APORTACIÓN AL GASTO EN SALUD PARA LA POBLACIÓN NO ASEGURADA (miles de pesos)	
					FEDERAL[5/]	ESTATAL[6/]
Nacional	1.6	2.2	0.7	18.0	29,372,149.0	218,116,751.4
Aguascalientes	1.8	2.8	0.7	10.1	157,885.9	2,151,205.7
Baja California	1.4	2.0	0.7	8.3	1,606,690.7	5,040,403.7
Baja California Sur	2.1	2.9	1.0	18.0	323,459.8	1,491,856.5
Campeche	2.1	2.8	1.0	25.4	613,175.7	2,634,302.1
Coahuila	1.6	2.3	0.9	13.9	331,557.7	3,037,771.1
Colima	2.1	2.8	0.9	24.7	9,694.1	1,590,494.6
Chiapas	1.1	1.7	0.4	34.0	740,138.8	12,021,973.9
Chihuahua	1.3	2.3	0.8	14.8	1,350,500.7	5,709,525.7
Distrito Federal	3.4	4.9	1.8	6.4	5,461,435.0	26,882,003.7
Durango	1.8	2.4	0.9	28.5	131,781.7	3,184,928.7
Guanajuato	1.3	1.9	0.5	11.6	866,900.6	10,205,706.9
Guerrero	1.3	1.8	0.5	31.5	253,058.4	7,253,858.7
Hidalgo	1.4	2.2	0.5	34.0	144,663.0	5,624,107.2
Jalisco	1.6	2.2	0.8	13.3	1,820,226.2	10,269,267.2
México	1.1	1.6	0.5	8.8	4,540,070.3	28,062,322.6
Michoacán	1.5	1.8	0.6	22.7	134,142.7	7,078,208.1
Morelos	1.4	2.1	0.5	15.5	230,432.3	3,329,717.2
Nayarit	1.9	2.5	0.6	36.3	227,282.0	2,441,444.1
Nuevo León	1.3	1.9	0.7	13.2	247,396.0	4,229,599.8
Oaxaca	1.4	2.0	0.5	40.6	547,842.8	9,344,785.3
Puebla	1.3	1.7	0.6	18.9	419,665.7	9,475,015.2
Querétaro	1.5	1.8	0.5	15.8	229,172.8	3,026,906.2
Quintana Roo	1.4	2.2	0.7	15.2	620,503.2	2,596,760.5
San Luis Potosí	1.5	2.0	0.7	22.5	384,222.3	4,646,747.8
Sinaloa	1.6	2.1	0.7	17.9	776,256.0	4,622,372.7
Sonora	1.6	2.3	0.9	23.1	755,796.8	3,737,392.2
Tabasco	1.8	2.3	0.7	29.8	2,308,584.8	7,280,457.1
Tamaulipas	1.7	2.6	0.9	17.0	1,167,674.0	6,496,222.9
Tlaxcala	1.7	2.3	0.4	17.3	285,980.0	2,947,758.3
Veracruz	1.4	1.9	0.6	20.9	2,114,111.4	14,638,065.6
Yucatán	1.7	2.4	0.9	16.0	329,121.4	3,755,234.6
Zacatecas	1.6	2.3	0.7	30.6	242,726.6	3,310,335.6

1/ Incluye datos de Secretaría de Salud, IMSS, IMSS-Oportunindades, ISSSTE, PEMEX, SEMAR, SEDENA, Unidades médicas Estatales, Municipales y Universitarios.
Para los indicadores del gasto se incluyen cifras de la Secretaria de Salud, del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), Gasto Estatal e IMSS-Oportunidades.
2/ Médicos en contacto con el paciente por mil habitantes. Incluye médicos generales, especialistas, odontólogos, médicos pasantes y residentes.
3/ Enfermeras en contacto con el paciente por mil habitantes. Incluye enfermeras generales, especialistas, pasantes y auxiliares.
4a/ Por mil habitantes.
4b/ Por 100 mil habitantes.
5/ El Gasto Federal incluye el gasto de la Secretaría de Salud (Ramo 12), del FASSA e IMSS-Oportunidades.
6/ El Gasto Estatal es el efectuado por los Servicios Estatales de Salud.
p/ Cifras preliminares.

FUENTE:Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS).
Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS).

Por tu SALUD
estamos
moviendo a
MEXICO

Glosario

GLOSARIO

AFASPE	Acuerdo para el Fortalecimiento de Acciones en Salud Pública en las Entidades
AMS	Asamblea Mundial de la Salud
APBP	Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública
APEO	Anticoncepción Post-Evento Obstétrico
ARV	Antirretrovirales
ASSIST	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
Birmex	Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México S.A. de C.V.
CACU	Cáncer Cérvico Uterino
CAPASITS	Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual
CARO	Centros de Atención Rural Obstétrica
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud
CBCISS	Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud
CCINSHAE	Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
CDN	Certificados de Necesidad
CDNEM	Certificados de Necesidad de Equipo Médico
CEB	Comisiones Estatales de Bioética
CEI	Comités de Ética en Investigación
CEMECE	Centro Colaborador para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la Organización Mundial de la Salud en México
CENADIC	Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones
CENAPRECE	Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
CENATRA	Centro Nacional de Trasplantes
CENETEC	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
CeNSIA	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

CENSIDA	Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA
CHB	Comités Hospitalarios de Bioética
CHPF	Cuenta de la Hacienda Pública Federal
CICAD	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas
CIE-10	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión
CIJ	Centros de Integración Juvenil
CIPD	Conferencia Internacional de Población y Desarrollo
CiTec	Convergencia e Integración Tecnológica
CLUES	Clave Única de Establecimientos de Salud
CMGPC	Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica
CNCH	Cruzada Nacional Contra el Hambre
CNEGySR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
CNTS	Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea
CNV	Centros Nueva Vida
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
Conacas	Comité Nacional por la Calidad en Salud
CONACyT	Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
CONADIC	Comisión Nacional contra las Adicciones
CONADIS	Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONASA	Consejo Nacional de Salud
CONBIOÉTICA	Comisión Nacional de Bioética
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación para la Política de Desarrollo Social

CPS	Contrato de Prestación de Servicios
CSG	Consejo de Salubridad General
CTESS	Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud
DEDICAM	Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama
DEDSS	Dirección de Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud
DEPPES	Dirección de Evaluación de Programas Prioritarios y Especiales de Salud
DESS	Dirección de Evaluación de Servicios de Salud
DGACPE	Dirección General Adjunta de Coordinación de Proyectos Estratégicos
DGDIF	Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física
DGE	Dirección General de Epidemiología
DGED	Dirección General de Evaluación del Desempeño
DGIS	Dirección General de Información en Salud
DGPLADES	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
DGPOP	Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto
DGRI	Dirección General de Relaciones Internacionales
DGTI	Dirección General de Tecnologías de la Información
DOF	Diario Oficial de la Federación
DVEM	Dictámenes de Validación de Equipamiento Médico
ECE	Expediente Clínico Electrónico
EIASA	Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria
EIDC	Estrategia Integral de Desarrollo Comunitario
EMQ	Encuentros Médico Quirúrgicos
ENARM	Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas
EU	Estados Unidos de América
FOSISS	Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social

FPGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
GAIA	Grupo de Atención Integral a la Salud de la Adolescencia
GAPS	Grupo de Adolescentes Promotores de la Salud
GPC	Guías de Práctica Clínica
HFR	Hospitales Federales de Referencia
HR	Hospitales Rurales
HRAE	Hospitales Regionales de Alta Especialidad
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IFE	Instituto Federal Electoral
IMER	Instituto Mexicano de la Radio
IMESEVI	Iniciativa Mexicana de Seguridad Vial
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INDAABIN	Instituto de Administración y Avalúos de Bienes Nacionales
InDRE	Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos
INSalud	Institutos Nacionales de Salud
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
JCI	Joint Comission International
LESP	Laboratorios Estales de Salud Pública
NOM	Norma Oficial Mexicana
OAD	Órganos Administrativos Desconcentrados
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OISEVI	Observatorio Iberoamericano de Lesiones
OMS	Organización Mundial de la Salud

ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPD	Organismos Públicos Descentralizados
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
PAFPV	Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable
PASA	Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia
PDHO	Programa Desarrollo Humano Oportunidades
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PETIC	Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones
PGR	Procuraduría General de la República
PGS	Padrón General de Salud
PMG	Programa de Mejora de la Gestión
PMSV	Programa Mesoamericano de Seguridad Vial
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PROCESS	Programa de Calidad Efectiva de los Servicios de Salud
PRONADDIS	Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad
RNLSP	Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública
SAEH	Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios
SAF	Subsecretaría de Administración y Finanzas
SAI	Servicio de Atención Integral
SAP	Servicios de Atención Psiquiátrica
SAT	Sistema de Administración Tributaria
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social

SEDIF	Sistemas Estatales para el Desarrollo Integral de la Familia
SEGOB	Secretaría de Gobernación
SEP	Secretaría de Educación Pública
SERSAME	Servicios de Salud Mental
SESA	Servicios Estatales de Salud
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SIARHE	Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería
SICALIDAD	Sistema Integral de Calidad en Salud
SII	Sistema Institucional de Investigadores
SINACEAM	Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
SINERHIAS	Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud
SIRAIS	Sistema de Registro Automatizado de Incidentes en Salud
SIRES	Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud
SIS	Subsistema de Prestación de Servicios
SMNG	Seguro Médico para una Nueva Generación
SMS XXI	Seguro Médico Siglo XXI
SNDIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
SNS	Sistema Nacional de Salud
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SS	Secretaría de Salud
STCNS	Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud
STCONAPRA	Secretariado Técnico para la Prevención de Accidentes
TB	Tuberculosis

TIC's	Tecnologías de Información y Comunicación
UAC	Unidades Administrativas de Nivel Central
UAE	Unidad de Análisis Económico
UANL	Universidad Autónoma de Nuevo León
UCVPS	Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social
UMM	Unidades Médicas Móviles
UMR	Unidades Médicas Rurales
UMU	Unidades Médicas Urbanas
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
UNEMES-CAPA	Unidades de Especialidades Médicas-Centros de Atención Primaria en Adicciones
UNEMES	Unidades de Especialidades Médicas
UNEMES-EC	Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas
VDS	Ventanillas de Salud
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VPH	Virus del Papiloma Humano

DIRECTORIO

Mercedes Juan López
Secretaria de Salud

Luis Rubén Durán Fontes
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Pablo Antonio Kuri Morales
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Marcela Guillermina Velasco González
Subsecretaria de Administración y Finanzas

Fernando Gutiérrez Domínguez
Coordinador General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

Guillermo Miguel Ruiz-Palacios y Santos
Titular de la Comisión Coordinadora de
Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Fernando Cano Valle
Comisionado Nacional contra las Adicciones

Rodrigo Reina Liceaga
Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social

Nelly Aguilera Aburto
Titular de la Unidad de Análisis Económico

José Ignacio Santos Preciado
Director General de Calidad y Educación en Salud

Carlos Sandoval Leyva
Director General de Comunicación Social

Francisco Navarro Reynoso
Director General de Coordinación de
los Hospitales Federales de Referencia

Manuel de la Llata Romero
Director General de Coordinación de
los Hospitales Regionales de Alta Especialidad

Armando Mansilla Olivares
Director General de Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud

Gilberto de Jesús Herrera Yáñez
Director General de Desarrollo de la Infraestructura Física

Esteban Puentes Rosas
Encargado del Despacho de la
Dirección General de Evaluación del Desempeño

Juan Carlos Reyes Oropeza
Director General de Información en Salud

Carlos Gracia Nava
Director General de Planeación y Desarrollo en Salud

Juan José Hicks Gómez
Director General de Políticas de Investigación en Salud

Bogart Montiel Reyna
Director General de Programación, Organización y Presupuesto

Eduardo Jaramillo Navarrete
Director General de Promoción de la Salud

Graciela Romero Monroy
Directora General de Recursos Humanos

José Genaro Montiel Rangel
Director General de Recursos Materiales y Servicios Generales

Hilda Dávila Chávez
Directora General de Relaciones Internacionales

Enrique Alberto Sánchez Arciniega
Director General de Tecnologías de la Información

Cuitláhuac Ruíz Matus
Director General de Epidemiología

Alfonso Peterson Farah
Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud

María Virginia González Torres
Secretaria Técnica del Consejo Nacional de Salud Mental

Arturo Cervantes Trejo
Secretario Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes

María del Socorro García Quiroz
Directora General de la Administración
del Patrimonio de la Beneficencia Pública

Susana Cerón Mireles
Directora General del Centro Nacional
de Equidad de Género y Salud Reproductiva

María Luisa González Rétiz
Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Julieta Rojo Medina
Directora General del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea

Arturo Dib Kuri
Director General del Centro Nacional de Trasplantes

Miguel Ángel Lezana Fernández
Director General del Centro Nacional de
Programas Preventivos y Control de Enfermedades

Raúl Martín del Campo Sánchez
Director General del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones

Patricia Uribe Zúñiga
Directora General del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA

Ignacio Federico Villaseñor Ruiz
Director General del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

Mikel Arriola Peñaloza
Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

José Meljem Moctezuma
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Manuel Ruiz de Chávez
Presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética

Gabriel O'Shea Cuevas
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Luis Miguel Gutiérrez Robledo
Instituto Nacional de Geriatría

Carlos Daniel Campillo Serrano
Director General Adjunto de Servicios de Atención Psiquiátrica

Luis Guillermo Ibarra Ponce de León
Titular del Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud

Primer Informe de Labores 2012-2013
Secretaría de Salud
Se terminó de imprimir en el mes de Agosto de 2013
en Talleres Gráficos de México,
Av. Canal del Norte 80, Col. Felipe Pescador,
Del. Cuauhtémoc, C.P. 06280, México D.F.
Esta edición consta de 1,500 ejemplares.