3er Informe de Labores

2014 - 2015

Índice General

Presentación de la Secretaria 7
I. Perfil de la salud de los mexicanos 17
II. Sistema Nacional de Salud 25
III. Informe de Labores de la Secretaría de Salud 33

1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades 41
   - Estrategia 1.1. Promover actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario 43
   - Estrategia 1.2. Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes 45
   - Estrategia 1.3. Realizar acciones orientadas a reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles de importancia epidemiológica o emergentes y reemergentes 46
   - Estrategia 1.4. Impulsar acciones integrales para la prevención y control de las adicciones 48
   - Estrategia 1.5. Incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva con especial énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables 58
   - Estrategia 1.6. Fortalecer acciones de prevención y control para adoptar conductas saludables en la población adolescente 61
   - Estrategia 1.7. Promover el envejecimiento activo, saludable, con dignidad y la mejora de la calidad de vida de las personas adultas mayores 62

2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad 65
   - Estrategia 2.1. Avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana, independientemente de su condición social o laboral 67
   - Estrategia 2.2. Mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud 72
   - Estrategia 2.3. Crear redes integradas de servicios de salud interinstitucionales 79
   - Estrategia 2.4. Fortalecer la atención integral y la reinserción social de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento 83
   - Estrategia 2.5. Mejorar el proceso para la detección y atención de neoplasias malignas, principalmente cáncer cérvico-uterino, de mama y próstata 84
   - Estrategia 2.6. Garantizar el acceso a medicamentos e insumos para la salud de calidad 87
   - Estrategia 2.7. Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes 87

3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida 91
   - Estrategia 3.1. Fortalecer la regulación y vigilancia de bienes y servicios para la reducción de riesgos sanitarios 93
   - Estrategia 3.2. Garantizar el control de emergencias en salud, desastres y de seguridad en salud 93

Estrategia 3.3. Garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos, biológicos e insumos para la salud 98
Estrategia 3.4. Fortalecer el control, vigilancia y fomento sanitarios de productos y servicios de uso y consumo humano 99
Estrategia 3.5. Contribuir a disminuir las muertes por lesiones de causa externa 99
Estrategia 3.6. Coordinar actividades con los sectores productivos para la detección, prevención y fomento sanitario en el ámbito laboral 101
Estrategia 3.7. Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes 102

4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país 105
Estrategia 4.1. Asegurar un enfoque integral para reducir morbilidad y mortalidad infantil y menores de cinco años, especialmente en comunidades marginadas 107
Estrategia 4.2. Asegurar un enfoque integral y la participación de todos los involucrados para reducir la mortalidad materna, especialmente en comunidades marginadas 111
Estrategia 4.3. Fortalecer los servicios de promoción y atención brindados a la población indígena y otros grupos en situación de vulnerabilidad 114
Estrategia 4.4. Consolidar la prevención, detección y atención integral de casos de violencia familiar en niñas, niños, adolescentes, adultos mayores y género 118
Estrategia 4.5. Impulsar la atención integral en salud para las personas con discapacidad 118
Estrategia 4.6. Fortalecer las acciones para la prevención, promoción y atención de la salud de la población migrante 121
Estrategia 4.7. Intensificar las acciones de promoción, prevención y atención de la salud en las enfermedades desatendidas 122

5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud 125
Estrategia 5.1. Fortalecer la formación y gestión de recursos humanos en salud 132
Estrategia 5.2. Impulsar la eficiencia del uso de los recursos para mejorar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad 135
Estrategia 5.3. Establecer una planeación y gestión interinstitucional de recursos (infraestructura y equipamiento) para la salud 136
Estrategia 5.4. Impulsar la innovación e investigación científica y tecnológica para el mejoramiento de la salud de la población 139
Estrategia 5.5. Fomentar un gasto eficiente en medicamentos e insumos 142

6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud 147
Estrategia 6.1. Instrumentar mecanismos para sentar las bases de un Sistema Nacional de Salud Universal 149
Estrategia 6.2. Fortalecer la regulación en materia de salubridad general 155
Estrategia 6.3. Fortalecer las acciones de supervisión, evaluación, control y transparencia de programas, proyectos y procesos en materia de salud 157

Estrategia 6.4. Integrar un sistema universal de información en salud 161
Estrategia 6.5. Situar a la bioética como política de gestión y de desarrollo del Sistema Nacional de Salud Universal 162
Estrategia 6.6. Promover un México con responsabilidad global en salud 164

Estrategias y líneas de acción transversales 173
Perspectiva de Género 175
Gobierno Cercano y Moderno 177
Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos 182

Siglas y acrónimos 185
Anexos estadísticos 199
Directorio 229

Presentación

El objetivo fundamental del Sistema Universal de Salud es garantizar que todas las personas reciban una atención médica adecuada y de calidad, independientemente de su condición social o laboral. En México estamos generando mecanismos para ampliar la cobertura de los servicios de salud y asegurar la sustentabilidad financiera del Sistema Nacional de Salud Universal.

Uno de estos mecanismos es la portabilidad de los servicios médicos, la cual facilita el acceso efectivo, e impacta de manera directa en la salud de los mexicanos, y tiene como antecedente el convenio de emergencias obstétricas para que la mujer embarazada pueda atenderse en cualquier institución médica, sea o no derechohabiente.

Sin duda, uno de los grandes avances que hemos tenido en México para hacer realidad la universalidad de los servicios de salud, es el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), que ha permitido ampliar la cobertura de salud, a través de la afiliación de la población que no cuenta con seguridad social y disminuir el gasto de bolsillo, mediante 285 intervenciones que cubre el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y 59 del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).

La carencia por acceso a los servicios de salud, de acuerdo con cifras del CONEVAL ha sido la que más rápidamente se ha reducido en los últimos 15 años, de todas las carencias sociales. Entre 2012 y 2014, el indicador que mide la proporción de personas que no cuenta con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución, se redujo en 3.3 puntos porcentuales, al pasar de 21.5% a 18.2%.

El porcentaje de personas que tiene derecho y usa los servicios médicos públicos de salud, se incrementó en casi 10 puntos porcentuales entre 2012 y 2014, al pasar de 53.8% a 63.3%. Este indicador mide el acceso a la atención médica proporcionada por el sector público bajo el marco del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Estos resultados señalan que hoy más personas en México tienen acceso a los servicios de salud públicos en relación al 2012, asimismo, que más personas usan los servicios médicos públicos, en vez de utilizar los servicios privados.

Con políticas de prevención y promoción de la salud, estamos dando respuesta al aumento en la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) que ha tenido nuestro país en los últimos años. Por ello, en la presente administración se han implementado estrategias y programas para atender los principales problemas de salud pública, como la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, y sustentadas en ésta, se han instrumentado acciones coordinadas entre los tres órdenes de gobierno, así como los sectores privado y social.

Fortalecimos la vacunación sistemática e intensiva, que ha probado ser el medio más efectivo para prevenir, controlar y erradicar enfermedades, así como para disminuir la morbilidad y mortalidad, principalmente la infantil. México es reconocido a nivel mundial por su Programa de Vacunación Universal, que ofrece de manera gratuita uno de los esquemas de vacunación más completo cubriendo a todos los grupos de edad.

En materia de adicciones, para conocer el estado que guarda el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas en estudiantes de secundaria y bachillerato, en diciembre de 2014 el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), concluyó el levantamiento de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014 (ENCODE), con representatividad nacional y estatal para población urbana y rural.

Para fortalecer las estrategias de prevención, particularmente en adolescentes y jóvenes, en el mes de julio de 2015 se firmaron las bases de colaboración entre las Secretarías de Salud, Marina (SEMAR) y la de la Defensa Nacional (SEDENA) para hacer sinergia en el combate a las adicciones.

Para la atención de brotes y enfermedades emergentes en salud, se publicó la Guía de Práctica Clínica (GPC) Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Infección por el virus Chikungunya y se capacitó al personal de salud en su manejo, vigilancia y prevención. Desde noviembre de 2014, la Federación ha destinado más de 85 millones de pesos adicionales para acciones de prevención y control, entre ellas, la contratación de promotores y la compra de insecticidas para nebulización y larvicidas.

En relación a la enfermedad por virus del Ébola, se implementó el Sistema de Vigilancia Epidemiológica y se emitieron avisos preventivos de viaje y epidemiológicos. Asimismo, se publicaron los Lineamientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica y Diagnóstico por Laboratorio de Enfermedad por el virus del Ébola; y se efectuaron acciones de coordinación, prevención y control ante la emergencia sanitaria internacional.

Para realizar el diagnóstico de esta enfermedad, México cuenta con el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos Dr. Manuel Martínez Báez (InDRE) que tiene un laboratorio con nivel de bioseguridad 3 (BSL-3). Se dispuso que en caso de requerirse, el Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados (CENIAQ) del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), fungiera como unidad de concentración, ya que tiene capacidad para recibir hasta 24 pacientes en áreas de aislamiento. Asimismo, en marzo de 2015 se autorizó la publicación de la GPC para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad por virus del Ébola en Niños y Adultos, siendo la primera a nivel mundial.

A la fecha el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica (CMGPC), cuenta con 724 guías, 53 de ellas son de nueva creación y 22 se han actualizado. Están enfocadas principalmente a neoplasias, padecimientos relacionados con mortalidad materna, diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares. Para su aplicación se ha capacitado a 3,044 profesionales de la salud pertenecientes a las instituciones del SNS.

Una de las grandes prioridades nacionales, es el fortalecimiento de la infraestructura de las unidades de salud como estrategia para garantizar a la población el acceso efectivo a servicios de salud con calidad. Por ello, para lograr un mejor uso de los recursos disponibles, se puso en marcha la Ventanilla Única, que permite establecer y sistematizar el proceso de ciclo de vida de los proyectos de infraestructura (obra y equipo médico) en materia normativa, operativa y de financiamiento, construyendo un escenario de mayor eficacia, eficiencia y transparencia para beneficio de los usuarios.

Con el propósito de ampliar la oferta de medicamentos y garantizar el acceso de la población a más y mejores insumos para la salud, se concluyó la compra consolidada de medicamentos para el 2015, bajo la coordinación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Esta compra de 51 mil millones de pesos, se constituye en la más grande de la historia del sector público de nuestro país, con la adquisición de 1,909 claves, 109 más que el año anterior, y superior en 8 mil millones de pesos a la de 2014.

Los cuidados paliativos han sido objeto de especial impulso, por lo que se ha puesto en marcha la Estrategia Nacional para el Control del Dolor y los Cuidados Paliativos, que prioriza el fortalecimiento del marco jurídico y de la regulación sanitaria. Por ello, se adicionó a la Ley General de Salud (LGS) el Título relativo a los cuidados paliativos para los enfermos en situación terminal; la publicación de la Norma Oficial Mexicana (NOM-011-SSA3-2014) que establece los criterios y procedimientos para la atención de enfermos en situación terminal y el Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General (CSG) declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos que permiten otorgar cuidados de calidad a los enfermos que lo requieren.

La publicación de dicho Acuerdo es un suceso histórico por el que se hace obligatoria la integración de los cuidados paliativos a los sistemas de atención sanitaria, bajo un esquema de acción con criterios homologados, por lo que para garantizar la disponibilidad de analgésicos opioides en el mercado, se pusieron en marcha acciones estratégicas, como la implementación de una plataforma electrónica que simplifica la emisión de los recetarios especiales y permite una mejora en la administración de los libros de control.

Respecto a los recursos humanos, el Programa de Formalización Laboral de los Trabajadores de Salud, en las entidades federativas, dio inicio con una inversión de 1,555.6 millones de pesos para el pago del segundo semestre de 2014 y un costo anualizado para el ejercicio 2015 de 3,099.6 millones de pesos. Se concluyó la primera de tres etapas de este programa, lo que representa un beneficio directo para 22,403 trabajadores, quienes a partir del segundo semestre de 2014 reciben el pago de las diferencias de sueldos y prestaciones, incluyendo las de seguridad social y las que derivan de las Condiciones Generales de Trabajo suscritas con el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud (SNTSA).

En 2014 se emitieron los lineamientos para regular el Programa de Promoción por Profesionalización del Personal de Enfermería, Trabajo Social y Terapia Física y Rehabilitación, beneficiando a 3,689 trabajadores, que fueron promovidos a un nivel salarial superior mediante la acreditación de estudios superiores, cifra sin precedente desde que el programa entró en vigor en el año 2006.

Para fortalecer la formación de especialistas médicos, se asignaron 9,243 campos clínicos para residencias en 134 unidades de los Servicios Estatales de Salud (SESA). Este año egresaron 2,740 especialistas, 493 más que en el año anterior. Asimismo, 1,595 especialistas realizan rotación de campo en 139 unidades, para incrementar la atención especializada en comunidades rurales y zonas marginadas.

Se programaron 26,372 campos clínicos para realizar el internado y el servicio social de medicina y carreras afines; a la fecha se encuentran realizando servicio social de enfermería 34,049 pasantes (24,303 en la Secretaría de Salud [SS], 4,693 en el IMSS; 752 en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [ISSSTE]; 332 en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia [SNDIF]; 1,647 en el Programa de Vinculación, y 2,322 en otras instituciones), lo que representa poco más de 2 mil pasantes más en enfermería respecto del año anterior.

En el contexto internacional, el 19 de mayo, en el marco de la 68ª Asamblea Mundial de la Salud, la Directora General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Dra. Margaret Chan, otorgó a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) el reconocimiento como Agencia Funcional en materia de vacunas; máxima distinción que puede recibir una autoridad sanitaria en ese rubro; a la fecha sólo 38 agencias reguladoras en el mundo cuentan con él.

En materia de cooperación internacional, se ha firmado una carta de intención con Francia a fin replicar en México el Sistema de Asistencia Médica de Emergencia (SAMU), que es un modelo probado y exitoso para la atención médica pre-hospitalaria, con una clara definición de los procesos para movilizar unidades de atención a urgencias, con énfasis en la seguridad del paciente.

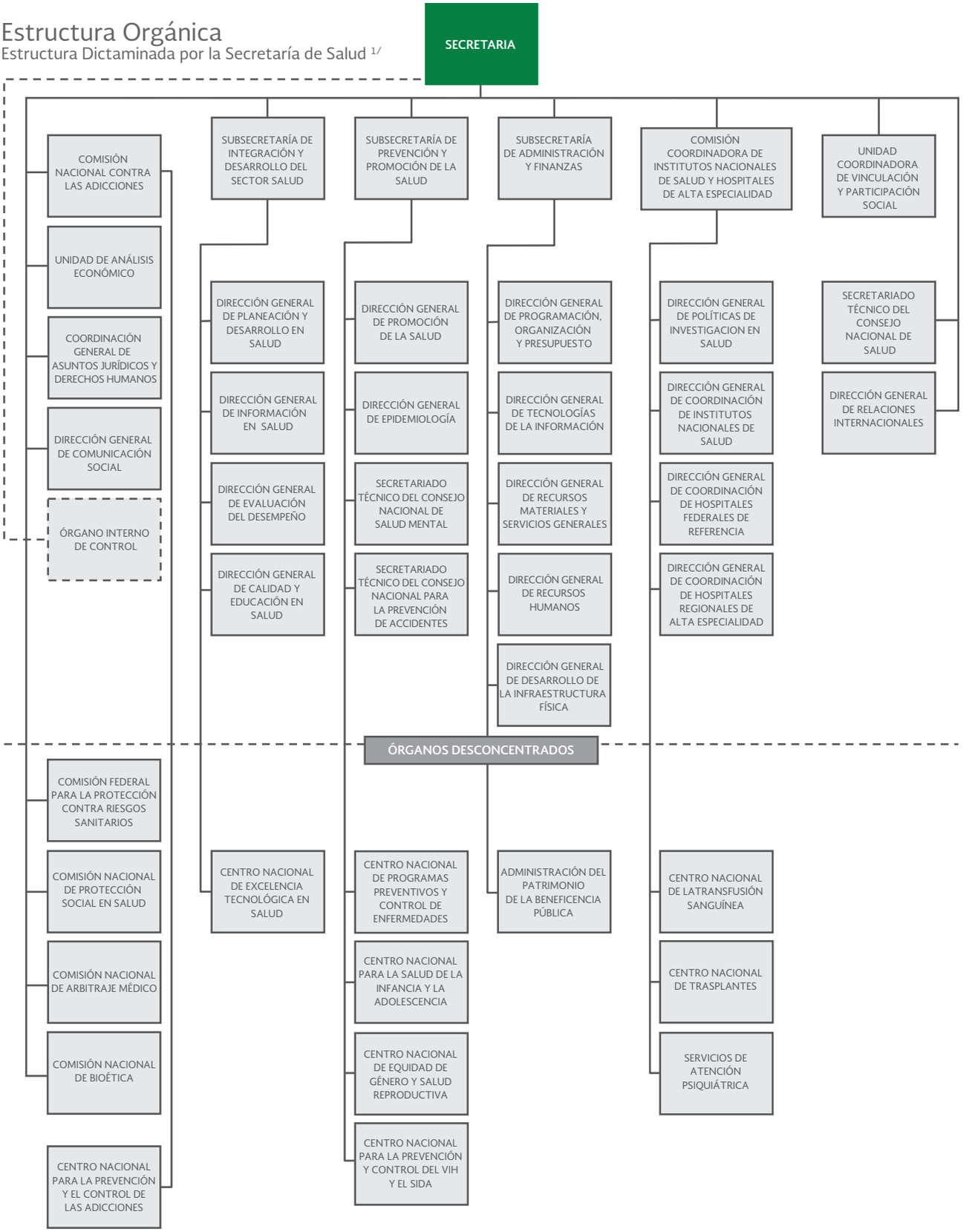
Nuestro compromiso es lograr generaciones presentes y futuras más sanas, que garanticen el desarrollo nacional. Por ello, es fundamental que todos los actores y sectores de la sociedad sigamos sumando esfuerzos para construir un México más sano, justo y equitativo.

Dra. Mercedes Juan López
Secretaria de Salud

Estructura Orgánica del Sector

Estructura Orgánica

Estructura Dictaminada por la Secretaría de Salud [1/]



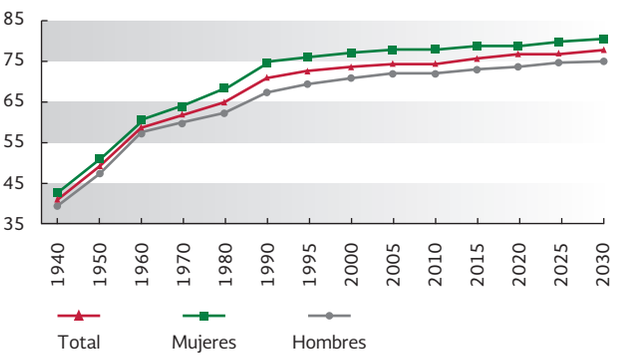
[1/] El 12 de enero de 2015 se publicó en el DOF el acuerdo por el que se delegan las facultades que se indican al Comisionado Nacional Contra las Adicciones. En este mismo acuerdo se establece el cambio por el cual la Dirección General de Relaciones Internacionales y el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud, se adscriben orgánicamente a la Titular de la Secretaría.

I. Perfil de la Salud de los Mexicanos

La presente sección tiene como fin presentar al lector una actualización de algunos de los indicadores de salud que orientaron los objetivos, estrategias y líneas de acción plasmados en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (PROSESA).

La esperanza de vida al nacer es uno de los indicadores demográficos que sirve para medir el desarrollo de los países. Los mexicanos hemos duplicado el número de años que se espera que vivamos en promedio. Este indicador pasó de 41.5 en 1940 a 74.9 años en 2015 (Gráfica 1).

GRÁFICA 1. ESPERANZA DE VIDA AL NACER, 1940 A 2030.



FUENTE: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) 2010 y Consejo Nacional de Población (CONAPO). Proyecciones de la población 2010-2050.

La dinámica poblacional de un país se define por dos características principales: por un lado, la disminución de la mortalidad en todos los grupos de edad y por el otro, la prevalencia de enfermedades transmisibles (infecto-contagiosas), tanto agudas como crónicas. Este proceso se denomina **transición epidemiológica** y es fundamental para entender la situación actual de la salud de los mexicanos. Esto implica abordar las variables que tienen relación con la salud: las demográficas, sociales y económicas (Santos-Preciado 2003).[1]

Algunos de estos factores que tienen impacto negativo en la salud son: estilos de vida no saludables (consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas, inactividad física y la ingesta de dietas con alta densidad energética o hipercalóricas).

Al comparar a México con los países miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), es posible observar el efecto de la transición epidemiológica en las condiciones de salud (Cuadro 1).

CUADRO 1. INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN PARA MÉXICO Y EL CONJUNTO DE PAÍSES QUE INTEGRAN LA OCDE, 2013

Indicador	México	OCDE 1/
Esperanza de vida al nacimiento (años) ambos sexos	74.5	80.1
Mujeres	77.4	82.8
Hombres	71.7	77.3
Esperanza de vida a los 65 años ambos sexos	17.7	19.3
Mujeres	18.6	20.9
Hombres	16.7	17.6
Porcentaje de bajo peso al nacer 2/	8.6	6.8
Tasa de mortalidad neonatal 3/	7.7	2.8
Tasa de mortalidad infantil 3/	13.0	4.1
Razón de mortalidad materna 4/	38.2	7.3
Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino 5/	11.3	3.7
Tasa de mortalidad por accidentes de transporte 6/	13.4	7.7

1/ Estimado con datos de 2013 o del último año disponible para cada país
2/ Por cada 100 nacidos vivos.
3/ Por cada 1,000 nacidos vivos menores de cinco años.
4/ Por cada 100,000 nacidos vivos.
5/ Por cada 100,000 mujeres.
6/ Por cada 100,000 habitantes.
FUENTE: INEGI/SS (2013) y OCDE (2013)

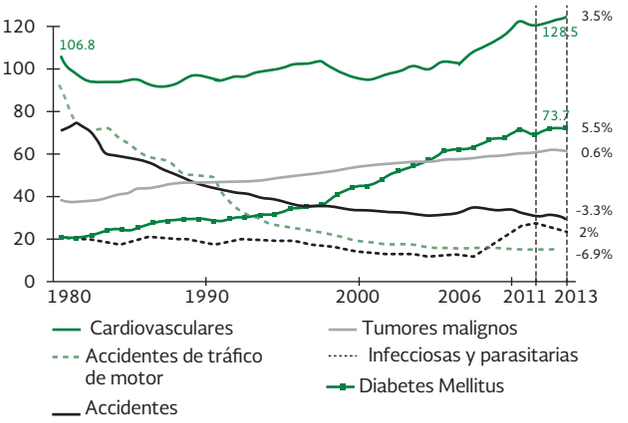
1 Santos-Preciado, JI, Villa-Barragán, JP, García-Avilés MA, León-Álvarez, G, Quezada-Bolaños, S, Tapia-Conyer, R. La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. Salud Pública de México 2003; 45 Suppl 1:S140-52.

Por otro lado, existen dos tipos de enfermedades que, de forma paralela, afectan a la población mexicana. Por un lado, está el conjunto de enfermedades crónicas degenerativas, también conocidas como ECNT: diabetes, hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad; las cuales han ido en aumento. Por otro lado, las enfermedades transmisibles, entre las que se encuentran las infecciones por microorganismos y parásitos, que presentan un franco decremento, tanto en presentación (morbilidad) como en mortalidad. De 2011 a 2013, las defunciones atribuibles a grupos específicos de enfermedades que han aumentado son: cardiovasculares (3.5%), diabetes (5.5%), tumores malignos (cáncer, 0.6%), e infecciosas-parasitarias (2.1%); en contraste, han disminuido en el mismo periodo de tiempo: accidentes de tráfico de vehículo de motor (6.9%) y accidentes en general (3.3%) (Gráfica 2).

Lo anterior es consistente al interior de los grupos de edad de las personas que fallecen (Cuadro 2).

GRÁFICA 2. PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN, MÉXICO 1980-2013.

Defunciones por 100,000 habitantes



FUENTE: INEGI/SS 2013. Principales causas de muerte de la lista GBD. Se utiliza esta lista ya que cuenta con información histórica.

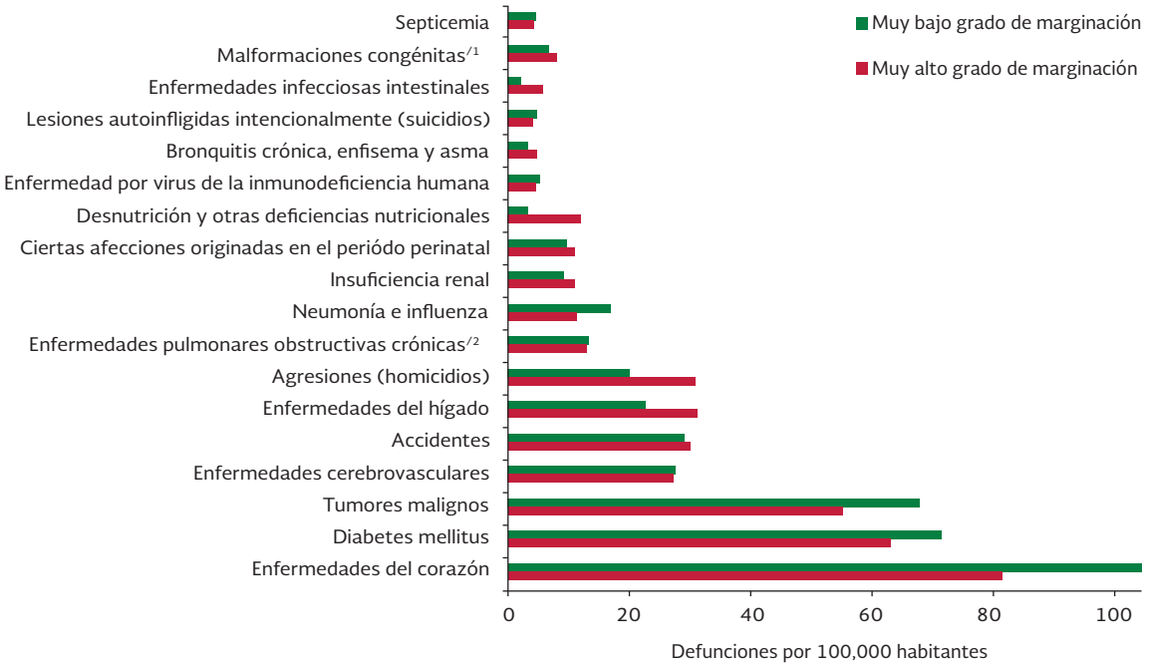
CUADRO 2. PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN POR GRUPO DE EDAD, MÉXICO 2013

Principales causas de defunción por grupo de edad, México 2013 1/							
Orden	**Todas las edades 2/**	**< 1 año**	**1-4 años**	**5-11 años**	**12-19 años**	**20-65 años**	**66 y más**
1	Enfermedades del corazón 18.5%	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal 46.5%	Accidentes 22.1%	Accidentes 24.4%	Accidentes 27%	Diabetes mellitus 15.3%	Enfermedades del corazón 25.2%
2	Diabetes mellitus 14.3%	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas 23.7%	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas 15.1%	Tumores malignos 18.5%	Agresiones (homicidios) 18.5%	Tumores malignos 14.3%	Diabetes mellitus 15.7%
3	Tumores malignos 12.0%	Neumonía e influenza 4.4%	Tumores malignos 7.3%	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas 7.5%	Tumores malignos 9.8%	Enfermedades del corazón 12.3%	Tumores malignos 11.6%
4	Accidentes 5.9%	Accidentes 3.9%	Neumonía e influenza 6.8%	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos 5.4%	Lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios) 8.6%	Accidentes 9.6%	Enfermedades cerebrovasculares 7.2%
5	Enfermedades del hígado 5.6%	Enfermedades infecciosas intestinales 2.2%	Enfermedades infecciosas intestinales 5.7%	Enfermedades del corazón 3.0%	Enfermedades del corazón 3.5%	Enfermedades del hígado 9.4%	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma 5.4%
Total de defunciones	611,829	27,775	5,374	3,692	10,665	228,530	311,692

1/ Se excluyen las defunciones con causas mal definidas y las demás causas
2/ Se incluyen las muertes por edad no especificada
Nota: Accidentes incluye accidentes de transporte, otras causas externas de traumatismos accidentales, complicaciones de la atención médica y quirúrgica, secuelas de accidentes de transporte y secuelas de otros accidentes.
FUENTE: INEGI/SS (2013), principales causas de muerte por grupos de edad según Lista Mexicana

Uno de los objetivos planteados por la presente administración, es minimizar las brechas existentes en las personas en función de sus condiciones socioeconómicas. Esto es posible estudiarlo desde el punto de vista del sitio en el que las personas viven y se desarrollan. La Gráfica 3 muestra la distribución de las causas por las cuales las personas fallecen en función de la entidad federativa en la que se encuentran.

GRÁFICA 3. TASA DE MORTALIDAD PARA LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN ENTIDADES FEDERATIVAS CON MUY ALTO GRADO DE MARGINACIÓN Y MUY BAJO GRADO DE MARGINACIÓN, MÉXICO 2013.



Notas: /1 Incluye deformidades y anomalías cromosómicas; /2 Excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma.
FUENTE: Elaboración propia con datos de INEGI/SS (2013), principales causas de muerte según Lista Mexicana y CONAPO (2013).
De acuerdo con CONAPO, las entidades federativas de muy alta marginación son Oaxaca, Chiapas y Guerrero. Las entidades de muy baja marginación son: Distrito Federal, Nuevo León, Coahuila y Baja California.

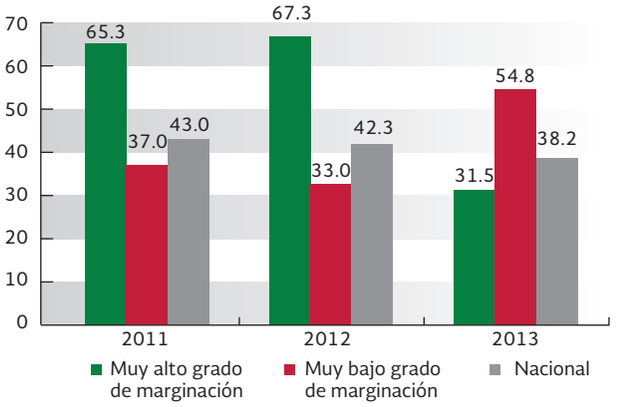
Se deben destacar los esfuerzos institucionales que han alcanzado importantes logros durante la presente administración. En ese sentido, existen dos indicadores que se utilizan por la OMS para medir y comparar el avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) entre países: la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) y la Razón de Mortalidad Materna (RMM).

La RMM es un indicador en salud que permite medir, de forma indirecta, la efectividad de las acciones de prevención y promoción de la salud en las mujeres embarazadas. Este indicador sirve para medir la disminución de brechas en entidades federativas que tienen menor o mayor desarrollo. Del 2011 al 2013 se han registrado avances importantes al respecto, tanto en estados catalogados como de muy alta marginación (Chiapas, Guerrero y Oaxaca) y los de muy baja marginación (Baja California, Distrito Federal, Coahuila y Nuevo León) (Gráfica 4A).

La TMI permite medir el impacto de las acciones de prevención y promoción de la salud dirigidos a los primeros años de la infancia, los cuales son críticos para el buen desarrollo de los mexicanos. Los dos grupos de riesgo en los que se han identificado ventanas de tiempo propias para implementar intervenciones de salud pública basadas en la evidencia, son los de infantes menores de cinco años y los menores de un año. Es este último grupo de edad un indicador seleccionado para medir el avance sectorial al respecto. La disminución de la TMI en menores de un año, ha sido significativa en el periodo 2011-2013, lo que resulta favorable en los estados de muy baja marginación (Gráfica 4B).

GRÁFICA 4A. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA POR ENTIDADES FEDERATIVAS CON MUY ALTO Y MUY BAJO GRADO DE MARGINACIÓN, MÉXICO 2011-2013.

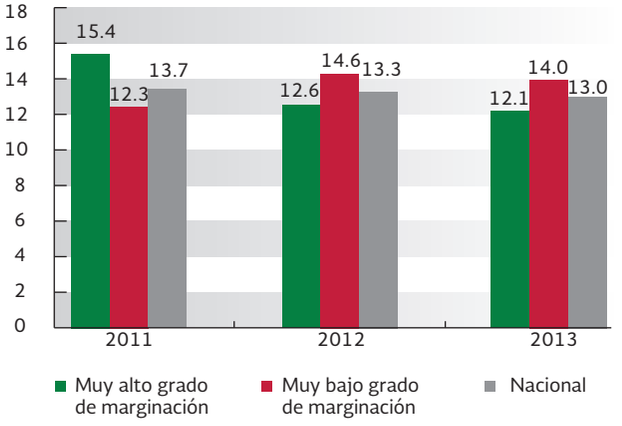
Defunciones por 100,000 nacidos vivos



Nota: De acuerdo con, CONAPO las entidades federativas de muy alta marginación son Oaxaca, Chiapas y Guerrero; las entidades de muy baja marginación son el Distrito Federal, Nuevo León, Coahuila y Baja California.
FUENTE: Elaboración propia con base en INEGI/Cubos dinámicos SS (2013).

GRÁFICA 4B. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (MENORES DE UN AÑO) POR ENTIDADES FEDERATIVAS CON MUY ALTO Y MUY BAJO GRADO DE MARGINACIÓN, MÉXICO 2011-2013.

Defunciones por 1,000 nacidos vivos



Nota: De acuerdo con, CONAPO las entidades federativas de muy alta marginación son Oaxaca, Chiapas y Guerrero; las entidades de muy baja marginación son el Distrito Federal, Nuevo León, Coahuila y Baja California.
FUENTE: Elaboración propia con base en INEGI/Cubos dinámicos SS (2013).

En ese tenor, de acuerdo al Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA), se registró un aumento estimado de 5.5% en el nivel de cobertura del esquema completo de vacunación en menores de un año de edad; el cual pasó de 85.3% en 2013 a 90% en 2015.

Por otro lado, el avance en la reducción del número de casos de transmisión vertical de VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se estima que fue de 31.3% para 2014, debido al acceso al tratamiento antirretroviral gratuito (Cuadro 3).

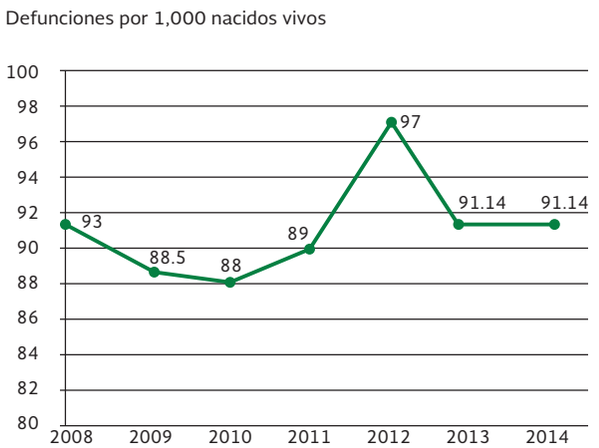
CUADRO 3. TRANSMISIÓN DE VIH PERINATAL

Año[1/]	Cobertura de detección de VIH en embarazadas %	Casos perinatales	Reducción comprometida %*	Reducción lograda %*
2013[2/]	61.7	131	NA	NA
2014	52.8	90	16.9	31.3
2015[3/]	-	-	33.8	-
Meta 2018	100	20	84.6	-

FUENTE: SS/Dirección General de Epidemiología (DGE). Registro Nacional de Seropositivos VIH y Registro Nacional de Casos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida). Datos al cierre de cada año.
* Método de cálculo: 100-(número de casos VIH y sida perinatales diagnosticados en el año actual/número de casos VIH y sida perinatales diagnosticados en el año base) X 100.
1/ La cifra de los casos nuevos de VIH y sida por transmisión vertical de cada año, puede aumentar en los años subsecuentes, en la medida en que se reduzca el retraso en la notificación de casos.
2/ Basal 2013, utilizando cifras del año 2012. SS/DGE. Registro Nacional de Seropositivos VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Datos al cierre 2013.
3/ Medición anual en proceso.
NA: No aplica.

La calidad de la atención tiene distintas dimensiones. Una de ellas es la satisfacción percibida por los usuarios. Con el objetivo de proteger socialmente a los 57.3 millones de afiliados al SPSS, se han realizado mediciones para conocer el grado de avance en la calidad percibida por los usuarios del programa; se encontró que el porcentaje de usuarios satisfechos con la atención fue de 91% tanto en 2013 como en 2014 (Gráfica 5).

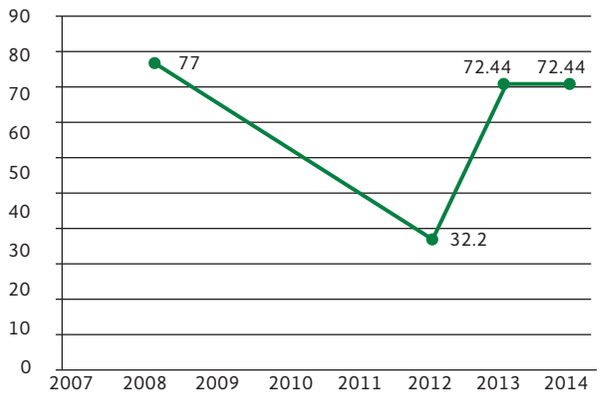
GRÁFICA 5. PORCENTAJE DE USUARIOS QUE MANIFIESTAN QUE REGRESARÍAN A ATENDERSE AL MISMO ESTABLECIMIENTO EN DONDE FUERON ENTREVISTADOS, MÉXICO, 2008-2014.



FUENTE: Estudio de Satisfacción de Afiliados al SPSS (ESASPSS) 2014. Disponible en: http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php/transparencia/vi-indicadores-de-gestion-de-desempeno-y-del-ejercicio-del-gasto-publico-de-los-programas-presupuestarios-de-la-administracion-publica-federal

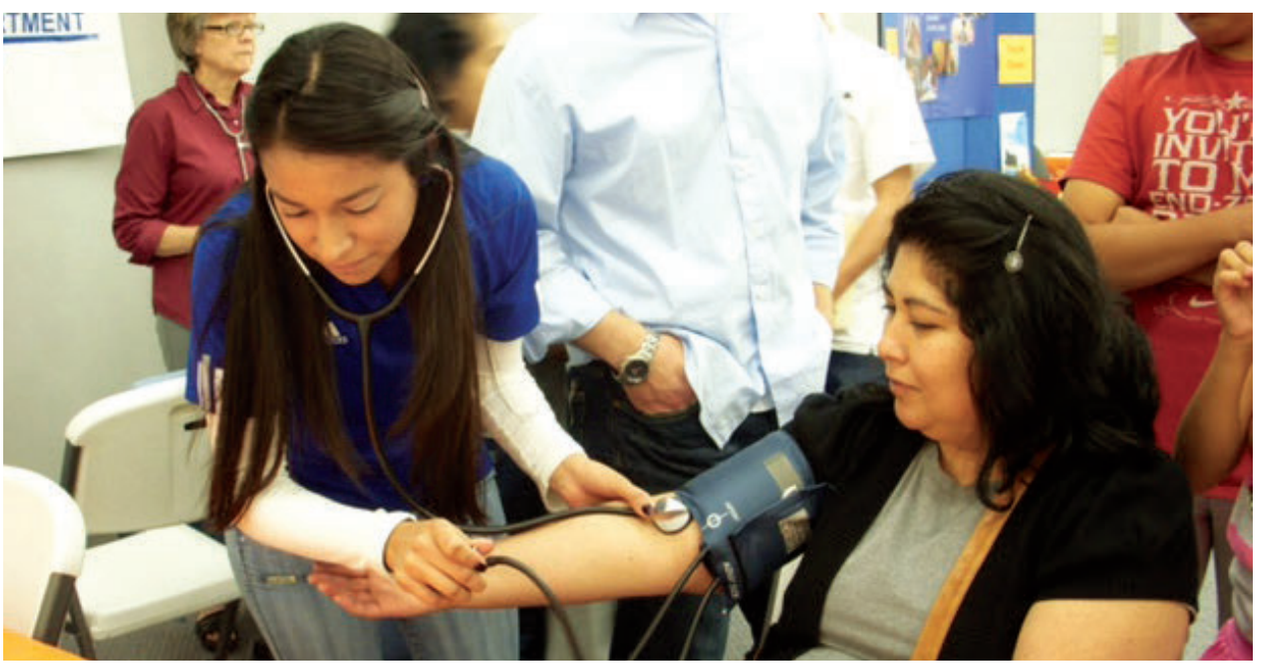
Otro aspecto que ayuda a cuantificar el avance en términos de acceso, es el surtimiento de medicamentos. El avance en lo que va de la administración es notorio en los estudios realizados por el área que opera el SPSS, ya que se ha logrado un avance de 72% en la totalidad del surtimiento de recetas en 2013 y 2014 (Gráfica 6).

GRÁFICA 6. PORCENTAJE DE RECETAS SURTIDAS AL 100%, 2008, 2012-2014



FUENTE: Ídem

Como se pudo observar en esta sección, los avances cuantificables en materia de salud pública han sido importantes y van en función directa de lo establecido en los objetivos del PROSESA. El trabajo constante y la determinación por cumplir las metas establecidas, desde el comienzo de la administración, han sido el factor clave para continuar con la rectoría necesaria en el Sector Salud.



II. Sistema Nacional de Salud

El sistema de salud hace referencia a todos los organismos, planes y programas que confluyen y son parte del sector que busca el fomento, la conservación y el mejoramiento de la salud de la población como objetivo primordial, tomando en cuenta la optimización de los recursos disponibles.[2]

Marco conceptual

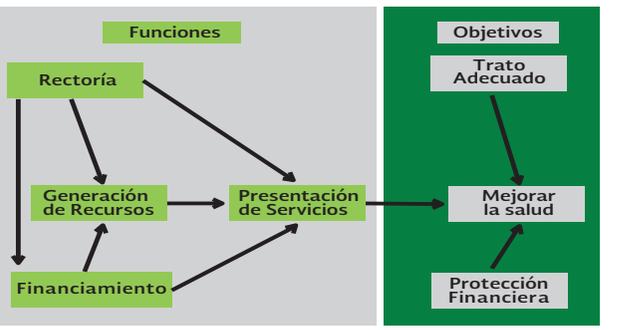
El antecedente formal que dio origen a lo que hoy día conocemos como el SNS, tuvo lugar el 15 de octubre de 1943 con la fusión del Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública, que hizo posible la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Además, en ese mismo año se fundó el IMSS, que presta atención a la población que labora en el sector formal de la economía, en respuesta al proceso de industrialización del país, con lo que se cumplió una añeja demanda de la sociedad.[3]

Posteriormente, con la consolidación del sistema, la cobertura de unidades médicas fue en aumento y en 1960, se crea el ISSSTE, que al igual que el IMSS, brinda servicios de seguridad social ampliada (atención médica, seguro de maternidad, pensiones y vivienda) a los trabajadores del sector público. Para la década de los ochenta, se promueve una modificación del Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el que se reconoce y se eleva a rango constitucional el derecho a la protección a la salud; lo que dio inicio al proceso de descentralización de la Secretaría de Salubridad y Asistencia hacia las entidades federativas, con la finalidad de acercar las decisiones a los operadores de los servicios. Una vez concluido el proceso de descentralización, se da paso el siguiente proceso de reforma del Sistema, con la creación del SPSS en el año 2003.[4]

La creación del SPSS, responde a los resultados de varios estudios, entre los que se encuentran el Informe sobre la Salud en el Mundo llamado Mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud, de la OMS en 2000 y los trabajos de economía y salud de Fundación Mexicana para la Salud A.C. (FUNSALUD), que señalan la injusticia en el financiamiento a la atención de la salud y los desequilibrios financieros presentes en México (de nivel, de origen de los fondos, de distribución entre poblaciones, de esfuerzo estatal y de destino de recursos).[5]

Se considera que los objetivos finales, básicos, medulares o intrínsecos de los sistemas de salud son tres: 1) mejorar la salud de la población; 2) ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud, y 3) garantizar seguridad financiera en materia de salud. Se trata de objetivos intrínsecos en tanto que son deseables en sí mismos. Los objetivos de un sistema de salud se alcanzan mediante el desempeño de cuatro funciones básicas: la prestación de servicios; el financiamiento de dichos servicios; la rectoría del sistema, y la generación de recursos para la salud (Figura 1).[6]

FIGURA 1. FUNCIONES Y OBJETIVOS DE UN SISTEMA DE SALUD



FUENTE: Programa de Acción Específico, Evaluación del Desempeño 2013-2018. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Disponible en: http://dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/index/PAE_DGED_2013_2018.pdf

2 Maya Mejía, JM. Sistemas de servicios de salud. En: Blanco Restrepo JH, Maya Mejía JM, editores, Fundamentos de Salud Pública, Tomo II Administración de la Salud Pública. Medellín: CIB Fondo Editorial, 2008: 1-8

3 Gómez Dantés O, Frenk J, et al. Sistema de Salud de México. Salud Pública Mex 2011, Vol. 53(2). pp 224. Disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002625#introduccion

4 Ídem.

5 SPSS, Evaluación Financiera, Dirección General de Evaluación del Desempeño, SS, México, 2006. Disponible en: http://portal.salud.gob.mx/codigos/columnas/evaluacion_programas/pdf/EXT06_SPSS-2.pdf

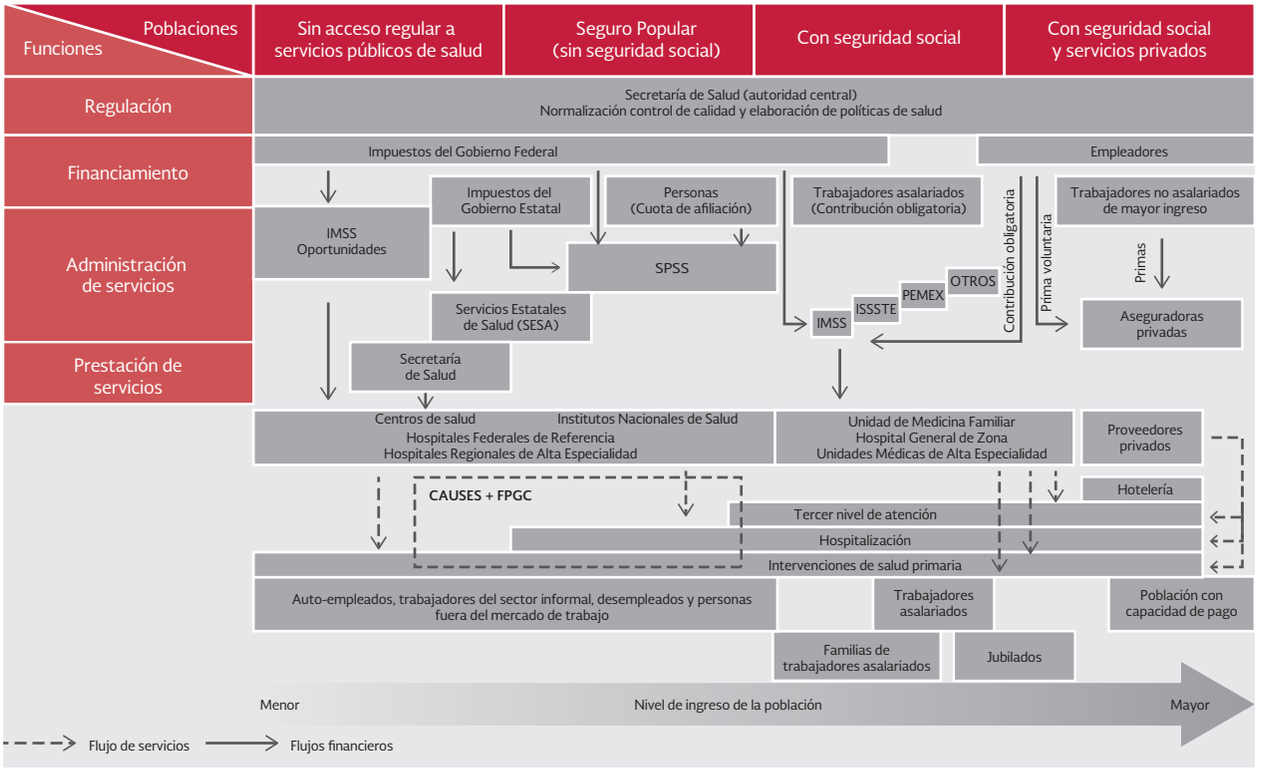
6 Murray CJ, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. Bulletin of the World Health Organization 2000; 78(6): 717-731.

En el *Informe sobre la Salud en el Mundo - Mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud,* publicado por la OMS en el año 2000, se estableció que un sistema de salud abarca cualquier actividad que esté encaminada a promover, restablecer o mantener la salud de la población.

Situación actual

México se caracteriza por tener un sistema de salud segmentado, que divide a la población en subsectores según su capacidad económica y su tipo de vínculo laboral (Cuadro 1). En primer lugar, existe un subsector privado dirigido a la población con mayores ingresos. En segundo lugar, un subsector de aseguramiento público, ofrecido por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), mediante el Seguro Popular y el Seguro Médico Siglo XXI, que ofrecen cobertura médica a la población no cubierta por la seguridad social. Y en tercer lugar, un subsector de la seguridad social fragmentado en diferentes tipos de vínculo laboral: el IMSS para los trabajadores del sector privado y sus familias, el ISSSTE para los trabajadores del gobierno federal y sus familias, así como esquemas que cubren sectores específicos, como por ejemplo los trabajadores de la industria petrolera (Petróleos Mexicanos [PEMEX]), así como los miembros del ejército mexicano (SEDENA) y la marina (SEMAR) (Cuadro 1).[7] Los tres principales segmentos de aseguramiento público (IMSS, ISSSTE y Seguro Popular) no gozan de los mismos beneficios. Los afiliados del IMSS e ISSSTE tienen derecho a un conjunto de servicios de salud más amplio comparados con los afiliados del Seguro Popular.[8,9]

CUADRO 1. SISTEMA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA EN MÉXICO



FUENTE: Ursula Giedion, Ricardo Bitrán, Ignez Tristao, editores., Giota Panopoulou y Eduardo González Pier, Capítulo 4, México: el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud y el Fondo de Protección de Gastos Catastrófico. 2014. Planes de beneficios en salud de América Latina. Una comparación regional. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.

7 Para una descripción detallada del sistema de salud mexicano y del Seguro Popular, véase Secretaría de Salud (2006a) y OCDE (2005).

8 Los servicios de IMSS e ISSSTE no están definidos en un paquete explícito, sino que se describen de forma general, como atención ambulatoria, hospitalización, rehabilitación, etc., en las respectivas leyes de las dos instituciones (Congreso de la Unión, 1995; ISSSTE, 2007).

9 Ursula Giedion, Ricardo Bitrán, Ignez Tristao, editores., Giota Panopoulou y Eduardo González Pier, Capítulo 4, México: el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud y el Fondo de Protección de Gastos Catastrófico. 2014. Planes de beneficios en salud de América Latina. Una comparación regional. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.

Estructura de financiamiento

La homogeneidad financiera del SNS se basa en tres seguros:

1. Seguro de Enfermedades y Maternidad IMSS. Protege a los asalariados del sector privado de la economía formal y a sus familiares;

2. Seguro Médico ISSSTE. Protege a los asalariados del sector público de la economía formal y a sus familiares, y

3. SPSS. Protege a las personas que se encuentran fuera del mercado laboral y a los trabajadores no asalariados, y a sus familiares.

El SPSS, se creó con la finalidad de garantizar el acceso a la población sin seguridad social, mediante un paquete explícito de intervenciones y medicamentos en cada uno de los niveles de atención. Los dos paquetes de intervenciones se denominan CAUSES y el FPGC.

Los tres seguros cuentan con una estructura financiera tripartita, similar a la del IMSS que se financia con aportaciones del gobierno federal, los patrones y los trabajadores. En el ISSSTE, el cambio principal consiste en distinguir entre las obligaciones del gobierno federal como empleador y lo que debe ser una aportación uniforme del Estado nacional al aseguramiento de cada ciudadano (cuota social). El SPSS también se financia de manera parecida: primero, una aportación del Estado nacional idéntica a la del IMSS e ISSSTE (cuota social); segundo, una aportación solidaria que, en lugar de la cuota patronal, es cubierta por los gobiernos a nivel estatal y federal; tercero, una aportación familiar análoga a la cuota obrera de la seguridad social, la cual es proporcional a la capacidad de pago y puede ser de cero en el caso de las familias muy pobres.[10]

Paquetes explícitos de atención

En las instituciones de seguridad social ampliada el acceso a las intervenciones es casi universal, tanto en la atención médica como en tratamientos auxiliares de diagnóstico y medicamentos.

Para la atención de padecimientos de alta especialidad y alto costo que ponen en riesgo la vida y el patrimonio familiar, se creó el FPGC que atiende actualmente a 59 enfermedades.[11]

Estructura funcional del sistema

El SNS se estructura funcionalmente en tres niveles de atención, cada una de las instituciones que lo componen mantienen la lógica de esta organización.

En el primer nivel de atención se agrupan unidades ambulatorias de distinto tamaño y capacidades, son el primer contacto formal de la población con el sistema y se proveen una amplia gama de servicios de atención preventiva y padecimientos de alta frecuencia y baja complejidad, en los que no es necesario derivar a la atención de especialistas. Los profesionales que trabajan en este nivel son esencialmente médicos generales o especialistas en medicina comunitaria o familiar y pasantes de medicina.

El segundo nivel de atención está compuesto por una red de hospitales generales, que cuentan con las cuatro especialidades básicas: medicina interna, pediatría, ginecología y cirugía, y con servicios de urgencias, admisión, hospitalización, banco de sangre, Central de Equipos y Esterilización (CEYE), quirófanos, farmacia, y consulta externa, entre otros.

El tercer nivel de atención concentra la prestación en hospitales de alta especialidad, aquí se encuentran subespecialidades y servicios de apoyo. Dentro de este grupo se ubican los Institutos Nacionales de Salud (INSalud). Existen tanto del sector público como privado.

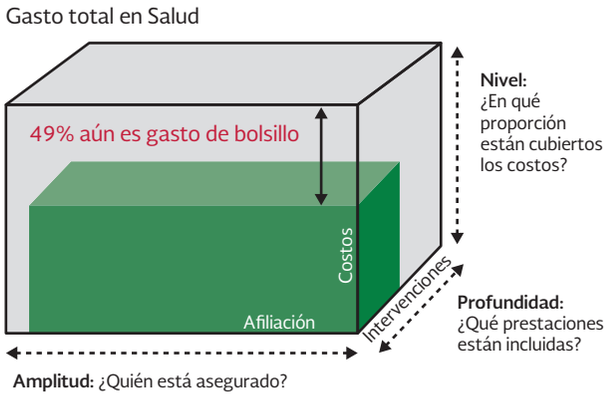
Cobertura universal de salud

La OMS propone que, para alcanzar la cobertura universal en salud los países miembros deben trabajar en tres dimensiones (Figura 2). Las tres dimensiones son necesarias y suficientes para lograr la meta. En ese tenor, la SS ha realizado esfuerzos significativos.

10 SPSS, Evaluación Financiera, Dirección General de Evaluación del Desempeño, SS, México, D.F. 2006. Disponible en: *http://portal.salud.gob.mx/codigos/columnas/evaluacion_programas/pdf/EXT06_SPSS-2.pdf*

11 SPSS, Informe de Resultados 2014, Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Disponible en: *http://www.seguro-popular.gob.mx/images/Contenidos/informes/Informe%20de%20Resultados%202014.pdf*

FIGURA 2. DIMENSIONES DE LA COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD, OMS.

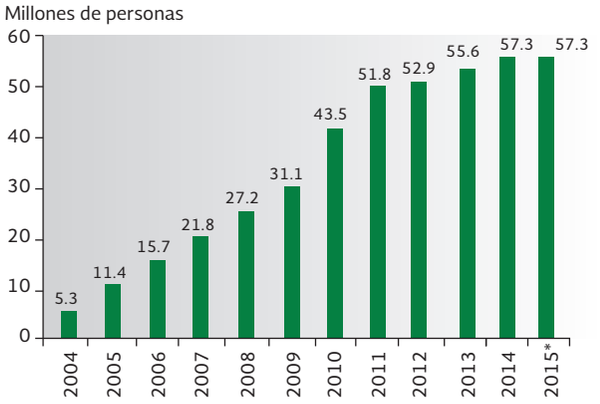


FUENTE: Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. OMS. Disponible en: http://www.who.int/whr/2010/es/

Amplitud

La evolución de la cobertura a las personas que no tienen acceso a la seguridad social, ha tenido un incremento sostenido desde 2004 (Gráfica 3).

GRÁFICA 3. NÚMERO DE PERSONAS AFILIADAS AL SEGURO POPULAR, MÉXICO 2004-2015.

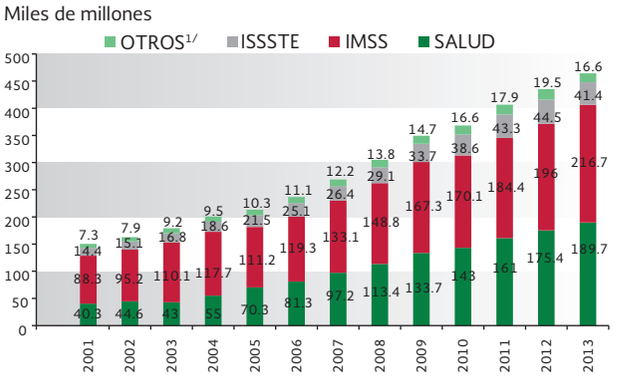


FUENTE: Elaboración propia con información del Padrón Nacional de Beneficiarios del SPSS.
1/*(cifra a mayo 2015)

Nivel

En México, el 49% del gasto en salud proviene del bolsillo de las familias. La creación del SPSS, mediante los programas Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI), contribuyen a la disminución del gasto catastrófico en salud, el gasto de bolsillo y gasto empobrecedor por atención a la salud (Gráfica 4).

GRÁFICA 4. PRESUPUESTO PÚBLICO EN SALUD. MÉXICO, 2001-2013.

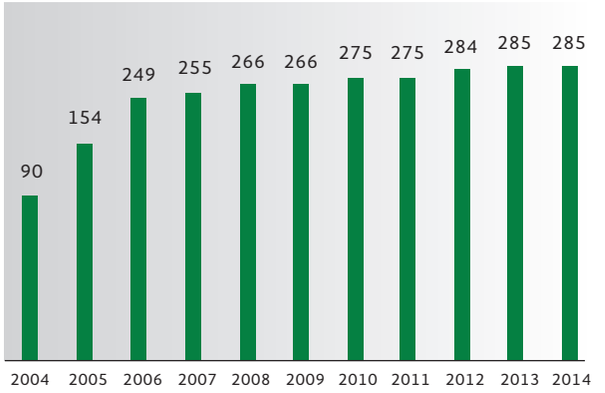


FUENTE: Elaboración propia con información del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) y Cuenta de la Hacienda Pública 2013.
Otros, se refiere a la categoría que agrupa a los distintos grupos de seguridad social diferentes a los incluidos en la gráfica.

Profundidad

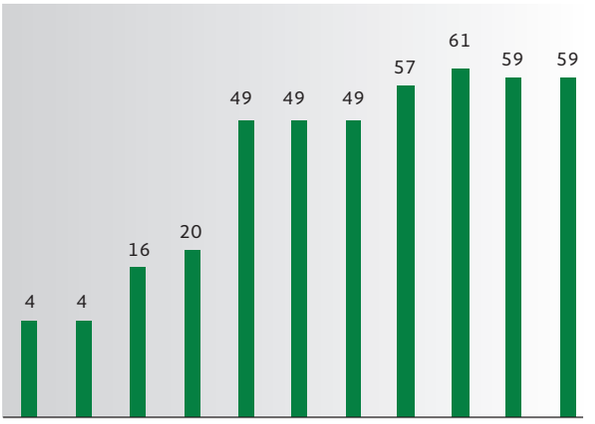
Las intervenciones del CAUSES, están diseñadas para responder al 100% de la demanda de atención en el primer nivel de atención y 80% en el segundo nivel. En este sentido, el avance en el número de cobertura de intervenciones ha permitido que los beneficiarios no posterguen la atención a la salud por razones económicas (Gráfica 5). Asimismo, el FPGC responde a la atención de padecimientos con alta prevalencia y alto costo en salud y que llevan a las familias a empobrecerse por cubrir los gastos de atención hospitalaria (Gráfica 6).

GRÁFICA 5. NÚMERO DE INTERVENCIONES CUBIERTAS POR EL CAUSES, MÉXICO 2004-2014



FUENTE: Elaboración propia con información de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

GRÁFICA 6. NÚMERO DE INTERVENCIONES CUBIERTAS POR EL FPGC, MÉXICO 2004-2014.



FUENTE: Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

En resumen, el sistema de salud mexicano ha pasado por tres grandes procesos de reforma que han consolidado la atención a la población no beneficiaria de la seguridad social ampliada, con el fin de cumplir con los tres objetivos básicos de cualquier sistema de salud: protección financiera, protección a la salud y trato digno. Sin embargo, el reto actual consiste en lograr la cobertura universal en salud con calidad en cada una de sus dimensiones, mediante un federalismo articulado a través de una coordinación eficaz y corresponsable de los tres órdenes de gobierno.

III. Informe de Labores de la Secretaría de Salud

Marco Normativo

La política pública está conformada por programas, proyectos y acciones, mediante los cuales el Estado, a través del gobierno, diseña, gestiona, instrumenta y promueve medidas para resolver los problemas de una nación y para satisfacer las necesidades de sus habitantes. En la actualidad, el SNS en México plantea enormes retos y desafíos pocas veces vistos en la historia reciente. Lo que nos motiva, como nación en su conjunto, a aprovechar de la mejor manera posible nuestro capital humano y nuestros recursos para cumplir con los compromisos establecidos tanto en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND) como en los programas sectoriales.

El PROSESA[12] es el documento rector de la política pública en materia de salud en el país. Su conformación es el resultado de las ideas y propuestas obtenidas en diversos foros de consulta en los que participaron los tres órdenes de gobierno; especialistas en la materia de universidades y otras instituciones médicas y académicas, legisladores, organizaciones civiles, miembros de grupos vulnerables (desde el punto de vista de la salud pública), entre otros; fue en suma, un esfuerzo en conjunto con la ciudadanía. Al mismo tiempo, se realizaron mesas sectoriales con temas específicos para su discusión y análisis en las que se obtuvieron propuestas mismas que, aunadas a las producidas en los foros de consulta fueron la base para la elaboración del PROSESA.

El PROSESA se compone de seis objetivos, 39 estrategias y 274 líneas de acción.

El presente Informe de Labores 2015 de la SS tiene un diseño renovado, lo que implicó alinear las acciones y actividades de las áreas operativas y administrativas que se realizan cotidianamente en esta dependencia federal para mejorar la salud de los mexicanos, con los seis objetivos del PROSESA.

La idea principal es presentar a nuestros amables lectores, un documento sustentado en información verificable, que sea ameno y amigable a la lectura, que tiene como premisa pasar de ser un documento de consulta a un documento de referencia con parámetros bien establecidos y dentro del marco de la transparencia, rendición de cuentas y acceso a la información.

12 Decreto por el que se aprueba el PROSESA. DOF: 12/12/2013

Esperamos que el presente informe sea de su interés y, sobre todo, le proporcione un panorama cabal de lo que en materia de salud está implementando la actual administración dentro de sus políticas públicas en favor del país y de sus ciudadanos.

El Informe de Labores se presenta de conformidad con lo establecido en el artículo 93 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el cual establece que los Secretarios de Estado, luego que esté abierto el periodo de sesiones ordinarias, den cuenta al Congreso sobre el estado que guardan sus respectivos ramos. La misma responsabilidad está establecida en el artículo 23 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (APF). Específicamente, el artículo 8º de la Ley de Planeación refiere que se deberá informar del avance y grado de cumplimiento de los objetivos y prioridades fijados en la planeación nacional que, por razón de su competencia, les correspondan y de los resultados de las acciones previstas. Por ende, el periodo definido para el presente informe va del 1º de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD
SIN HAMBRE

Actividades de la C. Secretaria de Salud Dra. Mercedes Juan López

Durante el periodo del 1º de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015, en apego a las funciones y atribuciones de su competencia, la C. Secretaria dio atención, trámite y resolución a aquellos asuntos inherentes a la conducción de la Política Nacional de Salud. La Titular del Ramo dio instrucciones para la instrumentación y seguimiento de los acuerdos celebrados con el C. Presidente de la República, Compromisos de Gobierno, Instrucciones al Gabinete e Instrucciones Presidenciales y se sometieron a consideración del Jefe del Ejecutivo los proyectos de iniciativas de leyes, reglamentos, decretos, acuerdos y órdenes sobre los asuntos competencia del sector. La C. Secretaria de Salud participó en giras nacionales e internacionales, algunas de ellas en representación del Primer Mandatario; sostuvo reuniones con gobernadores, funcionarios públicos y representantes del Poder Legislativo.

El 24 de septiembre de 2014, compareció ante la Comisión de Salud de la Cámara de Senadores del H. Congreso de la Unión, para informar sobre el estado que guardaba la SS, sus órganos desconcentrados y los organismos públicos descentralizados coordinados por esta dependencia. Presidió reuniones de los diversos consejos del SNS, e impulsó acciones de coordinación con los diferentes actores y sectores que contribuyen al cuidado y mejoramiento de la salud de la población.

En el periodo que se informa, la titular de la SS llevó a cabo 61 giras de trabajo a las entidades federativas, entre las que destacan las realizadas a los estados de Durango, San Luis Potosí y Zacatecas, en su calidad de responsable de la región 8 del Programa de Apoyo a Entidades Federativas, anunciado en la XLIV Reunión Ordinaria de la Conferencia Nacional de Gobernadores (CONAGO), cuya finalidad es lograr una mayor interlocución entre los órdenes de gobierno.

Para coordinar las acciones de prevención, promoción de la salud y atención médica a los damnificados por el huracán *Odile*, que tocó tierra el 14 de septiembre de 2014, atendiendo las instrucciones del Primer Mandatario, la C. Secretaria de Salud se trasladó en cuatro ocasiones al estado de Baja California Sur para visitar las zonas afectadas. El abordaje integral de la emergencia permitió evitar brotes epidémicos. Asimismo, acompañó al C. Presidente de la República en la visita de evaluación de los daños ocasionados por el tornado que se presentó el 25 de mayo de 2015, en Ciudad Acuña, Coahuila; durante este recorrido, la Dra. Mercedes Juan visitó a las personas hospitalizadas para supervisar su estado de salud y la calidad de la atención que recibieron.

La C. Secretaria de Salud acompañó al C. Presidente de la República en la inauguración y puesta en marcha de unidades de salud, para el fortalecimiento de la infraestructura:

- Inauguración de la nueva Torre de Hospitalización del Instituto Nacional de Cancerología (INCAN), en octubre de 2014, con 188 camas y 86 consultorios, con una inversión de 2,534 millones de pesos;
- Inauguración del Hospital Homeopático con una inversión de 761 millones de pesos, integrado por cinco módulos, de los cuales tres son edificios de nueva creación y la rehabilitación de dos existentes; con una capacidad de 82 camas censables, bajo un modelo de hospital general moderno de segundo nivel, el cual ofrece servicios médicos especializados y oportunos para la población abierta, en beneficio de 120 mil habitantes del Distrito Federal y estados circunvecinos;
- Inauguración y entrega del Hospital Materno Infantil y la Clínica del IMSS de Irapuato, Guanajuato;
- Inauguración del Hospital para el Niño Poblano en Puebla, Puebla;
- Inauguración de las Ciudades de la Salud para la Mujer en Cuautitlán Izcalli y Huixquilucan, Estado de México; que con una inversión total de 234.1 millones de pesos, brindan atención con un nuevo modelo de atención que ofrece las especialidades de geriatría, maternidad, detección y diagnóstico de cáncer de mama, y
- Entrega de las Clínicas de Salud en Tonalá y Cintalapa, Chiapas.

La C. Secretaria inauguró, además, el Centro de Salud urbano de San Cristóbal de las Casas, Chiapas; la Sala Digital Samsung, en el Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG); la nueva Residencia Médica del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN); el Centro de Salud con servicios ampliados No. 1, Dr. Carlos de León de la Peña, y el Banco de Sangre en Durango; la modernización y equipamiento del Hospital Regional de Ciudad Hidalgo, Michoacán, con especialización en nefrología; el Hospital Comunitario de Jocotepec, Jalisco; la Unidad de Especialidades Médicas Centro de Estabilización en Nuevo León; el Complejo Médico de Atlixco, Puebla; el Centro de Salud El Palmar, en Querétaro; el Centro de Salud Alfredo Bonfil, en Quintana Roo; el Centro de Salud de San

Miguel Rioverde, San Luis Potosí; el Hospital General de Cananea, Sonora; el Centro Nacional de Vacunología en Cárdenas, Tabasco; el Laboratorio Estatal de Salud Pública en Tlaxcala y la ampliación y remodelación del Hospital General Dr. Agustín O'Horán, en Yucatán.

La C. Secretaria, conjuntamente con los titulares de las áreas mayores de la dependencia, sostuvo reuniones de trabajo con los gobernadores de los estados de Baja California, Chihuahua, Coahuila, Durango, Guerrero, Oaxaca, San Luis Potosí y Zacatecas, con el fin de revisar las prioridades de salud en dichas entidades, así como el seguimiento de las políticas y acciones emprendidas en coordinación con la federación.

De igual forma, presidió cuatro reuniones ordinarias del Consejo Nacional de Salud (CONASA): la VII Reunión Ordinaria que se llevó a cabo en la ciudad de Querétaro, del 10 al 13 de septiembre de 2014; la VIII Reunión Ordinaria celebrada en la ciudad de Tlaxcala, del 25 al 27 de noviembre de 2014; la IX Reunión Ordinaria en Campeche, del 11 al 13 de marzo de 2015; y la X Reunión Ordinaria en Morelia, Michoacán, del 24 al 26 de junio de 2015.

En estas reuniones se analizaron asuntos de carácter nacional y se dio seguimiento a diversos temas de relevancia para el desarrollo de actividades prioritarias del SNS. Entre éstos destacan: las medidas preventivas y vigilancia epidemiológica de la enfermedad por el virus del Ébola y enfermedades emergentes como el dengue y el Chinkungunya; la atención universal del evento obstétrico; la estrategia para el fortalecimiento de la donación de órganos y tejidos; la atención a emergencias sanitarias derivadas de fenómenos meteorológicos y desastres naturales; mortalidad materna y embarazo en adolescentes; la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes y las Redes de Excelencia en Diabetes; la prevención y tratamiento de las adicciones; la Estrategia de Compras Consolidadas; la Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos y el Programa de Formalización Laboral de los Trabajadores de la Salud en las Entidades Federativas, entre otros.

El 22 de junio de 2015, la C. Secretaria de Salud, instaló la Comisión Intersecretarial para la Atención y Protección a las Personas con la Condición del Espectro Autista en su calidad de presidente de la misma.

El fuerte impulso que se ha dado a la coordinación con los sectores público, privado y social, ha permitido alcanzar avances en temas de vital trascendencia en la agenda de salud. Con los titulares del IMSS, ISSSTE, la SEMAR, SEDENA y PEMEX, quienes además son parte del CONASA se han sostenido reuniones para analizar permanentemente la agenda en salud, así como su evaluación y seguimiento. Ejemplo de ello, es el fortalecimiento de la infraestructura en salud; la implementación de la política de *Cero Rechazo* para Urgencias Obstétricas en las unidades de salud y el abordaje de la problemática del sobrepeso, la obesidad y la diabetes.

Con el propósito de ampliar la oferta de medicamentos y garantizar el acceso de la población a más y mejores insumos para la salud, se realizó la compra consolidada de medicamentos para el 2015 bajo la coordinación del IMSS. Esta compra, de 51 mil millones de pesos, se constituye en la más grande de la historia del sector público de nuestro país, con la adquisición de 1,909 claves, 109 más que el año anterior y superior en 8 mil millones de pesos a la de 2014.

En noviembre de 2014, se concluyeron las negociaciones de la compra pública de medicamentos de patente y fuente única, con un ahorro potencial estimado, aplicable al ejercicio 2015, que podría alcanzar 838 millones de pesos, lo que representa un incremento del 19.2% con respecto al periodo anterior.

De acuerdo con las modificaciones a la LGS, en septiembre de 2014, se publicaron los precios de referencia para medicamentos, a los que se deberán ajustar los prestadores del CAUSES y del FPGC. Se estima un ahorro potencial de más de 500 millones de pesos por este concepto.

La C. Secretaria de Salud participó en diversas reuniones con el jefe del Ejecutivo Federal y los titulares de las diferentes dependencias y entidades gubernamentales que conforman los gabinetes legal y ampliado, mismos que atienden asuntos específicos: Gabinete Presidencial; Gabinete Especializado México Próspero; Gabinete Especializado México Incluyente; Gabinete Especializado México con Educación de Calidad; Gabinete Especializado México con Responsabilidad Global; Plan Nuevo Guerrero; Plan Michoacán, *Por Michoacán, juntos lo vamos a lograr;* Cruzada Nacional contra el Hambre, y el Programa Nacional para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia.

La titular de la Dependencia sostuvo diez reuniones de trabajo con legisladores y con la Comisión de Salud de la Cámara de Senadores, para abordar temas prioritarios de la agenda de salud.

Participó en la elaboración y refrendo de 14 Ordenamientos Presidenciales así como en la emisión de

27 Ordenamientos Secretariales, 38 de ellos publicados en el Diario Oficial de la Federación (DOF) y tres como norma interna en la página del Comité de Mejora Regulatoria Interna (COMERI). Asimismo, aprobó la elaboración de dos manuales y emitió dos acuerdos del CSG, publicados en el DOF.

La SS ha fortalecido la relación bilateral con otros países que son estratégicos para el Sector Salud, a través de la cooperación internacional y mediante la suscripción de acuerdos que incluyen disposiciones que fortalecen la cobertura universal en salud y el intercambio de tecnologías. Para ello, en el periodo que se informa, se han celebrado acuerdos con Estados Unidos de América, Reino Unido de la Gran Bretaña e Irlanda del Norte, y Portugal.

Con el fin de consolidar el papel de México como un actor con responsabilidad global a nivel internacional en materia de salud, la C. Secretaria participó en diversas reuniones, foros y eventos en el ámbito multilateral, entre los que destacan:

- El 53º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), celebrado en Washington, D. C., del 29 de septiembre al 3 de octubre de 2014, que tuvo como objetivo definir las Estrategias de Cobertura Universal, y la aprobación del Plan Estratégico de la OPS;

- El evento sobre Enfermedades Crónicas en las Américas, celebrado en Washington, D. C., el 30 de septiembre de 2014, en el que presentó la política pública de México en la materia, en el marco de una sesión especial de la Organización de los Estados Americanos (OEA);

- La inauguración de la XIV Semana Binacional de Salud, que se llevó a cabo en San Luis Potosí, San Luis Potosí, en la que enfatizó que la atención a la salud de las personas migrantes es un esfuerzo de corresponsabilidad del gobierno de México con su población al interior del país, así como de la que reside en el exterior, con el fin de preservar y mejorar la calidad de la atención de su salud, con énfasis en acciones de prevención y promoción de la salud, y

- La 68ª Asamblea Mundial de la Salud, de la OMS, celebrada en mayo del presente año en Ginebra, Suiza. El tema principal de la asamblea fue: Construyendo sistemas de salud resilientes, en respuesta al brote por el virus del Ébola que puso de manifiesto la vulnerabilidad de los sistemas de salud en África occidental y en todo el mundo. En el marco de la misma asamblea, se suscribió la Estrategia de Cooperación entre México y la OPS/OMS para el periodo 2015-2018.

Durante la 68ª Asamblea Mundial de la Salud, la Titular participó en el evento: La contribución de la OMS, en la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) sobre el problema mundial de las drogas en 2016, del cual nuestro país fue copatrocinador, así como en el segmento de alto nivel sobre la Estrategia Global para la Salud de Mujeres, Niñas y Adolescentes, el cual contó con la asistencia de los Ministros de Salud de la India, México, Noruega y Sudáfrica, así como de la Directora General de la OMS, Dra. Margaret Chan y de la Sra. Amina Mohammed, Asesora Especial del Secretario General de las Naciones Unidas.

La SS recibió de manos de la Directora de la OMS, Dra. Margaret Chan, el reconocimiento a la COFEPRIS como Agencia Funcional en materia de vacunas para el periodo 2014-2017.

Participó en la Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud, celebrada en Veracruz, Veracruz, los días 27 y 28 de octubre de 2014, que tuvo como objetivo analizar cómo la incorporación de innovaciones tecnológicas, contribuyen al fortalecimiento de las políticas públicas en materia de salud. En particular aquellas encaminadas a prevenir y controlar las enfermedades crónicas no trasmisibles.

También, durante el periodo del 1º de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015, sostuvo diversas reuniones con directores generales de organismos internacionales como la OMS, la OPS, la OCDE, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés), la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, por sus siglas en inglés) y la Relatora Especial sobre los Derechos de la Niñez de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), así como con sus homólogos y otras autoridades de distintos países.

Como parte de las actividades académicas y científicas, la Titular de la SS participó en 20 foros académicos, congresos internacionales y nacionales, simposios y presentaciones de libros relacionados con temas de la salud. Asimismo, asistió a cuatro sesiones de la Academia Nacional de Medicina (ANM) y a dos de la Academia Mexicana de Cirugía.

A partir de enero de 2015 se publicaron en la página de la SS los 50 Programas de Acción Específicos, que se encuentran alineados al PROSESA, a fin de dar cumplimiento a los objetivos y metas del PND.

1. Consolidar las Acciones de Protección, Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades

Estrategia 1.1.

Promover actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario

Como parte de los esfuerzos para **impulsar la participación de los sectores público, social y privado para incidir en los determinantes sociales de la salud**, el Programa IMSS-PROSPERA, promovió la conformación de 176 Avales Ciudadanos, estrategia que ha sido establecida como voz del ciudadano, para que sean escuchadas sus opiniones y propuestas en torno a los servicios de salud que reciben.

La promoción de la salud se fundamenta en intervenciones de salud pública que inciden en cambios conductuales para incrementar el control propio de la salud de las personas, para promover la **generación de estrategias de mercadotecnia social y comunicación educativa,** a través de las cuales **se busca motivar la adopción de hábitos y comportamientos saludables.**

Esto incluye el uso de los medios masivos de comunicación. Por tal motivo, del 1º de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015, la SS, realizó diversas campañas de difusión, inserciones en medios impresos, electrónicos y digitales en términos de los siguientes temas o actividades:

- Semana Nacional de Salud 2014, versión: Tercera Semana Nacional de Salud 2014, CENSIA;
- Detección Oportuna de Pacientes con Síndrome de Turner, versión: Detección Oportuna de Pacientes con Síndrome de Turner 2014 y 2015, CENSIA;
- Influenza Estacional 2014 Y 2015, versión: Influenza Estacional, CENSIA;
- Dos mensajes extraordinarios para la Prevención del Chikungunya y dengue, Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE);
- Semana Nacional de Salud 2015, versión: Primera Semana Nacional de Salud 2015, CENSIA;
- Semana Nacional de Salud 2015, versión: Segunda Semana Nacional de Salud 2015, CENSIA;
- Semana Nacional de Salud 2015, versión: Tercera Semana Nacional de Salud 2015, CENSIA;
- Campañas Permanentes de Salud 2015, CENSIA;
- México Sano, versión: Servicios de Calidad, con vigencia del 8 al 20 de diciembre de 2014, que se difundió en medios televisivos, radiofónicos, impresos y digitales;
- Golpe de Calor, versión: Golpe de Calor, CENAPRECE;
- Semana Nacional de Vacunación Antirrábica Canina y Felina 2015, versión: Primera Semana, CENAPRECE;
- Salud de la Infancia, versión: A la Diarrea y Deshidratación, Diles Adiós, CENSIA;
- Salud de la Infancia, versión: Con Moderación el Sol Sabe Mejor, CENSIA;
- Salud de la Infancia, versión: Con agua y jabón, ¡las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) dicen adiós!, CENSIA;
- Cólera, versión: Cuida tu Higiene;
- Día del Médico;
- Convocatoria Reconocimientos al Mérito en Enfermería;
- Día de la Enfermera y del Enfermero;
- Día de la Odontóloga y del Odontólogo;
- Premio Nacional de Acción Voluntaria y Solidaria 2015;
- Premio al mérito en Salud 2015;
- Reconocimiento al Mérito Médico;
- Derecho a la Identidad, versión: Etapa Tres, Desarrollo Integral de la Familia (DIF),
- Logros del SNS 2015, versión: Seguro Popular, del 15 de febrero al 31 de marzo, con difusión en medios televisivos y digitales;

- Acciones de Gobierno I, 2015, del 4 de enero al 4 de abril, con difusión en medios impresos, y

- II Informe de Gobierno, con vigencia del 4 al 6 de septiembre de 2014; a través de medios complementarios.

En este sentido, se continuó la estrategia de promover mediante conferencias de prensa, entrevistas o boletines, los casos clínicos extraordinarios en los que se logró salvar la vida de un paciente o reintegrarlo a sus actividades cotidianas, después de haber recibido un tratamiento novedoso en alguna de las unidades médicas de la SS. Como resultado de esta estrategia se difundieron en medios escritos y electrónicos 18 casos de éxito, entre los que destacan: la reconstrucción del rostro de una menor de edad, un tratamiento novedoso para evitar diabetes gestacional en embarazadas y un proyecto para ampliar la información acerca del Expediente Clínico Electrónico.

Se realizaron, además, diversas campañas de difusión en formato de inserciones en medios impresos, electrónicos y digitales en las que se promocionó lo siguiente:

- 601 boletines; 55 conferencias de prensa, 49 giras cubiertas y 700 entrevistas otorgadas por servidores públicos y especialistas en materia de salud, encabezados por la Titular de la SS.

- Para dar a conocer al mundo las acciones exitosas y fortalecer una imagen positiva de México en la prensa internacional, se continuó con el programa de difusión a más de dos mil medios internacionales, los cuales reciben y replican boletines de prensa en inglés y español adaptados al lenguaje de la comunidad extranjera e hispanohablante. En el periodo del 1º de septiembre de 2014 al 31 de agosto 2015 se enviaron 15 boletines internacionales y se han detectado por lo menos 45 réplicas de los mismos en medios de comunicación extranjeros.

Se continuó con el trabajo en espacios de difusión en medios de comunicación sobre actos públicos y eventos académicos de la SS, como la XXX Reunión Anual de Investigación del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de Los Reyes (INPer). Se transmitió una cápsula semanal de salud en *La Hora Nacional* y se logró un nuevo espacio en Radiorama, todos los lunes a las 19:30 horas, con comentarios sobre distintos temas de salud.

Cabe agregar que permanece la edición mensual del periódico *México Sano*, como medio de comunicación interna, donde se da a conocer información sobre las actividades del sector, notas de los estados y prevención de enfermedades sumando un total de doce ediciones.

Por último, para lograr que los mensajes preventivos lleguen a la población mediante redes sociales en coordinación con la Dirección General de Información en Salud (DGIS), se realizó el trabajo de alimentación de contenido de las redes sociales: *Twitter, Facebook y YouTube*.

Para **impulsar la actividad física y alimentación correcta en diferentes ámbitos, en particular en escuelas y sitios de trabajo**, la SS realiza la promoción de la salud en todos los ámbitos donde las personas viven y se desarrollan; con este propósito, en 2014 se registraron 37,371 eventos educativos para la promoción de la alimentación correcta y el consumo de agua simple potable en diferentes entornos; 635 eventos para el fomento de actividades físicas; 4,346 campañas educativas de desarrollo de estilos de vida saludable y 27 sesiones educativas que promueven la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria.

En este sentido, y con el propósito de hacer de las escuelas entornos favorables a la salud, del 1º de septiembre de 2014 al 31 de julio de 2015 se validaron 7,185 escuelas como promotoras de la salud que representan el 68% de la meta para 2015. También se realizaron 7,365,112 acciones preventivas y de detección de problemas frecuentes en salud, lo que implica un incremento de 19% en comparación con el periodo anterior, asimismo fueron referidos a las unidades de salud 715,952 alumnas y alumnos, lo que representa un aumento de 25.7% en comparación con el ciclo anterior.

Con el objetivo de **reforzar las acciones de promoción de la salud mediante la acción comunitaria y la participación social,** se continuó con la difusión de la cultura alimentaria tradicional, que se ha reforzado a través de 72 eventos educativos. Asimismo, se contó con un total de 96 unidades móviles de orientación alimentaria y actividad física, equipadas y distribuidas en las 32 entidades federativas, cuyo objetivo es promover prácticas y estilos de vida saludables en la población a través de la operación de equipos de promoción de la salud itinerantes con capacidad resolutiva en orientación alimentaria, actividad física y evaluación del estado nutricional de las personas.

Se impartieron 450,547 talleres comunitarios para el cuidado de la salud, dirigidos a alumnas, alumnos y personal docente con temas enfocados a la prevención de las enfermedades prevalentes y a la promoción de conocimientos, actitudes y aptitudes que favorezcan estilos de vida saludables.

Entre lo realizado en el periodo del 1° de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015, se encuentra el foro Construyendo Lazos con Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC). Este foro se realizó el 12 de noviembre de 2014 con el apoyo del Voluntariado Nacional de Salud y la Fundación Pfizer. Tuvo como objetivo brindar mayores herramientas y conocimientos a las OSC, para que se conviertan en promotoras de la salud en sus comunidades. A esta actividad asistieron cien personas de manera presencial, y fue transmitido vía *streaming.*

Con el objeto de promover las estrategias de prevención y promoción de la salud bucal, se brindaron 9,122,902 consultas odontológicas y se promovió la consulta subsecuente.

Para proteger a la población de estos riesgos en etapas tempranas se realizaron 112,613,515 acciones preventivas a escolares y preescolares y 60,420,668 actividades curativo asistenciales intramuros, lo que representa un incremento del 9.2% y 6.2%, respectivamente, en comparación con el periodo anterior cuando se registraron 103,134,931 acciones preventivas y 56,882,950 actividades curativo asistenciales.

En las dos Semanas Nacionales de Salud Bucal efectuadas en noviembre de 2014 y mayo de 2015, se realizaron 58,881,425 actividades preventivas, incrementando 3.3%, que beneficiaron a 11,988,358 personas, con un aumento del 5.9% con respecto al periodo anterior.

Estrategia 1.2.

Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes[13]

Con el fin de **desarrollar campañas educativas permanentes sobre la prevención de las ECNT con cobertura nacional, estatal y local** e instrumentar la prevención de la salud contemplada en la Estrategia Nacional Para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, se llevó a cabo la Campaña Carreras con Causa en los circuitos de carreras de Emoción Deportiva, en colaboración con el Grupo Martí, S.A. de C.V. Esta campaña incluyó la difusión, en cada carrera, de temas prioritarios de salud para motivar la adopción de estilos de vida saludables. Se llevaron a cabo doce carreras en cinco entidades de la República Mexicana. Asimismo, se realizaron eventos masivos de actividad física en sitios públicos, en distintas entidades.

13 La Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, se publicó en 2013. El objetivo de esta estrategia, consiste en mejorar los niveles de bienestar de la población y contribuir a la sustentabilidad del desarrollo nacional al desacelerar el incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los mexicanos. La estrategia nacional, se apoya en tres pilares: Salud Pública, el cual incluye la vigilancia epidemiológica, promoción de la salud y prevención. La información concerniente a dicho pilar, se encuentra en la Estrategia 1.2 del presente informe. El segundo pilar, se denomina Atención Médica y se localiza en la Estrategia 2.7, la cual incluye las actividades referentes a asegurar la calidad y el acceso efectivo; de la misma manera, la información de la Estrategia 3.7 de este informe, incluye lo referente al tercer pilar de la estrategia nacional, denominado Regulación Política y Fiscal, donde se puede encontrar información referente al etiquetado frontal de alimentos, regulación de publicidad en horarios infantiles y medidas fiscales, tales como el impuesto agregado a las bebidas azucaradas. La Estrategia Nacional, se encuentra disponible en la siguiente liga: http://promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/estrategia.html

Se continuó con la difusión de la campaña *Chécate, Mídete, Muévete*, referente a la prevención y control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes, con el propósito de mejorar la salud y calidad de vida de las familias mexicanas y se incluyó la promoción del Día Mundial de la Diabetes.

Con el objeto de **establecer mecanismos de difusión oportuna de la información epidemiológica sobre obesidad y diabetes,** y con la participación de la sociedad civil e instituciones públicas y privadas, en septiembre de 2014 se instaló el Consejo Asesor del Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles (OMENT), el cual evalúa el impacto de las acciones de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. Se ha desarrollado el Sistema de Indicadores para concentrar la información relevante de enfermedades crónicas en un solo instrumento, para la eficaz toma de decisiones. Este sistema será presentado el 25 de agosto de 2015.

El principal enfoque para los trabajos de conformación del OMENT fue la coordinación entre las instituciones involucradas, cuyas bases quedaron establecidas en el Documento Diagnóstico que describe el estatus de los sistemas de información y la forma en la que las instituciones participan. Para integrarlo la Dirección General de Epidemiología (DGE) convocó a 19 reuniones del Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE), en las que participaron ocho instituciones y cuatro unidades administrativas de la SS; así como siete reuniones con institutos. Se elaboraron además dos documentos: el documento línea base y el documento diagnóstico, ambos con un avance del 100% al 31 de agosto de 2015.

En el periodo del 1° de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015, se terminó el diseño de la página web del OMENT; se avanzó en la homologación de la declaración de variables y definición de indicadores de seguimiento en el *Data Warehouse*; se concentraron 75 bases de datos consolidadas de cinco instituciones y cuatro unidades administrativas del Sector Salud y se realizó la entrega de los diseños a la Universidad de Nuevo León para la construcción del OMENT.

Estrategia 1.3.

Realizar acciones orientadas a reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles de importancia epidemiológica o emergentes y reemergentes[11]

Para cumplir con el propósito de **realizar campañas de vacunación, diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades transmisibles en toda la población,** el instrumento que contiene las líneas de acción que la SS utiliza como guía para reducir la morbilidad y mortalidad de enfermedades transmisibles, está en el Programa de Acción Específico de Vacunación Universal, el cual se implementa a través de actividades permanentes e intensivas. Las actividades permanentes se desarrollan durante todo el año en la red de servicios del SNS. Su principal objetivo es garantizar el acceso universal y gratuito del esquema básico de vacunación a la población. Por otra parte las actividades intensivas se realizan para fortalecer el programa e incluyen las Semanas Nacionales de Salud, los bloqueos vacunales y las campañas especiales, como la vacunación contra la influenza estacional.

En el periodo del 1° de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015 se reporta:

- En 2014 la cobertura del esquema completo de vacunación en niños menores de un año de edad fue de 88.9% con 5.1 puntos porcentuales por arriba de la cobertura registrada en 2013, que fue de 83.8%. La cobertura con esquema completo de vacunación en niños de un año fue de 91.8% con 6.5 puntos porcentuales por arriba de la cobertura de 2013, que fue de 85.3%;

- En 2014 se alcanzó una cobertura de vacunación de 98% en niños de un año contra sarampión, rubeola y parotiditis, lo que representó un incremento de 9 puntos porcentuales en relación al 2013 que fue de 89%. Con este avance, México cumple con la meta comprometida en los ODM;

11 Durante el periodo del informe, han ocurrido emergencias sanitarias de carácter global, que han desencadenado la respuesta de la OMS, debido al, el surgimiento de enfermedades emergentes, tales como: enfermedad por virus del Ébola, Fiebre por Chikungunya y dengue. Las enfermedades emergentes y remergentes asociadas a desastres naturales, representan un reto sanitario mayor. En respuesta, México ha reaccionado mediante la implementación de actividades y acciones específicas. La información concerniente a dichas enfermedades emergentes y reemergentes se puede consultar en las estrategias 1.3, 3.2 y 5.4 del presente informe.

- Durante la Tercera Semana Nacional de Salud, realizada en octubre de 2014 se aplicaron más de 7.8 millones de dosis de todas las vacunas, logrando 97% de la meta programada. En la Primera Semana Nacional de Salud realizada en febrero de 2015 se aplicaron más de 12.6 millones de dosis de todas las vacunas, con un logro del 100% de la meta programada. La cifra preliminar de la Segunda Semana Nacional de Salud que se llevó a cabo en mayo de 2015, reporta la aplicación de más de 13.5 millones de dosis de todas las vacunas, con un logro de 95% de la meta programada. Durante las tres Semanas Nacionales de Salud, se aplicaron más de 34 millones de dosis de vacunas, y

- De octubre de 2014 a marzo de 2015 se realizó la campaña de vacunación contra influenza estacional en la que se aplicaron 32.9 millones de dosis de vacunas contra influenza en el SNS, casi seis millones de dosis más en comparación con la temporada 2013-2014, lo que representó un incremento del 21.4% respecto del año anterior, en el que se aplicaron 27.1 millones de dosis.

Dentro de las acciones para **promover la participación comunitaria, municipal e intersectorial en la reducción de riesgos de exposición a las enfermedades transmisibles,** en los meses de septiembre a diciembre de 2014, en los estados de Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Durango, Nuevo León y Sonora, se llevaron a cabo operativos para el control de la garrapata café del perro, transmisora de rickettsiosis y para 2015 se continúan las actividades en Baja California, Coahuila y Durango. Asimismo:

- Se colaboró en dos capacitaciones al personal médico y paramédico en el estado de Durango en 2014 y Baja California en 2015;

- Se atendieron 218 casos sospechosos de rickettsiosis, y

- Está en marcha el estudio: Vigilancia de la Fiebre Manchada de las Montañas Rocosas en suero y garrapatas de caninos en la frontera de México y Estados Unidos de América, en el que participan el CENAPRECE de la SS, los SESA de Baja California, Coahuila y Sonora y el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos de América.

Con el fin de reforzar la atención, diagnóstico y tratamiento de los pacientes con brucelosis, en noviembre de 2014 se colaboró en un taller de capacitación para el personal médico y paramédico en Michoacán. En el periodo del 1° de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015 se registraron 2,268 enfermos con rosa de bengala positivos. Actualmente se desarrolla un estudio de nuevas pruebas diagnósticas de brucelosis en Michoacán y Nuevo León.

Se examinaron 935,214 muestras, que confirmaron 743 casos de paludismo por *Plasmodium vivax* en 322 localidades, con lo que se mantiene el control del padecimiento. En este mismo tema:

- Se registraron dos brotes localizados en los estados de Campeche y Sinaloa. La endemia en Sinaloa se controló de manera inmediata, pero persiste el brote en Campeche debido a los movimientos migratorios del paso fronterizo con Guatemala y a los asentamientos irregulares en los que viven los connacionales;

- En el resto del país se avanza en la eliminación de la transmisión. Fueron tratadas 5,201 personas que incluyen los casos diagnosticados, así como un promedio de seis convivientes por caso, y

- Una evaluación de pre certificación de la eliminación de la transmisión fue efectuada a instituciones del Sector Salud en Aguascalientes, Baja California Sur, Distrito Federal, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Puebla, Querétaro, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán, para fortalecer el proceso de certificación y empoderar las acciones de prevención y control en las entidades federativas evaluadas.

- Se atendieron y controlaron dos brotes que afectaron los estados de Campeche (de marzo a noviembre de 2014) y Sinaloa (de septiembre a diciembre de 2014).

Promover la participación federal, estatal y municipal para reducir la morbilidad y mortalidad de enfermedades diarreicas y respiratorias resulta de singular importancia al ser México un país en transición epidemiológica que registra mortalidad causada por enfermedades diarreicas agudas (EDA) e IRA, las cuales a su vez, representan la mayoría de la morbilidad registrada en el país. Como parte de las acciones para prevenir la mortalidad por EDA, se otorgaron 417,422 consultas de atención a menores de 5 años de edad y se repartieron 1,302,559 sobres de vida suero oral. Respecto a la prevención de mortalidad por IRA, se otorgaron 3,385,239 consultas de primera vez.

Con el propósito de **promover la participación del personal de salud y de la población para detección y tratamiento oportuno de la tuberculosis,** se identificaron y registraron 16,101 casos nuevos de tuberculosis pulmonar, lo que representó un aumento de 2.4% de casos con respecto al periodo anterior (en el que se notificaron 15,715 casos nuevos). Por ende, se fortalecieron las acciones en las 32 entidades federativas, con énfasis en los estados que registran la mayoría de los casos: Baja California, Chiapas, Guerrero, Nayarit, Sinaloa, Tamaulipas, Tabasco, Sonora y Veracruz. Asimismo:

- Se realizó una evaluación al Programa de Acción Específico Prevención y Control de la Tuberculosis y un taller orientado a cortar la cadena de transmisión de la tuberculosis en las 40 ciudades que registraron más de 100 casos de este padecimiento durante 2013;

- Se llevó a cabo del 6 al 8 de abril de 2015 en Puerto Vallarta, Jalisco, el curso para líderes clínicos de los comités estatales de farmacorresistencia denominado: Nuevas evidencias en el control de la tuberculosis que incluyen las formas resistentes;

- Se actualizó el manual de procedimientos en tuberculosis para personal de enfermería, la guía para la atención de personas con tuberculosis resistente a fármacos y los lineamientos para el uso de la tecnología de avanzada, para casos farmacorresistentes, mediante el equipo Gene Xpert MTB/RIF, y

- Se apoyó a los estados con 311 esquemas nuevos de tratamiento de segunda línea y 1,057 reabastecimientos de fármacos, para continuación de esquemas de tratamiento.

Cabe mencionar que el Hospital Regional de Alta Especialidad (HRAE) de Ciudad Salud, ubicado en Tapachula, Chiapas, mantiene un programa de atención a tuberculosis multirresistente en apoyo a los SESA.

Estrategia 1.4.

Impulsar acciones integrales para la prevención y control de las adicciones

Con el propósito de impulsar acciones que contribuyan a la reducción de la prevalencia en el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas, la SS, a través de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), concluyó la elaboración del Programa de Acción Específico: Prevención y Atención Integral de las Adicciones 2013-2018. Documento rector en la conducción de la política pública en materia de prevención y tratamiento de las adicciones. Este documento es resultado de la unión de esfuerzos entre los tres órdenes de gobierno, los Poderes Legislativo y Judicial, el sector privado y público y la sociedad en su conjunto. El documento se presentó en enero de 2015 ante la presencia del C. Presidente de la República, Lic. Enrique Peña Nieto.

Con el fin de fortalecer la prevención y controlar el consumo de sustancias psicoactivas, se concluyó el Programa contra la Farmacodependencia, orientado al desarrollo de acciones para prevenir el consumo de drogas ilegales y medicamentos fuera de prescripción entre hombres, mujeres, y adolescentes, y el Programa para la Prevención, Reducción y Tratamiento del Uso Nocivo del Alcohol, la Atención del Alcoholismo y la Prevención de Enfermedades Derivadas del mismo; así como la Protección de la Salud de Terceros y de la Sociedad Frente al Uso Nocivo del Alcohol, orientado a establecer las medidas para prevenir el consumo, la reducción de factores de riesgo y el fortalecimiento de factores protectores mediante la promoción de estilos de vida saludables.

La SS diseña sus intervenciones con un enfoque humanista, de educación para la salud y perspectiva de género. Los servicios preventivos se proporcionan a diferentes poblaciones en diversos contextos: escolar, familiar, deportivo, comunitario, laboral, sanitario, penitenciario, entre otros. La prevención de acuerdo con sus objetivos específicos se divide en: prevención universal, dirigida a la población en general y busca fortalecer los factores protectores y disminuir o modificar los factores de riesgo para el inicio en el consumo de drogas; la prevención selectiva, enfocada a la población en mayor riesgo de consumo que puede ser identificada con base en factores biológicos, psicológicos o ambientales; y por último, la prevención indicada, dirigida a grupos con sospecha de consumo o de usuarios experimentales o que presentan factores de alto riesgo.

Con el propósito de generar información objetiva, oportuna y actualizada se realizan investigaciones epidemiológicas, clínicas, psicosociales y de evaluación. Los estudios dan cuenta de las tendencias del consumo de drogas y sus características más significativas.

Estos estudios no solamente son de utilidad para los Centros de Integración Juvenil, A. C. (CIJ), sino para otros organismos públicos y privados que atienden las adicciones.

Para apuntalar e **impulsar campañas para informar y concientizar acerca del uso, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas** la SS difundió diversas campañas e inserciones en medios impresos sobre temas de salud y de fechas conmemorativas para el Sector Salud, entre las que se encuentran:

- Vivir Sin Adicciones, versión: Tú Eliges, CIJ;
- Tabaco, versión: Deja de Fumar, Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones (CENADIC), y
- Programa de Prevención y Atención de Adicciones, versión: Alcoholímetro, en todo el país, del 15 de febrero al 31 de marzo de 2015. Con difusión en medios impresos, complementarios y digitales.

Con el propósito de **reforzar acciones para reducir la demanda, disponibilidad y acceso al tabaco y otras sustancias psicoactivas**, la SS, participó en el desarrollo del apartado llamado Reducción de la Demanda, dentro del Programa Nacional para el Control de Drogas 2014-2018, coordinado por la Secretaría de Gobernación (SEGOB), el cual busca contribuir a la reducción de la demanda, mejorar la calidad de atención de los servicios que atienden el problema de las adicciones, controlar la oferta de drogas en México y disminuir los riesgos para la salud ocasionados por su consumo.

Conforme a su ámbito de competencia, la CONADIC participó en varios foros regionales y multilaterales para definir y fortalecer la posición de México en temas como la reducción de la demanda de drogas ilícitas, en el marco de los trabajos previos al periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, sobre el Problema de las Drogas que se celebrará en el año 2016.

En este sentido, la CONADIC fijó la posición de México en la esfera de demanda, en la 16ª Conferencia Ministerial del Grupo de Cooperación para Combatir el Abuso y el Tráfico Ilícito de Drogas del Consejo de Europa (Grupo Pompidou) y 75ª Reunión de Corresponsales Permanentes del Grupo; en el 56º periodo ordinario de sesiones de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD); en el 58º periodo de sesiones de la Comisión de Estupefacientes y, nuevamente, en el 57º periodo ordinario de sesiones de la CICAD.

La CONADIC, como rector de las acciones en materia de reducción de la demanda de drogas ilícitas, y en el marco de la cooperación bilateral entre México y Estados Unidos de América (específicamente en el IV pilar de la Iniciativa Mérida, denominado Construir Comunidades Fuertes y Resilientes), dio seguimiento a la Implementación de la segunda fase del proyecto de Coaliciones en la Frontera México-Estados Unidos de América, implementado por la organización de la sociedad civil Red de Coaliciones Comunitarias en México, donde se prevé la creación de 16 coaliciones en municipios decretados como prioritarios por la SEGOB, en el marco del Programa Nacional para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia.

Con el fin de reforzar las acciones para reducir la demanda, disponibilidad y acceso al tabaco y otras sustancias psicoactivas, en marzo de 2015, se publicó en el DOF el acuerdo con el que se da a conocer la séptima ronda de la serie de leyendas, imágenes, pictogramas, mensajes sanitarios e información que deberá figurar en todos los paquetes de productos del tabaco, para dar cumplimiento a lo establecido en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, la Ley General para el Control del Tabaco y su Reglamento, así como el acuerdo correspondiente.

También se elaboró el Programa contra el Tabaquismo, documento que sirve como base para poner en práctica acciones de prevención y promoción de la salud, detección temprana de enfermedades y orientación en la atención del tabaquismo, así como para fortalecer las acciones en materia de reducción de la demanda; especialmente en los segmentos más vulnerables de la sociedad, y dirigir las políticas públicas de control conforme a instrumentos nacionales e internacionales.

Con el fin de integrar elementos técnicos administrativos y jurídicos sobre la protección contra la exposición al humo de tabaco, la CONADIC, en colaboración con la OPS, la Unión Internacional contra la Tuberculosis y las Enfermedades Respiratorias (La Unión); y la Comisión para la Protección contra Riesgos Sanitarios del Estado de Morelos (COPRISEM), elaboró la Ley Modelo de Protección contra la Exposición al Humo de Tabaco, la que contó además, con la participación de los estados de Campeche, Chiapas, Guerrero, Morelos, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán. Destaca

que en el mes de enero de 2015, se publicó la Ley de Protección contra la Exposición al Humo de Tabaco en el estado de Oaxaca.

Además se firmó, por otro lado, un convenio de concertación de acciones con la Asociación Mexicana en Dirección de Recursos Humanos A. C. (AMEDIRH), para implementar el Programa de Espacios 100% Libres de Humo de Tabaco en 900 empresas.

Del 1º de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015 se han reconocido más de 8 mil inmuebles como Espacios Libres de Humo de Tabaco a nivel nacional. Se realizaron 185 cursos de capacitación de consejería breve para dejar de fumar, en los estados de Baja California, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Durango, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, y Veracruz, a través de los cuales se beneficiaron un total de 5,400 profesionales de la salud.

Se concluyó la elaboración del Memorándum de Antecedentes sobre el Protocolo, para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco, con el fin de promover la ratificación del Estado Mexicano al Protocolo, lo que disminuirá la accesibilidad y disponibilidad de estos productos, principalmente en población vulnerable, así como su prevalencia y morbilidad.

De igual manera, se concluyó la elaboración del apartado correspondiente a México, dentro del Informe sobre la Epidemia Mundial del Tabaquismo 2015, para la OMS, con lo que se contribuye a la actualización del panorama epidemiológico del tabaquismo en jóvenes y adultos, así como del estatus de la aplicación de las políticas para el control del tabaco.

En el estado de Baja California se entregaron reconocimientos a las autoridades sanitarias y legisladores por la elaboración y publicación de la Ley de Protección contra la Exposición al Humo de Tabaco del estado, así como del Reglamento en Ensenada, Baja California.

En Sinaloa, se llevó a cabo la entrega de un reconocimiento a la Sexagésima Primera Legislatura del estado por Promover Espacios 100% Libres de Humo de Tabaco en la entidad.

Además, con el objeto de fortalecer la Ley de Protección Contra la Exposición al Humo de Tabaco del estado de Jalisco, se llevó a cabo el Foro por la Salud de los Jaliscienses, denominado: Jalisco Libre de Humo de Tabaco.

En el marco del Día Mundial de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), que se conmemora en el mes de noviembre, se llevó a cabo un curso Entrenamiento para el Tratamiento de la Dependencia al Tabaco, y otro para facilitadores en el mismo tema, en colaboración con la *Global Bridges Healthcare Alliance for Tobacco Dependence Treatment*.

Como parte de los compromisos para la atención del tabaquismo se realizó un Encuentro Regional de Clínicas de Tabaquismo sobre los modelos de atención a esta adicción. Asimismo, se efectuó el Taller Nacional sobre Legislación Sanitaria para la Protección contra la Exposición al Humo de Tabaco, dirigido a las entidades federativas que no cuentan con leyes en esta materia.

Cabe destacar que la Playa La Ropa, de Zihuatanejo, Guerrero, fue declarada, en el mes de julio, como Espacio Libre de Humo de Tabaco.

En el marco de la Conmemoración del Día Mundial Sin Tabaco, que promueve la OMS, se llevó a cabo una actividad a nivel central y en las 32 entidades federativas, cuyo objetivo fue sensibilizar a la población sobre los daños a la salud asociados al consumo y exposición al humo de tabaco.

De igual manera se elaboró el Protocolo para crear Espacios 100% Libres de Humo de Tabaco en el Sector Empresarial y en la Red Universitaria. Este documento constituye un instrumento que facilita la planificación y la ejecución de acciones estratégicas conjuntas, y que pone a disposición de los involucrados, los conocimientos, habilidades, procedimientos e instrumentos para el logro de los objetivos.

Además, se han otorgado reconocimientos por la creación de estos espacios en instituciones educativas tales como:

- Instituto Politécnico Nacional;
- Universidad Autónoma Metropolitana;
- Universidad Panamericana;
- Universidad Politécnica de Sinaloa;

- Universidad Autónoma de Sinaloa;
- Universidad La Salle;
- Universidad Popular Chontalpa de Tabasco, y
- Universidad Juárez de Durango.

Con el propósito de **consolidar la red nacional para la atención y prevención de las adicciones y promover la vigilancia epidemiológica e investigación,** el CENADIC en septiembre de 2014 puso en operación la Unidad de Especialidades Médicas de Atención Primaria a las Adicciones (UNEME-CAPA) de San Marcos, Guerrero y otra en Guadalajara, Jalisco. En febrero de 2015 inició actividades la de San Bernabé II Macrocentro en Nuevo León, y en junio de 2015 en Tecámac y en Toluca, Estado de México. Con lo cual la SS cuenta con una red de 338 UNEME-CAPA ubicadas en 264 municipios de las 32 entidades federativas del país.

Se dio continuidad al Programa Preventivo denominado Campaña Nacional para la Prevención de Adicciones (CNPA), cuyo principal objetivo es sensibilizar e informar a la población sobre los peligros y las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas, además de alertarla acerca de los factores de riesgo que pueden favorecer el consumo de dichas drogas y fortalecer los factores de protección que influyen en los estilos de vida saludable. Entre las acciones preventivas que conforman el programa se encuentran proyectos dirigidos a la población infantil, a adolescentes y jóvenes; a madres y padres de familia; y a profesionales de la salud.

Sumar esfuerzos con instancias de la APF, el sector privado, el social y la comunidad, son ejes prioritarios del programa preventivo. Establecer coordinación y vinculación con cada una de dichas instancias y establecer compromisos en materia de prevención, permite que la red de servicios de prevención se amplíe a diferentes sectores de la población.

Además, durante el periodo que se informa, se estableció coordinación y vinculación con múltiples instancias de la APF como: la SEDENA; la SEMAR; la Secretaría de Educación Pública (SEP); la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL); la Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte (CONADE); el Comité Olímpico Mexicano; el SPSS; el ISSSTE; el IMSS; el SNDIF; el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE); la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS); el Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL); la Secretaría de Turismo (SECTUR); el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES); la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI); el CENSIA; el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR); el Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (STCONAPRA); entre otras.

Del mismo modo, se estableció coordinación y vinculación con instancias del sector privado tales como: la Confederación de Cámaras Nacionales de Comercio, Servicios y Turismo; la Cámara Nacional de la Industria de la Transformación; la Confederación Patronal de la República Mexicana; las Cámaras de Comercio, Servicios y Turismo de diferentes entidades; la *Advancing Security Worldwide* Capítulo México; la AMEDIRH; la Asociación Nacional de Farmacias de México, A. C.; la Asociación Nacional de Tiendas de Autoservicio y Departamentales A. C.; entre otras.

Además, en el mes de julio de 2015 se firmaron las bases de colaboración entre la SEMAR y la SEDENA para hacer sinergia en el combate a las adicciones con lo que se logró formar a 7,100 promotores del servicio militar nacional, quienes realizan acciones preventivas en sus comunidades.

También se estableció coordinación y vinculación con OSC como la Fundación Río Arronte; Central Mexicana de Servicios Generales; Alcohólicos Anónimos A. C.; Fundación Televisa; Fundación Azteca; Convivencia sin Violencia; Cruz Roja de México; Asociación Scouts de México A. C.; Federación Nacional de Asociaciones de Padres de Familia; Fundación de Investigaciones Sociales A. C.; Grupo Compañeros A. C., entre otras. La participación de organismos académicos fue fundamental para el despliegue de la estrategia preventiva, entre las que se encuentran la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); la Universidad Autónoma Metropolitana, el Tecnológico de Monterrey; la Red de Instituciones Educativas Contra las Adicciones del Distrito Federal; la Alianza para la Educación Superior, la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior; la Universidad del Valle de México; por mencionar algunas.

Entre las principales actividades de prevención de adicciones que se impulsaron en los diferentes sectores, se encuentra la capacitación al personal de sus redes para que funjan como promotores y realicen acciones al interior y exterior de sus instancias. A partir de ello,

se logró que en el periodo del 1º de septiembre al 31 de agosto de 2015, se capacitara a más de 23 mil promotores quienes, a su vez, realizaron actividades preventivas, que beneficiaron, a más de dos millones de personas. En colaboración con SEDESOL se realizó, entre otras acciones de prevención, un concurso nacional de radionovelas, estrategia que hace llegar el mensaje preventivo a comunidades con población indígena, y se promueve al mismo tiempo la participación activa de los jóvenes en iniciativas para lidiar con el problema del uso nocivo de alcohol.

Los CIJ tienen como objetivo contribuir a la reducción de la demanda de drogas a través de programas de prevención y tratamiento con equidad de género, basados en la evidencia para mejorar la calidad de vida de la población y con la participación de la comunidad. Con este propósito, se han implementado programas preventivos y de atención curativa para atender el abuso en el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas en la población, de acuerdo con los lineamientos del PND,

Los CIJ cuentan con una red de atención de 116 unidades, que se encuentran en operación en todo el país, con base en los siguientes criterios:

- 102 unidades: Los CIJ funcionan en zonas de atención prioritaria y de alto riesgo para el consumo de drogas;

- Se cuenta con 12 unidades ubicadas en Baja California, Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Guerrero, Nuevo León, Sinaloa, Zacatecas, Jalisco y Estado de México (estas dos últimas entidades con dos unidades cada una), para la atención hospitalaria.

- Se cuenta, asimismo, con dos unidades de tratamiento, especializadas en personas usuarias de heroína, ubicadas en Ciudad Juárez y Tijuana.

En el periodo del 1° de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015, la institución realizó 835 mil acciones (45% en tratamiento y 55% en prevención), atendió un total de 9.6 millones de personas (1% en tratamiento y 99% en prevención).

Es importante señalar que dentro de la implementación de los programas institucionales, la participación de la comunidad ha sido fundamental; prueba de ello es que el 42% de las acciones y el 55% de las coberturas se efectuaron con recursos voluntarios.

Parte sustancial del modelo de los CIJ consiste en empoderar a diversos sectores de la comunidad como agentes de cambio, para la atención y prevención del consumo de drogas; haciéndolos partícipes en la solución de problemas de su propio entorno, de tal manera que junto con las instituciones responsables de poner en marcha esas soluciones o alternativas de atención, la participación comunitaria se establezca como una estrategia transversal en la atención del fenómeno del consumo de drogas. Las modalidades de colaboración de la sociedad son: servicio social; prácticas académicas; voluntarios de apoyo; promotores de salud y redes sociales.

El Programa Preventivo Para vivir sin adicciones de los CIJ, busca reforzar una cultura de la prevención del uso y abuso de alcohol, tabaco y otras drogas a través de la promoción de factores de protección y estilos de vida saludables, con la participación de la comunidad.

Se realizaron 460 mil acciones con una cobertura de 9.5 millones de personas: 53% para mujeres y 47% para hombres.

Las intervenciones preventivas se realizan de acuerdo con las necesidades de la población por su etapa de desarrollo, su rol social y el riesgo psicosocial a que está expuesta.

- Niñas y niños de 3 a 5 años de edad: se atiende a esta población mediante información y orientación en temas como: reconocimiento y expresión de emociones, seguimiento de normas, estrategias de autocuidado ante situaciones de riesgo y recomendaciones para pedir ayuda a personas adultas de confianza.

- Niñas y niños de 6 a 9 años: se brinda información y se promueve la participación en talleres para incorporar alternativas de protección ante situaciones de riesgo asociadas al consumo de alcohol y tabaco, mediante el fomento de valores, estrategias de autocuidado y apego escolar.

- Preadolescentes de 10 y 11 años: se realizan sesiones informativas y se fortalecen sus habilidades para la vida y competencias para afrontar y superar situaciones de riesgo relacionadas con el inicio del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Se abordan otros riesgos como el acoso escolar y el bajo desempeño como predictor de deserción escolar; se refuerzan estrategias de autocuidado, solución no-violenta de

conflictos, habilidades de lectoescritura, técnicas de estudio y hábitos saludables.

- Adolescentes y jóvenes de 12 a 24 años: es la población prioritaria del programa preventivo institucional; ellos participan en sesiones para incrementar su percepción de riesgo en torno al impacto del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; asisten a talleres para fomentar actitudes de rechazo ante la oferta de sustancias y para fortalecer competencias de afrontamiento de riesgos psicosociales comunes en esta etapa de vida, tales como la violencia familiar, escolar o en el noviazgo; depresión; ansiedad; ira; prácticas sexuales de riesgo; accidentes; entre otros.

- Jóvenes de 18 a 24 años: generalmente, en esta etapa los jóvenes comienzan a integrarse al ámbito laboral, a formar pareja y tener una familia propia, por lo que se promueven estrategias para la toma de decisiones; planes de vida; sexualidad responsable y placentera; planificación familiar; ejercicio de roles sociales en el marco de los derechos; procesos de participación ciudadana y de protección con sus pares, sobre todo en condiciones de vulnerabilidad social.

- Adultos: para lograr una intervención preventiva integral, se trabaja con poblaciones de apoyo, particularmente personas adultas desde su rol de padres/madres de familia o responsables de crianza y educación, además de intervenir en apoyo de sus comunidades. Los padres de familia son informados y participan en talleres o círculos de lectura, con el objetivo de reflexionar sobre sus funciones parentales de frente a su participación en la protección de la población infantil, adolescente y juvenil, mediante el intercambio de experiencias y búsqueda de alternativas ante problemas comunes que se presentan en la crianza y convivencia familiar. Destacan temas como salud mental, violencia familiar, de pareja y de género; cómo dialogar con los hijos e hijas sobre las drogas; qué hacer ante señales de consumo de alcohol y otras drogas, entre otros temas. En los centros de trabajo se realizan estrategias integrales que favorecen la participación de empleados, empleadores y sindicatos, en el desarrollo de actividades preventivas y de promoción de la salud. La intervención abarca estrategias de detección temprana y canalización oportuna de riesgos y casos; conferencias informativas y talleres sobre el impacto del uso de alcohol y otras drogas en el trabajo, violencia laboral y estrés crónico; formación de promotores que repliquen las acciones preventivas, consejería breve para evitar que el uso ocasional de drogas continúe hacia el abuso o la dependencia, y derivación a servicios de tratamiento.

Con la finalidad de replicar actividades preventivas y de promoción de la salud en diferentes ámbitos, se proporcionan cursos de habilitación y transferencia de herramientas a personas que por su rol social, resultan estratégicas para la prevención como: docentes, personal de salud, líderes comunitarios o religiosos, personal de seguridad, entre otros.

En el centro preventivo de día y en las jornadas preventivas, se busca que personas de diferentes edades, formaciones, ocupaciones y roles, participen como beneficiarias y facilitadoras de actividades físico-deportivas; educativo-formativas; artístico-culturales; lúdico-recreativas y cursos de verano, teniendo como eje la educación para la salud.

En el rubro de promoción de la salud, se realizan actividades para fomentar estilos de vida saludable con la población general, además de disponer de alternativas contra el uso de drogas, contrarrestar el efecto de riesgos microsociales y restituir el tejido social mediante la participación ciudadana.

Con las actividades de movilización comunitaria (jornadas y eventos comunitarios), se promueve la participación de la comunidad en las tareas preventivas y la conformación de redes sociales en materia de adicciones.

Las actividades de promoción y difusión han permitido dar a conocer los servicios institucionales en diferentes ámbitos, así como para la captación de voluntarios. Estas acciones van acompañadas de diversos materiales como volantes, dípticos, folletos y carteles, en los que se invita a la población a que se informe o asista a las unidades operativas a participar en alguno de los programas de prevención y tratamiento.

El Programa de Atención Curativa tiene como propósito reducir y, en su caso, eliminar el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en los usuarios que acuden a los servicios de consulta externa y hospitalización, así como, promover la rehabilitación y reinserción social, laboral y familiar de los mismos.

En el periodo del 1° de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015, se realizaron 375 mil acciones con una

cobertura de 100 mil pacientes y sus familiares; del total de los pacientes atendidos el 78% son hombres y el 22% restante son mujeres. Estas acciones se llevaron a cabo a través de:

- La modalidad de consulta externa, la cual comprende tres niveles: el primero responde a la intervención temprana y está dirigida 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; y 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.

- El tratamiento residencial (hospitalización), por su parte, 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.

- El tratamiento para personas usuarias de heroína, tiene como objetivo interrumpir el ciclo de intoxicación-síndrome de abstinencia, disminuir el consumo de otros opiáceos ilícitos, así como atender el riesgo de muerte por sobredosis y conductas de riesgo.

Con el propósito de promover la vigilancia epidemiológica, en diciembre de 2014 se concluyó el levantamiento de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población Escolar, realizada por el INPRFM, con representatividad nacional y estatal, para escuelas ubicadas en localidades urbanas y rurales, la cual no se aplicaba desde hace 24 años. Los resultados indican que 17.2% de los alumnos de secundaria y bachillerato ha consumido alguna vez en su vida alguna droga ilegal.

Además, se coordinaron los trabajos de integración y publicación de la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos, lo que permite contar con un documento informativo sobre el panorama epidemiológico actual en población adulta, así como los efectos y necesidades de políticas para su control; nuevos indicadores de formas de consumo y de políticas de control.

Se actualizó la GPC SSA-023-08: Prevención, detección y consejería en adicciones para adolescentes y adultos en el primer nivel de atención, la cual integra información generada por instituciones como el INPRFM; el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER); el INNN; los CIJ; el IMSS y el ISSSTE, entre otras instituciones. Esta guía brinda a los profesionales de la salud las mejores recomendaciones para la toma de decisiones en la gestión y práctica médica.

Por otra parte, se integró el Directorio Nacional de Clínicas de Tratamiento con Metadona para Usuarios de Heroína, como un esfuerzo para sistematizar y organizar el trabajo de las clínicas que manejan terapias de sustitución de metadona en usuarios de heroína, lo que contribuirá a mejorar los protocolos en beneficios de la población que acude a recibir estos servicios.

En el marco de las acciones de coordinación y colaboración con otras dependencias de la administración pública, con SEDENA y SEMAR, se diseñaron programas de capacitación para el personal que labora en las áreas de sanidad, así como materiales preventivos para los conscriptos del Servicio Militar Nacional.

Como parte de la Red Nacional de Transferencia Tecnológica para la Atención de las Adicciones (RENADIC). Se estableció el acceso a internet en los 375 puntos de la red, cumpliendo con lo señalado en la Estrategia Digital Nacional a través de la intercomunicación de usuarios a distancia, así como el acceso a sistemas de información homologados en materia de adicciones, incluyendo servicios de telefonía y videoconferencia.

De igual forma, se elaboraron 120 fichas técnicas derivadas del monitoreo epidemiológico sobre el consumo de sustancias psicoactivas conocidas y de nuevo surgimiento, tanto en el panorama nacional como internacional, lo que permite evaluar y replantear algunas estrategias preventivas y la identificación oportuna de casos.

En el periodo del 1° de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015, se concluyeron 15 estudios en las líneas de investigación epidemiológica, psicosocial, cualitativa y evaluativa.

El área de enseñanza se encarga de coordinar la impartición de cursos de capacitación, formación y actualización en materia de adicciones a los profesionales de la salud de los CIJ, mediante programas académicos para contribuir

al desarrollo de la institución y el logro de sus objetivos. De la misma forma, se colabora con el Sector Salud en la formación de recursos humanos de organismos e instituciones que desarrollan actividades afines. Por lo anterior, se diseñan y desarrollan actividades académicas en tres niveles:

1. Capacitación para el desempeño;

2. Educación continua, y

3. Posgrado.

El área de enseñanza capacitó, actualizó y formó a 1,700 profesionales de la salud de los CIJ y de otras organizaciones afines, a través de 90 actividades académicas que incluyen cursos, diplomados con reconocimiento universitario y estudios de posgrado.

El área de documentación científica proporcionó, a través de los servicios de Biblioteca Virtual en Adicciones, Biblioteca Central y bibliotecas locales de los CIJ, un total de 75 mil consultas bibliográficas.

La coordinación que los CIJ tienen con los distintos sectores de la sociedad a nivel nacional, es un mecanismo fundamental de planeación que permite articular la conjunción de esfuerzos a fin de fortalecer y dar continuidad a los programas de prevención y tratamiento de las adicciones, a través del desarrollo de acciones conjuntas con organismos afines y complementarios.

La sinergia de la concertación interinstitucional es un proceso sostenido, en el que las instituciones optimizan recursos y realizan actividades en las que comparten la responsabilidad social de promover estilos de vida saludable, incrementar la capacidad de organización de la comunidad y el empoderamiento de los individuos para protegerse del consumo de sustancias adictivas. Por ello es que el trabajo interinstitucional es promovido en diversos ámbitos que involucran a todos los sectores de la población, logrando consolidar las estrategias de atención que los CIJ ofrecen a través de sus Unidades Operativas. El resultado de la coordinación interinstitucional es la formalización del compromiso moral por medio de acuerdos verbales, la firma de un convenio o firma de una red de instituciones, una alianza de mujeres, de jóvenes o una red universitaria.

Se firmaron diversos convenios de carácter nacional y local, a través de los cuales se concretaron actividades de prevención universal, selectiva e indicada en todos los niveles de los sectores educativo, de salud, social, justicia y laboral. Asimismo, se conformaron alianzas de mujeres y jóvenes.

Se sostuvieron reuniones de trabajo con representantes de la Organización de Naciones Unidas (ONU), a fin de establecer la participación de la sociedad civil en las preparaciones para la UNGASS sobre Drogas 2016. Los CIJ formaron parte de la delegación mexicana en el 57° periodo de sesiones de la Comisión de Estupefacientes (CND); y también estuvo presente durante la Audiencia de la Sociedad Civil en el marco del 69° periodo de sesiones del Tercer Comité de la Asamblea General de la ONU. Además, con el Grupo de Cooperación para Combatir el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas (Grupo Pompidou) del Consejo de Europa, se participó en diversos eventos y talleres.

Debido al interés mutuo por gestionar proyectos en la región Centroamericana, los CIJ participaron en diversos eventos organizados por la CICAD de la OEA.

En relación con el Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Política sobre Drogas (COPOLAD), los CIJ participaron en los encuentros birregionales: Redes de Investigación América Latina-Unión Europea sobre políticas públicas basadas en la evidencia y Calidad y evidencia en Reducción de la Demanda.

Los CIJ celebraron, en coordinación con la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas, el 16° Congreso Internacional de Adicciones, un foro en el que destacados especialistas del mundo presentaron investigaciones de avanzada y programas efectivos de prevención y tratamiento, que se sustentan en evidencia científica, en el que participaron cerca de tres mil personas provenientes de 30 países. Además, se realizó la presentación del Grupo de Trabajo de la Sociedad Civil (CSTF, por sus siglas en inglés) durante el 58° periodo de sesiones de la CND.

En el ámbito de relaciones bilaterales se sostuvieron reuniones de trabajo con representantes diplomáticos. En la embajada de México en España, se presentaron las acciones y proyectos que se realizan en materia de prevención y tratamiento de adicciones. La embajada de la Federación Rusa en México, estuvo particularmente interesada en el tratamiento y rehabilitación de personas con problemas por el consumo de heroína. Por su parte, la embajada de Estados Unidos de América en México,

se mostró satisfecha con los resultados de la subvención para el proyecto de la unidad de prevención en Ciudad Juárez y desea continuar con la creación y desarrollo de proyectos que favorezcan la reducción de la demanda.

El intercambio con organizaciones internacionales brinda la oportunidad de sostener un diálogo enriquecedor, en materia de adicciones, con expertos de múltiples ámbitos. Este año, la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas (WFTC, por sus siglas en inglés), dio la bienvenida a los CIJ como miembros latinoamericanos.

Asimismo, la asistencia y participación de los CIJ en foros y conferencias internacionales, ha permitido y fomentado el intercambio de experiencias, mejores prácticas e investigaciones en materia de reducción de la demanda de drogas, promoción de la salud pública y bienestar social. Se asistió a la XX Conferencia Anual de Salud Mental de los Latinos, organizado por el Programa de Desarrollo *Pacific Clinics Latino*; y se participó en el Foro Internacional de Política de Drogas organizado por la Cámara de Diputados.

En materia de investigación, se elaboró el Padrón Nacional de Investigadores en Adicciones, creándose una base de datos de cobertura nacional para facilitar la ubicación y articulación de necesidades en torno a la problemática del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. También se inició la divulgación en la página web de la CONADIC, medios electrónicos y redes sociales, de las investigaciones en adicciones realizadas por instancias como el INPRFM, la Universidad de Guadalajara y los CIJ.

Por otra parte, se reactivó a nivel nacional el Observatorio Mexicano de Tabaco, Alcohol y otras Drogas (OMEXTAD), el cual proporciona información real, objetiva, fiable y comparable del consumo de sustancias psicoactivas a nivel nacional, a través de los datos que proporcionan las instituciones en materia de oferta y demanda, lo que permite contar con el diagnóstico del consumo de sustancias psicoactivas en la población mexicana, facilitando la toma de decisiones, el establecimiento de estrategias, la vigilancia epidemiológica y la alerta temprana.

Con el propósito de **consolidar el proceso de regulación de establecimientos especializados en adicciones, para asegurar la calidad y seguridad en la atención,** entre septiembre y diciembre de 2014, se realizaron 239 visitas a establecimientos que brindan Servicios de Tratamiento y Rehabilitación de Adicciones, para un total de 365 establecimientos reconocidos por la CONADIC, mismos que brindan atención a más de 70 mil personas con problemas de consumo de sustancias adictivas.

En el marco del Programa Mexicano de Capacitación, Evaluación y Certificación de Consejeros en Adicciones que se implementa en colaboración con la CICAD de la OEA, la CONADIC se acreditó como una Entidad de Certificación y Evaluación por Competencias, ante el Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales de la SEP (CONOCER-SEP). Dicho logro permitirá que la CONADIC cuente con la facultad para capacitar, evaluar y certificar las competencias de cerca de 1,300 consejeros en adicciones durante el 2015, lo cual contribuye tanto a homologar, como a mejorar la calidad de atención en los establecimientos especializados en adicciones. Además, la CONADIC contará con autorización para acreditar a centros de evaluación y evaluadores independientes, que se encuentren interesados en participar en el proceso de evaluación y certificación de competencias de consejeros en adicciones.

Adicionalmente, se integró el Comité de Gestión por Competencias para la Atención y Prevención de las Adicciones, instancia que promoverá el modelo de gestión por competencias en materia de adicciones en el país y será la responsable de desarrollar estándares de competencias que incentiven la certificación de los recursos humanos involucrados en la atención integral de las adicciones.

Por otro lado, la CONADIC coordinó la organización sustantiva y logística del Encuentro de países de la Región de las Américas acerca de Políticas sobre Uso de Sustancias Psicoactivas y la Salud Pública, donde se obtuvieron como resultados, el reporte y análisis regional sobre recursos para la prevención y el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias; el Marco Regional de Acción actualizado sobre Uso de Sustancias Psicoactivas y la Salud Pública, y la constitución de la red regional de contrapartes en políticas sobre uso de sustancias y salud.

Para **ampliar la cobertura de los Centros de Atención Primaria en Adicciones para la detección temprana e intervención oportuna,** entre septiembre de 2014 y agosto de 2015, en la red de UNEME-CAPA se estima realizar más de un millón de actividades de orientación, consejería, tratamiento breve, tamizajes y talleres de sensibilización sobre el impacto en el uso de drogas.

De igual manera, en el periodo que se informa, se otorgarán 290,556 sesiones de intervención y tratamientos breves, 5.4% más que lo reportado en el mismo periodo del año anterior. Se estima alcanzar un incremento de 16% en consultas de primera vez, con lo cual se beneficiará a más de cinco millones de personas[14].

Con el fin de brindar atención al grupo más vulnerable para el consumo de sustancias psicoactivas, jóvenes de entre 12 y 17 años; en lo que va de la presente administración se han aplicado 1,955,156 pruebas de tamizaje en escuelas de enseñanza básica y media superior. De éstos, 269,776 jóvenes (13.8%) se identificaron con factores de riesgo y consumo, y 112,845 (44%) jóvenes entre 12 y 17 años de edad iniciaron tratamiento en alguna de las UNEME-CAPA.

Con el fortalecimiento del Centro de Atención Ciudadana contra las Adicciones (CECIADIC), se brinda atención telefónica y en redes sociales de manera gratuita y confidencial sobre el tema de adicciones, las 24 horas, los 365 días del año, con la finalidad de informar, orientar y realizar referencias efectivas y oportunas a los servicios de atención, acorde con las necesidades de la población, así como recibir denuncias sobre el incumplimiento a la legislación vigente en materia de sustancias psicoactivas legales e ilegales, como de los servicios especializados de atención y prevención de las adicciones. En el periodo de este informe, se recibieron y atendieron 61,716 llamadas de toda la República Mexicana.

Con la finalidad de **incrementar acciones para reducir la demanda, disponibilidad y acceso al alcohol y evitar su uso nocivo** y lograr mejores resultados en materia de prevención y atención de las adicciones, la CONADIC, en colaboración y con la corresponsabilidad de los gobiernos estatales, firmó Convenios Específicos con 10 entidades federativas con objeto de:

- Fortalecer los Consejos Estatales contra las Adicciones;
- Nombrar Comisionados Estatales contra las Adicciones;
- Instalar Comités Municipales contra las Adicciones, especialmente en los municipios prioritarios (COMCAS);
- Fortalecer, homologar e implementar el Programa de Alcoholimetría Conduce sin Alcohol;
- Promover Espacios 100% libres de Humo de Tabaco, y
- Apoyar la implementación de los Tribunales para el Tratamiento de Adicciones (TTA).

En apoyo al Programa de Alcoholimetría Conduce sin Alcohol, se elaboró un diagnóstico nacional para la detección de necesidades y se desarrolló un Manual de Operaciones, el cual cuenta con los principales procedimientos para su ejecución, mismo que se entregó a todos los Consejos Estatales, y se elaboró un protocolo sobre la detección, consejería y referenciación de personas que presentan un riesgo en el consumo de alcohol, para aplicarse como parte de las acciones preventivas de este programa.

Actualmente, los Consejos Estatales Contra las Adicciones de Chiapas, Nayarit, Querétaro, Coahuila, Baja California, Tlaxcala y Nuevo León, han empezado con trabajos de coordinación con las instancias implicadas en la operación (Secretaría de Seguridad Pública y Departamento de Tránsito) para impulsar el programa, y se brindó capacitación y apoyo técnico al municipio de San Pedro Garza García, Nuevo León, para preparar el arranque del programa, lo cual se realizó en el mes de mayo pasado.

Por último, con la finalidad de apoyar las acciones de prevención y control del consumo de alcohol propuestas por las áreas rectoras del tema, la SS desarrolló un análisis de impacto financiero de las complicaciones en salud derivadas del consumo nocivo del alcohol en el periodo 2000-2023.

Con el fin de **promover modelos de justicia alternativa para personas con adicciones en conflicto con la ley** y en el marco de colaboración con el COPOLAD, se alcanzaron los siguientes avances:

- Se concluyó el desarrollo del Compendio de Instrumentos Clínicos de Medida sobre el Uso Problemático de Drogas, el cual se trabajó en colaboración con la OPS y la CICAD. Se trabaja también en la elaboración de dos proyectos técnicos-científicos: Revisión Sobre Principios para el Tratamiento de

14 En este periodo, el total de personas beneficiadas con estas acciones difiere de lo reportado en el Segundo Informe de Labores 2013- 2014, debido a que en el informe pasado se incluyeron a las personas beneficiadas a través de la Campaña de concientización y prevención de las adicciones en medios masivos de comunicación, realizada de acuerdo con la Instrucción Presidencial 098.

Personas con Adicciones en conflicto con la Ley y Glosario de términos en reducción de la demanda de drogas, con el objeto de brindar las herramientas necesarias para el abordaje del problema del consumo de sustancias ilícitas y sus principales consecuencias;

- Se concluyó la impartición del curso en línea: Sistema Integral e Integrado de Atención Social y Sanitaria a la Dependencia de las Drogas desde la Atención Primaria;
- Se participó en el diseño de la segunda fase de cooperación de la COPOLAD, que inicia en el segundo semestre de 2015, y
- Se continúa con la implementación del Plan de Acción para la Expansión del Modelo de los TTA en México, suscrito por la CICAD, la Oficina Internacional Antinarcóticos y Procuración de Justicia *(Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs)*, INL por sus siglas en inglés y la Subsecretaría de Prevención y Participación Ciudadana de la Secretaría de Gobernación, cuya primera fase inició en los estados de Morelos, México, Durango y Chihuahua y en una segunda fase en Baja California, Distrito Federal, Chiapas, Coahuila y Zacatecas.

En este contexto, en los estados de Chiapas, Baja California y Distrito Federal:

- Se desarrollaron los manuales para la operación del modelo jurídico, tratamiento y reinserción de los TTA en México;
- Se llevó a cabo un taller intensivo de capacitación para operadores de las entidades federativas;
- Se desarrollaron diagnósticos situacionales y de viabilidad, planes de trabajo, criterios de elegibilidad de los candidatos; catálogo de delitos a incluir, flujograma de actividades, matrices de seguimiento y protocolos de actuación de los operadores, y
- Se revisó y fortaleció el cuestionario para identificar el consumo de sustancias y los padecimientos físicos y mentales asociados a la comisión de conductas delictivas, en candidatos (tamizaje), a incluir en el modelo de TTA en los tribunales seleccionados, mismo que se aplicó a los primo-delincuentes consignados por delitos menores en los estados de México, Morelos, Chihuahua, Durango y Chiapas.

En colaboración con los Consejos Estatales contra las Adicciones, y con base en los resultados de los estudios de viabilidad y de tamizaje, se elaboraron los protocolos para la operación del programa de tratamiento dentro del TTA en los Estados de México, Morelos y Durango.

Para **promover acciones intersectoriales que fomenten una vida productiva en los adolescentes**, se trabajó conjuntamente con la SEP en el desarrollo de materiales preventivos para estudiantes de primaria, secundaria y bachillerato. Esto en el marco de sus Programas Construye T, que actualmente se aplica en 2,500 planteles escolares con una cobertura de dos millones de alumnos, además del Programa de Acción para la Convivencia Escolar. Adicionalmente, durante el periodo del 1° de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015, se difundieron 2,440 mensajes de prevención a través de *twitter*, que impactarán a un total de seis mil usuarios de entre 18 a 29 años de edad.

Además, en el portal web *konectate.org.mx*, primer sitio oficial en Internet en México, que provee información con respaldo científico y lenguaje accesible a los jóvenes, sobre los riesgos asociados al consumo de sustancias adictivas. En el periodo que se informa se registraron 13,270 visitas, lo que representa un crecimiento del 270% con respecto al registro del año anterior. Del total de visitas, el 88% fueron usuarios nuevos referidos por los buscadores, principalmente *Google*, lo que marca una tendencia favorable del portal como referencia en el tema. En *Facebook*, el portal sumó casi 20 mil usuarios durante el mismo periodo.

Estrategia 1.5.

Incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva con especial énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables[15,16]

Con el propósito de **diseñar estrategias de comunicación en salud sexual y reproductiva**, y en coordinación con diversos órganos desconcentrados, la SS realizó las campañas de Planificación Familiar

15 La Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes, fue lanzada en enero de 2015, resultado de un trabajo interdisciplinario en el que participaron académicos, especialistas, autoridades y representantes de la sociedad civil. Incorpora experiencias internacionales y las mejores prácticas que se han implementado en nuestro país. Consta de ocho pilares: 1° Intersectorialidad, 2° Ciudadanía y salud sexual y reproductiva. 3° Perspectiva de género. 4° Curso de vida y proyecto de vida. 5° Corresponsabilidad. 6° Participación juvenil. 7° Investigación y evidencia científica. 8° Evaluación y rendición de cuentas. La información, se localiza en las estrategias 1.5, 1.6, 4.1, 4.2, 6.1; y la Estrategia Transversal Perspectiva de Género.

16 La información concerniente al proceso 2015 de compra consolidada de medicamentos e insumos entre las instituciones del SNS, se puede localizar en las estrategias 1.5, 2.6 y 5.5 del presente informe.

y Prevención del VIH; en las que se promocionó la utilización del condón como uno de los medios para evitar enfermedades de transmisión sexual. Para ello, se realizaron las siguientes campañas:

- Planificación Familiar, versiones: Volado y Opción Múltiple 2014, CNEGSR.
- Prevención del VIH, versión: Usa Condón, CENSIDA.
- Día Mundial del Sida, CENSIDA, y
- Semana Nacional de la Adolescencia 2015, versión: Semana Nacional de la Adolescencia 2015, CENSIA.

Como medio de comunicación, Internet es una herramienta útil para todos los programas de salud pública, por ello, CENSIDA cuenta con página web, *Call center,* y cuentas de *Twitter* y *Facebook*. Estos medios han sido bien aceptados, en particular por la población joven, por la veracidad y utilidad de la información preventiva, así como por su confidencialidad. Al 31 de julio de 2015, se habían registrado 19,400 seguidores en *Twitter* y 93,311 usuarios en *Facebook*.

Con el fin de **promover acciones para prevenir el embarazo adolescente**, la SS tuvo una importante participación en el diseño y operación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, la cual fue presentada por el C. Presidente de la República, Enrique Peña Nieto, el 23 de enero de 2015.

Para **promover la salud sexual y reproductiva responsable, así como la prevención del VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)**, se registraron 921 mil nuevas usuarias de métodos anticonceptivos, lo que representa un incremento de 7.6% con respecto al periodo anterior, equivalente a 64,671 ingresos al programa. El número de usuarias activas de métodos anticonceptivos asciende a 4.3 millones al 31 de agosto de 2015, lo que representa 92 mil usuarias más que en agosto de 2014, con una cobertura del 50.9% del total de mujeres de entre 15 a 49 años de edad.

Por su parte, el Programa de Acción Específico Respuesta al VIH, sida e ITS, requiere insumos estratégicos; de ahí que en 2014, a través del Ramo 12, se distribuyeran 8.8 millones de piezas de preservativos masculinos a las entidades federativas; aunado a los insumos que ellas mismas adquieren. El apoyo federal tiene como objetivo garantizar que estos insumos sean distribuidos a poblaciones con mayor riesgo y vulnerabilidad, por lo que los recursos estratégicos del programa complementan el trabajo estatal. Se estima una entrega de 9 millones de piezas en el periodo del 1° de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015.

Además, en el año 2015, en el Programa Operativo Anual, se contempla un monto de 2.5 millones de pesos destinados al traslado de mujeres con VIH, para ser atendidas en Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y centros especializados. El objetivo es romper barreras de acceso a servicios, para las mujeres que viven con VIH y sida, en las 27 entidades del país. Se proyecta un ejercicio de 1.6 millones de pesos de enero a agosto en este rubro.

Para garantizar abasto y oferta de métodos anticonceptivos e insumos para la prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, la SS trabajó de forma coordinada con el CENSIDA para desarrollar un Análisis de Impacto Financiero del Programa de Acceso Universal a Medicamentos Antirretrovirales de la SS, en el corto y mediano plazos, tomando en consideración la Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH, sexta edición.

Este año, para asegurar el abasto de las unidades médicas de la SS, se realizó una compra centralizada de trece métodos anticonceptivos para atender las necesidades de la población en las 32 entidades federativas, por un monto de 812.3 millones de pesos. Se capacitó a 105 profesionales de la salud en aspectos de gestión logística para el aseguramiento de insumos de salud sexual y reproductiva, así como a 144 prestadores de servicios de salud para el manejo de la herramienta de toma de decisiones para clientes y proveedores de planificación familiar de la OMS.

En 2015, con el fin de prevenir nuevas infecciones en Personas Usuarias de Drogas Inyectables (PUDI), se asignaron recursos a 12 entidades del país (Baja California, Coahuila, Colima, Chihuahua, Durango, Hidalgo, Michoacán, Nuevo León, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas y Zacatecas), por un monto total de 2.4 millones de pesos para la adquisición de jeringas. Asimismo, en el periodo del 1° de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015, se distribuyeron 520 mil pruebas rápidas para detección de VIH.

Por otra parte, el tratamiento antirretroviral (TARV) se cubre a través de un fideicomiso con fondos del SPSS, lo cual blinda este presupuesto en caso de recortes

presupuestarios, y garantiza que todas las personas tengan acceso universal y gratuito al manejo con medicamentos, una vez que se realiza el diagnóstico. El comparativo se muestra a continuación en el Cuadro 1.

CUADRO 1. PERSONAS EN TARV, SS POR SEXO, 2012 -2015

Año	Hombres	Mujeres	Total	Incremento porcentual
2012	37,576	11,858	49,434	8.5%
2013	43,582	13,491	57,053	15.4%
2014	49,923	14,671	64,594	13.2%
2015[1/]	54,063	15,246	69,309	N/A
Meta 2018	75,194	23,745	98,939	N/A

FUENTE: SS/CENSIDA. Dirección de Atención Integral. Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR).
[1/] Información preliminar al corte de 31 de julio de 2015.
N/A: No aplica.

Con el propósito de **asegurar la detección y tratamiento oportuno de VIH, sida e ITS, con énfasis en poblaciones clave**, el objetivo del Programa de Acción Específico Respuesta al VIH, Sida e ITS, se diseñan indicadores que permitan medir un descenso sostenido de prevalencia de la carga de enfermedad, e incluso lograr la primera generación sin VIH en el futuro. La prevalencia por clasificación de población clave y general, se muestra a continuación en el Cuadro 2.

CUADRO 2. PREVALENCIA DE VIH EN MÉXICO

Grupo poblacional	Prevalencia del VIH %
Personas transexuales	20%
Hombres que tienen sexo con hombres	17%
Hombres trabajo sexual	18%
Mujeres trabajo sexual	<1%
Personas usuarias de drogas inyectables	5.8%
Mujeres embarazadas	0.07%
Prevalencia global	0.4%

FUENTE: SS/CENSIDA. Programa de Acción Específico Respuesta al VIH, Sida e ITS 2013-2018.

Se tienen avances y consolidación de políticas públicas, y se ha mantenido la cobertura universal de acceso a medicamentos antirretrovirales y pruebas de laboratorio de manera gratuita en 136 CAPASITS y Servicios de Atención Integral (SAI), lo cual significó un aumento de 12% y 22% respecto al mismo periodo de 2014 y 2013. El abasto de medicamentos en las unidades de la SS, se ha mantenido en 98%, información consistente con la base de datos nominal del SALVAR.

En el último trimestre de 2014, se editó y publicó la nueva Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH y, en 2015, se publicó la Guía para la Atención Estomatológica en Personas con VIH. Estos documentos permiten actualizar los esquemas de manejo y atención con una base científica sólida y consensuada con expertos de todas las áreas. La Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH incluye conceptos innovadores, un capítulo específico para manejo de niños y adolescentes que viven con VIH y sida, lo que permite atender a este grupo de población en la transición a su etapa adulta. Dichos cambios permitirán el acceso más temprano a tratamiento de pacientes que viven con VIH y mejorar la atención integral. En el taller sobre estimaciones de VIH para 2015, que se llevó a cabo en la ciudad de Panamá del 11 al 13 de marzo de 2015, ONUSIDA felicitó a México por incluir a todos los pacientes que viven con VIH, en el manejo antirretroviral con independencia de su carga de linfocitos.

En 2014, a través de convocatorias públicas, se logró concretar la ejecución de 184 proyectos preventivos financiados por el CENSIDA. El proceso se realizó por un grupo colegiado externo al Centro Nacional, lo que facilitó la transparencia y rendición de cuentas en su financiamiento. En noviembre de 2014, se cerraron las comprobaciones con una inversión global por más de 100 millones de pesos. En 2015, 118 proyectos propuestos por las OSC implementados a nivel nacional obtuvieron financiamientos por más de 103 millones de pesos, con lo que se garantiza que el trabajo de las OSC se realice en un ambiente libre de estigma, discriminación y homofobia, con un enfoque de género, en un marco de respeto a los derechos humanos, con estrategias eficientes y efectivas para el control de la epidemia y con base en la guía nacional de prevención.

Con el objeto de **incrementar el acceso y utilización de servicios de salud sexual y reproductiva en mujeres y hombres** y en apoyo a la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, en la SS operan 1,278 Servicios Amigables para Adolescentes, lo que representa un incremento del 16.7% en comparación con los 1,095 que se tenían en el mismo periodo del informe anterior. Estos espacios son creados en unidades médicas de la institución, donde se proporciona información y servicios por personal empático, sensibilizado y capacitado; en un clima de confidencialidad y privacidad, con absoluto respeto a los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes.

Incrementar la cobertura de detección prenatal y tratamiento oportuno para prevenir la transmisión vertical del VIH y sífilis congénita es un imperativo ético por las implicaciones que genera socialmente. México ha comprometido una intervención nacional que permita reducir en 84.6% la incidencia para 2018 y lograr a futuro, la primera generación libre de VIH.Este indicador es una prioridad nacional.

Para 2015, se estiman 1,607,971 de nacimientos en unidades de la SS, la meta es ofrecer pruebas de detección de VIH a todas las mujeres embarazadas antes de las 16 semanas de gestación, previo consentimiento informado. Las pacientes con diagnóstico confirmado, deben ingresar al protocolo de manejo de embarazada con VIH e iniciar el TARV, idealmente a las 16 semanas de gestación. En 2013, como dato base, se registraron 131 casos de VIH en recién nacidos. El compromiso nacional es reducir 16.9% anual la incidencia. El comparativo se muestra a continuación en el Cuadro 3.

CUADRO 3. TRANSMISIÓN DE VIH PERINATAL

Año[1/]	Cobertura de detección de VIH en embarazadas%	Casos perinatales	Reducción comprometida %*	Reducción lograda %*
2013[2/]	61.7	131	NA	NA
2014	52.8	90	16.9	31.3
2015[3/]	-	-	33.8	-
Meta 2018	100	20	84.6	-

FUENTE: SS/DGE. Registro Nacional de Seropositivos VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Datos al cierre de cada año.

* Método de cálculo: 100-(número de casos VIH y sida perinatales diagnosticados en el año actual/número de casos VIH y sida perinatales diagnosticados en el año base) X 100.

1/ La cifra de los casos nuevos de VIH y sida por transmisión vertical de cada año, puede aumentar en los años subsecuentes, en la medida en que se reduzca el retraso en la notificación de casos.

2/ Basal 2013, utilizando cifras del año 2012. SS/DGE. Registro Nacional de Seropositivos VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Datos al cierre 2013.

3/ Medición anual en proceso.

NA: No aplica

En 2014, en la SS, se realizaron 906,888 detecciones de VIH en embarazadas, lo que representó una cobertura de 74.9%. Por otro lado del 1° de septiembre de 2014 al 31 de junio de 2015, 327 mujeres embarazadas recibieron TARV para prevenir la transmisión vertical del VIH, lo que representa un incremento de 30.3% con respecto al periodo anterior, en el que se registraron 251 mujeres embarazadas que recibieron TARV.

Con el propósito de **fomentar la lactancia materna a través de acciones que contribuyan a incrementar la duración y el apego,** se capacitó a 980 profesionales de la salud en lactancia materna, que se suman a los 874 capacitados en el periodo anterior.

Asimismo, se formó a 239 evaluadores externos de la Iniciativa de Hospital Amigo del Niño y de la Niña (IHAN), que se suman a los 348 formados durante el periodo anterior de todas las instituciones del SNS. Se evaluaron de manera externa 20 hospitales de la SS y del IMSS sobre la IHAN, los que se suman a los 26 hospitales evaluados en el periodo anterior. Se instalaron ocho bancos de leche humana en el Distrito Federal, Estado de México, Puebla y Querétaro.

Estrategia 1.6.

Fortalecer acciones de prevención y control para adoptar conductas saludables en la población adolescente

Con el fin de **desarrollar modelos y servicios de salud que respondan a las necesidades de la población adolescente** y fortalecer acciones de prevención y control para adoptar conductas saludables en la población adolescente, durante el periodo del 1° de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015, la SS realizó las siguientes actividades:

- Se formaron 1,834 nuevos Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS), es decir, 116 grupos más que en el periodo anterior, para un total de 24,279 grupos activos en todo el país. Además, hemos logrado tener 24,487 adolescentes acreditados, lo que representa un aumento de 1,447 adolescentes acreditados, más respecto al periodo anterior;

- Se realizó la Semana Nacional de Salud de la Adolescencia (SNSA) en las 32 entidades federativas, la cual tiene como principal objetivo promover estilos de vida saludable a través de la oferta coordinada de servicios de salud entre el Sector Público y las OSC, y

- Se realizaron siete reuniones del Grupo de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia (GAIA) a nivel federal y 203 a nivel estatal. Estas reuniones tienen una convocatoria interinstitucional e intersectorial.

Estrategia 1.7.

Promover el envejecimiento activo, saludable, con dignidad y la mejora de la calidad de vida de las personas adultas mayores

La política social de la presente administración, busca cerrar brechas y hacer efectivos y accesibles los derechos sociales a toda la población. Para garantizar la calidad de vida de las personas adultas mayores, se trabaja en el fortalecimiento de la protección de sus derechos.

Con el objeto de **implementar acciones para el cuidado y la atención oportuna de personas adultas mayores en coordinación con otros programas sociales**, la Secretaría dirigió sus esfuerzos a fomentar entre el grupo etario de adultos mayores, una mayor afiliación al SPSS; por lo que de septiembre de 2014 al mes de junio 2015, el número de adultos mayores incorporados al SPSS, pasó de 5.0 millones de personas a 5.2 millones (Cuadro 4).

CUADRO 4. AFILIACIÓN AL SPSS EN ADULTOS MAYORES

Concepto	2014[1/]	2015[2/]	Variación % anual
Número de personas adultas mayores afiliadas	5,001,289	5,218,572	4.3

FUENTE: Padrón Nacional de Beneficiarios del SPSS.
1/ Frecuencia acumulada, junio 2014.
2/ Frecuencia acumulada, junio 2015.

Con el propósito de **cerrar brechas de género en comunidades que garantice envejecimiento saludable** se diagnosticaron y se brindó consejería y orientación nutricional a 1,013 adultos mayores, en unidades médicas del programa IMSS-PROSPERA, integrando una Red de Apoyo que se conformó con 130 adolescentes capacitados como apoyo informal al adulto mayor.

Para **fortalecer la prevención, detección y diagnóstico oportuno de padecimientos con énfasis en fragilidad, síndromes geriátricos, osteoporosis y caídas**, la SS, a través del Instituto Nacional de Geriatría (INGER) realizó 14 cursos de educación médica continua, dirigidos a personal de salud, con lo que se logró la capacitación de 700 personas en las siguientes temáticas:

- Envejecimiento y valoración geriátrica en enfermería;

- Importancia de la intervención de Trabajo Social en la atención del Adulto Mayor;

- Atención multidisciplinaria en la atención del adulto mayor;

- Análisis crítico de la literatura médica;

- Alzheimer y otras demencias, y

- Formación de promotoras de la salud en mujeres adultas mayores.

Las acciones de capacitación se realizaron en coordinación con instituciones académicas y de servicios, entre ellas: el Centro de Alta Especialidad de Tapachula, Chiapas; el Hospital General Manuel Gea González del estado de Coahuila y el Instituto Nacional de las Mujeres.

Con la instalación del Laboratorio de Investigación en Evaluación Funcional del Adulto Mayor, equipado con tecnología de vanguardia, será posible el desarrollo de diversos protocolos de investigación orientados a la detección temprana de condiciones tales como bajo desempeño físico, fragilidad, sarcopenia, osteoporosis, malnutrición, deterioro cognoscitivo, etcétera, que pueden llevar al adulto mayor a tener más riesgo de caídas y discapacidad. En el periodo que se informa se incorporó a un total de 202 adultos mayores a diversos proyectos de investigación.

Por otro lado, se logró la publicación del libro Envejecimiento y dependencia: realidades y previsión para los próximos años, en coedición con el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) y la Academia Nacional de Medicina.

Se impartieron diplomados que tuvieron como finalidad, capacitar al personal que labora en las unidades coordinadas por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), para brindar una atención médica integral e interinstitucional para garantizar servicios de calidad. Los diplomados llevaron por título:

- Cuidados Interdisciplinarios al Adulto Mayor Hospitalizado: CUÍDAME.
- Atención al adulto mayor hospitalizado. Conformación de Equipos Interdisciplinarios Hospital Gea González. Módulo III.
- Atención al adulto mayor hospitalizado (CPE/CCINSHAE-INGER, sede INGER) Módulo II.
- Envejecimiento y valoración Geriátrica Integral, Centro de Alta Especialidad en Tapachula, Chiapas, Módulo III.

El INGER ha publicado 37 artículos científicos que tuvieron como propósito analizar el contexto de vida de la población adulta con el fin de generar políticas públicas para atender la situación actual de esta población en nuestro país.

Inició operaciones el Laboratorio de Investigación en Evaluación Funcional del Adulto Mayor, cuyo propósito es evaluar a la población adulta mayor, mediante el análisis de los factores y determinantes biológicos y socioeconómicos.

Para **incrementar las acciones de promoción de la salud para lograr el autocuidado de las personas adultas mayores** y promover un envejecimiento activo y saludable, la Secretaría, cuenta con 30 Comités Estatales de Atención al Envejecimiento.

Del 1° de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015, se logró el 100% de las metas establecidas en la aplicación de la Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE).

El cumplimiento de metas de la Semana de Salud para Gente Grande, se dio de la siguiente manera:

- Detecciones: 1,158,517 (74.2%);
- Alteraciones de memoria; 4,772,510 (91.7%), y
- Vacunación contra influenza; 2,810,420 (90%).

Asimismo, se realizaron 1,435,244 detecciones de hiperplasia prostática, con lo que se cumplió la meta programada (42.1%).

En pacientes mayores de 60 años se llevaron a cabo 1,558,136 actividades odontológicas de prevención, lo que representa un incremento de 8.1% respecto al periodo anterior.

Los servicios de salud que se ofertan en los HRAE para **fortalecer la acción institucional y social organizada para la atención comunitaria de las personas adultas mayores**, se prestan con la misma calidad y eficiencia a todos los grupos etarios, con independencia de su condición social o laboral.

En ellos se cuenta con la especialidad en Geriatría que ofrece servicios de especialidad a la población de adultos mayores.

Para brindar mejor atención, en el Centro Regional de Alta Especialidad (CRAE) se desarrolló el Diplomado para la Atención de Población Geriátrica con el apoyo del INGER.

2. Asegurar el Acceso Efectivo a Servicios de Salud con Calidad

ESTRATEGIA 2.1.

Avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana, independientemente de su condición social o laboral

La protección de la salud es uno de los derechos humanos más importantes que consagra la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, es por ello la importancia del compromiso de alcanzar un SNS universal.

La SS deberá garantizar homogeneidad en la atención, una operación integrada y la mayor coordinación de las distintas instituciones de salud en el país. Además, deberá garantizar a todo mexicano independientemente de su condición social o laboral, el acceso efectivo y con calidad a los servicios de salud.

Para **promover un modelo de atención integral a la salud común para todo el SNS** la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) elaboró el documento: Modelo de Atención Integral, con las aportaciones de las áreas de la SS, instituciones académicas y los SESA. El Modelo tiene definidas cuatro estrategias fundamentales:

1. Atención primaria de salud;
2. Participación ciudadana;
3. Redes integrales de servicios de salud, y
4. Sistemas locales de salud.

Busca mejorar la aplicación de los recursos del sector y el desempeño de los servicios de salud del país, con la participación de todas las instituciones públicas que prestan servicios integrados e integrales en las redes de servicios, y que son responsables de una población definida; que están en posibilidad de rendir cuentas por el ejercicio de los recursos y el estado de salud de la población bajo su responsabilidad.

Este modelo refuerza los principios de la atención primaria de salud, cuyo fin es revitalizar la capacidad de los servicios para responder de manera coordinada y sostenible, con mayor equidad y calidad, a los retos en salud de la población.

También se avanzó en la revisión de las características organizativas y operativas de las Jurisdicciones Sanitarias, como base para el fortalecimiento de los sistemas locales de salud, con la aplicación de una encuesta diagnóstica y la participación en el taller del Primer Encuentro Nacional de Jefes de Jurisdicción, realizado por el CENAPRECE y la DGPLADES.

Para **actualizar los mecanismos y modalidades de prestación de servicios que favorezcan el acceso efectivo a los servicios de salud** y con respecto al Programa de Intercambio de Servicios Planificado, en el periodo de septiembre de 2014 a agosto de 2015, la DGPLADES llevó a cabo lo siguiente:

- El registro ante la Comisión Interinstitucional para la Operación del Acuerdo General de Colaboración de Intercambio de Servicios en el Sector Salud de ocho convenios específicos de intercambio en Baja California Sur, Durango, Querétaro y Yucatán.
- El análisis de la oferta y la demanda, por tipo de unidad médica, de las instituciones participantes (SS, SESA, IMSS e ISSSTE), a partir del cual se identificaron intervenciones susceptibles de intercambio en 22 entidades federativas.
- Derivado de la Quinta Reunión Ordinaria de la Comisión Interinstitucional para la Operación del Acuerdo General de Colaboración de Intercambio de Servicios en el Sector Salud, el 27 de octubre de 2014 se incorporó a la SEDENA y a la SEMAR a la Comisión y a sus grupos de trabajo técnico, en las áreas médica y financiera, para contribuir en el fortalecimiento de la coordinación entre las instituciones del SNS.
- Se aprobaron diez nuevas intervenciones con sus respectivas tarifas que se incorporaron al Catálogo Nacional de Servicios, Intervenciones Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento y Tabulador de Tarifas Máximas Referenciales; el catálogo quedó conformado por un total de 855 intervenciones, lo que representó un incremento con respecto a las 845 consideradas durante el periodo anterior.
- Se actualizó el documento Boletín Requerimiento de Información de Oferta y Demanda para el Programa de Intercambio de Servicios del Sector Salud, como medida de apoyo para la integración del diagnóstico de oferta y demanda de servicios interinstitucionales.

Por otro lado, como parte del intercambio de servicios no planificado, para contribuir a garantizar el acceso a

los servicios de salud, se promueve el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica. El convenio tiene como objetivo proveer servicios médicos con oportunidad y capacidad resolutiva a las mujeres que presenten una emergencia obstétrica y a sus recién nacidos, sin importar su derechohabiencia o afiliación, eliminando las barreras de acceso.

En el periodo septiembre de 2014 a agosto de 2015, se adhirieron 50 hospitales (47 de IMSS-PROSPERA y tres de la SS) integrando un total de 464 unidades médicas resolutivas de las tres instituciones IMSS, ISSSTE y SS, distribuidas en las 32 entidades federativas.

Se capturaron en el Sistema de Registro de Emergencias Obstétricas (SREO), un total de 707 atenciones (447 madres y 260 recién nacidos). Esta atención expedita se prestó sin condicionamiento a algún esquema de aseguramiento o derechohabiencia entre unidades médicas del IMSS, ISSSTE y SS participantes en el convenio.

Con el propósito de **fortalecer los recursos para la salud que permitan mejorar la capacidad resolutiva en las unidades de atención**, la Dirección General de Coordinación de Hospitales Federales de Referencia (DGCHFR) contribuyó mediante el acceso a la atención médica hospitalaria oportuna, equitativa, con calidad y seguridad, principalmente a la población sin seguridad social de todo el país. Al respecto, entre las aportaciones que han generado las Unidades Médicas adscritas a la CCINSHAE se encuentran las siguientes:

- **Hospital General de México**

El hospital otorgó 752,691 consultas; alcanzó el 93% de egresos por mejoría y curación; y realizó 117 trasplantes de los cuales: 48 fueron renales, 62 de córnea y siete de hígado. Además, publicó 218 trabajos de alta calidad científica y avanzó 30% en la construcción de los nuevos edificios que permitirán reubicar, ampliar y mejorar los servicios que ofrece a la población. Adicionalmente, se puso en marcha la Clínica de Atención al Paciente con Obesidad y Diabetes.

- **Hospital Dr. Manuel Gea González**

Se pusieron en funcionamiento los servicios de Consulta externa en la nueva torre de especialidades del Hospital General Dr. Manuel Gea González, con una inversión total de 1,377 millones de pesos, con lo que se proporciona el complemento y sinergia de la oferta de los servicios de los INSalud y los hospitales del Gobierno del Distrito Federal. Este hospital es un centro de atención de segundo nivel y líder en modelos de atención de alta especialidad.

- **Hospital Juárez de México**

Se incorporaron nuevos equipos de Resonancia Magnética y Tomografía Axial Computarizada; se remodelaron y ampliaron las salas de espera de los servicios de Oncología y Consulta Externa y se remodeló y amuebló integralmente el Laboratorio Central de Análisis Clínicos. Además, se construyeron cuatro consultorios del Servicio de Gastroenterología y se amplió el servicio de Alergia e Inmunología en el edificio de Consulta Externa.

- **Hospital Nacional Homeopático y Centro de Enseñanza e Investigación Aplicada**

Se inauguró con una inversión de 761 millones de pesos, integrado por cinco módulos, de los cuales tres son edificios de nueva creación y la rehabilitación de dos existentes; con una capacidad de 82 camas censables, bajo un modelo de hospital general moderno de segundo nivel, el cual ofrece servicios médicos especializados y oportunos para la población abierta, en beneficio de 120 mil habitantes del Distrito Federal y estados circunvecinos.

- **Hospital de la Mujer**

Aumentó 20 nuevas camas censables en hospitalización, con lo que suman a la fecha 168.

- **Hospitales Regionales de Alta Especialidad**

En los HRAE se han establecido convenios con diversas instituciones de seguridad social, estatales y municipales de salud, que incluyen el intercambio de servicios para brindar servicios de atención de alta especialidad a la población.

Los HRAE ofrecen en su cartera de servicios: procedimientos e intervenciones únicas en las regiones en las que se ubican, tales como: cirugía cardiovascular pediátrica y de adultos; procedimientos hemodinámicos-diagnósticos o terapéuticos; neurológicos o cardiacos; tratamientos de cáncer con acelerador lineal, quimioterapia ambulatoria; cirugía de mínima invasión, entre otros.

Los indicadores de satisfacción por parte de los usuarios en el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) se mantienen por arriba de los estándares establecidos, además de contar con el aval ciudadano.

El Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca (HRAEI), modificó su misión al incorporar atención de padecimientos incluidos en el CAUSES a su cartera de servicios y amplió sus servicios con urgencias, lo que ha propiciado la ocupación hospitalaria de las camas habilitadas a más de 100%, debido a que en el mes de marzo se habilitaron 15 camas más. Se estima que al finalizar 2015 estarán en operación 120 camas.

- **Hospitales adscritos a los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP)**

En los SAP el indicador de egresos hospitalarios tuvo un incremento de 8.6%, al pasar de 4,599 a 4,996 egresos; el promedio de estancia hospitalaria se redujo de 22.3 a 22.0 días, lo que significa eficiencia en el manejo del paciente hospitalizado y un avance muy importante, ya que de acuerdo al estándar internacional, el promedio de días de estancia en los hospitales psiquiátricos debe ser menor a 30 días (Cuadro 5).

CUADRO 5. RESULTADOS DE LOS INDICADORES ESTRATÉGICOS DEL SAP, MÉXICO, 2013-2015.

Indicador	Datos Anuales			Septiembre-Agosto[1/]		
	Observado		Meta 2018	2013-2014	2014-2015[2/]	Variación % Anual
	2013	2014				
Total de consultas otorgadas	367,139	367,406	350,000	357,771	390,791	109
Egresos hospitalarios	4,783	4,648	4,850	4,599	4,996	109
Promedio de días estancia	21.8	22.9	22.2	22.3	22.0	99
Usuarios satisfechos con el trato recibido	4,483	4,906	4,500	4,909	4,744	97
Porcentaje de usuarios satisfechos con el trato recibido	98	97	95	97	95	98

1/ Datos preliminares del periodo
2/ Las cifras de septiembre a diciembre de 2014 y de enero a mayo de 2015 se refieren a datos observados. Para el periodo de junio a agosto de 2015 son datos estimados
FUENTE: Indicadores Estratégicos, Servicios de Atención Psiquiátrica 2013-2015.

En todos los HRAE y en las unidades de los SAP se cumple la política Cero Rechazo, sin limitaciones para atender usuarios, mediante la oferta de valoración médica y estudios clínicos; así como la hospitalización cuando sea requerida.

Para **fortalecer modelos de atención médica a distancia que favorezcan el acceso efectivo a servicios de salud,** y contribuir a la consolidación de los instrumentos necesarios en materia de Telesalud para una integración efectiva del SNS, entre el 1° de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015, el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC-Salud), realizó las siguientes acciones:

- Se efectuaron cuatro reuniones con los Coordinadores Estatales de Telemedicina de los SESA de las 32 entidades federativas, cuyo objetivo general radica en homologar los procesos de Telesalud a nivel nacional y compartir las mejores prácticas para fortalecer la toma de decisiones para el diseño, implementación y evaluación de programas en la materia. Asimismo, se acordaron los indicadores de seguimiento y monitoreo de los programas y el modelo de atención a distancia, en UMM, y

- Se realizaron cuatro reuniones con los coordinadores de Telesalud de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud (IMSS, ISSSTE, SEDENA), cuyo fin principal fue establecer mecanismos y criterios comunes, así como elaborar propuestas de políticas para el uso y planeación interinstitucional de Equipo Médico y Telesalud.

Al respecto, se acordaron las líneas de acción dentro de la Estrategia Digital Nacional relacionadas con Telesalud y

las metas para el 2018. Se consensuaron los mecanismos y modelos de Telemedicina para incrementar el acceso a la atención médica, y se establecieron mecanismos de fortalecimiento a la gestión del conocimiento en materia de Telesalud.

Con el fin de **adecuar los servicios de salud a las necesidades demográficas, epidemiológicas y culturales de la población,** los HRAE han prestado atención médica a la población vulnerable ya que, en promedio, el 88% de los pacientes han tenido clasificación socioeconómica menor a nivel 4, de acuerdo a la cédula de identificación socioeconómica utilizada por los HRAE.

El CRAE de Chiapas puso en marcha la Unidad de Neuropsiquiatría Infantil, la cual es única en la región y tiene como propósito fundamental la detección oportuna y el tratamiento de alteraciones del neurodesarrollo; esto incluyó el incremento de la capacidad hospitalaria al poner en funcionamiento ocho camas disponibles de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

El proyecto de sustitución del hospital Dr. Samuel Ramírez Moreno, del cual se concluyó la tercera etapa que incluye, entre otras áreas, la de consulta externa con 25 consultorios para las diferentes especialidades médicas y paramédicas. Durante el periodo que se reporta, se concluyó el área de hospitalización continua.

Para **fortalecer las acciones de donación de órganos y los trasplantes** con el objeto de garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a los mexicanos con independencia de su condición social o laboral, el Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA) realizó durante el periodo del 1° de septiembre 2014 al 20 de abril 2015, actividades de enseñanza y capacitación dirigidas a profesionales de la salud que participan en procesos de donación y trasplantes de órganos y tejidos; entre ellas:

- La presencia de profesionales capacitados para identificar, dirigir, apoyar o facilitar procesos de donación con calidad y respeto absoluto al marco normativo, potencializa la disposición de órganos y tejidos; así como el acceso a trasplantes para los mexicanos.

- En el mismo periodo que se informa se realizaron tres ediciones del Diplomado para la Formación de Coordinadores Hospitalarios de Donación de Órganos y Tejidos con fines de Trasplante. Durante estas ediciones se capacitó a 133 profesionales: 37 médicos adscritos a servicios hospitalarios, 20 profesionales de diversas disciplinas y 76 médicos pasantes de servicio social, éstos últimos fortalecieron 25 establecimientos de salud de diferentes instituciones con programas de donación y trasplante.

- La celebración del Día Nacional de la Donación de Órganos y Tejidos se realizó en el marco del XVIII Congreso de la Sociedad Mexicana de Trasplantes en la Ciudad de Veracruz, en ese evento se entregaron cuatro reconocimientos al mérito y altruismo de las familias; cuatro reconocimientos por productividad a unidades hospitalarias y cuatro distinciones a profesionales de la salud.

- En el periodo del 1° de septiembre al 31 de diciembre de 2014, se imprimieron 50 mil ejemplares de material informativo sobre donación de órganos y tejidos. Este material se distribuye principalmente en los meses de agosto y septiembre, como apoyo al festejo del Día Nacional de Donación de Órganos y Tejidos.

Para fomentar el conocimiento sobre el tema de donación de órganos, en octubre de 2014 y enero de 2015, se realizaron dos cursos de Formación de Promotores de la Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante, dirigidos a personal de salud no involucrado en la materia y a la población general. Con esta actividad se fortaleció la labor de los Consejos Estatales de Trasplantes en las entidades federativas de Morelos y Tlaxcala (Cuadro 6).

CUADRO 6. CURSO PARA PROMOTORES DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE

Fecha	Sede	Asistentes	Fecha	Sede	Asistentes
22, 23 y 24 (octubre 2014)	Morelos	48 asistentes (médicos, enfermeras y miembros de OSC)	21,22 y 23 (enero 2015)	Tlaxcala	25 asistentes (regidores de salud, de los diferentes municipios del estado)
13, 14 y 15 (mayo 2015)	Hidalgo	96 asistentes (médicos, enfermeras y miembros de OSC)	20, 21 y 22 (mayo 2015)	Puebla	120 asistentes (médicos, enfermeras y miembros de OSC)
24, 25 y 26 (junio 2015)	Distrito Federal	44 asistentes (promotores ASUME Telmex)			

FUENTE: CENATRA.

En octubre de 2014 se realizó el curso denominado Análisis del Procedimiento Técnico Médico y los Fundamentos Legales Para los Casos de Donación de Órganos y Tejidos para Trasplante y la participación del Ministerio Público, dirigido a 65 Agentes del Ministerio Público, con el objeto de que conocieran los procedimientos técnicos, médicos y los fundamentos legales que respaldan la actividad de donación de órganos y tejidos para trasplante; así como para apoyar la tarea que desempeñan en casos médico legales, en los que la familia ha manifestado el consentimiento para la donación.

En el último trimestre de 2014, se realizaron tres sesiones de enseñanza para 50 coordinadores hospitalarios de donación, a través del programa de actualización continua. En estas reuniones se vincularon, a través de videoconferencia, ocho entidades federativas: Distrito Federal, Nuevo León, Jalisco, Michoacán, Guanajuato, Tamaulipas, Puebla y Morelos. En el mismo periodo, se publicó el número 34 de la revista *Detrasplantes*, en la que se dio a conocer la visión, la misión y objetivos renovados del CENATRA, derivados del cambio de Titular de este Órgano Desconcentrado.

En diciembre de 2014, con el objeto de favorecer la difusión del tema de la donación, se celebró un acuerdo de colaboración con la empresa Grupo Nacional Provincial (GNP), para orientar la campaña denominada Amigo Secreto GNP, la cual planteó la donación de órganos como un regalo de vida. Esta campaña se transmitió de manera exitosa en diversos medios de comunicación durante los meses de diciembre de 2014 y enero de 2015.

En cumplimiento al Programa de Trabajo 2014, se atendieron los compromisos del Programa para un Gobierno Cercano y Moderno (PGCM) y se logró una calificación final emitida por la Secretaría de la Función Pública (SFP) del 100%, por la actualización, operatividad, pertinencia, comprensión y calidad de la información socialmente útil publicada en el sitio web de este Centro Nacional.

En el periodo del 1° de septiembre de 2014 al 31 de marzo de 2015, en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos, el CENATRA reportó 1,279 trasplantes renales de donador vivo y 585 de donador fallecido, lo que arrojó un total de 1,864 trasplantes. Con esta tendencia se estima que para agosto de 2015 se habrán realizado un total de 2,515 trasplantes, es decir 1,744 de donador vivo y 771 de donador fallecido.

Entre los múltiples tipos de procedimientos que se reportaron, 1,852 fueron de córneas nacionales y 626 de córneas importadas, sumando un total de 2,478 trasplantes.

Se estima que en el periodo de enero a agosto de 2015, se habrán realizado 3,294 trasplantes de este tipo: 2,455 y 839, respectivamente.

En lo que corresponde a la donación de órganos y tejidos, de septiembre de 2014 a mayo de 2015, se reportaron 1,310, de los cuales 360 correspondieron a donaciones concretadas con diagnóstico de muerte encefálica y 950 concretadas con diagnóstico de paro cardíaco irreversible. Se estima que en el periodo de

enero a agosto de 2015 se alcance un total de 1,730 donantes, 474 por muerte encefálica y 1,256 por paro cardíaco irreversible.

Ante la necesidad de reglamentar los múltiples aspectos relativos a la donación y trasplante de órganos, tejidos y células con fines de trasplante, se difundió la normativa correspondiente a la materia de trasplantes, con énfasis en el Reglamento de la LGS en Materia de Trasplantes, publicado el 26 de marzo de 2014 en el DOF.

Los programas de trasplantes de dos hospitales federales de referencia realizaron un total de 98, entre ellos el Hospital General de México realizó: 50 trasplantes renales, 3 hepáticos y 38 de córneas, además de que cuenta con un curso de alta especialidad en formación de cirujanos en esta materia. Y el Hospital Juárez de México realizó 4 trasplantes renales.

Se estima que los programas de trasplantes de los seis hospitales federales de referencia llegarán a realizar 164 procedimientos, entre ellos destaca el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB) que, adicional a los trasplantes renales, realiza trasplantes de hueso, médula ósea e hígado, y cuenta con un curso de alta especialidad en formación de cirujanos en esta materia, lo que lo coloca a la vanguardia en la región.

Estrategia 2.2.

Mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud

La SS ha establecido un modelo de atención al paciente con calidad y seguridad, que se ha homologado a estándares internacionales, y enriquecido con la experiencia nacional y la normatividad vigente para **impulsar acciones de coordinación encaminadas a mejorar la calidad y seguridad del paciente en las instituciones de salud.**

La difusión del modelo, se lleva a cabo a través de diversos cursos y talleres. Cuando los establecimientos consideran cumplido su propósito, solicitan su inscripción al proceso de certificación, para que, posteriormente, se realice una auditoría. Esta es una herramienta de mejora que busca una atención segura y de calidad al paciente, mediante una revisión sistemática de la atención, basada en estándares o criterios específicos para implementar cambios o estimular la superación continua.

Con el objeto de garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, el CSG, a través del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNACEAM), realizó las siguientes actividades en las 32 entidades federativas (Cuadro 7):

- Emitió dictamen de certificación a 48 establecimientos de atención médica;
- Otorgó un plazo perentorio de seis meses a 21 establecimientos pendientes de cumplir estándares y observaciones de auditoría, y
- Quedaron inconclusos de certificación 13 establecimientos.

CUADRO 7. CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Dictamen Establecimiento	Certificado	Plazo Perentorio	No certificado	Total[1/]
SSA	1	2		3
IMSS	11		3	14
ISSSTE	1	1		2
PEMEX	3	2		5
SEDENA	1			1
DIF		1		1
Privados	31	15	10	56
Total	48	21	13	82

FUENTE: Actas de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

1/ Datos actualizados al 8 de abril de 2015. Del 9 de abril al 31 de agosto, se tienen programadas 55 auditorías que serán presentadas a dictamen en julio y septiembre de 2015, lo cual implica un 4.8% más respecto a 2014.

También se realizaron 35 actividades de difusión del Modelo del CSG para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad, que consistieron en ponencias, cursos de implementación, y sesiones para la resolución de dudas, entre otras (Cuadro 8).

CUADRO 8. ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN DEL CSG

Actividad de difusión	Número de actividades[1/]
Ponencias	10
Cursos de Implementación del Modelo del CSG	11
Sesiones de resoluciones de dudas	5
Videoconferencias	4
Actualizaciones de estándares	5
Total	35

FUENTE: CSG.

El listado anterior demuestra un incremento del 25% en las actividades realizadas respecto a 2014, y con esto un mayor alcance en el conocimiento del Modelo del CSG para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad, cuya finalidad es que sea adoptado por los diferentes establecimientos de atención médica del SNS.

El proceso de evaluación del desempeño institucional de los HRAE se ejerce en los órganos de gobierno y comités; se promueve la cultura de la calidad y seguridad de los pacientes por medio de un programa de revisión por pares de los avances en los procesos de mejora continua de la atención.

El total de consultas otorgadas en los HRAE, en el periodo del 1º de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015, se ha estimado en un total de 390,751 que representa un incremento de un 9.2% respecto al periodo anterior. Los egresos hospitalarios calculados fueron 26,220 con un total de 19,550 cirugías.

El número total de consultas otorgadas en los SAP fue de 390,791, lo que representa un incremento de un 9.2% respecto al periodo anterior.

El Hospital de la Mujer en la ciudad de México, logró la Acreditación para la Atención en Emergencia Obstétrica. Cabe resaltar que durante el periodo del 1° de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015, no se registró ningún caso de muerte materna.

En seguimiento del proceso de institucionalización de la calidad de los servicios de los establecimientos de atención médica, a la fecha se cuenta con 2,818 Gestores de Calidad: 1,766 en primer nivel de atención; 777 en segundo y tercer nivel y 275 Gestores Jurisdiccionales.

Con el objeto de **impulsar el cumplimiento de estándares de calidad técnica y seguridad del paciente en las instituciones de salud** la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) ha realizado las siguientes acciones:

- Se implementó el Modelo de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente en 380 hospitales (de 423 de mediana y alta complejidad) del Sector Salud, para promover la aplicación de intervenciones seguras y altamente costo efectivas. Para el aprendizaje de

prácticas seguras, se otorgaron asesorías técnicas y en un diplomado virtual se capacitó a 150 gestores de calidad en ocho entidades federativas;

- Continuaron 693 unidades asociadas al Programa Calidad de los Servicios de Odontología;

- Con la finalidad de estandarizar el cuidado de pacientes con heridas (pie diabético, quemaduras y úlceras venosas o por presión), iniciaron operación 90 Clínicas de Heridas. Además, se capacitó en la materia a más de 850 profesionales de la salud, y

- Se capacitó a más de 900 profesionales de enfermería del SNS en terapia de infusión y se inauguraron 15 clínicas de catéteres, dando un acumulado de 266. Asimismo, se continuó con los trabajos en coordinación con la COFEPRIS para mejorar la seguridad en el proceso de medicación por personal de enfermería.

Por otra parte, derivado de las convocatorias de financiamiento del Programa Calidad en la Atención Médica 2015, se otorgó financiamiento a cuatro Proyectos de Gestión, enfocados a Redes de Servicios de Salud por 8,982,802 pesos; a dos proyectos de capacitación por 637,250 pesos, y a cinco proyectos de investigación operativa por 938,128 pesos.

Al primer cuatrimestre de 2015, como un mecanismo de evaluación en la implantación de estrategias de mejora, 10,701 unidades médicas del Sector Salud reportaron resultados en el INDICAS. En esta materia el Comité Nacional por la Calidad en Salud aprobó cuatro indicadores sectoriales para el Control Integral de las Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud.

En noviembre de 2014 inició la integración de la cédula de recolección de datos del Programa para el Control Integral de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, la cual se planea sea aplicada en 423 hospitales de 60 camas o más de la SS, con la finalidad de establecer una metodología que permita la detección de riesgos priorizados e individuales en esta materia.

En la promoción 2014 del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud, se otorgaron 11,296 estímulos: 2,275 a médicos; 6,941 a enfermeras; 306 a odontólogos; a 675 químicos; 428 a trabajadores sociales y 671 correspondientes a otras disciplinas. En la promoción 2015 se encuentran en evaluación 14,385 profesionales de la salud.

De septiembre de 2014 a agosto de 2015 se realizaron 17 visitas de supervisión a las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) y se han emitido once dictámenes anuales aprobatorios para continuar su funcionamiento.

A través del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, de septiembre 2014 a marzo 2015, se publicaron cinco proyectos de Normas Oficiales Mexicanas (NOM), de las cuales tres se publicaron como definitivas: NOM-014-SSA3-2013, Para la asistencia social alimentaria a grupos de riesgo; NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria y NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en fase terminal a través de cuidados paliativos. Los dos proyectos restantes se encuentran en proceso de formalización para su publicación definitiva, los cuales son: PROY-NOM -033-SSA3-2013, Educación en salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina y PROY-NOM-037-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica. Se publicó en el DOF, el acuerdo por el que se emiten los lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas.

Con relación al Programa Hospital Seguro ante Desastres, de septiembre de 2014 a junio de 2015, se capacitó a 95 trabajadores como evaluadores hospitalarios.

Por otro lado, se han evaluado un total de 652 Unidades Hospitalarias del Sistema Nacional de Salud, quienes han obtenido su clasificación por capacidad de respuesta e índice de seguridad, de acuerdo con los criterios establecidos en el Programa por la OPS.

Con el fin de **consolidar el proceso de acreditación de establecimientos de salud para asegurar calidad, seguridad y capacidad resolutiva** y continuar con la regulación efectiva los establecimientos para la atención médica, la DGCES ha llevado a cabo el proceso de Acreditación de Establecimientos y Servicios de Salud de septiembre de 2004 a agosto de 2015, por medio del cual se han acreditado 11,832 establecimientos para brindar servicios del CAUSES, comprendidas 301 Unidades Médicas Móviles (UMM) (antes Programa Caravanas de la Salud), y 980 establecimientos para

intervenciones del FPGC. Entre enero y agosto de 2015 se han acreditado 249 establecimientos de primero y segundo nivel para ser incluidos en las intervenciones del CAUSES y en 51 servicios del FPGC.

Con el fin de poder brindar mejor atención a los beneficiarios del Seguro Popular en las unidades de tercer nivel, en los HRAE se han acreditado los servicios para atender padecimientos del FPGC, específicamente: atención de cáncer en la infancia, enfermedades lisosomales, infarto de miocardio, cáncer de mama, entre otros. Lo que hace más accesible a los pacientes la resolución de estos padecimientos, al asegurar a los pacientes que pueden contar con las condiciones necesarias para estos servicios.

Los servicios de atención médica de los HRAE, han sido acreditados para ofrecer a la población calidad y seguridad en padecimientos del FPGC, logrando obtener 17 acreditaciones en el HRAEB; 6 en el CRAE; 9 en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán (HRAEPY); 11 en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria, Tamaulipas; 4 en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca y 5 en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, dando un total de 52 acreditaciones. Se espera concluir con 67 servicios acreditados en los seis hospitales, los que incluirán ya la atención de CAUSES.

Del mismo modo, la acreditación de servicios se ha trabajado entre las áreas normativas y de coordinación con las áreas directivas y operativas de los HRAE, con un avance de cerca de 50 servicios acreditados en los seis hospitales.

Con el fin de **actualizar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud,** se realizaron las siguientes acciones:

- Revisión y seguimiento de 29 Carpetas de Juntas de Gobierno de los INSalud;
- Elaboración de 28 nombramientos de miembros de Juntas de Gobierno de los INSalud y los Hospitales Federales de Referencia (HFR);
- Impartición, en enero de 2015, del taller de costos de la calidad;
- Para dar continuidad a los programas de mejora de la gestión de los INSalud, en abril de 2015 se inició el Programa de Auditoría Clínica para la mejora de la calidad de la atención médica como un programa de carácter permanente, y
- Se elaboró y dio seguimiento a 93 opiniones técnicas a Iniciativas de Reformas y Puntos de Acuerdo.

En lo que se refiere a los mecanismos que permitan homologar la calidad interpersonal de los servicios de salud, para agosto de 2015, se estima un total de 14,277 Avales Ciudadanos instalados en 13,404 unidades del Sector Salud.

En este mismo periodo:

- Se han entregado 96,728 Cartas Compromiso para la mejora de la Calidad y el Trato Digno a los usuarios, con lo que se cumplen los compromisos establecidos en un 61.78%;
- Se ha realizado contraloría social en el 93% de las unidades ganadoras de Acuerdos de Gestión, y
- Así también, el Modelo de Gestión para la Atención de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones (MANDE) está implantado en 10,613 establecimientos médicos. Al primer cuatrimestre de 2015, se registraron 12,568 quejas de las cuales se resolvieron 8,790; se recibieron 10,178 felicitaciones y 4,212 sugerencias por parte de los usuarios.

Para **fomentar el uso de las NOM, GPCs, manuales y lineamientos para estandarizar la atención en salud,** la CCINSHAE colabora en el fortalecimiento de la rectoría de la autoridad sanitaria a través de las siguientes acciones:

- Planeación, ejecución y participación en 26 sesiones ordinarias y tres sesiones extraordinarias de la Junta de Gobierno de los INSalud, para ratificar la alineación a las metas y objetivos sectoriales de sus Programas Anuales de Trabajo;
- Elaboración de 26 Listados de Acuerdos de las Sesiones Ordinarias y Extraordinarias de los INSalud y la revisión de 26 actas de Juntas de Gobierno de estas unidades médicas, a fin de dar formalidad, validez jurídica y seguimiento a los acuerdos adoptados por los órganos Colegiados;
- Se impartió un taller y se llevaron a cabo las pruebas piloto del Programa de Auditoría Clínica en las unidades coordinadas, a fin de establecer el programa de auditoría para 2016;

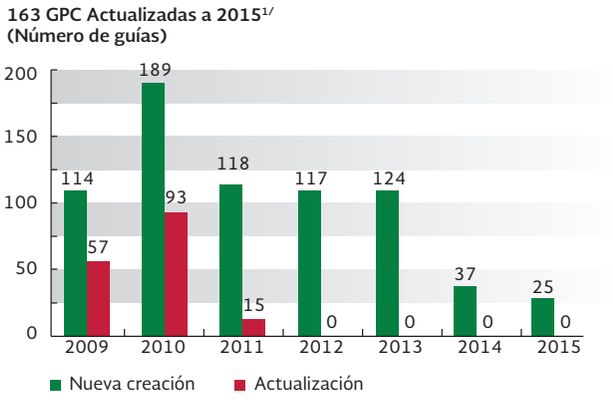
- Para continuar con el fortalecimiento de la rectoría de la autoridad sanitaria, se efectuaron reuniones de grupos de alta dirección, para fomentar la cultura de colaboración entre los HRAE, para vigilar su desempeño institucional, el apego normativo y el correcto ejercicio de los recursos, y

- También se ha vigilado el cumplimiento normativo; la satisfacción del personal en materia de formación; el apoyo en gestiones administrativas, y en particular aspectos presupuestarios, laborales y de organización; así como el seguimiento del proceso de mejora de la calidad de la atención, acreditación de servicios y certificación.

En el periodo del 1° de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015, el CENETEC-Salud lideró el Secretariado Técnico del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica (CNGPC). En este periodo se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- Autorización de 53 GPCs que suman un total de 724 publicadas en el CMGPC. Se actualizaron 22 GPCs, que sumadas a las 141 anteriores dan un total de 163 GPCs (Gráfica 1), y

GRÁFICA 1. GPCs ACTUALIZADAS A 2015.



[1/] Para el último año las cifras están al mes de julio
FUENTE: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

- Respecto a la conformación del Catálogo Maestro, han participado 111 profesionales de la salud capacitados en medicina basada en evidencia; igualmente el CMGPC ha recibido 768,398 consultas nacionales e internacionales durante el mismo periodo.

De las GPCs publicadas en el CMGPC destacan las de Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por virus del Ébola en niños y adultos; Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de Chikungunya; Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Influenza estacional, y Manejo y Tratamiento del dengue no grave y el dengue grave, que contribuyen a las acciones de respuesta ante escenarios epidemiológicos a nivel nacional e internacional.

La DGCES trabajó de manera interinstitucional en la elaboración del Manual de Preparación y Atención de Casos de Enfermedad por el Virus del Ébola, con el objetivo de establecer las directrices y dar a conocer al personal de salud las definiciones operacionales y las acciones iniciales que se deberán realizar ante un caso sospechoso de EVE, basados en las recomendaciones internacionales y los lineamientos nacionales.

Con el objeto de fomentar el uso de las GPC y de disminuir la variabilidad en los procedimientos para estandarizar la atención en salud, de acuerdo al informe de avance del sector para el CNGPC, al mes de junio de 2015 se han realizado acciones de difusión en 13,061 unidades en el Sector Salud. Asimismo, se han realizado acciones de capacitación en 9,387, y de ellas 8,187 unidades han integrado carpetas con las GPC de los 10 principales motivos de demanda de atención.

Asimismo, y con el propósito de evaluar la difusión, conocimiento, aplicación y cumplimiento de las NOM en materia de prestación de servicios de atención médica, a la fecha se han evaluado las Normas Oficiales Mexicanas: NOM-002-SSA3-2007, Para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria de los servicios de radioterapia; la NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis; la NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios, y la NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad; asimismo, continúan en evaluación la NOM 006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología; la NOM 007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos; la NOM-015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con discapacidad; la NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada; la NOM-017-SSA3-2012, Regulación de servicios de salud. Para la práctica de la acupuntura humana y métodos relacionados; la NOM 026-SSA3-2012, Para la práctica

de la cirugía mayor ambulatoria, y la NOM-029-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la cirugía oftalmológica con láser excimer.

Los servicios que ha brindado durante 19 años la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), para **fortalecer la conciliación y el arbitraje médico para la resolución de las controversias entre usuarios y prestadores de servicios,** han propiciado el acercamiento y solución de conflictos, a través de un espacio que facilita el entendimiento entre los pacientes, los profesionales y las instituciones de salud, y donde pueden dirimir sus diferencias conducidos por profesionales médicos y jurídicos, quienes ofrecen a los usuarios trámites gratuitos, ágiles, y confidenciales.

En el periodo del 1° de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015, se atendió un total de 16,325 asuntos, relacionados con inconformidades derivadas de la prestación de servicios de salud; de los cuales 8,847 fueron orientaciones; 3,913 asesorías especializadas; 1,463 gestiones inmediatas en instituciones de salud; mediante mecanismos alternativos para solución de controversias: 1,850 quejas por conciliación o arbitraje, así como 252 asuntos mediante dictamen médico institucional relacionados con solicitudes de instituciones de procuración e impartición de justicia y órganos internos de control (Cuadro 9).

Por otro lado, la CONAMED contribuye a mejorar la calidad de los servicios de salud, mediante la generación de conocimientos técnicos y científicos al ser también un centro especializado en investigación y estudio del origen y prevención del conflicto médico.

En este sentido, durante el periodo de septiembre de 2014 a agosto de 2015 se realizaron varios proyectos de investigación, de los cuales, cuatro fueron con instituciones académicas: tres con la Facultad de Medicina de la UNAM y uno con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP); adicionalmente se realizó un proyecto con la OMS.

Las líneas de investigación en desarrollo son:

- El desgaste profesional de los profesionales de la salud como un determinante de la calidad de la atención médica;
- Estudio sobre consumo de sustancias adictivas en profesionales de la salud;
- Representaciones sociales de la buena atención médica (en colaboración con la UNAM);
- Análisis de la queja médica en pasantes de medicina (en colaboración con la UNAM);
- Estudio antropológico de la queja por morbilidad obstétrica extrema (en colaboración con la UNAM);
- Diseño, implementación y evaluación de un modelo de intervención para la erradicación del maltrato en las salas de parto (en colaboración con el INSP), y
- Lista de verificación para el parto seguro (en colaboración con la OMS).

Las líneas de investigación concluidas son:

- Densidad de recursos para la atención de la salud de la población no derechohabiente en México, en 2013;
- Asociación entre densidad de recursos para la salud y frecuencia de inconformidades médicas, en población no derechohabiente en México, 2013;
- Mala práctica de enfermería en expedientes de queja médica (análisis de 100 casos), y
- Nivel de cumplimiento de los indicadores contenidos en el modelo de evaluación del expediente clínico integrado y de calidad en instituciones hospitalarias.

Adicionalmente, se diseñó y se puso en marcha el proyecto Automatización de registros de información estadística sobre laudos concluidos, cuyo objetivo es lograr la sistematización y explotación de toda aquella información estadística factible de obtenerse de los expedientes abiertos por un proceso de arbitraje en la CONAMED; para cumplir con la normatividad, nacional e internacional en materia de información estadística en salud, mediante el uso de la CLUES, la codificación a cuarto dígito de las clasificaciones internacionales de enfermedades (CIE-10) y de procedimientos en medicina (CIE-9/MC), la aplicación de la Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente bajo un doble enfoque: el paciente y lo dictaminado por el laudo. Se desarrolló una base de datos con la información estadística obtenida de los expedientes correspondientes a los laudos concluidos en 2014, así como una publicación tipo anuario estadístico elaborado con dichos datos, la cual se incluyó en el sitio de internet de la CONAMED.

CUADRO 9. ASUNTOS ATENDIDOS POR LA CONAMED 2007-2015

Concepto	Datos anuales								Septiembre- agosto		
	Observado								2013-2014	2014-2015 1/	Variación %2/
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014			
Por orientación	10,664	7,390	5,435	4,421	6,225	6,156	9,391	9,609	9,446	8,847	-6.34%
Por asesoría especializada	4,187	4,596	4,352	4,555	5,299	3,484	4,646	4,013	4,441	3,913	-11.89%
Por gestiones inmediatas en instituciones de salud	494	553	588	654	915	1,046	1,179	1,370	1,364	1,463	7.26%
Por emisión de dictámenes médicos institucionales	286	305	387	358	309	300	249	245	243	252	3.70%
Se atendieron como queja:	1,667	1,734	1,748	1,671	1,794	1,699	1,775	1,654	1,631	1,850	13.43%
Conciliación	840	846	863	852	975	845	918	758	773	756	-2.20%
Laudo	86	75	72	42	71	91	92	55	72	49	31.94%
Otras modalidades	741	813	813	777	748	763	765	841	786	1,045	32.95%
Total de asuntos atendidos	17,298	14,578	12,510	11,659	14,542	12,685	17,240	16,891	17,125	16,325	-4.67%

1/ Datos proyectados para el periodo septiembre 2014 - agosto 2015.
2/ Comparación del periodo 2015-2014 Vs 2014-2013.
FUENTE: CONAMED.

Además, se difundió material impreso destinado a establecimientos de atención médica y población usuaria de servicios de salud: 41,407 para recomendaciones, 63,449 carteles sobre derechos generales de los pacientes y trabajadores de la salud, y 12,057 dípticos CONAMED.

Se realizó, por otro lado, un convenio con la Dirección General de Televisión Educativa de la SEP, para difundir las actividades y atribuciones de la CONAMED y los derechos de los pacientes; adicionalmente se logró un convenio con la Universidad Panamericana para impartir la materia Aspectos Normativos de la Práctica Médica, como optativa dentro de los planes de estudio de la carrera de medicina en dicha universidad.

También, con el propósito de integrar un Sistema Único de Registro de Incidentes en Salud, se realizaron 12 reuniones de trabajo entre la CONAMED y el IMSS, en las que se obtuvo como resultado la integración de los sistemas de información de ambas instituciones en una plataforma única.

Adicionalmente, se participó en ocho ferias de la salud organizadas por el Gobierno del Distrito Federal, con la finalidad de acercar información sobre el quehacer de la CONAMED y los derechos de los pacientes.

Se realizó el simposio: La calidad en la atención a la salud y la seguridad de los pacientes, condición necesaria para el acceso efectivo universal a los servicios de salud; el cual contó con la participación de 852 asistentes de 20 estados de la República: Coahuila, Colima, Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz y el Distrito Federal. Esto incluyó la transcripción, diseño y formación electrónica de las memorias del Simposio CONAMED 2014.

Se publicaron cuatro números de la *Revista CONAMED* y un suplemento, con un tiraje de 2,000 ejemplares. Es importante destacar que se logró el registro de la *Revista CONAMED electrónica* en los índices hemerobibliográficos nacionales e iberoamericanos, y se desarrolló el portal electrónico en una plataforma *Open Journal System* (OJS), conforme a estándares internacionales. Se alcanzaron aproximadamente 40 mil descargas de artículos individuales y de números completos de la Revista.

Se elaboraron tres infografías de recomendaciones sobre salud visual y atención de enfermos con cáncer para pacientes y profesionales de la salud, así como el compilado de control prenatal llamado La Caja de la Salud, y se actualizó el contenido de Recomendaciones de Pediatría y Odontología.

Para **consolidar los mecanismos de retroalimentación en el SNS para el mejoramiento de la calidad,** en los programas orientados a elevar la satisfacción de los usuarios, los HFR, implementaron el Modelo de Gestión para la Atención de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones. Se desarrollaron además programas para mejorar la calidad, mediante la estrategia Grupos Multidisciplinarios de Evaluación.

Los HRAE, por su parte, mantienen los procesos de evaluación de la satisfacción de los usuarios y de aval ciudadano con resultados mayores a los estándares establecidos para trato digno, en sus diferentes modalidades de consulta externa, hospitalización y urgencias.

En los SAP, el porcentaje de usuarios satisfechos con el trato recibido fue dos puntos porcentuales menor al registrado en el periodo anterior; sin embargo, está muy cercano al estándar del 95%. Cabe mencionar que la calidad en la atención es una prioridad, por lo que se realizan acciones y proyectos de mejora de la calidad en la prestación de servicios en las seis unidades psiquiátricas.

Estrategia 2.3.

Crear redes integradas de servicios de salud interinstitucionales

Con miras a lograr **la implementación de redes de servicios que favorezcan el acceso efectivo con las diferentes instituciones públicas,** se busca el fortalecimiento de los mecanismos de Referencia Concertada, para mejorar la oportunidad y eficacia de la atención médica de los HFR.

La reingeniería de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), contiene una propuesta fresca de reorganización de los servicios de salud, mediante el fortalecimiento de las redes de salud. Esto al amparo de la propuesta de Modelo de Atención Integral que conjunta los esfuerzos de todos los actores vinculados a los procesos de prevención, diagnóstico, atención y seguimiento de la salud en todo el país. Esto hace de las RISS, una plataforma transversal para impulsar políticas públicas actuales enfocadas hacia el intercambio de servicios interinstitucionales; bajo la premisa de establecer al primer nivel de atención como factor fundamental para atender una población definida.

De esta manera, con la propuesta de las RISS se logró capitalizar las innovaciones en materia de infraestructura física en salud y se trazó una ruta de atención disponible para la población de cada municipio del país, desde la visita de unidades móviles en las localidades dispersas, hasta la atención de tercer nivel en unidades de alta especialidad.

Con respecto a **reforzar las redes de servicios y procesos para la detección oportuna, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos** y la Estrategia de Abasto de Opioides, para personas que se encuentran en fase terminal, se dio continuidad al programa, mediante un grupo interdisciplinario encargado del seguimiento del acuerdo del Consejo de Salubridad, a través de tres acciones específicas:

- Establecer grupos de acción rápida para acceso a morfina;
- Capacitación para la prescripción y dispensación de medicamentos controlados, y
- Realización de plataformas electrónicas para los recetarios y libros.

Para **consolidar las herramientas para la operación de redes integradas de servicios interinstitucionales**, a través de la difusión de la metodología para la reingeniería de Redes de Servicios entre las 32 entidades federativas, y en el marco de la Reunión Nacional de Planeación en Salud celebrada los días 12 y 13 de noviembre de 2014, se trabaja en la consolidación de una base sólida de estructura de servicios de salud, que sirva de plataforma para la integración interinstitucional.

La SS, para promover la inclusión de políticas interculturales en la operación de los programas estatales de salud y **fomentar una perspectiva intercultural, intersectorialidad y de género en el diseño y operación de programas y acciones de salud,** en el periodo de septiembre de 2014 a agosto de 2015, realizó e impulsó las siguientes acciones:

- Impartición de cursos de capacitación presenciales sobre interculturalidad en salud, en coordinación con la Dirección General de Tecnología de la Información (DGTI), a 166 directivos estatales y de programas

federales, con el apoyo de la Comisión Nacional de Bioética, el Programa Nacional de Derechos Humanos de la Secretaría de Gobernación (SEGOB), el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas, la Coordinación General de Educación Intercultural y Bilingüe de la SEP, la Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación y las áreas de Promoción de la Salud y de Equidad de Género;

- Definición de once programas Estatales de Salud Intercultural para 2015;
- Designación o ratificación de 18 funcionarios como enlaces estatales de interculturalidad;
- Capacitación a través de cursos en línea de interculturalidad en salud para 1,069 participantes de Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Durango, Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Puebla Querétaro, Sinaloa, Yucatán y Zacatecas, y
- Publicación de la 3ª edición del libro Interculturalidad en Salud, obra orientadora de la política intercultural que se implementa en los SESA.

En colaboración con la CNPSS, la Unidad de Análisis Económico (UAE) desarrolló una propuesta de metodología para la estimación de la cobertura del Programa Unidades Médicas Móviles 2015, con el propósito de **ampliar la red de atención a través de unidades móviles en regiones de alta marginación y dispersión poblacional.**

Con el fin de **fortalecer la red de atención de telemedicina en regiones de alta marginación y dispersión poblacional**, se instalaron 65 antenas satelitales en las unidades médicas móviles tipo 3. Dichas antenas se conectarán a nivel nacional con una unidad hospitalaria fija por entidad federativa, con la finalidad de ofrecer los servicios de teleconsulta a la población objetivo del Programa Unidades Médicas Móviles.

Con el objetivo de **consolidar las acciones en materia de calidad, autosuficiencia, cobertura y acceso efectivo de sangre, componentes sanguíneos y células troncales**; y de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos; las unidades de sangre a transfundir, deben ser tamizadas para los cinco marcadores obligatorios (VIH, virus de la hepatitis B y C, sífilis y Chagas). El Centro Nacional de

Transfusión Sanguínea (CNTS) recopiló los informes de ingresos y egresos mensuales de los servicios de sangre de todo el país. La cifra de las unidades tamizadas a nivel nacional permitió identificar el cumplimiento de la normativa en la materia, para garantizar la seguridad de hemoderivados.

Se tamizaron 1,194,783 unidades de sangre para marcadores infecciosos obligatorios a nivel nacional, lo que corresponde al 98.9% del total de las unidades colectadas. El CNTS realiza pruebas confirmatorias a los Centros Estatales de la Transfusión Sanguínea (CETS) que lo requieran.

Con objeto de incrementar la captación de sangre a nivel nacional, se diseñó y distribuyó material para impulsar el desarrollo de campañas y colectas externas de sangre. Se envió a todos los CETS y principales Bancos de Sangre del Distrito Federal el material gráfico y didáctico para su implementación y reproducción a fin de realizar sus propias campañas.

El CNTS cuenta con un equipo irradiador autoblindado para el uso de irradiación de la sangre, con el cual se proporciona a instituciones públicas y privadas, la irradiación de componentes sanguíneos que eliminan la posibilidad de desarrollo de la Enfermedad Injerto contra Huésped Asociada a Transfusión (EICH), la cual es mortal en el 95% de los casos. La aplicación de este método se realiza como respuesta a la gran cantidad de trasplantes de médula ósea, células progenitoras y órganos sólidos, además, es el único medio reconocido a nivel mundial para evitar el desarrollo de dicha enfermedad. El total de componentes sanguíneos irradiados asciende a 3,663.

Las instituciones públicas a las que se brindó apoyo de irradiación de componentes sanguíneos, fueron: el Instituto Nacional de Cardiología (INC); HIMFG; el Instituto Nacional de Pediatría (INP); el Centro Médico Nacional La Raza, y el Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS; el Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea de Hidalgo, y el Hospital Central Sur de Alta Especialidad de PEMEX.

Por medio de la captación de unidades de células troncales y progenitoras de sangre placentaria de cordón umbilical donadas, se logró incrementar el inventario del CNTS para enriquecer la diversidad genética de las unidades en población de diferentes etnias. Las unidades colectadas para trasplante en pacientes con enfermedades onco-hematológicas, han permitido responder la demanda de instituciones nacionales e internacionales para la atención de pacientes que requieren recibir un trasplante de células progenitoras hematopoyéticas.

CUADRO 10. COMPORTAMIENTO DE LA COLECTA DE SANGRE PLACENTARIA PROCEDENTE DE CORDÓN UMBILICAL

Incremento en el número de unidades de sangre de cordón umbilical disponibles para trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas (CPH).	
Unidades de sangre de cordón umbilical validadas.	50
Solicitudes de búsqueda de unidades con fines de trasplante.	97
Unidades de sangre de cordón umbilical entregadas para trasplante.	13
Pláticas impartidas para promoción de donación de sangre placentaria.	35
Asistentes a las pláticas impartidas para promoción de donación de sangre placentaria.	110

FUENTE: Archivos del Banco de Sangre con disposición de CPH.

El CNTS implementa un Programa de Calidad que se aplica a la Red Nacional de Laboratorios de Bancos de Sangre (RNLBS). En este año se tuvieron los siguientes resultados en cuanto a participación: 73% de los bancos a nivel nacional participaron en pruebas de serología y 64% en pruebas de inmunohematología. Lo anterior redunda en una mayor calidad y seguridad de la sangre y sus componentes a nivel nacional.

CUADRO 11. PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD EXTERNA

Incremento en el número de Bancos de Sangre del país que participan en el Programa de Control de Calidad Externo	
Bancos de sangre que participaron en el Programa de Control de Calidad Externo en Serología de la RNLBS.	373
Bancos de sangre que participaron en el Programa de Control de Calidad Externo en Inmunohematología de la RNLBS.	319

FUENTE: CNTS.

El CNTS, por su parte, realizó gestiones, para impulsar diversas modificaciones a la LGS en materia de Seguridad Sanguínea, lo cual culminó con la aprobación de dicha reforma por parte del poder legislativo, misma que fue publicada en el DOF el 20 de abril del 2015. Lo anterior fortalece el marco jurídico necesario para estandarizar procedimientos en los nuevos servicios de sangre y también en aquellos que se dediquen a la disposición de

células troncales. También se elaboró el Anteproyecto de la Norma Oficial Mexicana NOM, Para la disposición de células troncales y progenitoras con fines terapéuticos y de investigación. Este documento fortalecerá el marco legal necesario para estandarizar procedimientos y el uso terapéutico de las células troncales hematopoyéticas en pacientes con diferentes padecimientos onco-hematológicos y de inmunodeficiencia. Se están realizando las últimas consultas con el grupo de expertos y se tiene considerado que en noviembre de 2015 se concluya la Declaración de Impacto Regulatorio, a fin de que se pueda presentar ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, para su aprobación y eventual publicación.

El CNTS ha fomentado con diferentes hospitales de las entidades federativas, la firma de convenios de colaboración para que se colecte sangre placentaria procedente de cordón umbilical. Esta acción es de gran relevancia ya que la demanda de trasplantes de células progenitoras hematopoyéticas es creciente y el número de pacientes con enfermedades onco-hematológicas e inmunodeficiencias, representa, en la población menor a cinco años, una de las primeras causas de mortalidad.

Entre las acciones relevantes que ha realizado el CNTS se encuentran:

- Firma del convenio con el Hospital General Dr. Raymundo Abarca Alarcón de Chilpancingo, Guerrero;

- Participación en el Foro de Cooperación Económica Asia-Pacífico (APEC por sus siglas en inglés), realizado en Manila Filipinas, con el proyecto piloto de capacitación: Ruta de la APEC para el suministro de sangre segura en 2020;

- Apoyo al Programa del CNEGSR mediante la distribución de guías de uso clínico de la sangre en ginecología y neonatología;

- Participación en el grupo Fuerza de Tarea, coordinado por el CNEGSR, y en colaboración con la COFEPRIS, en las visitas a unidades resolutivas para la atención de las emergencias ginecobstétricas, a fin de disminuir la mortalidad materna atribuida a hemorragia obstétrica;

- El CNTS mantuvo su certificación bajo la Norma Mexicana NMX-CC-9001-IMNC-2008/ ISO-9001:2008, Sistemas de gestión de la calidad;

- Firma de convenio de colaboración entre el CNTS y COFEPRIS para fortalecer la seguridad de la sangre y células troncales, y para que los establecimientos y prestadores de servicios se ajusten a las diferentes disposiciones en la materia;

- Inició el programa de médicos pasantes en medicina transfusional. La primera generación consta de ocho alumnos procedentes de la UNAM, la Universidad Autónoma Metropolitana y el Instituto Politécnico Nacional;

- El CNTS participó en el Programa Externo de Evaluación de Calidad en Serología e Inmunohematología de la OPS, con resultados sobresalientes;

- Se llevó a cabo el 4º Simposio Internacional de Banco de Sangre de Cordón Umbilical y Medicina Regenerativa, para médicos generales, especialistas en hematología, enfermeros, químicos, técnicos de laboratorio y personal de bancos de cordón umbilical y personal de banco de sangre, con un aforo aproximado de 250 asistentes;

- Se efectuó el 9º Foro Internacional de Seguridad Sanguínea: Tópicos Selectos de Medicina Transfusional, con un aforo de 400 asistentes;

- Producción científica del CNTS: se aprobaron dos proyectos de investigación por parte del Comité de Ética en Investigación, a fin de contribuir en el desarrollo científico relacionado con la seguridad sanguínea y para fortalecer la calidad en la disposición de células troncales;

- Se identificaron y caracterizaron contaminantes bacterianos aislados de unidades de sangre de cordón umbilical del CNTS mediante técnicas de rastreo molecular, lo que condujo a la elaboración del artículo *Molecular and phenotypic characterization of microbial contaminants isolated of umbilical cord blood units for transplant*, que se encuentra en revisión editorial para su publicación en una revista científica. Este trabajo fue presentado en el XIII Congreso de la Asociación Mexicana de Medicina Transfusional (AMMTAC) y 10th *International Society for Apheresis Congress* y fue premiado con el 4to lugar de entre 129 trabajos;

- Se hizo uso de operón luxDCABE en la identificación de mutantes luminiscentes para el estudio del

límite de crecimiento de bacterias contaminantes en concentrados plaquetarios. El operón luxDCABE es una herramienta molecular que permite el biomarcaje de bacterias y monitorear, en tiempo real, el comportamiento de los microorganismos en casi cualquier sistema, y

- Se publicó el artículo: Bello-López JM, Ibáñez-Cervantes G, Fernández-Sánchez V, Arroyo-Pérez JA, Rojo-Medina J. Propagation capacity of bacterial contaminants in platelet concentrates using a luciferase reporter system. Transfus Apher Sci. 2015 Jun;52(3):326-31. PMID: 25687788. Este trabajo tiene relevancia en los bancos de sangre, ya que esta técnica permite identificar las características que inhiben o favorecen la propagación de contaminantes bacterianos en los concentrados plaquetarios.

Estrategia 2.4.

Fortalecer la atención integral y la reinserción social de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento[15]

El Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (STCONSAME), perteneciente a la SPPS, es el órgano destinado a dictar el contenido de las políticas públicas y estrategias nacionales en materia de atención a los problemas de salud mental, así como de la planeación, supervisión y evaluación de los servicios de salud mental. Su misión es mejorar y ampliar los servicios de salud mental consolidando el Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental[16], que busca incrementar la calidad de los servicios; y que sean otorgados con calidez y pleno respeto a los derechos humanos. Para ello, se planteó la creación de una Red de Servicios Comunitarios la cual debe ser parte de la Red de Salud general, que contemple las áreas de promoción y prevención; atención ambulatoria; hospitalización; rehabilitación psicosocial y reinserción social.

Para **priorizar la implementación de modelos comunitarios y familiares de atención integral de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento,** el Programa de Acción Específico Salud Mental, pretende lograr la creación de estructuras comunitarias más eficientes y de calidad, de acuerdo a estándares internacionales de respeto y garantía a los derechos humanos de las usuarias y usuarios.

Para **reforzar el diagnóstico y la atención integral de los trastornos mentales y del comportamiento en todos los niveles de atención**, el 27 de febrero de 2015 la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social (UCVPS), de manera conjunta con el Capítulo Mexicano del Buró Internacional de Epilepsia, llevó a cabo el Simposio de Epilepsia, el cual se realizó en el auditorio de la SS. Esta acción tuvo la finalidad de informar acerca de la enfermedad así como promover el conocimiento del problema y mejorar la actitud de la sociedad hacia las personas que viven con este padecimiento.

Por otro lado, como parte de las acciones realizadas en la Estrategia de Capacitación: Guía de Intervención *Mental Health Gap Action Programme* (mhGAP) para los Trastornos Mentales, Neurológicos y por Uso de Sustancias en el Primer Nivel de Atención de la Salud no Especializada, y en colaboración con la OPS; se realizaron cursos en los estados de Campeche, Chiapas, Guerrero, Morelos, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán, en donde se capacitaron a 1,817 médicos de centros de salud. También en 13 entidades federativas se replicó la capacitación al personal del nivel de atención no especializado, específicamente a médicos de centros de salud, para que puedan detectar oportunamente, y en su caso, canalizar a las personas que presenten alguna de las 11 condiciones que la guía menciona. En febrero de 2015 se presentó el Programa de Acción Específico Salud Mental, planteando los lineamientos de la política pública en materia de salud mental que se llevará a cabo a nivel nacional, y se realizó una mesa de trabajo para alinear las acciones estatales a dicho programa.

Con el objeto de **fortalecer la cobertura de atención a los trastornos mentales con enfoque familiar,**

15 El tema de la atención integral y reinserción social de los pacientes con trastornos mentales, se desarrolla en las estrategias 1.4, 2.4 y 5.3 del presente informe. En la estrategia 2.4 se hace referencia a impulsar la atención integral de los enfermos con trastornos mentales para lograr su reinserción social y productiva; fortalecer la cobertura de atención a los trastornos mentales con enfoque familiar, comunitario y respeto a los derechos humanos que busca modificaciones a la LGS en materia de salud mental; incorporar gradualmente los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica con la red de servicios de salud. Para información relacionada a infraestructura, véase estrategia 5.3.

16 El Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, es un modelo de base comunitaria que derivó de la Reforma Psiquiátrica para la Reestructuración del Sistema de Servicios de Psiquiatría y Salud Mental en México, misma que firmaron 27 Entidades Federativas en 2006. A través de este modelo se ofrece una red de servicios con distintas alternativas de promoción de la salud mental; prevención; atención ambulatoria; hospitalización, y reinserción social para personas que padecen algún trastorno mental o se encuentran en riesgo de padecerlo.

comunitario y respeto a los derechos humanos, se realizó una evaluación de los hospitales psiquiátricos y se aplicó la cédula de supervisión para hospitales psiquiátricos, a doce unidades en once entidades federativas (Campeche, Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Durango, Jalisco, Oaxaca, Puebla, Tabasco, Veracruz y Yucatán). La cédula es un instrumento diseñado por el STCONSAME, para evaluar las condiciones en las cuales se encuentran las unidades hospitalarias del país. Se propusieron modificaciones a la LGS en materia de salud mental, con el objetivo de armonizarla con la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, así como para avanzar en el respeto a los derechos humanos de las usuarias y usuarios de los servicios de salud mental.

Los SAP, en el marco del Informe Especial de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) sobre los Hospitales Psiquiátricos que dependen del Gobierno Federal y Estados de la República Mexicana, participó en la realización de seis cursos (uno por cada unidad adscrita), en materia de derechos humanos y prevención de tratos crueles inhumanos y degradantes a las personas con trastornos mentales, con la participación de 496 asistentes.

Con el fin de **impulsar la atención integral de enfermos con trastornos mentales para lograr su reinserción social y productiva**, y en el marco del Proyecto Binacional de Capacitación a Personal de Atención Primaria y Promotores de Salud Mental Comunitaria de la OPS, se llevó a cabo, en octubre de 2014, en Ciudad Juárez, Chihuahua, un taller para promotores comunitarios con la participación de autoridades de México y Estados Unidos de América. Es el segundo taller desarrollado como modelo piloto en las ciudades fronterizas de El Paso, Texas, y Ciudad Juárez, Chihuahua. El objetivo primordial es integrar los servicios de salud mental a la atención primaria, así como capacitar promotores pertenecientes a comunidades de bajos recursos y zonas rurales para que puedan identificar y referir a los pacientes al personal de atención primaria, así como realizar intervenciones breves en salud mental en sus comunidades.

Con el propósito de **incorporar gradualmente los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica con la red de servicios de salud,** en noviembre de 2014, se supervisó el funcionamiento de la Red de Servicios de Salud Mental, con énfasis en el rubro de hospitalización en el estado de Yucatán, con el objetivo de dar cumplimiento a las estrategias propuestas por el Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental.

A nivel hospitalario, se han realizado esfuerzos para que la hospitalización de usuarios de salud mental se lleve a cabo en hospitales generales. A esta iniciativa se sumó el estado de Yucatán con la habilitación de camas para niños en el Hospital de la Amistad Corea-México.

En el periodo del 1° de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015, se contó con 42 Unidades de Especialidades Médicas del Centro Integral de Salud Mental (UNEME-CISAME) las cuales funcionan de manera óptima y forman parte de la red de servicios que integra el Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental y proporcionan servicios integrales orientados a la prevención y atención ambulatoria de psicopatologías diversas y, en caso de requerirse, refieren a los usuarios a unidades hospitalarias.

Para **impulsar modelos de atención no institucionales de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento**, se realizó la Reunión Nacional de Capacitación en Programas de Rehabilitación Psicosocial e Invierno Sin Frío, en septiembre de 2014. A la reunión asistieron los directores y administradores de los hospitales psiquiátricos, así como los responsables de los programas de rehabilitación psicosocial y los coordinadores estatales de salud mental de Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Colima, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

Se capacitó en los Programas de Rehabilitación Psicosocial e Invierno Sin Frío, para la asignación y comprobación del presupuesto del Ramo 12, que el STCONSAME asigna a cada entidad federativa. En marzo de 2015, se transfirieron vía Ramo 12, 19 millones 500 mil pesos a 20 entidades federativas para realizar acciones de estos dos programas en los hospitales psiquiátricos y villas de transición hospitalaria.

Estrategia 2.5.

Mejorar el proceso para la detección y atención de neoplasias malignas, principalmente cáncer cérvico-uterino, de mama y próstata

Cabe recordar que el cáncer en su conjunto es la tercera causa de muerte en México; en las mujeres, el cáncer de mama y el cáncer cérvico-uterino se ubican entre los más importantes por su frecuencia e impacto social.

De acuerdo con datos estimados de defunciones de la SS, en 2014 se estima que ocurrirán 5,598 defunciones por cáncer de mama y 3,698 defunciones por cáncer cérvico-uterino. Estas cifras se traducen en una tasa de mortalidad de cáncer de mama de 16.48 defunciones por cada 100 mil mujeres de 25 años de edad y más; y de 10.89 defunciones por cada 100 mil mujeres de 25 años de edad y más para cáncer cérvico uterino. Se espera observar una reducción de 42.5% respecto de la tasa registrada en el año 2000 en este padecimiento, mientras que en cáncer de mama se espera observar un incremento de 16.9%, al pasar, en el mismo periodo, de 14.1 a 16.48 defunciones por cada 100 mil mujeres de 25 años y más.

La SS por su parte, para **establecer acciones de comunicación de riesgos de neoplasias malignas,** difundió las inserciones y las campañas denominadas:

- Prevención del Cáncer en la Mujer, versión: Única, CENSIA.
- Conmemoración del Día Mundial Contra el Cáncer de Mama, CENSIA.
- Día Internacional del Cáncer Infantil.
- Cáncer Infantil, Prevención y Diagnóstico, versión: Cáncer Infantil, Prevención y Diagnóstico 2014, CENSIA.
- Cáncer Infantil y en Adolescentes, versión: Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, CENSIA.

El INCAN desarrolló el Programa Integral para la Prevención y Control del Cáncer. Dentro de este ámbito se dio inicio a la elaboración del convenio con la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC) para el acompañamiento en el desarrollo de registro de cáncer poblacional con estándares de calidad Internacional.

Como parte de la primera fase del Programa, se han establecido acuerdos de colaboración entre el INCAN y el *MD Anderson Cancer Center,* para fortalecer las acciones para el control del tabaquismo.

En cuanto a **focalizar acciones de prevención y detección de cánceres, particularmente cérvico-uterino y de mama** y prevención secundaria del cáncer en la mujer, en la SS, se realizaron del 1° de septiembre de 2014 al 31 de julio de 2015: 777,994 mastografías a mujeres del grupo de 40 a 69 años de edad, que corresponde al 91% de la meta programada. Se realizó la detección de cáncer de cuello uterino a 2,380,657 mujeres de 25 a 64 años de edad (1,550,387 citologías y 830,270 detecciones biomoleculares de Virus de Papiloma Humano [VPH]), equivalente al 56% de la población blanco programada. En noviembre de 2014, se inauguró una Unidad de Especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico de Cáncer de Mama (UNEME-DEDICAM) localizada dentro del complejo "Ciudad de la Mujer" en el Estado de México, que se suma a las 12 unidades del periodo anterior; por lo que ya se cuenta con 13 unidades de este tipo que brindan servicios actualmente en el país. Asimismo, se finalizó la construcción de dos unidades más en los estados de Zacatecas y Sinaloa, las cuales serán inauguradas en los meses de agosto y octubre de 2015 respectivamente. Además, iniciaron operación dos nuevos laboratorios de biología molecular para procesamiento de la prueba de VPH en Aguascalientes y Quintana Roo, que consolidan una red nacional de 23 laboratorios.

Durante la Tercera Semana Nacional de Salud, en octubre de 2014, se aplicó la primera dosis de vacuna contra el VPH y durante la Segunda Semana Nacional de Salud, en mayo de 2015, se administró la segunda dosis de la vacuna, con un total de 2,171,497 dosis aplicadas, lo que representa un logro de 90% de la meta programada (95%).

Se realizaron dos eventos conmemorativos de cáncer de mama: el primero se realizó el 18 de octubre de 2014, en coordinación con el Voluntariado Nacional de Salud, la Fundación Susan G. Komen, Fundación CIMAB y la empresa de lucha libre WWE. Se convivió con alrededor de 50 pacientes del Hospital de la Mujer, en la ciudad de México, a quienes se les dio un mensaje de apoyo y solidaridad. El segundo se realizó el 19 de octubre de 2014, en coordinación con la UNAM, el CNEGSR, Grupo Fármacos Especializados y Red Contra el Cáncer. Se instalaron módulos en el estadio de fútbol de Ciudad Universitaria, en el Distrito Federal, donde se brindó información sobre autoexploración y detección oportuna de cáncer de mama, además, se instalaron unidades móviles con mastógrafos y en la pantalla del estadio hubo difusión de videos. En este evento se brindó información a más de 500 personas.

Con el propósito de **fortalecer la detección temprana y referencia oportuna para el tratamiento adecuado de pacientes oncológicos en menores de 18 años**, del 1° de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015, por parte del Programa de Acción Específico Cáncer

en la Infancia y la Adolescencia, se realizaron 2,339 supervisiones a Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención, lo que representa un incremento de 875 supervisiones en comparación con el periodo anterior. Se llevaron a cabo 75 supervisiones a Unidades Médicas acreditadas en la atención de pacientes oncológicos pediátricos, lo que representa un incremento de 25 supervisiones en relación al periodo anterior. Para la detección oportuna de retinoblastoma y tumores del sistema nervioso central, se realizaron 1,793,862 exploraciones de fondo de ojo en menores de 5 años; se otorgaron pláticas sobre Detección de signos y síntomas de sospecha de cáncer a 2,512,765 padres o tutores de menores de 18 años de edad y a 3,371 médicos pasantes de servicio social; y sobre Diagnóstico oportuno de cáncer a 6,116 médicos en contacto con pacientes.

Del 10 al 16 de agosto de 2015, se realizó la Semana de Sensibilización en Cáncer de Cuello Uterino con el lema Más cerca de lo que parece, en una coordinación de la SS (CNEGSR, UVPS y la Dirección General de Comunicación Social [DGCS]) el IMSS, ISSSTE y la Asociación Mexicana de Lucha contra el Cáncer, realizando acciones conjuntas de comunicación en las 32 entidades federativas

Durante los meses de febrero y mayo de 2015, en el marco del Día Internacional de Lucha contra el Cáncer Infantil, en colaboración con CENSIA, y la Asociación de Risaterapia A. C., se puso en marcha el proyecto Moviendo Corazones y Sonrisas; el cual tuvo como finalidad realizar visitas y donación de juguetes a pacientes de oncología pediátrica en distintas instituciones de salud, para brindar mensajes de alegría y aliento. La iniciativa involucró la participación de distintos aliados. En total se realizaron 15 visitas en nueve entidades de la República, en los que se donaron más de 750 juguetes a más de 600 niños y niñas.

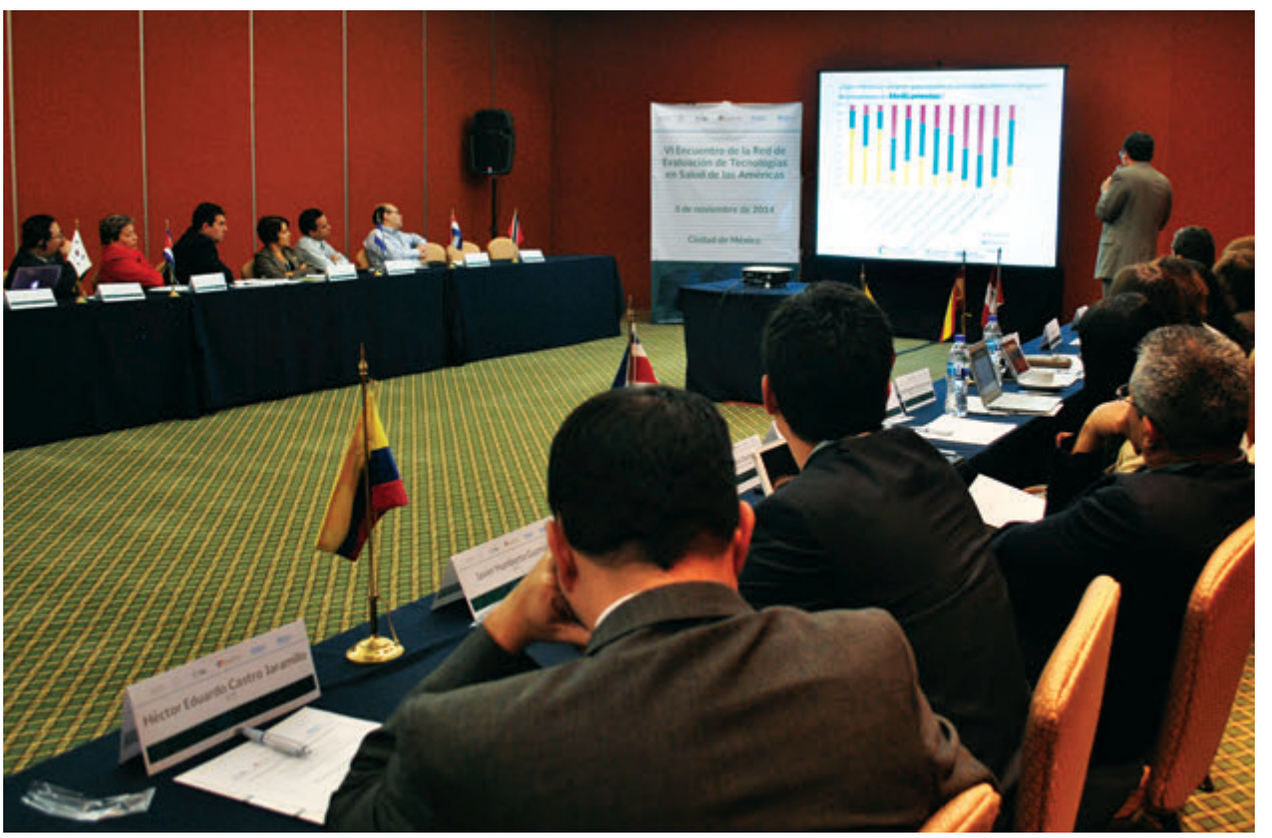
Para **impulsar la atención oportuna de las neoplasias malignas,** las Unidades Médicas adscritas a la CCINSHAE han realizado lo siguiente:

Hospital Dr. Manuel Gea González

Esta institución ejecutó el Programa de Calidad en la Atención al Paciente y promovió la aplicación sistemática de las GPCs, a fin de prevenir tratar y controlar el cáncer de mama, cáncer cérvico-uterino y cáncer de próstata.

Hospital Juárez de México

Se consiguió la remodelación y ampliación de la salas de espera de los servicios de Oncología.



Hospital de la Mujer

El hospital puso en marcha la Unidad de Radioterapia que cuenta con un acelerador lineal de alta tasa de dosis para el tratamiento del cáncer ginecológico.

Instituto Nacional de Salud Pública

Por su parte, ha desarrollado los siguientes proyectos estratégicos:

- Presentación del proyecto de investigación Determinantes genético-ambientales del cáncer mamario en México, que reportó por primera vez, a nivel mundial, la relación positiva entre la exposición al arsénico y el riesgo de cáncer mamario, y

- Proyecto de investigación Factores de riesgo de cáncer de mama en México: patrones mamográficos, péptido C y factores de crecimiento, un estudio multicéntrico; que analizó el ADN de 810 mujeres con cáncer de mama residentes en México, Veracruz y Monterrey, para determinar las mutaciones más comunes en los genes BRCA1/2.

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de Los Reyes

Para facilitar los beneficios al sistema de cobertura del Seguro Popular a los pacientes del instituto, se trabaja en la elaboración de un convenio de concertación de acciones con la Fundación de Cáncer de Mama A. C., para integrar diagnósticos oportunos en el instituto y la referencia de pacientes con cáncer de mama que requieran manejo con quimioterapia o radioterapia.

Estrategia 2.6.

Garantizar el acceso a medicamentos e insumos para la salud de calidad

Con el objeto de **fortalecer la cadena de suministro de medicamentos e insumos en las instituciones públicas de salud**, y como parte de la Política Nacional de Medicamentos, en el marco de un SNS universal, se promovió el fortalecimiento de la cadena de suministro de medicamentos y otros insumos para la salud en las instituciones públicas a través de:

- Impulso de una estrategia sectorial de compra pública de medicamentos y otros insumos para la salud en dos vertientes: por un lado, la negociación de precios para los insumos con patente vigente o de fuente única a través de la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud (CCNPMIS), y por otro lado, la compra consolidada coordinada por el IMSS para aquellos productos en donde existe competencia.

- En su cuarto año de operaciones, el Centro Sectorial de Gestión Web de Información sobre Medicamentos logró los mejores resultados desde su creación al captar datos de 55 instituciones públicas, de un total de 67 susceptibles de registrar información en dicho sistema. Para el primer semestre 2015 se prevé sumar otras cinco, con lo que sumarán 72 instituciones susceptibles de registrar información de precios y volúmenes de planeación y adquisición. La información es útil para cada institución y para apoyar el diseño de estrategias para mejorar la compra, el abasto y el surtimiento de medicamentos a la población del Sector Salud en su conjunto.

- Como parte de la retroalimentación brindada, al cierre de 2014, se elaboró un informe por cada entidad e institución participante, en el que destacan aspectos como: oportunidades de ahorro, medicamentos en los que más se gasta, medicamentos adquiridos dentro y fuera del Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos y apego a precios negociados por la CCNPMIS.

- Para el primer semestre de 2015 se planea realizar el proceso sectorial de planeación de la compra de medicamentos 2016, así como diversas acciones de fortalecimiento de la cadena de suministro tales como: intercambio de experiencias y fomento de una política integral de la farmacia institucional, hospitalaria y ambulatoria.

Estrategia 2.7.

Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes

Como parte del pilar de Salud Pública de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, y para **fortalecer la detección temprana y el control de pacientes con ECNT**, la SS realizó, del 1º de septiembre de 2014 al 31 de julio de 2015, 38,256,126 pruebas para la detección de enfermedades crónicas; 11,077,686 para diabetes, 11,359,986 para hipertensión arterial, 13,372,794 para detectar grados de sobrepeso y obesidad, y 2,445,660 para dislipidemias.

Se reportaron 353,359 casos de diabetes y 525,215 de hipertensión arterial, lo que representa un incremento de 2.7% y 3.9% respectivamente, comparado con el periodo anterior.

El Centro de Atención Integral del Paciente con Diabetes del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), cuenta con un programa de atención conformado por un equipo multidisciplinario, enfocado a resolver las barreras de adherencia y alcanzar metas de control en los pacientes con diabetes y obesidad, su objetivo es que desarrollen competencias para el autocuidado y el control metabólico de la diabetes, con lo cual se busca disminuir las complicaciones crónicas de la enfermedad.

Para **instrumentar el Modelo Clínico Preventivo Integral** se incluyó el ingreso a tratamiento de 107,368 pacientes con diabetes y de 116,207 pacientes con hipertensión arterial, del 1º de septiembre de 2014 al 31 de julio de 2015.

La atención de estas enfermedades se presta en 101 Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (UNEME-EC), en las cuales, se atendieron 30,137 pacientes de alto riesgo cardio metabólico, con lo que se logró controlar al 38% de pacientes con diabetes y al 66% de pacientes con hipertensión arterial. Además, se registraron en el catálogo 6,702 Grupos de Ayuda Mutua Enfermedades Crónicas (GAM EC), que atienden a 147,026 pacientes, 749 GAM EC alcanzaron la acreditación, 24% más que el periodo anterior, con lo que se beneficiaron 15,597 personas con ECNT.

Se implementó el Sistema de Información en Enfermedades Crónicas en las Unidades de Primer Nivel de Atención, mediante el uso de un tarjetero de control digital, para dar seguimiento a más de 1.5 millones de pacientes. Asimismo, se cuenta al mes de julio de 2015, con 26 Redes de Excelencia en Obesidad y Diabetes conformadas, en 25 entidades federativas.

Con el propósito de **capacitar continuamente a los profesionales de la salud de primer contacto**, el instituto organizó congresos nacionales e internacionales dirigidos a médicos y al público en general, como:

- El primer curso de Cateterismo Cardiaco Derecho con la presencia de Hipertensión Arterial Pulmonar;
- El taller internacional de estrategias basadas en la tecnología de control de la diabetes mellitus y sus complicaciones, y
- El XVII Congreso de Nutrición Infantil.

Los HFR promovieron la aplicación de las GPCs, a fin de prevenir tratar y controlar la diabetes mellitus, dislipidemias, sobrepeso y obesidad; además, se llevó a cabo el Programa de Calidad en la Atención al Paciente con Síndrome Metabólico.

Con el fin de generar evidencia cuantitativa sobre los temas que apoyen a la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, la SS actualizó el análisis de impacto financiero, para ofrecer una estimación de los recursos que se requerirán en la atención de las enfermedades relacionadas con el sobrepeso y la obesidad. Los resultados ayudarán en la consecución del aseguramiento del **abasto oportuno y completo de medicamentos e insumos.**

3. Reducir los Riesgos que Afectan la Salud de la Población en Cualquier Actividad de su Vida

Estrategia 3.1.

Fortalecer la regulación y vigilancia de bienes y servicios para la reducción de riesgos sanitarios

Con respecto a la línea de acción que tiene por objeto **modificar la regulación de los procesos de prevención, fomento, vigilancia y control de riesgos sanitarios para hacerla más efectiva**, y con el propósito de reducir riesgos sanitarios, con acciones de regulación y vigilancia de bienes y servicios que fortalecen el Sistema Federal Sanitario, la COFEPRIS en septiembre de 2014 y agosto de 2015 suscribió los acuerdos de Coordinación para el Ejercicio de Facultades en Materia de Control Sanitario de los Productos del Tabaco. A este instrumento jurídico se han adherido ya 30 entidades federativas, con lo que se fortalece la capacidad de la autoridad sanitaria para realizar acciones de control sanitario a establecimientos donde se comercializan, venden, distribuyen y suministran productos del tabaco en todo el país.

Estrategia 3.2.

Garantizar el control de emergencias en salud, desastres y de seguridad en salud

La información epidemiológica es un componente esencial en la toma de decisiones en salud pública y con el propósito de establecer estrategias en materia de vigilancia, diagnóstico y referencias de laboratorio; investigación, capacitación y desarrollo técnico en epidemiología y salud pública, se mantiene comunicación continua con la OMS y la OPS.

En este contexto y con el propósito de **fortalecer la vigilancia epidemiológica y la Red Nacional de Laboratorios para la oportuna atención de emergencias y desastres,** la SS a través del InDRE, junto con la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública realizan el diagnóstico de los principales padecimientos en México, en apego, tanto a los Criterios para la Operación como a los Lineamientos Técnicos para la Vigilancia Epidemiológica por Laboratorio, lo cual permite generar información de calidad para la toma de decisiones. Para fortalecer los mecanismos de anticipación y respuesta ante enfermedades emergentes y desastres, se cuenta con un Marco Analítico Básico conformado por 27 diagnósticos que cubren los principales riesgos epidemiológicos y enfermedades de importancia en salud pública del país, los cuales son monitoreados por medio de cinco indicadores: cobertura del marco analítico, cobertura diagnóstica, oportunidad diagnóstica, índice de desempeño de la Red Nacional de Laboratorios y Capacitación.

Cabe mencionar que el Hospital General de México logró la Certificación del Laboratorio de Referencia Epidemiológica para la realización de pruebas diagnósticas de la influenza.

Es de destacar que en el marco de estas acciones del 28 al 30 de abril de 2015, se asistió a la reunión: Vigilancia de Infecciones Respiratorias Agudas Graves en las Américas (SARInet), que organizó la OPS/OMS en Cancún, Quintana Roo, donde se dio a conocer la experiencia mexicana con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Influenza (SISVEFLU), que ha sido desarrollado para identificar el patrón del virus y contar con un sistema de alerta temprana para identificar agentes etiológicos que afectan otras regiones del mundo, como Asia y Medio Oriente.

Para **consolidar la organización y coordinación para la preparación y respuesta ante emergencias en salud y riesgos sanitarios** del 1° de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015, se atendieron 1,259 emergencias en salud, 63 por desastres y 1,196 por brotes; así como seis operativos para la Seguridad en Salud, en respuesta al huracán *Odile* en Baja California Sur; la tormenta tropical *Trudy* que impactó Guerrero; el derrame químico ocurrido en el Río Sonora; los XXII Juegos Deportivos Centroamericanos y del Caribe Veracruz 2014; la Cumbre de Líderes de Iberoamérica realizada en Veracruz y el Tornado en Ciudad Acuña, Coahuila.

En los HRAE se ha cumplido con el Programa de Hospital Seguro en sus diversos aspectos, y se han llevado a cabo simulacros de sismos, incendios, y de respuesta a emergencias epidemiológicas (como influenza), tanto con los trabajadores de la salud como con los usuarios.

Respecto a la estrategia de **fortalecer los mecanismos de anticipación y respuesta ante enfermedades emergentes, reemergentes y las asociadas a desastres**, durante el mes de agosto de 2014, la OPS emitió una alerta sobre la ocurrencia de casos de Enfermedad por Virus del Ébola en África Occidental (Guinea, Sierra Leona y Liberia); al ser clasificado como un evento de salud pública de importancia internacional, se declaró una emergencia de salud. En respuesta se realizaron diversas acciones de vigilancia epidemiológica,

se emitieron avisos preventivos de viaje y avisos epidemiológicos. Se implementó el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para Enfermedad por Virus del Ébola en el país, lo cual ha permitido la vigilancia de contactos de Ébola provenientes de áreas de riesgo. También se publicaron los Lineamientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica y diagnóstico por laboratorio de Enfermedad por el Virus del Ébola, y se llevaron a cabo cuatro talleres para tomar las medidas de contención y vigilancia de Ébola, dirigidos a todos los representantes del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Con esto se fortaleció la vigilancia epidemiológica de las áreas de sanidad internacional en puntos de entrada del país. En este periodo, en instalaciones del InDRE se llevó a cabo el Taller de Certificación para el Transporte Seguro de Sustancias Infecciosas, además de una Consulta de Expertos en Diagnóstico por Laboratorio y Gestión de Riesgos Biológicos ante la posible introducción de Ébola en la región. Asimismo, se dispone de un CENIAQ, en el INR como unidad de concentración de posibles casos.

Por otra parte, respecto a la enfermedad de Fiebre por Virus Chikungunya, ante el riesgo inminente de ocurrencia de casos de este padecimiento, se estableció desde junio de 2014 el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Fiebre por Virus Chikungunya, el cual permitió la detección del primer caso importado en junio de 2014 en Jalisco, así como el primer caso autóctono en noviembre de 2014, en el municipio de Arriaga, Chiapas. A partir del registro de la dispersión del virus se implementaron acciones de reforzamiento para limitar su propagación, como la emisión de Lineamientos de Vigilancia y Diagnóstico, la creación de un micro sitio y capacitación de personal de salud. En 62 localidades de 24 entidades federativas se realizó un estudio de resistencia a insecticidas y con los resultados se eligieron los grupos de insecticidas a emplear en las acciones de control para 2015. Con apoyo del grupo clínico asesor se impartió capacitación en manejo clínico, vigilancia, prevención y control del dengue en Campeche, Colima, Estado de México, Hidalgo, Jalisco, Morelos, Nayarit, Puebla, Quintana Roo, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas y Veracruz. Los Comités Intersectoriales para la Vigilancia, Prevención y Control del Dengue sesionaron en 22 entidades federativas.

El InDRE obtuvo la secuencia del caso importado de Fiebre Chikungunya de Jalisco, que corresponde a la cepa asiática, y realizó la vigilancia entomovirológica para detectar la circulación del virus. Además, desarrolló un RT-qPCR dúplex para identificar dengue y Chikungunya en una sola toma; así como la competencia técnica de los laboratorios a través de un solo Panel de Evaluación del Desempeño, que incluye los dos padecimientos mencionados. El sistema ha mostrado ser altamente sensible para la detección de casos de Chikungunya.

Del 3 al 6 de marzo de 2015 se asistió a la OPS en Washington, D. C., para la revisión del Protocolo Genérico de Dengue en las Américas. Asimismo, se prestó asesoría en el desarrollo del Sistema Único de Información que concentrará los datos de todos los países de la región que serán resguardados en la sede de la OPS. El beneficio de esta visita se reflejará, en la creación de un Sistema Único de Información para toda la región de las Américas con base en el modelo mexicano, lo que permitirá la obtención de información epidemiológica oportuna y homogénea, con el fin de orientar en la planeación e implementación de acciones de prevención y control eficaces para la contención del dengue.

Del 17 al 18 de marzo de 2015, se asistió al ejercicio de gabinete sobre el Plan de América del Norte para la Influenza Animal y Pandémica, en Washington D. C., que contó con la participación de instituciones del Sector Salud mexicano y otros sectores de los países de Canadá y los Estados Unidos de América. Se han realizado nueve ejercicios de comunicación trilateral entre los Estados Unidos de América, Canadá y México. Estos ejercicios permiten mantener los canales de comunicación para garantizar un flujo de información oportuna y funcional.

Con el objeto de avanzar en el manejo integral del VIH e ITS, con énfasis en la prevención y tratamiento de las hepatitis virales, en abril de 2015, se asistió a la reunión de Consulta Regional sobre Estrategias Mundiales del Sector Salud contra el VIH, ITS y las Hepatitis Virales, y Plan de Acción de la OPS para las Hepatitis Virales, con el fin de promover la iniciativa de atender a los pacientes y lograr la compra de los nuevos antivirales de forma consolidada por el Sector Salud, y así proveer el tratamiento supervisado a cada paciente hasta su alta.

Se participó en la reunión del Grupo Técnico para la Medición de la Severidad de la Influenza el 1 y 2 de junio del 2015 en la sede de la OMS con representantes de 16 países. En esta reunión se elaboró un análisis de información presentada por diez países para medir aspectos de transmisión, gravedad e impacto de la influenza para definir cuáles son los indicadores que mejor expresan la severidad de esta enfermedad. Ser parte de este grupo permite a México participar en la definición de lineamientos para medir la severidad de

la influenza y aportar experiencias de lo ocurrido en la pandemia de 2009.

Se asistió a la XXIII Reunión del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación (EPV) efectuado en Varadero, Cuba del 1 al 3 de julio del 2015, donde se revisó la situación epidemiológica de las EPV en las Américas y se presentó el Plan de Acción Regional de Inmunizaciones 2016-2020. Esta participación permitió enfatizar los logros de México en materia de vigilancia epidemiológica, que serán considerados en el replanteamiento de dicho Plan.

Se han realizado convenios de colaboración con instituciones de salud y de educación en la región, a efecto de lograr desarrollar protocolos para el estudio integral de enfermedades emergentes como Chikungunya y dengue.

Dentro de la estrategia para **fortalecer la capacitación y actualización del personal involucrado en la preparación y respuesta ante emergencias y riesgos sanitarios**, en noviembre de 2014 se asistió a la reunión: Consulta técnica sobre información estratégica de las hepatitis víricas B y C en América Latina y el Caribe, que organizó la OPS/OMS en Washington D. C. En esta reunión se promovió el tratamiento de la hepatitis C con nuevos antivirales que pueden evitar la muerte prematura al eliminar el virus, principalmente en grupos de riesgo como usuarios de drogas intravenosas, hombres homosexuales, hijos de mujeres infectadas, y transfusiones sanguíneas inseguras, entre otras causas.

En el InDRE, en mayo de 2015 se realizó el Segundo Taller de Capacitación y Certificación de Microscopistas de Malaria para la Subregión Amazónica y del Cono Sur.

Por otra parte, en septiembre y noviembre de 2014, la SS coordinó dos macro simulacros de evacuación en 31 inmuebles que integran las Unidades Administrativas de Nivel Central (UAC) y los Órganos Administrativos Desconcentrados (OAD). En estos ejercicios al personal involucrado se le preparó para enfrentar dos fenómenos perturbadores, incendio y sismo. En total se evacuó una población de 17,683 personas, además, dentro de estas actividades de formación 1,432 brigadistas pusieron en práctica los conocimientos aprendidos en las sesiones de capacitación. Paralelamente se difundieron volantes informativos sobre medidas de prevención.

Durante el primer trimestre de 2015 mediante comunicados y circulares dirigidas a las UAC y los OAD, se requirió el fortalecimiento de los planes y programas integrados al Programa Interno de Protección Civil, mediante la implementación de actividades de difusión y revisión de instalaciones de gas y equipos contra incendios en sus respectivos inmuebles.

Para **consolidar la seguridad sanitaria nacional y la cooperación internacional mediante la correcta aplicación del Reglamento Sanitario Internacional**, así como lograr el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica para proteger la salud global, la SS ha realizado las siguientes acciones:

- En septiembre de 2014 se coordinó la participación de la dependencia en la Reunión Ministerial de la Agenda de Seguridad Global en Salud (GHSA, por sus siglas en inglés), la cual tuvo lugar en Washington, D. C., Estados Unidos de América. El propósito de la reunión fue conocer las acciones de colaboración de los países respecto a la situación del Ébola en el oeste de África y establecer el compromiso político de centrar esfuerzos para prevenir situaciones similares con acciones de respuesta inmediata;

- En octubre de 2014, tuvo lugar la Reunión de Presidentes de Grupos de Trabajo y Enlaces de Delegación y de Oficiales Superiores de la Iniciativa de Seguridad Global en Salud (GHSI, por sus siglas en inglés), en Washington, D. C., con la finalidad de dar seguimiento a las estrategias para la protección de la salud pública y la seguridad global, compartir planes de preparación y respuesta ante emergencias, acordar un proceso de colaboración internacional para la evaluación y manejo de riesgos;

- En dicha sesión también se discutió la agenda de la 15ª Reunión Ministerial de la GHSI, que tuvo lugar los días 10 y 11 de diciembre de 2014 en Tokio, Japón. La reunión tuvo como propósito intercambiar prácticas y experiencias entre los Ministros de Salud sobre el manejo de riesgos en la salud pública y las medidas para fortalecer la colaboración intersectorial entre salud y seguridad;

- Se coordinó la participación de la SS en la Reunión del Grupo de Acción sobre Seguridad Global en Salud, la cual se realizó en Ottawa, Canadá, el 11 y 12 de junio de 2015, a fin de dar seguimiento a los temas prioritarios para la seguridad global en salud, como lo es el virus del Ébola y se definieron los aspectos logísticos y técnicos para la reunión ministerial a celebrarse en diciembre de 2015 en Washington, D. C.;

- En cuanto al brote del virus del Ébola en África Occidental, se mantuvo una amplia coordinación con la Secretaría de Relaciones Exteriores, a través del Subcomité de Enfermedades Emergentes, a fin de definir la preparación de México. La respuesta al brote se ha dado principalmente en el marco de la OMS, específicamente a través del Reglamento Sanitario Internacional y de la GHSI, y

- La SS continúa trabajando con *The Global Alliance Chronic Disease y con The Global Research Collaboration for Infectious Disease Preparedness* (GloPID-R).

Como parte del proceso de implementación de las capacidades básicas en puntos de entrada, referidas en el Reglamento Sanitario Internacional, se realizaron visitas de asistencia y seguimiento a aeropuertos internacionales y recintos portuarios del país:

- Aeropuertos internacionales: Campeche, Cancún, Cozumel, Manzanillo, Mérida y Monterrey, y

- Recintos portuarios: Ciudad del Carmen, Manzanillo, Progreso y Veracruz.

La importancia de estas visitas radica en promover las condiciones óptimas para detectar, notificar y atender oportunamente potenciales eventos de salud pública y/o Emergencias de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) en los puntos de entrada al territorio nacional.

Para la Enfermedad por Virus del Ébola, se efectuaron acciones de coordinación, prevención y control ante la emergencia sanitaria internacional. Para dar sustento jurídico y normativo a estas acciones se publicaron un Acuerdo Secretarial, un Acuerdo del Consejo de Salubridad General y un Decreto Presidencial y dos protocolos: atención clínica y vigilancia epidemiológica. En materia de infraestructura e insumos se habilitó un Centro Nacional de Referencia; en materia de difusión de la información se creó un micro sitio y en vinculación interinstitucional se activó el Comité Nacional para la Seguridad en Salud, a través del Subcomité de Enfermedades Emergentes.

México forma parte de la GHSI la cual está formada por los países del G7, más la Unión Europea y la OMS. La SS participó en el grupo de trabajo de comunicación de riesgos mediante la asistencia a 49 teleconferencias semanales, en donde analistas de diversos países revisaron eventos de salud pública que ocurren en todo el mundo, para vigilar los potenciales riesgos para la población y alertar así, de forma temprana los sucesos de relevancia para la salud internacional.

Dentro del marco de trabajo de GHSI, en noviembre de 2014 el InDRE fue sede de la reunión del grupo de trabajo *Global Health Security Action Group (GHSAG) Laboratory Network* en la que expertos de los laboratorios nacionales de referencia discutieron temas técnicos y de gestión de riesgo biológico.

Se tiene cooperación binacional con los Estados Unidos de América para la vigilancia epidemiológica de enfermedades infecciosas en la frontera norte, donde se realizaron 17 teleconferencias con la participación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América y los estados fronterizos de nuestro país.

Con el objeto de **promover las acciones intersectoriales para controlar emergencias y desastres y de seguridad en salud**, el 11 y 12 de diciembre de 2014, se realizó la Reunión Nacional de los Programas de Acción Específico: Prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas y Cólera, y Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres, donde se capacitó a 31 líderes nacionales que participan en la implementación de estos programas en las entidades federativas. Del 1° de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015, no se presentaron casos confirmados de cólera, y se continúa con el control epidemiológico de la enfermedad lo que refleja efectividad de las medidas integrales adoptadas.

Además, seguirán los programas para la prevención de emergencias, por ejemplo: con respecto a la emergencia ocasionada por el derrame de cobre en el Río Sonora, se han impuesto a la fecha sanciones por más de 24 millones de pesos y se ha autorizado el resarcimiento del daño a 270 pacientes.

Estrategia 3.3.

Garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos, biológicos e insumos para la salud

Con el objeto de **fomentar la farmacovigilancia y tecnovigilancia de insumos para la salud**, la SS a través de la COFEPRIS vigila el cumplimiento de la política farmacéutica a efecto de proteger a la población de los riesgos a la salud que representa la exposición al manejo y uso inadecuado de medicamentos, esto mediante acciones que apoyen la promoción del uso racional de los mismos. Asimismo, se da continuidad a la Estrategia para el Fortalecimiento de la Regulación en Farmacias y Consultorios, logrando un avance sustantivo en el cumplimiento de la normatividad por parte de las farmacias y los consultorios adyacentes a las mismas. La estrategia se compone de tres fases: 1) Visitas de Fomento Sanitario; 2) Vigilancia Sanitaria, y 3) Calidad en el Servicio.

Dentro de la estrategia para **fomentar el ingreso de nuevos medicamentos genéricos y biocomparables seguros**, la SS continúa con la estrategia de liberación de genéricos para el ahorro de las familias mexicanas, que tiene como objetivo incrementar el acceso de la población a medicamentos seguros y de calidad a precios accesibles. Durante el año en curso se realizó la liberación del 12vo paquete de medicamentos genéricos, integrado por 70 nuevos registros de 18 sustancias activas que atienden el 71% de las causas de mortalidad en México. A menos de tres años del inicio de la actual administración, se ha logrado la liberación de 176 registros de 32 sustancias activas, lo que se traduce en ahorros acumulados para los mexicanos por 21,148 millones de pesos.

Por su parte, el CSG, a través de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos de Sector Salud (CBCMSS) establece los procesos para la elaboración, difusión y actualización permanente de este cuadro básico. El CBCMSS es el documento en el que se agrupan, caracterizan y codifican los medicamentos destinados para el primero, segundo y tercer nivel de atención en salud. El propósito es fomentar la calidad y el uso racional de los medicamentos en las instituciones públicas del SNS, y tiene por objeto colaborar en la optimización de los recursos públicos destinados a la atención de los problemas de salud del país, mediante el empleo de medicamentos que han probado su seguridad, eficacia terapéutica y eficiencia. Adicionalmente es un instrumento de referencia sobre los insumos para la salud que sirve para informar y colaborar en la actualización de los profesionales de la salud.

Mediante el proceso de actualización del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud (CBCISS) se incluyen, modifican o excluyen los insumos contenidos en el CBCMSS. Este proceso se realiza en tres etapas: valoración, evaluación y dictamen. Se recibieron un total de 112 solicitudes para el Comité Técnico Específico de Medicamentos, como se observa en el Cuadro 13.

CUADRO 12. NÚMERO DE SOLICITUDES AL CBCMSS, PERIODO 1° DE SEPTIEMBRE DE 2014-31 DE MARZO DE 2015

COMITÉ	SOLICITUDES RECIBIDAS
Medicamentos	75

FUENTE: CSG, disponible en *www.csg.gob.mx*

CUADRO 13. PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE SOLICITUDES AL CBCMSS, PERIODO 1° DE SEPTIEMBRE DE 2014-31 DE AGOSTO DE 2015.

COMITÉ	SOLICITUDES RECIBIDAS
Medicamentos	112

FUENTE: Estimación realizada por el CSG, con datos de periodo del 1° de septiembre 2014 al 31 de marzo de 2015

De esta manera, se contribuye a garantizar el acceso a servicios esenciales de salud para toda la población, mejorar la calidad, seguridad y eficiencia de la atención a la salud que otorgan las instituciones públicas del SNS al proveer medicamentos que han probado su seguridad, eficacia terapéutica y eficiencia, y colabora con la actualización de los profesionales de la salud para otorgar servicios de salud de calidad.

Con el objeto de **promover el desarrollo de la farmacogenómica**, se llevó a cabo el procedimiento para la Designación de Director General del Instituto Nacional de Medicina Genómica (INMEGEN).

Para **eliminar barreras de entrada al mercado de productos que sean seguros, de calidad y eficaces,** COFEPRIS promueve la política de innovación en favor de la salud de los mexicanos, la que ha permitido la entrada al mercado de 17 nuevas opciones terapéuticas que atacan el 73% de las causas de muerte en México, como son las enfermedades oncológicas, endocrinológicas y cardiovasculares. Con esta liberación suman 90 moléculas

innovadoras liberadas en la presente administración con lo que se refrenda el compromiso de la SS para ofrecer más y mejores medicamentos a la población.

Estrategia 3.4.

Fortalecer el control, vigilancia y fomento sanitarios de productos y servicios de uso y consumo humano

Dentro de la estrategia para **vigilar la calidad del agua para uso y consumo humano** a través de la DGPLADES se coordinaron acciones en materia de cooperación técnica con la Comisión Nacional del Agua (CONAGUA), en específico de Instalaciones Hidrosanitarias, en alineación con el Programa Nacional Hídrico, a fin de proveer de servicios básicos a las unidades médicas del país.

Con el fin de **llevar a cabo el control, vigilancia y fomento sanitarios en la producción, almacenamiento, distribución y comercialización de alimentos** y garantizar la calidad de los alimentos que se consumen en los establecimientos, la COFEPRIS en coordinación con las entidades federativas realiza un programa de vigilancia permanente.

En el periodo del 1° de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015, se llevaron a cabo 119,227 visitas a establecimientos dedicados al proceso y venta de alimentos en todo el país, lo que representa 4.4% de incremento en comparación con el periodo anterior. Cabe resaltar que el total de visitas acumulado desde 2013 al 31 de agosto de 2015 es de 336,498.

Durante la presente administración, se han logrado mantener los porcentajes de muestras de alimentos dentro de especificación, lo que representa cifras históricas en la materia ya que, durante 2015 se lograron récords de cumplimiento de las Buenas Prácticas de Higiene y Sanidad, dado que se alcanzó el 83% de los establecimientos visitados, ajustado a agosto 2015.

Por otra parte, para **vigilar y controlar los riesgos sanitarios de la prestación de los servicios de salud**, la COFEPRIS por medio de la Comisión de Operación Sanitaria continuará con los programas de verificación, especialmente en establecimientos de servicios de cirugía plástica, estética o reconstructiva, para garantizar que no se expone a la población a riesgos por malas prácticas.

Las acciones de vigilancia sanitaria de los establecimientos de atención médica, implementadas por la COFEPRIS presentan los siguientes avances:

- Durante 2015 se han visitado 198 consultorios y clínicas de medicina estética, dictaminando suspensiones para 77. En total, durante la presente administración se han visitado 1,573 establecimientos, y

- Por otra parte, se han hecho visitas a 402 consultorios adyacentes a farmacias y se han suspendido 74.

Por último, se dará seguimiento a aquellos establecimientos que han sido clausurados para que cumplan con la regulación sanitaria y puedan continuar operando dentro del marco legal.

En materia de **control y vigilancia de la producción, importación y comercialización de productos de alcohol y tabaco**, durante este año se ha logrado el decomiso de más de 1,196,426 litros de alcohol ilegal. Asimismo, se han decomisado más de 336 mil cigarrillos.

En materia de aseguramientos de alcohol, 2015 se convirtió en el año histórico de aseguramientos con un total de 1,196,426 litros de alcohol asegurados.

Estrategia 3.5.

Contribuir a disminuir las muertes por lesiones de causa externa

La SS promueve acciones intersectoriales orientadas a reducir la tasa de mortalidad por accidentes de tráfico de vehículo de motor. En 2012 se registraron 14.6 defunciones por cada 100 mil habitantes y en 2013, 13.4 defunciones por cada 100 mil habitantes, lo que representa un decremento de 8.2%. Se estima que con esta reducción se evitó la muerte de 1,246 personas, es decir, más de tres personas por día. La tasa de 2013 fue la más baja en 25 años y se obtuvo a pesar de que el parque vehicular aumentó casi un 40% en los últimos seis años. Este comportamiento descendente se refleja también en las entidades federativas, al reducirse en 13 de ellas la tasa de mortalidad en más de un dígito. Una de las prioridades en esta materia es impulsar la conformación y operación de los Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes (COEPRA), por lo que al mes de julio de 2015, se tienen conformados y operando 22.

Para **mejorar la calidad y oportunidad de información a través del fortalecimiento del Observatorio Nacional de Lesiones**, se dio continuidad a los trabajos de asesoría para la instalación, desarrollo y funcionamiento de los observatorios estatales de lesiones, logrando instalar 22 al mes de junio de 2015.

En el segundo semestre de 2014 se elaboró el Informe Nacional sobre la Seguridad Vial 2014, en el que se analizó la situación de la seguridad vial en el país a partir de los datos disponibles; se identificaron además avances y retos a futuro. El informe se difundió a nivel nacional e internacional, y se encuentra disponible en su versión electrónica en la siguiente página web:

http://conapra.salud.gob.mx/Interior/Documentos/Informe_Nacional.pdf

Se continuó con las acciones del Programa Piloto Seguro, en coordinación con la Secretaría de Seguridad Pública y la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, la Cruz Roja Mexicana, la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, UNAM, el Centro de Experimentación y Seguridad Vial y la Fundación Carlos Slim, con las cuales se suscribió un convenio de colaboración interinstitucional para realizar acciones de promoción de la seguridad vial, entre las que destacan auditorías de seguridad vial y campañas de comunicación social.

Se elaboró el Modelo de Intervenciones para la Prevención de Lesiones entre Motociclistas que, entre otras cosas, promueve la medición de factores protectores y de riesgo. Dicha medición se ha realizado a partir de septiembre de 2014 en 24 municipios de 16 entidades federativas.

Dentro de la estrategia para **contribuir a mejorar el marco jurídico para la prevención de accidentes de tráfico con base en evidencia científica,** en materia de regulación, se realizaron diagnósticos sobre las oportunidades de mejora en leyes y reglamentos relacionados con la seguridad vial en los estados de Jalisco, Morelos y Veracruz. Se realizó la revisión del marco jurídico en materia de seguridad vial de 36 municipios prioritarios, así como la revisión de los ordenamientos de tránsito de las 32 entidades federativas, esto con el fin de detectar los elementos prescriptivos en seguridad vial y de establecer parámetros de valoración del abordaje que éstos hacen en dicha materia. Los resultados se pueden consultar en: *www.conapra.salud.gob.mx/Interior/Seguridad_vial_legislacion.html*

También se participó en la elaboración de la Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013 Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria, publicada en el DOF el 23 de septiembre de 2014. Así como en el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NMX-D-228-SCFI-2014, Criterios, procedimiento y equipo para la revisión de las condiciones físico mecánicas de los vehículos automotores en circulación cuyo peso bruto vehicular no excede los 3,857 kg, publicada en el DOF el 5 de diciembre de 2014.

El suicidio es un fenómeno multicausal que se ha agravado a nivel mundial y en nuestro país no es diferente. Para **contribuir a mejorar el marco jurídico para la prevención de suicidios y homicidios con base en evidencia científica** se han establecido estrategias de prevención para atender este problema de salud pública. En México en octubre de 2014 se auspició el lanzamiento para las Américas del Primer Informe Global sobre Suicidio de la OMS, mediante un acto en el que se dio a conocer el informe Prevención del suicidio, un imperativo global en el que México fue elegido para tal acción con el compromiso de dar seguimiento oportuno a las acciones propuestas.

Para **fortalecer los mecanismos de colaboración multisectorial para la prevención de lesiones de causa externa intencionales y no intencionales,** se dio continuidad a la Acción Estratégica de Alcoholimetría impulsada a escala nacional desde 2009, con lo que se logró, en coordinación con los responsables estatales para la prevención de accidentes, la activación de operativos en 105 municipios de 25 entidades federativas, de los cuales 76 son considerados prioritarios.

En noviembre de 2014 se asistió al evento Metsi, Poder Joven, organizado por el Instituto Mexicano de la Juventud, donde se atendieron a más de 700 jóvenes de nivel medio superior creando conciencia sobre los daños que produce la ingesta de alcohol y los riesgos que corren al conducir bajo sus efectos.

Se asistió a las reuniones del Grupo de Coordinación para la Seguridad Vial en Carreteras Federales con la participación de autoridades de la Policía Federal; la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, y la SECTUR. En estas reuniones se lograron avances en la agenda de seguridad vial en carreteras federales, mediante el trabajo intersectorial y multidisciplinario para responder a la Estrategia Nacional de Seguridad Vial 2011-2020.

Se capacitó en seguridad vial con apoyo de los COEPRA, a 327 formadores en seguridad vial, mediante nueve cursos impartidos en siete entidades federativas; se formaron 3,084 multiplicadores mediante 188 cursos impartidos en diez entidades federativas, y se realizaron 11,035 pláticas a población abierta en 24 entidades federativas, con lo que se logró sensibilizar a 581,241 personas de entre 10 a 49 años de edad.

Con el objetivo de formar personal que identifique los factores de riesgo que generan la ocurrencia de accidentes de tránsito en las vías urbanas y rurales se impartieron cinco cursos de Auditoría en Seguridad Vial, capacitando a 151 auditores en siete entidades federativas. Destacan las 27 auditorías viales realizadas en zonas de alto riesgo del Distrito Federal con el apoyo de la Secretaría de Seguridad Pública, la Procuraduría General de Justicia, el Instituto de Geografía de la UNAM, el Centro de Experimentación y Seguridad Vial y el Instituto de Políticas para el Transporte y el Desarrollo.

En noviembre de 2014 se coordinó la reunión Centro-Norte en Hermosillo, Sonora, con la presencia de 22 entidades federativas y de autoridades de los tres órdenes de gobierno, con el objetivo de propiciar la coordinación intersectorial e interinstitucional para la prevención de lesiones causadas por accidentes de tránsito.

En diciembre de 2014 se realizó en el Distrito Federal la Reunión de Directores de Tránsito, para difundir la Estrategia Nacional de Seguridad Vial 2011-2020. Se contó con la participación de representantes de tránsito, salud y de los tres órdenes de gobierno de 22 entidades federativas.

En marzo de 2015 se coordinó la Reunión Nacional de Secretarios Técnicos de los COEPRA, con representantes de 30 entidades federativas que tuvo como objetivo revisar las acciones implementadas para dar cumplimiento a las metas y objetivos del Programa de Acción Específico: Seguridad Vial 2013-2018 y el Programa de Acción Específico: Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables 2013-2018. Para cumplir con los objetivos y metas de este último, se inició con la elaboración del Modelo de Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables, para el cual se conformaron grupos de trabajo con los responsables de los COEPRA, con áreas de la SS involucradas y con expertos nacionales e internacionales.

Se asistió a las reuniones del Gabinete Turístico para la puesta en marcha de los operativos de seguridad en temporadas vacacionales: semana santa, verano e invierno. Se trabajó de manera coordinada con los COEPRA en actividades de comunicación encaminadas a la prevención de accidentes.

En 2014, para **establecer los mecanismos de comunicación permanentemente en los servicios de urgencias**, fortalecer y mejorar la atención prehospitalaria de urgencias médicas, se impulsó la instalación de Centros Reguladores de Urgencias Médicas (CRUM), se conformaron cuatro centros más para un total de 16 en el mismo número de entidades federativas. Además, se capacitaron 22,684 personas como primeros respondientes y 136 como instructores en primera respuesta, con el objetivo de brindar una atención oportuna y de calidad al momento de ocurrir un accidente.

Estrategia 3.6.

Coordinar actividades con los sectores productivos para la detección, prevención y fomento sanitario en el ámbito laboral

De acuerdo con información estadística de 2014, las tres principales enfermedades de trabajo que se registraron este año, fueron las Hipoacusias por Trauma Acústico Crónico con 1,636 casos; las Neumoconiosis con 859 casos y las Dorsopatías con 740 incidencias que, en conjunto, representaron el 39% del total de enfermedades de trabajo registradas en el IMSS.

Durante el 2014, los sectores económicos que generaron la mayor cantidad de enfermedades laborales entre sus trabajadores fueron la industria de la construcción, la reconstrucción y ensamble o armado de equipo de transporte y sus partes; las industrias metálicas básicas; la industria de la extracción y beneficio de minerales metálicos; la fabricación de productos metálicos, excepto maquinaria y equipo, y la elaboración de alimentos procesados, cuyo registro de casos representó el 32%. Este tipo de industrias generaron el 47.7 % de las incapacidades permanentes, derivadas de enfermedades de trabajo.

Para el sector salud, la información sobre incidencias laborales en los diferentes sectores productivos resulta sumamente importante no sólo por sus repercusiones

económicas sino, sobre todo, porque permite identificar los principales padecimientos a los que están expuestos los trabajadores, con sus eventuales consecuencias familiares.

Por lo que hace a la línea de acción relativa a promover mayor inspección a los lugares de trabajo, el IMSS participa con las acciones que se realizan en las empresas afiliadas a través del desarrollo de estudios y programas preventivos de seguridad e higiene en el trabajo, así como investigaciones de accidentes de trabajo en aquellas empresas en donde ocurrieron defunciones o se generaron incapacidades permanentes iguales o mayores al 50%; estas acciones se realizan con el objeto de proporcionar recomendaciones y actividades encaminadas a la prevención de accidentes y enfermedades de trabajo, de acuerdo a las normas vigentes en materia de seguridad y salud en el trabajo, para fomentar lugares de trabajo seguros, higiénicos y saludables.

En cuanto a las actividades encaminadas a revisar el esquema regulatorio de salud ocupacional en coordinación con la STPS, el IMSS, a través de la Coordinación de Salud en el Trabajo, participa en los grupos que elaboran los proyectos de NOMs en materia de seguridad y salud en el trabajo; así como en el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Seguridad y Salud en el Trabajo, el cual preside la Dirección General de Seguridad y Salud en el Trabajo, perteneciente a la STPS. En este comité se revisan y validan los proyectos de NOMs elaborados y se proponen aquellos que se considera conveniente desarrollar para proteger la salud y la integridad física de los trabajadores.

Por lo que se refiere a los mecanismos para establecer la coordinación entre la SS, IMSS, ISSSTE y STPS que permita articular acciones en materia de salud ocupacional, se han desarrollado actividades conjuntas con la STPS, a través de eventos de promoción de la salud de los trabajadores con organizaciones de patrones, para promover la prevención de riesgos de trabajo, colaborar en la identificación y contención de factores de riesgo que generan accidentes de trabajo, así como prestaciones económicas a través de los subsidios por Incapacidad Temporal para el Trabajo, a cargo de la seguridad social.

Estrategia 3.7.

Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes

En el 2014 se **actualizó la regulación en materia de alimentos y bebidas industrializados a las mejores prácticas internacionales**.

En lo que se refiere al etiquetado para **proveer información transparente del contenido calórico en el etiquetado frontal de todos los alimentos y bebidas** no alcohólicas procesadas, a partir de julio de este año entraron en vigor las medidas adoptadas por la COFEPRIS resultado del análisis de las mejores prácticas a nivel internacional y que son:

1) La obligatoriedad de incluir en los productos procesados y bebidas no alcohólicas un etiquetado frontal;

2) Dicho etiquetado debe señalar el contenido calórico que el producto representa, en el que se identifique la fuente de la cual provenga el aporte calórico (Cuadro 14), y

3) El etiquetado debe expresar: (a) contenido energético total del producto, (b) el número de porciones presentes en el envase y (c) el contenido calórico por cada porción.

CUADRO 14. APORTE CALÓRICO

Fuente de aporte calórico	Base para el cálculo
Azúcares	360 Kcal
Otras grasas	400 Kcal
Grasas saturadas	200 Kcal
Sodio	2,000 mg

FUENTE: COFEPRIS.

A partir del primero de julio entró en vigor el nuevo etiquetado en alimentos y bebidas no alcohólicas en materia de azúcar, grasa y sodio, el cual deberá ser claro, frontal y obligatorio para estas industrias.

En el marco de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, se estableció **prohibir la publicidad dirigida a público infantil de alimentos y bebidas que no cumplan con criterios científicos de nutrición**, con este propósito la COFPERIS ha conseguido importantes logros a casi un año de entrada en vigor de la regulación en materia de publicidad. Al día de hoy se han dejado de pautar 27,507 anuncios de alimentos y bebidas no alcohólicas de alto contenido calórico en horarios infantiles.

Es importante destacar que gracias a las medidas fiscales implementadas por el Gobierno de la República, se ha logrado disminuir la ingesta de calorías diarias entre 13 y 28 calorías, gracias a una caída en el consumo de bebidas no alcohólicas de alto contenido calórico.

Por otra parte, como resultado de la estrategia, muchos productores de alimentos y bebidas no alcohólicas han empezado procesos de reformulación, a efecto de poder hacerse acreedores del Distintivo Nutrimental emitido por la COFEPRIS. A la fecha se han presentado más de 562 solicitudes; sin embargo sólo se han otorgado 49 lo que representa el 8.7% del total de solicitudes.

Con el propósito de **vincular acciones con la Secretaría de Educación Pública para la regulación de las cooperativas escolares**, se participó en el grupo de trabajo conformado por la COFEPRIS y el Instituto Nacional de la Infraestructura Física Educativa de la SEP, para la generación del anteproyecto en los temas de promoción y educación del consumo de agua potable en la población escolar, mantenimiento y uso de bebederos, supervisión y vigilancia. El documento se encuentra disponible para consulta pública en la página electrónica de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria (COFEMER): *http://www.cofemermir.gob.mx/mir/crLecAnte.asp?seccionid=F140&formId=140&submitid=33967*

Durante el periodo del 1° de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015, la SS trabajó con el SNDIF y la SEP, en el diseño de 96 menús para Escuelas de Tiempo Completo, de los cuales se validaron 64 menús cíclicos regionalizados que cumplen con los lineamientos generales para el expendio y distribución de alimentos y bebidas preparados y procesados en las escuelas del Sistema Educativo Nacional.

4. Cerrar las Brechas Existentes en Salud Entre Diferentes Grupos Sociales y Regiones del País

Estrategia 4.1.

Asegurar un enfoque integral para reducir morbilidad y mortalidad infantil y en menores de cinco años, especialmente en comunidades marginadas

De la misma manera y para contribuir al mejor desempeño escolar a través de la nutrición y buen estado de salud de niños y jóvenes, se fomenta el acceso efectivo de las familias (principalmente en pobreza extrema) a sus derechos sociales, y de manera particular de las niñas y niños de familias con carencias, a través de diversos programas. En este marco, la protección a la salud, concebida como un derecho constitucional, es un elemento prioritario.

Por su parte, el SNDIF a fin de garantizar la concurrencia y colaboración de la federación, las entidades federativas, el Distrito Federal y los sectores social y privado, respecto a la promoción y fomento de la prestación de los servicios en materia de asistencia social, misma que comprende acciones de promoción, previsión, prevención, protección y rehabilitación, en conjunto con los DIF de las entidades federativas y las OSC, se realizan programas en beneficio de los individuos y las familias en situación de riesgo, con prioridad en aspectos como: el fortalecimiento de la integración familiar; el respeto a los derechos de las niñas, niños y adolescentes; la atención de los adultos mayores y la atención de quienes presentan algún tipo de discapacidad.

Se otorgó atención médica especializada a través de 13 Encuentros Médicos Quirúrgicos, que proporcionaron servicios de atención especializada de oftalmología, cirugía general, oncología y ginecológica con 9,400 personas valoradas. 3,600 procedimientos quirúrgicos y 1,700 intervenciones quirúrgicas.

Con el propósito de **asegurar la participación de todos los actores para reducir la mortalidad infantil**, y combatir la carencia alimentaria de la población a través de políticas públicas coordinadas y concurrentes; durante el segundo semestre de 2014, el Gobierno de la República efectuó diversas acciones de reestructuración operativa al Programa Desarrollo Humano Oportunidades, dando paso al Programa de Inclusión Social PROSPERA (PROSPERA), mediante el que reitera el compromiso de garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales de todos los mexicanos, alcanzando una cobertura estimada de 6 millones de familias en control.

Con la finalidad de prevenir y atender la desnutrición de la niñez mexicana; y contribuir a fortalecer la política pública para asegurar una alimentación y nutrición adecuada a las familias en extrema pobreza, la CNPSS continuó reforzando la promoción de una mejor nutrición familiar a través de actividades de seguimiento, control y distribución de suplementos alimenticios (principalmente micronutrimentos en polvo y tabletas; papilla y leche fortificada).

En el marco de la Cruzada Nacional Contra el Hambre (CNCH), en el periodo del 1° de septiembre de 2014 al 30 de junio de 2015 se desarrollaron diferentes acciones a través del Componente de Salud del PROSPERA entre las que destacan, con cifras estimadas para el periodo mencionado, las siguientes:

- Se proporcionó suplemento alimenticio a 1,143,283 niños de 6 a 59 meses de edad, y

- Se distribuyeron suplementos alimenticios a 222,970 mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.

Uno de los indicadores que refleja los avances en la atención de los grupos más desfavorecidos de la población es la mortalidad infantil. Este indicador se ha mantenido con una tendencia a la baja, gracias a la coordinación entre los integrantes del SNS. Conforme a las cifras disponibles, entre 2012 y 2013 se observó una reducción de 3 décimas, pasando de una tasa de 13.3 defunciones por cada mil nacidos vivos, a una de 13.0 defunciones por cada mil nacidos vivos, respectivamente, y se estima que en 2014 sea de 12.7 defunciones por cada mil nacidos vivos.

Para **mejorar la calidad de la atención de la salud en recién nacidos y en menores de cinco años**, durante el periodo del 1° de septiembre de 2014 y el 30 de junio de 2015, a través del PROSPERA, en su componente de salud, se alcanzaron los siguientes resultados:

- Se logró una cobertura con cifras estimadas de 1,532,850 niños menores de 5 años de edad en control beneficiarios, es decir, que cumplieron con sus citas programadas, así como la asistencia de la familia a los talleres impartidos para el autocuidado de la salud, y

- Con la finalidad de mejorar el desarrollo de la niñez mexicana, en los ámbitos motor, cognitivo y socio-emocional, se pusieron en marcha cinco Centros Regionales de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana, en los estados de Michoacán, Nuevo León, Yucatán, Guerrero y Sinaloa.

Adicionalmente, con el propósito de **asegurar una cobertura efectiva en vacunación**, los Laboratorios Biológicos y Reactivos de México S. A. de C. V. (BIRMEX), empresa paraestatal encargada de desarrollar, producir, comercializar y distribuir las vacunas, sueros y biológicos utilizados para los programas de inmunización en el país, realiza actividades apegadas al PROSESA, para garantizar una adecuada protección contra amenazas epidemiológicas, además, fortalece la capacidad de respuesta ante emergencias de salud, que aseguran la producción nacional de vacunas y otros dispositivos médicos, estratégicos para la seguridad nacional.

Para dar cumplimiento a estas acciones, BIRMEX ha determinado los objetivos estratégicos siguientes:

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS
• Asegurar que BIRMEX sea el mayor proveedor de vacunas, sueros y reactivos para el sector público con el fin de contribuir a la salud pública a través de la venta de productos a bajo costo;
• Diversificar las líneas de negocio e incrementar la participación en el mercado nacional e incursionar en el internacional con productos de calidad, para satisfacer las necesidades de los clientes;
• Mantener actualizada la plataforma tecnológica para mejorar la competitividad, y
• Fortalecer el desarrollo administrativo con el objeto de mejorar el desempeño institucional.

Bajo estos objetivos, de septiembre de 2014 a agosto de 2015, las plantas productivas de los Institutos Nacionales de Higiene y de Virología, mantuvieron el certificado de Buenas Prácticas de Fabricación (BPF) por parte de la COFEPRIS, conforme a la Norma Oficial Mexicana NOM-059-SSA1-2013, Buenas prácticas de fabricación de medicamentos.

Es importante destacar que la planta de producción del Instituto Nacional de Virología se encuentra en proceso de remodelación desde diciembre de 2014, con la finalidad de atender recomendaciones de la COFEPRIS y mantener su certificado BPF. Organismos internacionales como la OMS, han destacado el papel relevante de BIRMEX como empresa productora de vacunas y han impulsado sus acciones para que esta paraestatal se convierta en una empresa que contribuya al abasto global de vacunas. Una vez que BIRMEX ha demostrado la consistencia de sus procesos en apego con las BPF y las certificación de los mismos, encauza ahora sus acciones para conservarlos a través de la mejora continua para alcanzar la precalificación de dicha organización con el objetivo de internacionalizarse.

Para garantizar la oportunidad, calidad, seguridad y eficacia de los insumos para la salud, BIRMEX presenta las acciones realizadas y los resultados logrados del 1° de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015:

- La planta para la fabricación de la vacuna contra la influenza en México, se encuentra en una etapa avanzada de construcción, ha recibido comentarios satisfactorios en las visitas por parte de expertos de la OMS y de representantes del socio comercial; al mismo tiempo, se realizan acciones para la transferencia de tecnología necesaria para las siguientes etapas del proyecto (inspecciones, pruebas y certificación, previas a la puesta en operación de la misma), con la finalidad de acelerar la conclusión de la planta y por ende la producción de la vacuna, Birmex se encuentra en gestiones para la creación de una Asociación Público Privada con una empresa líder en la industria farmacéutica, y

- Ya se cuenta con el registro de marca para la vacuna de influenza y se han diseñado estrategias regulatorias que le permitan, una vez concluidos los trabajos de validación, registrar la vacuna de influenza que será producida en su totalidad en nuestro país.

En lo referente a la comercialización, en el mismo periodo, se colocaron en el mercado nacional más de 84 millones de dosis, tanto de vacunas de producción propia como de importación que corresponden en su mayoría (69%), a vacunas virales, como la vacuna antipoliomielítica oral trivalente (OPV), seguido de vacunas bacterianas como Tétanos-Difteria (Td) (21%). Estas dosis producidas y comercializadas, han favorecido las políticas públicas a través del suministro oportuno de vacunas de calidad

y accesibles a toda la población mexicana con el fin de prevenir y controlar enfermedades inmunoprevenibles.

En cuanto a la producción de biológicos para el mismo periodo, ascendió a 41.99 millones de dosis, de las cuales 35.1 millones corresponden a vacunas virales, 6.89 millones a vacunas bacterianas y se fabricaron 189 mil frascos de faboterápicos empleados para el tratamiento de intoxicaciones ocasionadas por mordedura de serpientes y picaduras de alacrán. Esta producción permitió surtir las vacunas necesarias para las semanas de vacunación de la SS.

Simultáneamente con los procesos de producción, las actividades encaminadas a garantizar la calidad de los productos fabricados y distribuidos, están enfocadas a evaluar el control de los trabajos para asegurar la consistencia de los procesos de fabricación. En materia de calificación y validación, se calificaron un total de 172 equipos, 44 sistemas y se validaron 41 procesos. Todo este trabajo se realizó con recursos propios.

Con respecto a las actividades analíticas, se evaluó la calidad de las materias primas y de los productos de las diferentes etapas de fabricación, realizando un total de 6,764 pruebas, adicionalmente, se efectuaron 69,955 evaluaciones a Sistemas Críticos. Se monitorearon procesos como el de agua de grado inyectable, el sistema de aire farmacéutico HVAC (por sus siglas en inglés de *Heating, Ventilating and Air Conditioning*), así como vapor y aire comprimido. Se validaron 15 métodos analíticos para garantizar que se cuenta con métodos reproducibles, confiables y conforme lo dicta la normativa.

Internamente, para evaluar su desempeño, se realizaron un total de 72 auditorías en BIRMEX. Se realizaron un total de 24 auditorías a proveedores, para garantizar la calidad de las materias primas y servicios que pueden incidir en la calidad de los productos fabricados.

Otras actividades realizadas en materia de calidad incluyen el seguimiento a planes para acciones preventivas y correctivas, controles de cambio, seguimiento a quejas y de investigación de desviaciones, entre otras, todo ello como parte del sistema de calidad.

El área de investigación y desarrollo de BIRMEX realiza diversos proyectos, encaminados a la mejora de productos o procesos actuales; desarrollo de nuevos productos y vinculación científica y académica con otras instituciones nacionales y extranjeras. En esta área se desarrollan proyectos prioritarios en las tres principales vertientes de investigación:

- Estudios Clínicos: que permiten contar con información clínica propia sobre la seguridad y la efectividad de los productos que BIRMEX produce y comercializa. Los resultados de los estudios clínicos permitirán fortalecer los expedientes regulatorios y comerciales, así como incrementar las oportunidades de comercialización dentro y fuera de México (exportación).

- Infraestructura: El escalamiento de los proyectos de investigación y desarrollo a nivel piloto requiere de instalaciones especialmente dedicadas a ese fin, que cumplan con la normatividad vigente para la producción de biológicos, para que el material que ahí se genere pueda ser utilizado para estudios clínicos. La infraestructura desarrollada permitirá realizar diversos proyectos.

- Desarrollo y Mejoramiento de Productos: proyectos para generar nuevos productos, así como para optimizar los procesos de producción.

Las acciones realizadas en desarrollo, producción y surtimiento de biológicos, contribuyen al cumplimiento del PND, y del PROSESA, con el propósito fundamental de hacer frente a las enfermedades prevenibles por vacunación en la población mexicana.

Para **proveer intervenciones de salud enfocadas en prevención y atención oportuna del menor de cinco años,** el programa académico del INP provee capacitación a los médicos residentes a través de simulación médica. En su Centro de Adiestramiento en nutrición se capacitó con esta técnica a 331 médicos residentes de todas las especialidades, con lo cual se inició el programa Nutrición Niño Sano.

Dentro de las acciones para **coadyuvar en la provisión de alimentos y suplementos alimenticios para una nutrición adecuada,** a través de la Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria, conformada por cuatro programas que operan con recursos federales del Ramo 33 Fondo V.i., se obtuvieron los siguientes resultados:

- Con el Programa de Desayunos Escolares, los Sistemas Estatales DIF distribuyeron en total 1,068,637,197 desayunos, en beneficio de 5,519,902 niñas y niños en promedio al día, repartidos en 2,300 municipios;

- A través del Programa de Menores de Cinco Años en Riesgo no Escolarizado, los Sistemas Estatales DIF distribuyeron 83,531,551 raciones alimenticias, en 1,705 municipios, que beneficiaron a un promedio diario de 425,225 niñas y niños;

- Mediante el Programa Asistencia Alimentaria a Familias en Desamparo, los Sistemas Estatales DIF distribuyeron 772,729 despensas, con lo que se apoyó a 225,016 familias en 402 municipios, y

- Con el Programa de Asistencia Alimentaria a Sujetos Vulnerables, los Sistemas Estatales DIF distribuyeron 8,209,099 despensas, en apoyo a 947,194 sujetos vulnerables en 2,040 municipios.

Mediante el Programa de Desarrollo Comunitario Comunidad Diferente (PDCCD), durante el periodo del 1º de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015, se capacitó a 22,475 personas, lo que permitió desarrollar 3,664 proyectos de desarrollo comunitario.

La participación del SNDIF en la CNCH, se llevó a cabo en coordinación con los SEDIF, a través del Subprograma de Infraestructura, Rehabilitación y/o Equipamiento de Espacios Alimentarios del PDCCD; al cierre del ejercicio fiscal 2014, se habían autorizado 31 proyectos estatales, con los que se apoyaron 3,536 espacios alimentarios rehabilitados o equipados, en beneficio de 288,764 personas en 438 municipios de la CNCH. Asimismo, al 31 de agosto del 2015 se han aprobado 32 proyectos con los que se pretende apoyar 1,826 espacios en 446 municipios, para beneficiar a 184,716 personas.

Para **fomentar el desarrollo de capacidades para ofrecer a los niños y niñas buenas prácticas de crianza y estimulación temprana** y garantizar un adecuado desarrollo físico y emocional de los futuros ciudadanos, es importante la promoción de acciones de desarrollo infantil temprano. Al respecto, se han realizado, en el periodo del 1º de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015, las siguientes actividades:

- Distribución, por primera vez en el país, de 11,343,515 tarjetas de prevención y promoción Mejorando el desarrollo de mi hija o hijo, con el fin de lograr el registro y seguimiento por parte de padres o tutores, del desarrollo de un menor;

- Capacitación en temas de desarrollo infantil temprano a 1,547,672 madres y cuidadores de menores de 5 años de edad; 5,900 psicólogos y personal de salud, y

- Capacitación en Evaluación diagnóstica del nivel de desarrollo con la prueba de Battelle, a 873 psicólogos y pediatras de once entidades federativas, con lo que se logró evaluar de forma gratuita a 9,500 niños.

Con la finalidad de apoyar a las entidades federativas para cumplir con lo dispuesto en el Artículo Segundo Transitorio de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, publicada en el DOF el 4 de diciembre de 2014, se realizó una Ley Tipo que fue entregada a cada uno de los SEDIF, para la elaboración de su ordenamiento legal respectivo. Al respecto, se tiene el siguiente avance: cuatro entidades federativas cuentan con leyes aprobadas; ocho cuentan con iniciativas de ley en revisión; y diez están en proceso de elaboración de su iniciativa de ley.

Se regularizó la situación jurídica de 118 niñas, niños y adolescentes albergados en los Centros Nacionales Modelo de Atención, Investigación y Capacitación, Casas Cuna, Casas Hogar y Centro Amanecer para Niños.

En materia de adopciones, en coordinación con los SEDIF y los tribunales superiores de justicia de las entidades federativas, se realizaron acciones con la finalidad de revisar criterios para homologar, en lo posible, el marco normativo, así como estandarizar los procedimientos correspondientes. Se otorgaron 724 asesorías a solicitantes de adopción nacional, y 100 a solicitantes de adopción internacional; se recibieron 43 solicitudes de adopción nacional y tres solicitudes de adopción internacional; adicionalmente, se han recibido 79 seguimientos post-adoptivos internacionales.

La participación del SNDIF en el Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras, permitió que en el periodo de septiembre 2014 a agosto 2015, se otorgaran capacitaciones de nivel básico y capacitación inicial a responsables y asistentes de las estancias; para el primer grupo fueron 4,593, y para el segundo 444. En materia de capacitación complementaria, se impartieron talleres a 15,813 responsables y asistentes en los temas: Crecer con Ellos; Crecer Juntos; Alineación al Estándar de Competencia Laboral EC0435; Capacitación; Evaluación del Desarrollo Infantil, Alimentación y Lego.

Adicionalmente, se aplicó la Encuesta de satisfacción a beneficiarios a 26,818 madres, padres o tutores inscritos en el programa, con el objetivo de conocer su opinión respecto de los servicios ofrecidos en las estancias infantiles.

En coordinación con los DIF Estatales y el Centro de Apoyo a Personas Extraviadas y Ausentes (CAPEA), se realizaron 32 boletines de personas extraviadas y se canalizaron 914 personas a los Sistemas Estatales y Municipales DIF, con el objeto de brindar apoyo social y jurídico.

En lo que respecta al tema de maltrato infantil, a través del SNDIF se atendieron 244 reportes y se efectuaron 893 visitas domiciliarias en las cuales se llevaron a cabo 812 estudios de trabajo social.

Con el fin de **promover la realización del tamiz neonatal metabólico, auditivo y de retinopatía**, en el periodo del 1° de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015, en la SS, se capacitó a 746 profesionales de la salud en tamiz neonatal que se suman a los 588 capacitados en el periodo anterior.

Para **reforzar la acción comunitaria en el desarrollo infantil y la educación inicial** la SS, a través del Programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia, apoya a las entidades federativas para el desarrollo de acciones de capacitación, que contribuyan a reducir la situación de riesgo psicosocial y problemáticas específicas de las niñas, niños y adolescentes, cuyos resultados fueron los siguientes:

- En materia de atención a la primera infancia, se atendió a 38,195 niñas y niños en 538 Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil en 190 municipios, y a 73,478 niñas y niños en 1,814 Centros de Asistencia Infantil Comunitarios de 538 municipios;

- Se tienen registrados 1,392 Clubes de Salud del Niño, distribuidos en 487 municipios, con un total de 62,285 niñas y niños socios, que beneficiaron a más de 47,531 padres y madres;

- Para prevenir riesgos por adicciones, los Sistemas Estatales y Municipales DIF aplican los talleres que CONADIC desarrolló en la materia, con el apoyo del SNDIF. Los Sistemas Estatales y Municipales DIF recibieron la capacitación de los talleres por parte del Sistema Nacional DIF, y se cuenta con una cobertura reportada de 63,652 niñas, 63,694 niños, 119,097 adolescentes mujeres y 122,376 adolescentes hombres en las 32 entidades federativas, que se llevaron a cabo a través de 1,672 talleres, 7,336 pláticas, 35 desfiles, 27 foros, 154 campañas, 57 ferias y 146 actividades varias;

- Para atender la problemática de niñas, niños y adolescentes en situación de calle, se pusieron en práctica proyectos educativos y de atención especializada, diseñados y operados por 37 OSC y nueve entidades federativas, en beneficio de 15,319 niñas, niños y adolescentes.

- Para la Prevención, Atención, Desaliento y Erradicación del Trabajo Infantil, se realizaron acciones preventivas, en las que se atendió a 161,837 niñas y niños en riesgo de incorporarse a actividades laborales, así como a 145,762 niñas, niños y adolescentes, y

- En torno a la Atención de la Explotación Sexual Infantil, se realizaron campañas y actividades en materia de prevención, en los que participaron 151,508 niñas y niños; así como 46,020 adultos.

Con las acciones en relación a la Promoción del Buen Trato, durante el periodo septiembre de 2014 a agosto de 2015, se benefició a 135,493 niñas, niños y adolescentes, 27,837 madres, padres y tutores.

- En el rubro de Atención Integral e Individualizada a Niñas, Niños y Adolescentes en situación de desamparo, albergados en las Casas Hogar del SNDIF, se proporcionaron servicios asistenciales a un promedio de 322 menores en el periodo que se reporta.

Se han realizado investigaciones con un impacto social, económico y académico, entre las que se resalta: El Modelo integral de atención al desarrollo social comunitario, la nutrición y el neurodesarrollo infantil, proyecto de impacto en menores de cinco años de edad, pertenecientes a comunidades con un alto grado de marginación y cuyo propósito es conocer el diagnóstico basal y del neurodesarrollo para fortalecer la intervención nutricional de estos niños.

Estrategia 4.2.

Asegurar un enfoque integral y la participación de todos los involucrados para reducir la mortalidad materna, especialmente en comunidades marginadas

Una de las líneas de acción sobresalientes en esta estrategia es la de **asegurar un enfoque integral y la participación incluyente y corresponsable en la atención del embarazo, parto y puerperio.**

La RMM en 2013 fue de 38.2 defunciones maternas por cada 100 mil nacidos vivos (861 defunciones maternas), lo que representa una reducción de 4.1 puntos con respecto a la RMM de 42.3 defunciones maternas por cada 100 mil nacidos vivos registrada en 2012 (960 defunciones maternas). La tasa de mortalidad neonatal en 2013 fue de 7.7 defunciones por 1,000 nacidos vivos (17,428 defunciones), lo que representa una reducción de 0.6 puntos con respecto a la tasa de 8.3 de 2012 (18,874 defunciones).

Dentro de las actividades llevadas a cabo para alcanzar estos objetivos:

- Se impartieron 20 talleres para el fortalecimiento de redes comunitarias para coadyuvar en el cuidado de la salud materna y perinatal en siete entidades federativas, duplicando lo realizado en el periodo anterior, y

- Se orientó a 1,056 usuarias/os de todo el país a través de la línea 01-800-MATERNA, que se suman a los 2,083 usuarios atendidos en el periodo anterior.

Con el propósito de **mejorar la calidad de la atención materna en todos los niveles de atención,** el 10 de diciembre de 2014 se realizó, por primera vez, la reunión nacional denominada Atención Pre-gestacional: retos en salud materna y perinatal, que tuvo una participación de 112 representantes de todo el país.

En materia de **fortalecimiento de la atención perinatal con enfoque de interculturalidad**, la DGPLADES capacitó y sensibilizó, mediante el Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado Intercultural y Seguro, al personal hospitalario de las siguientes entidades federativas: Baja California, Chihuahua, Distrito Federal, Durango, Estado de México, Querétaro, Sinaloa y Veracruz.

En este modelo destaca el Hospital de la Guajolota en Durango y el Hospital General de Tula, Hidalgo, que lo han implementado en los partos atendidos vía vaginal.

Se realizó el Encuentro Nacional de Parteras, en el que se actualizaron 900 personas en la atención a la mujer embarazada y el niño, y se promocionó la lactancia materna.

En cuanto a **proporcionar consejería y el acceso a la anticoncepción para prevenir el embarazo no planeado** en adolescentes, se realizaron diversos talleres nacionales, pláticas, conferencias preventivas y canalizaciones estatales que lograron una cobertura de atención de 6,113 niñas; ocho niñas embarazadas o madres; 221,538 mujeres adolescentes; 8,874 adolescentes embarazadas o madres, así como ocho niños y 165,456 adolescentes hombres en las 32 entidades federativas. El Modelo Nacional de Prevención y Atención de Niñas y Adolescentes Embarazadas fue revisado y cuenta con indicadores específicos, diseñados para contribuir a la implementación de la Estrategia Nacional.

Para promover y difundir los derechos de las niñas, niños y adolescentes, se realizaron pláticas, ferias, foros, campañas y desfiles en los que se difundió información sobre el tema a 242,855 niñas, niños y adolescentes y 56,368 adultos.

Dentro de la línea de acción encaminada a **fortalecer la atención oportuna y de calidad en emergencias obstétricas, considerando redes efectivas interinstitucionales de servicios** se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Actualización de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio;

- Se supervisaron los procesos de atención del embarazo, parto, emergencia obstétrica y puerperio en 43 hospitales de las 32 entidades federativas a través del Grupo de Fuerza de Tarea en Salud Materna; 23 hospitales y 22 entidades federativas más en comparación con el periodo anterior;

- Se capacitó a 384 profesionales del primer nivel de atención, que se suman a los 213 capacitados en el periodo anterior en el marco de la Estrategia Salud Materna 100; el 3 de diciembre de 2014, se realizó un Foro de Partería para incorporar a las parteras tradicionales al modelo de atención vigente al que asistieron 47 parteras tradicionales y 200 profesionales de la salud de 27 entidades federativas, y

- En lo que concierne a la salud materna, la tasa de muerte materna pasó del 23% en el 2013 a 20.3% en 2014. El Programa IMSS-PROSPERA ha mantenido una tendencia descendente y de cumplimiento de los ODM en relación con la reducción de la muerte materna.

Para **consolidar el proceso de vigilancia epidemiológica, búsqueda intencionada y reclasificación de muertes maternas**, y con el fin de reducir la mortalidad materna, se han llevado a cabo mediciones y acciones, entre las que se encuentran:

- Continuar con la labor de asesoría en materia de la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS a las entidades federativas e instituciones de salud de México y a los países de América Latina a través del Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades (CEMECE).

Se continúa con la Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas (BIRMM) en todo el país, en coordinación con las instituciones de salud de México. Como resultado de su ejecución, la estadística oficial del país ha sido corregida año tras año, asegurando con ello evidencia de calidad para la toma de decisiones en materia de salud pública (en 2013 el 35% de las muertes maternas oficiales fueron rescatadas para la estadística gracias a este proceso).

En septiembre de 2014, el CEMECE publicó los resultados de la BIRMM en la revista *Salud Pública de México.*

ACTIVIDADES PARA FORTALECER EL PROCESO DE ATENCIÓN A LA SALUD REPRODUCTIVA QUE LLEVA A CABO LA CCINSHAE
• El 4 de septiembre de 2014 se firmó el Convenio con el Instituto de Salud Pública del estado de Guanajuato y el 1 de octubre de 2014 con los Servicios de Salud del estado de Morelos; • Establecimiento de la línea de base diagnóstica (infraestructura, estructura, equipamiento, calidad en la atención y conocimiento de la población sobre acciones preventivas en las 5 etapas del ciclo de vida materna); • Desarrollo de estrategias operativas direccionadas en 3 vertientes: fortalecimiento de la infraestructura y equipamiento; capacitación al personal interdisciplinario de la estructura de salud en cada estado y fortalecimiento de intervenciones de educación en la comunidad, y • Evaluación epidemiológica a través de la medición permanente de indicadores de proceso e impacto de cada una de las estrategias de intervención.

FUENTE: Carpeta de Junta de Gobierno del Instituto Nacional de Perinatología O-01/2015.

Con el objeto de **promover la participación comunitaria para el apoyo a embarazadas y mujeres con emergencias obstétricas,** se realizaron las siguientes actividades:

- Se proporcionó albergue a 25,537 embarazadas y puérperas en 100 Posadas para el Apoyo de la Mujer Embarazada (Posadas AME), para favorecer su acceso a unidades de atención médica; en el periodo anterior, se apoyó a 19,058 mujeres en 85 posadas, y

- Acompañamiento a 56,780 embarazadas y puérperas con la participación de 51,708 madrinas y padrinos comunitarios en 521 municipios de ocho entidades federativas (Hidalgo, Guerrero, Morelos, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Tlaxcala y Veracruz); durante el periodo anterior 47,530 embarazadas y puérperas fueron acompañadas por 68,770 madrinas y padrinos en 508 municipios.

- A fin de intensificar la capacitación y supervisión de la calidad de la atención materna y perinatal, el INPer, ha realizado un intercambio de información , capacitación, investigación y otras acciones análogas, en materia de salud sexual reproductiva y gineco-obstetricia, con el Instituto de Salud Pública del estado de Guanajuato y los servicios de salud de Morelos y Tlaxcala; así como contratos en comodato con los estados de Guanajuato y Morelos.

Estrategia 4.3.

Fortalecer los servicios de promoción y atención brindados a la población indígena y otros grupos en situación de vulnerabilidad[17]

En un esfuerzo por **incorporar el enfoque intercultural y de género en el diseño y operación de programas y acciones para la población** y disminuir las barreras que dificultan la atención de la salud a población indígena, la SPPS, certificó a 62 promotores de salud hablantes de alguna lengua indígena, de los cuales 28 corresponden al estándar EC0076 Evaluación de competencia con base en estándares de competencia. Asimismo, al 31 de julio de 2015, se cuenta con 28 promotores certificados en el estándar EC0196, de los cuales 12 tienen doble certificación que corresponde al estándar EC0076; esta cifra representa el 43.75% de la meta programada para diciembre de 2015.

La DGPLADES, con el propósito de promover la atención a la Salud de los Pueblos Indígenas en el marco de la política intercultural, en el periodo de septiembre de 2014 a agosto de 2015, difundió a las áreas de Planeación en los SESA, las Guías de Implantación de modelos interculturales, que promueven la visibilidad y la adecuación, con perspectiva intercultural, de los programas y acciones en salud para la población indígena.

En el mes de marzo de 2015, la DGPLADES, en coordinación con la Comisión para el Diálogo con los Pueblos Indígenas de México (CDPIM), de la SEGOB, realizó actividades de asesoría y acompañamiento a solicitudes de atención en salud de asociaciones y agrupaciones indígenas nacionales.

Por otra parte, se inauguró el módulo de Medicina Tradicional en el complejo médico Gonzalo Río Arronte, en Atlixco, Puebla, que se suma a los nueve Hospitales Integrales con medicina tradicional que operan en el estado. Respecto a las medicinas complementarias, en el estado de Nuevo León se implementaron acciones de promoción del ejercicio saludable *Qi Gong,* en 16 centros de salud, para incidir en la des-medicalización de la atención.

Por otra parte, en el marco del Programa 6 Pasos de la Salud con Prevención, se da continuidad al fomento sanitario en comunidades vulnerables mediante la promoción del saneamiento básico, con el objetivo de disminuir las enfermedades del rezago. En este sentido, se refuerza la atención en comunidades indígenas mediante el convenio de colaboración de COFEPRIS - CDI - Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI), en el que, con el apoyo de traductores, se transmite información en 17 lenguas indígenas.

Derivado del convenio realizado entre la CONAMED y el INALI, se realizaron las actividades siguientes:

- Traducción de los derechos generales de los pacientes a once lenguas indígenas, y

- En coordinación con el INALI, se diseñaron once folletos de Los Derechos Generales de los Pacientes en lenguas indígenas.

17 Las personas migrantes, consideradas como un grupo poblacional en situación de vulnerabilidad, poseen factores de riesgo a la salud propios de su condición de tránsito. Las acciones específicas que la SS ha realizado en el tema, están plasmadas en las estrategias 4.3, 4.6, 5.4 y 6.6 del presente informe.

Se capacitó a 6,689 personas que participaron en cursos de interculturalidad en salud.

Para **fortalecer la red de atención primaria a la salud con énfasis en unidades móviles de salud** y fomentar el desarrollo de infraestructura y la puesta en marcha de las UMM así como su equipamiento en zonas de población vulnerable, la DGPLADES, a través del Programa UMM[18] con 1,505[19] UMM da cobertura a 1,060 municipios y 24,472 localidades, en beneficio de 4.24 millones de personas.

Durante el periodo de septiembre a diciembre de 2014 se transfirieron a las entidades federativas 50.5 millones de pesos, para cubrir el complemento anual de sueldos, así como parte proporcional de aguinaldos del personal operativo y gerencial del programa.

Respecto de los recursos trasferidos a las entidades federativas, al mes de agosto de 2015 se radicó la cantidad de 358.7 millones de pesos, para cubrir los conceptos de sueldos del personal gerencial y operativo, viáticos y pasajes del personal gerencial y aseguramiento de las UMM.

En el periodo septiembre de 2014 con proyección a agosto de 2015, se estiman realizar 12.8 millones de acciones de las cuales 2.6 millones corresponden a atenciones médicas del CAUSES y 10.2 millones a acciones de promoción y prevención de la salud.

En noviembre de 2014 se puso en operación el módulo para la captura de solicitudes de certificados de necesidad para UMM, de acuerdo a las reglas de operación del programa.

En este sentido, en 2014 se emitieron cinco Certificados de Necesidad para este tipo de unidades, mismos que fueron incluidos en el Plan Maestro de Infraestructura Física (PMI) en salud.

18 Del 2007 al 2014 al Programa Presupuestario S-200 se le denominó Programa Caravanas de la Salud; y a partir del 2015, cambia su denominación a Programa UMM.

19 Es importante señalar que de las 1,505 UMM, 790 corresponden a unidades federales que dan cobertura a 727 municipios y 10,675 localidades, en beneficio de 1.6 millones de personas, y 715 a unidades estatales, con las que se atienden 566 municipios y 13,797 localidades, en beneficio de 2.6 millones de personas. Cabe mencionar que, los municipios en cobertura del Programa UMM no se suman directamente porque se incurriría en duplicidades, dado que las rutas de las UMM se definen y operan en razón de las localidades que frecuentemente corresponden a más de un municipio y, por ello, existen coincidencias de más de una UMM en un mismo municipio.

Por otra parte, para fomentar el desarrollo de infraestructura y puesta en marcha de UMM, durante septiembre de 2014 a agosto de 2015, el Programa IMSS-PROSPERA ha incorporado por primera vez, 30 UMM destinadas a la atención de población rural e indígena de las Delegaciones estatales en Chiapas, Guerrero, Michoacán, Puebla, San Luis Potosí e Hidalgo, para 48 municipios y 269 localidades, en beneficio de 190,405 personas, de las cuales 129,563 personas pertenecen a 18 pueblos indígenas.

A fin de **incorporar redes de telemedicina y uso de la telesalud en zonas de población que vive en situación de vulnerabilidad** se ha dado seguimiento al proyecto denominado Red de Servicios Integrados y Regionalizados de Atención Perinatal de Calidad, propuesto por la SS para contribuir a disminuir la morbilidad materna y fetal, se han llevado a cabo 3 etapas:

1. Gestión interinstitucional: Entre la SS de los estados de Guanajuato y Morelos, el INER, y el Banco Interamericano de Desarrollo;

2. Establecimiento de la línea base diagnóstica (infraestructura, estructura, equipamiento, calidad de la atención y conocimiento de la población sobre acciones preventivas en las cinco etapas del ciclo de vida materna) en todas las jurisdicciones de los estados a intervenir, y

3. Desarrollo de estrategias operativas direccionadas en tres vertientes: a) fortalecimiento de la infraestructura y equipamiento; b) capacitación al personal interdisciplinario de la estructura de salud en cada estado, y c) fortalecimiento de intervenciones de educación en la comunidad.

El 4 de septiembre de 2014 se firmó el convenio con el Instituto de Salud Pública del estado de Guanajuato y el 1 de octubre del mismo año, con los Servicios de Salud del estado de Morelos.

Se capacitó al personal de los HFR para la gestión médica en la emergencia obstétrica y se llevó a cabo el Programa de Calidad en la Atención Médica, a través de proyectos de mejora de la calidad en la atención materna y perinatal.

La implementación de proyectos de Telesalud que realiza el CENETEC-Salud, facilita el acceso de los usuarios a la atención médica de especialidad, mediante la creación de modelos de atención médica a distancia, al incrementar

la red de atención de Telemedicina e incorporar su uso en zonas de población que vive en situación de vulnerabilidad. Para lograr el crecimiento de los proyectos de Telesalud a nivel nacional, CENETEC-Salud apoya la implementación de proyectos a través de asesorías, recomendaciones y dictámenes técnicos. En este rubro, del 1° de septiembre de 2014 y el 31 de agosto de 2015, se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- Asesoría a 15 entidades federativas y diversas instituciones de salud, para la incorporación de proyectos de Telemedicina y Telesalud, lo que derivó en la dictaminación de ocho proyectos;

- Se llevó a cabo el Congreso de Telesalud Región de las Américas 2014, en Monterrey, Nuevo León, en el que participaron 828 asistentes presenciales y 1,972 asistentes vía remota *(streaming)*. Este congreso generó conocimiento y sirvió para compartir experiencias en la implementación de programas de Telesalud que favorecen a la población en situación de vulnerabilidad, y

- Egresaron las tres primeras generaciones del curso virtual: Modelo Operativo de la Teleconsulta, que ofrece el CENETEC-Salud en el Campus Virtual de Salud Pública de México, con un total de 94 profesionales de la salud capacitados, a los que se les proporciona un marco de referencia para la adecuada operación de los procesos involucrados en la práctica de la Teleconsulta.

Para **adecuar los servicios a las necesidades demográficas, epidemiológicas y culturales de los grupos en situación de vulnerabilidad**, el tema de Redes de Servicios ha servido también como articulador del Sector Salud con la Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano (SEDATU), para ejecutar el piloto del Sistema de Evaluación de Proyectos de Desarrollo Regional con proyectos de Salud. La colaboración con esta estrategia de gestión de inversión pública permitirá aumentar la productividad, competitividad y crecimiento económico. Este piloto fue presentado en el cierre de la LXII Legislatura como parte de los trabajos de la Comisión Especial de Promoción de Desarrollo Regional de la Cámara de Diputados.

Como parte de las acciones en materia de protección social en salud en beneficio de la población indígena, se obtuvieron los resultados plasmados en el Cuadro 15.

CUADRO 15. AFILIACIÓN AL SPSS EN MUNICIPIOS DE HABLA INDÍGENA

Concepto	2014[1/]	2015[2/]	Variación % anual
Número de personas afiliadas en localidades con 40% o más de habla indígena	6,886,656	7,104,029	3.1

FUENTE: Padrón Nacional de Beneficiarios del SPSS.
1/ Frecuencia acumulada, junio 2014.
2/ Frecuencia acumulada, junio 2015.

- Al mes de junio de 2015, de manera acumulada, se contaba con un total de 7.1 millones de afiliados, lo que significó un incremento de 3.1% respecto al año pasado;

- Se publicó el Manual de inducción al enfoque intercultural en la atención a la salud de la población indígena, con un tiraje de 2 mil ejemplares, como apoyo a la capacitación que brindan los gestores del Seguro Popular, y

- Se realizaron y difundieron un total de 31 entrevistas otorgadas por médicos especialistas, en 21 radiodifusoras del Sistema de Radiodifusoras Culturales Indigenistas (SRCI) de 16 estados del país, repartidas en 965 municipios que, en suma, representan una población hablante de lengua indígena de 5,484,538 personas. Los temas tratados fueron: atención del embarazo y parto; obesidad y sobrepeso; VIH y sida; faringoamigdalitis aguda, desnutrición; diabetes, y tuberculosis.

En el marco de la estrategia de inclusión y bienestar social denominada CNCH, enfocada a personas en situación de pobreza y pobreza extrema, se consolidaron los resultados que pueden observarse en el Cuadro 16.

CUADRO 16. AFILIACIÓN AL SPSS EN MUNICIPIOS DE LA CNCH.

Concepto	2014[2/]	2015[3/]	Variación % anual
Número de personas en grupos vulnerables afiliadas (CNCH)[1/]	4,259,418	7,676,380	80.2

FUENTE: Padrón Nacional de Beneficiarios del SPSS.
1/ Contiene la información correspondiente a la primera y segunda etapa de la CNCH. En junio de 2014 pasó de 405 municipios a 1,012 municipios.
2/ Frecuencia acumulada, junio 2014.
3/ Frecuencia acumulada, junio 2015.

Asimismo, en los HRAE se ha brindado atención a población indígena monolingüe así como a migrantes nacionales y extranjeros, principalmente en los estados de Chiapas, Oaxaca y Yucatán.

Los HRAE, de la CCINSHAE, realizan diversas actividades para brindar servicios a la población indígena:

- El CRAE de Chiapas ha producido materiales en lenguas tzotzil y tzeltal; y cuenta con personal que presta servicios de traducción para la mejor atención de la población.

- El personal del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca (HRAEO) participó en la identificación de las lenguas maternas con más usuarios que demandan los servicios. Lo anterior con el fin de garantizar los derechos de los pacientes y romper así con una de las principales barreras de intercomunicación que se presentan en la atención médica. Este trabajo fue premiado por el Congreso Internacional de Calidad y Seguridad del Paciente organizado por el Hospital ABC.

- En el HRAEI se desarrolla un programa de Interculturalidad.

- El HRAEPY tiene un área de influencia que abarca los tres estados de la región por lo que buena parte de la población atendida corresponde a población indígena. El hospital otorga sus servicios con el apoyo de siete traductores de lengua maya, distribuidos en los diferentes turnos de atención a los pacientes monolingües que acuden.

A través de las radiodifusoras con que cuenta la CDI, se transmitieron los derechos de los pacientes en 36 lenguas indígenas.

Asimismo, se difundió a través de la página web de la CONAMED, el audio de los derechos de los pacientes traducido a 21 lenguas indígenas.

Estrategia 4.4.

Consolidar la prevención, detección y atención integral de casos de violencia familiar en niñas, niños, adolescentes, adultos mayores y género

Para **ampliar la cobertura de atención a las personas que viven violencia familiar y de género,** en los Centros Nacionales Gerontológicos y Casas Hogar para Ancianos, se otorgaron servicios de atención médica, psicológica y de trabajo social, con lo que se benefició a un promedio de 440 adultos mayores.

Otra de las vertientes es la modalidad de Atención de Día, en la que se da atención diurna a las personas adultas mayores, proporcionándoles servicios de alimentación, actividades recreativas, sociales, médica, psicológica y de trabajo social, entre otras. Un total de 77 adultos mayores son atendidos en promedio mensual, que es la suma de la atención en los cuatro centros gerontológicos con que cuenta el SNDIF en el país.

Adicionalmente, por parte de la SS, para ampliar la cobertura de atención a las personas que viven violencia familiar y de género, se atendieron 207,766 mujeres de 15 años de edad y más, en los servicios especializados para la atención de la violencia familiar; se otorgaron 90,253 atenciones médicas especializadas; 509,685 sesiones de consejería y 568,034 atenciones de apoyo psico-emocional, con un incremento del 9.9% y 21.9%, respectivamente, en comparación con el periodo anterior (463,801 sesiones de consejería y 465,938 atenciones de apoyo psico-emocional). Asimismo, se implementó la Intervención de Reeducación de Víctimas y Agresores de Violencia de Pareja, la cual busca desarrollar nuevas habilidades y comportamientos, tanto en mujeres como en varones, que les posibiliten salir de su situación de violencia y permitan establecer relaciones de pareja en un plano de igualdad, durante el periodo que se informa se integraron un total de 793 grupos con la asistencia de 14,680 mujeres víctimas de violencia de pareja y 706 grupos con la asistencia de 10,465 hombres que trabajan para detener su ejercicio de violencia hacia su pareja.

En materia de refugios para la atención de mujeres en situación de violencia extrema, se brindó atención a 1,882 mujeres, 1,632 niños y 1,658 niñas en los 45 refugios de 27 entidades federativas que recibieron subsidios federales a través de la SS. Además, se impartieron 358 talleres de capacitación en 32 entidades federativas, donde se sensibilizó y capacitó a 3,500 médicos y 6,291 recursos paramédicos vinculados con la atención de la violencia en unidades de salud en la aplicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

También, se inició el desarrollo y piloteo de tres intervenciones preventivas dirigidas a población adolescente hombres y mujeres para la Prevención de la violencia en el noviazgo, la Prevención de la Violencia Sexual en Comunidad esta última en grupos separados por sexo. Se formaron 18 equipos estatales con un promedio de 30 participantes que se formaron como instructores, quienes a su vez formaron 228 grupos de trabajo (61 grupos de hombres y 67 grupos de mujeres para Prevención de la Violencia Sexual en Comunidad y 100 grupos mixtos para Prevención de la Violencia en el Noviazgo).

Estrategia 4.5.

Impulsar la atención integral en salud para las personas con discapacidad

A fin de **promover la reducción de la incidencia de la discapacidad mediante acciones de prevención** y proteger sus derechos, se establecieron esquemas de atención integral. En este sentido, entre las actividades que la SS realiza, se encuentran:

- El INR, cuenta con un Programa de Implante Coclear, que ha sido fortalecido a partir del año 2010, cuando pasó a formar parte del Programa Nacional de Tamiz Auditivo Neonatal e Intervención Temprana del Seguro Médico Siglo XXI. A la fecha se han estudiado un total de 233 pacientes (Cuadro 17).

CUADRO 17. TOTAL DE PACIENTES IMPLANTADOS 2010-2015

2010	2011	2012	2013	2014	2015
12	12	18	18	20	2

FUENTE: Carpeta de Junta de Gobierno del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, O-01/2015.

En el año 2014, el INR, como Centro Colaborador OPS/OMS para la Investigación y Rehabilitación Médica, y en colaboración con el CEMECE, el Grupo de Discapacidad del INEGI, la DGIS, y la Cédula de Discapacidad en

el Distrito Federal, ha seguido trabajando con el propósito de desarrollar un instrumento y capacitación para la aplicación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). En este sentido, en marzo de 2015, con la participación del Dr. Enrique Gil Bellorin de la OPS y el Dr. Nixon Contreras, Director del Programa Nacional de Salud para personas con Discapacidad (PASDIS) de Venezuela, se llevó a cabo el intercambio de capacitación en rehabilitación y discapacidad México – Venezuela.

La División de Rehabilitación Ortopédica del INR, perteneciente a la CCINSHAE, el cual es un centro colaborador de la OPS y de la OMS, tiene como fin la investigación y la rehabilitación médica. Dentro de sus resultados destacan:

- La impartición de 42 cursos de Rehabilitación de columna, en osteoporosis y neurología, y
- La publicación de 10 trabajos de investigación.

Con el propósito de **establecer una red nacional de servicios de rehabilitación para mejorar el acceso a las personas con discapacidad**, el SNDIF cuenta con 21 Centros de Rehabilitación donde se brinda atención de rehabilitación integral, de los cuales cuatro se encuentran en el Distrito Federal y los 17 restantes están distribuidos en 16 estados de la República. Durante el periodo de septiembre 2014 a agosto de 2015, se otorgaron 205,251 consultas médicas especializadas en rehabilitación, comunicación humana, ortopedia, neurología, y 558,252 consultas paramédicas proporcionadas por las áreas de psicología y trabajo social, así como 1,991,335 terapias en sus diversas modalidades.

Para contribuir al desarrollo integral y plena inclusión de las personas con discapacidad se busca asegurar la construcción y adecuación del espacio público y privado, para garantizar el derecho a la accesibilidad. La DGPLADES, con el fin de aportar a las entidades federativas y otras dependencias federales opiniones, asesorías e instrumentos para el análisis y elaboración de proyectos arquitectónicos de infraestructura médica para una mejor distribución de espacios y funcionamiento de las unidades brindó, en el periodo de septiembre de 2014 a agosto de 2015, diversas asesorías a proyectos de infraestructura, para cerciorarse de que la accesibilidad de personas con discapacidad sea uno de los elementos fundamentales para el correcto funcionamiento de las unidades médicas.

Por otro lado, la CONAMED imprimió 10 mil tarjetas sobre los Derechos Generales de los Pacientes, en Sistema Braille, mismas que comenzaron a distribuirse entre las comisiones estatales de Arbitraje Médico, así como en las entidades federativas que no cuentan con este tipo de Comisión.

Con la idea de utilizar los recursos de forma profesional, eficaz y transparente, la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública (APBP) continuó, con la ejecución de programas destinados a atender a su población objetivo, ya sea de forma directa con la entrega de ayudas funcionales en especie, la entrega en comodato de inmuebles de su propiedad, o bien, con el apoyo a programas y proyectos de coinversión en materia de salud y asistencia social de las OSC que participan en su Convocatoria Pública Anual.

En los primeros meses de 2015, la APBP firmó 29 convenios de colaboración con Beneficencias Públicas y

DIF estatales, así como con otras áreas responsables de atender la discapacidad.

Las Ayudas Funcionales en Especie, tienen la responsabilidad de otorgar, de forma directa, a personas que tienen algún padecimiento, los insumos que requieren para mejorar su salud y calidad de vida.

Para la entrega de Ayudas Funcionales, la APBP continuó con los programas denominados: Jornadas Protésicas; Para Oírte Mejor; Para Verte Mejor; Una Rodada de Vida; Para Sentirme Mejor y Para Comerte Mejor.

En las Jornadas Protésicas se entregaron prótesis de cadera y rodilla a personas que por el costo de los bienes y sus condiciones socioeconómicas no cuentan con los recursos para hacerse de alguno de estos insumos. Gracias a este programa, 970 personas en diferentes estados del país, recibieron las prótesis de cadera (455) y de rodilla (515) que requerían para reincorporarse a la vida productiva.

Con el Programa Para Oírte Mejor, se ayuda a mejorar la audición de quien lo necesita, se entregan y facilitan auxiliares auditivos, junto con las terapias de adaptación y lenguaje requeridas. Gracias a este programa se entregaron 23,761 auxiliares auditivos, en beneficio de más de 13 mil personas.

Por su parte, el Programa Para Verte Mejor, brinda la oportunidad a las personas más necesitadas del país a recuperar la visión, ya sea mediante la cirugía del padecimiento de cataratas, que disminuye o nulifica la capacidad visual, o bien con la adquisición de lentes. Con este programa se entregaron, ya sea de forma directa o en colaboración con otros programas de instituciones públicas y privadas, 2,626 lentes intraoculares de tres piezas, en beneficio de igual número de personas.

El Programa Una Rodada de Vida, contribuye a la movilidad e independencia de quienes requieren de esta ayuda. Gracias al mismo, 1,935 personas se favorecieron con la obtención de una silla de ruedas.

En virtud de los buenos resultados arrojados por los programas Para Sentirme Mejor y Para Comerte Mejor, destinados a la atención de los padecimientos de mujeres víctimas de cáncer mamario y adultos mayores que requieren de prótesis dentales, ya se han implementado en varias entidades del país, por lo que dejaron de ser programas piloto. Gracias a estos programas se entregaron y colocaron 50 prótesis o expansores mamarios, con los que se beneficiaron 38 mujeres. Asimismo, 150 adultos mayores recibieron las prótesis dentales que requerían para mejorar su calidad de vida.

Adicionalmente a los programas mencionados, las ayudas funcionales en especie contemplan la entrega de: medicamentos, material de osteosíntesis, concentradores de oxígeno, artículos para enfermedades respiratorias, prótesis de amputado y material de cardiología, entre otros insumos, que incluye el catálogo de ayudas de la APBP. Con estos recursos se ayudó a 499 personas a mejorar su salud y calidad de vida.

La relación con terceros favorece la multiplicación de esfuerzos y entrega de ayudas. En ese sentido, la APBP participa con la sociedad civil organizada, en el desarrollo de proyectos y programas en beneficio de las personas más necesitadas.

En el periodo del 1° de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015, se verificó la debida realización de los proyectos de 104 OSC, así como el impacto obtenido y el buen uso de recursos de los programas en los que la APBP participó.

En junio 2015, se emitió la Convocatoria Pública Anual en la que diversas OSC sin fines de lucro, presentaron proyectos de coinversión en materia de salud y asistencia social. El proceso incluyó la capacitación de un gran número de integrantes de dichas organizaciones y se analizó la viabilidad de la totalidad de los proyectos presentados.

Por otro lado, los donativos gestionados y recibidos son pieza medular para potenciar las ayudas que de forma directa otorga la Beneficencia Pública. Del 1° de septiembre 2014 al 31 de agosto 2015, se sostuvieron diversos encuentros con representantes nacionales e internacionales de: fundaciones, empresas y asociaciones, entre otras, para la obtención de insumos y recursos económicos. Durante este periodo, el generoso apoyo de los donantes se materializó en la obtención y posterior entrega de: insumos médicos; medicamentos; sillas de ruedas; bolsas para diálisis; artículos médicos; máquinas de succión de alta presión; camas para hospital y purificadores de agua, entre otros.

En apoyo a la investigación, se ha dotado con recursos a las Academias Nacional de Medicina de México y Mexicana de Cirugía. Además, la APBP ha respaldado el trabajo en neurohabilitación que la UNAM realiza, con la intención de que el método diagnóstico – terapéutico

que se utiliza durante los primeros meses postnatales para minimizar la manifestación de lesiones cerebrales de origen perinatal, se replique en diferentes entidades federativas del país.

Con la finalidad de **propiciar la coordinación interinstitucional para articular la rehabilitación con acciones de educación, deporte, recreación, capacitación, empleo y asistencia social,** el SNDIF, mediante el Sistema de Registro del Programa Nacional de Credencialización para Personas con Discapacidad, que abarca las 32 entidades federativas, entregó 46,361 credenciales en los 42 módulos que integran dicho Sistema. Con estas credenciales se puede identificar a las personas por tipo de discapacidad.

Estrategia 4.6.

Fortalecer las acciones para la prevención, promoción y atención de la salud de la población migrante

Dentro de las líneas de acción de esta estrategia sectorial, resalta la destinada a **ofrecer asistencia y protección a la salud de la población migrante tanto en territorio nacional como en el extranjero**.

Como parte del impulso de acciones para la prevención y promoción de la salud de los migrantes, la SPPS otorgó 332,875 atenciones a población migrante, de las cuales, el 83% fueron atenciones integradas de línea de vida, que se incrementó en un 7.1% con respecto al periodo anterior. Igualmente se validaron 14 albergues agrícolas como entornos favorables a la salud.

A través de los Módulos de Prevención y Promoción de la Salud de Connacionales Repatriados (ubicados en los cruces fronterizos de Tijuana, Baja California y Matamoros, Tamaulipas), se brinda atención a las necesidades de salud de los migrantes mexicanos que son repatriados de Estados Unidos de América: se proporciona orientación en cuanto a prevención de enfermedades y promoción de la salud; se realizan detecciones oportunas de VIH; medición de presión arterial; niveles de glucosa, e índice de masa corporal entre otras, y en caso de ser necesario se canalizan a instancias de salud.

También se aplican vacunas contra la influenza (AH1N1), se dan valoraciones psicológicas y se les estabiliza en caso de crisis; asimismo, se hacen afiliaciones al Seguro Popular. Durante el periodo de enero de 2013 a julio de 2015, fueron atendidos 9,760 migrantes; se ofrecieron 83,364 servicios. De enero a julio de 2015, un total de 7,126 migrantes repatriados se afiliaron al Seguro Popular, esta cifra asciende a 15,907 migrantes en la presente administración.

A fin de fortalecer la relación bilateral con Canadá en temas prioritarios en salud, la DGRI, en representación de la SS, colabora con el Programa de Trabajadores Agrícolas Temporales México – Canadá (PTAT), para realizar los exámenes médicos requeridos como un requisito previo para que los trabajadores agrícolas temporales puedan laborar en Canadá de manera sana y, en caso de que el trabajador sea diagnosticado con algún padecimiento, se le instaure tratamiento para controlarlo.

Se apoyó y fortaleció la red de hospitales y clínicas de salud que realizan los exámenes médicos en todo el país, para que los trabajadores agrícolas puedan formar parte de dicho programa.

Como parte de la iniciativa a la atención a la salud de los migrantes, el Programa IMSS-PROSPERA otorgó atención primaria y medicamentos en nueve puestos establecidos en Chiapas, Oaxaca, Tamaulipas y Baja California, donde se registraron, de septiembre de 2014 a mayo de 2015, 18,138 consultas. De ellas el 94% a personas provenientes de Honduras, Guatemala y El Salvador.

En el CRAE de Chiapas de la CCINSHAE, principalmente en el HRAE de Ciudad Salud en Tapachula, se ha brindado atención a 66 personas provenientes de diversos países, que han requerido servicios de alta especialidad, incluidos los de hospitalización.

Con el propósito de **ofrecer asistencia y protección a la población infantil y adolescente migrante y repatriada no acompañada**, el SNDIF coordina la operación de una Red de 46 módulos y albergues operados por los Sistemas Estatales y Municipales DIF. En éstos se atendieron 17,343 niñas, niños y adolescentes migrantes no acompañados, tanto de nacionalidad mexicana como extranjera.

Con el objetivo de **apoyar en las labores de repatriación de connacionales enfermos graves** se ofrece la asistencia médica necesaria, de preferencia en el lugar de origen del connacional enfermo que será repatriado a nuestro país, dentro del Programa de Repatriación de Connacionales Enfermos Graves, el cual se ejecuta mediante la coordinación entre los Consulados de México, los SESA y la SS.

Para cumplir la línea de acción que tiene como propósito **ofrecer servicios de promoción y prevención de la salud en los consulados móviles, primordialmente en Estados Unidos de América,** se organizan campañas de prevención y promoción de salud dirigidas a la población migrante que vive en comunidades alejadas y con difícil acceso a estos servicios. Las campañas y ferias de salud se realizan en colaboración con la Red Consular a través de los Consulados Móviles, Consulados sobre Ruedas y las alianzas locales. Durante el periodo de septiembre de 2012 a mayo de 2015 se han atendido a 559,868 personas a través de los Consulados Móviles.

De igual manera, a través de las 50 Ventanillas de Salud ubicadas en los Consulados de México en los Estados Unidos de América y las dos VDS móviles (Kansas City y Nueva Jersey) se **proporcionan consejería, detección oportuna, referencia a servicios de salud y orientación sobre aseguramiento en los Estados Unidos de América,** entre ellas: se brindan servicios de consejería en temas de prevención de enfermedades y promoción de la salud; detección oportuna en VIH y sida; índice de masa corporal; niveles de colesterol; glucosa; entre otras; esto incluye la referencia a servicios de salud (clínicas comunitarias) cuando se requiera de servicio especializado, así como orientación sobre alternativas de aseguramiento médico a mexicanos residentes en los Estados Unidos de América. Durante el periodo de diciembre de 2012 a junio de 2015, se han atendido alrededor de 3.2 millones de personas y se ofrecieron aproximadamente 8.7 millones de servicios.

En Estados Unidos de América, en el marco de la Semana Binacional de Salud y Semana Binacional de Salud Fronteriza, se llevan a cabo en el mes de octubre talleres, ferias, pláticas, atenciones médicas y capacitaciones en materia de salud, informando sobre acciones de prevención de enfermedades y prevención de la salud para los migrantes y sus familias en Estados Unidos de América y México, a través de las VDS; Consulados de México en Estados Unidos de América, y agencias asociadas. Lo anterior a fin de **fortalecer las Semanas Binacionales de Salud.**

En ellas participan alrededor de 3,500 agencias encabezadas por consulados y 178 comités con diversas actividades como talleres, y pláticas, entre otras, en favor de la salud de los migrantes que viven en Estados Unidos de América. Se lleva a cabo el Foro Binacional de Políticas Públicas sobre Salud y Migración con la participación de expertos de México y Estados Unidos de América; con el objetivo de proporcionar un espacio de discusión entre actores relevantes y tomadores de decisiones; el cual culminó en una propuesta de políticas públicas en el tema de salud y migración.

Estrategia 4.7.

Intensificar las acciones de promoción, prevención y atención de la salud en las enfermedades desatendidas

Con el propósito de **consolidar las acciones interinstitucionales para la atención de las enfermedades en vías de eliminación,** se llevaron a cabo varias acciones de trabajo.

México se encuentra en proceso de eliminación de la Oncocercosis para lo cual, en junio de 2015, se llevó a cabo la visita de expertos de la OMS, para verificar el impacto que han tenido las acciones de prevención y control. La recomendación de la misión internacional es en el sentido de que la OMS declare al país libre de este padecimiento. A nivel global, México es el tercer país que ha logrado erradicarla después de Colombia y Ecuador; cabe destacar que en nuestro país de 1990 a 2008, el área oncocercosa estaba constituida por tres focos endémicos, dos en Chiapas, y uno en Oaxaca, con 670 localidades afectadas.

Con respecto al Programa de Tracoma, en 2015, inició el estudio de Prevalencia de tracoma folicular en menores de 10 años, en municipios no conocidos con tracoma en el estado de Chiapas, con ello se busca comprobar la situación actual del país sobre este padecimiento y se podrá solicitar a la OMS la verificación de la eliminación del tracoma como causa de ceguera en el país, con lo cual México sería el primer país en el continente en solicitar este proceso.

Dentro de las acciones para **fortalecer las medidas de prevención y promoción de la salud en enfermedades del rezago** se realizan acciones de contención.

Por ejemplo, el dengue constituye, de acuerdo a la OMS, la principal enfermedad transmitida por vector. Este padecimiento se manifiesta con incrementos cada dos o tres años dada la circulación de alguno de los cuatro serotipos causantes de la enfermedad (DENV-1, DENV-2, DENV-3 o DENV-4). En ese sentido, del 1° de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015, se

registraron 26,632 casos confirmados, 54.1%, menos en comparación con el periodo anterior (58,061). La letalidad se mantuvo en menos del 1%, el descenso en el número de casos, deriva de la implementación oportuna de vigilancia entomológica, mediante acciones de control con ovitrampas en localidades prioritarias.

Por otra parte, desde 1994 la lepra ha sido prácticamente eliminada como problema de salud pública en México al alcanzar y mantener menos de 1 caso por cada 10 mil habitantes. En lo que respecta al tema se reporta lo siguiente:

- 21 entidades federativas registraron un total de 270 casos nuevos, lo que representa 33 casos más con respecto al periodo anterior. Lo anterior, debido a que se intensificaron las acciones en los municipios prioritarios;

- Se registran 23 municipios prioritarios para la focalización de actividades orientadas a la eliminación del padecimiento;

- Del 29 de septiembre al 2 de octubre de 2014, en Mazatlán, Sinaloa, se impartió el curso: Actualización y Evaluación Nacional de Lepra, dirigido a coordinadores de las 32 entidades federativas;

- Del 1 al 6 de marzo de 2015 se impartió el Primer Taller: Monitoreo y Eliminación de la Lepra, en la ciudad de México con apoyo de la OPS;

- El 27 de enero de 2015, se presentó el nuevo Sistema Automatizado de Información de Lepra (SAIL), con aprobación del CONAVE, y

- El 14 de junio de 2015, se gestionó ante la OPS la donación de 230 esquemas de fármacos anti-lepra, en apoyo a los pacientes nacionales con esta enfermedad.

La vigilancia epidemiológica permanente ha aportado al país avances sanitarios importantes. Del 1° de septiembre de 2014 al 31 agosto de 2015, se registró un caso de rabia humana transmitida por mordedura de zorrillo en el estado de Chihuahua, al respecto:

- Se registraron 79,600 personas agredidas o en contacto con animales sospechosos, a quienes se proporcionó atención médica y valoración clínico-epidemiológica, se indicó iniciar el tratamiento antirrábico en 13,963 personas agredidas;

- En las Semanas de Vacunación Antirrábica Canina, los SESA, reportaron la aplicación de 19.1 millones de dosis de vacuna antirrábica en perros y gatos, y 772 mil cirugías de esterilización;

- En apoyo a la ejecución del plan de contingencia de prevención y control de la rabia, entre septiembre de 2014 y agosto de 2015, se realizaron siete operativos: Chiapas (2), Yucatán (2) y San Luis Potosí (1), para control de foco rábico, Chihuahua (1) y Sinaloa (1), y

- En octubre de 2014, se colaboró en el taller Control de foco rábico, que tuvo lugar en Chiapas y que estuvo dirigido al personal médico y paramédico; finalmente, en noviembre de 2014 se impartió el taller Atención médica y antirrábica de personas agredidas, en Campeche; finalmente, en 2015 se han replicado talleres en Tlaxcala, Estado de México y Zacatecas.

En relación con otras enfermedades transmisibles, se han realizado diversas acciones:

- Se registraron 690 casos por Chagas, lo que representa un decremento del 13.64% comparado con los 799 registrados en el periodo anterior. El tamizaje en bancos de sangre, se hizo en 1,419,288 donadores estudiados, y se implementaron nuevas técnicas de diagnóstico y actividades para la prevención de trasmisión vectorial, transfusional y connatal, y

- Se registraron 299 casos por leishmaniasis, los cuales obtuvieron tratamiento en su totalidad. El apoyo financiero a nivel federal para la compra del tratamiento específico de leishmaniasis se incrementó en 22% en el 2014 respecto a 2013, con lo que se garantizó la disponibilidad de fármacos para todos los casos nuevos.

Por otro lado, ocurrieron 229,502 casos por intoxicación por picadura de alacrán; se redujo la mortalidad en un 68% con respecto al periodo anterior y se garantizó, en las áreas de mayor endemia, el abasto oportuno y suficiente del antídoto específico contra el veneno de alacrán.

5. Asegurar la Generación y el Uso Efectivo de los Recursos en Salud

La Subsecretaría de Administración y Finanzas (SAF), coordinó las actividades respecto del presupuesto y gasto público, como instancia administrativa ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) para solicitudes y trámites en materia presupuestaria y contable, así como ante la SFP en materia organizacional y de administración de personal.

En el periodo del 1° de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015 se ordenaron y clasificaron los programas y acciones, en una estructura programática funcional que establece la esencia del quehacer de la SS; así como los objetivos, metas e indicadores presupuestarios para evaluar su cumplimiento. En materia de control presupuestario y con relación al ejercicio fiscal 2014, la SS reportó un avance prácticamente del 100% de su presupuesto al ejercer 120,827.8 millones de pesos, de los 120,828.3 millones de pesos del presupuesto modificado por la SHCP[20].

Lo anterior fue resultado de un seguimiento puntual con las unidades administrativas responsables de la SS. Esto se logró mediante reuniones periódicas con las unidades responsables, cubriendo las necesidades de la dependencia a través de 4,312 adecuaciones presupuestarias y la emisión de 28,456 cuentas por liquidar certificadas.

Con relación al presupuesto actual, del 1° de enero al 31 de agosto se ejercerá el 61.4% de los recursos autorizados (82,845 millones de los 137,847.6 autorizados), lo anterior con base en el avance del 99.3% de los recursos programados al primer trimestre (enero – marzo).

Se formuló el proyecto de presupuesto de egresos 2015 de acuerdo con las prioridades establecidas en los programas anuales de trabajo de las unidades responsables de la SS y organismos descentralizados que conforman el Ramo 12 Salud y del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) del Ramo 33 Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios, como parte de un esfuerzo orientado hacia el fortalecimiento de la Gestión para Resultados (GpR) del Presupuesto basado en Resultados (PbR) y a la implantación del Sistema de Evaluación del Desempeño (SED).

CUADRO 18. PRESUPUESTO AUTORIZADO Y EJERCIDO, RAMO 12 SALUD (MILLONES DE PESOS)

Capítulo	Anual 2014		Septiembre-diciembre 2014		Original 2015	
	Original	Ejercido	Original	Ejercido	Anual	Enero -agosto
Servicios personales	24,276.9	22,020.1	11,811.7	9,809.2	24,452.5	12,887.5
Materiales y suministros	5,752.6	7,696.8	2,692.8	4,692.5	6,451.4	2,877.3
Servicios generales	6,016.7	5,709.5	2,313.0	2,457.8	6,946.8	3,827.1
Transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas	92,229.5	84,090.8	32,626.5	23,498.5	94,898.0	62,718.7
Bienes muebles, inmuebles e intangibles	494.8	427.3	173.6	374.0	940.3	98.6
Inversión pública	1,494.2	883.2	646.7	364.1	1,158.7	435.8
Total	130,264.8	120,827.8	50,264.2	41,196.2	134,847.6	82,845.0

FUENTE: Decreto del PEF de 2014 y 2015; Cuenta de la Hacienda Pública Federal (CHPF) del 2014, Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP).

Se formuló el proyecto de presupuesto de egresos 2015 de acuerdo con las prioridades establecidas en los programas anuales de trabajo de las Unidades Responsables de la SS y Organismos Descentralizados que conforman el Ramo 12 Salud y del Federales para entidades federativas y Municipios, como parte de un esfuerzo orientado hacia el fortalecimiento de la GpR del PbR, y a la implantación del SED (Cuadro 19).

20 Adecuación presupuestaria de reasignación para efectos de control presupuestario autorizada con folio 2014-12-510-6269

CUADRO 19. PRESUPUESTO FEDERAL AUTORIZADO PARA SALUD 2009–2015. RAMO 12 Y RAMO 33 FASSA. (MILLONES DE PESOS)[1/]

Ramo	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Variación % 2009 - 2015	TCMA
Ramo 12 Salud	36,807.8	36,048.6	42,956.0	43,229.4	45,657.6	47,848.3	50,336.2	36.75	5.36
Seguro Popular de Salud	48,228.6	53,844.3	62,357.9	70,250.3	76,198.9	82,416.5	84,511.4	75.23	9.80
Ramo 33 FASSA	48,617.8	53,100.1	55,698.7	61,951.4	67,871.1	72,045.2	77,845.1	60.12	8.16
Total	133,654.2	142,993.0	161,012.6	175,431.1	189,727.6	202,310.0	212,692.7	59.14	8.05

FUENTE: 2014 CHPF . 2015 Decreto de PEF

1/ Tasa de Crecimiento Media Anual (TCMA)=[(Vf / Vi) ^ (1 / T)] – 1. donde VF=variable Fin, VI=Variable Inicio y T=tiempo.

Actualmente se implementa el Sistema Institucional de Administración y Finanzas (SIAF), y se contemplan cinco módulos: presupuestos, contabilidad, requisiciones, almacén y tesorería; con la finalidad de dar cumplimiento a la Ley General de Contabilidad Gubernamental, en específico al Acuerdo I del Consejo Nacional de Armonización Contable (CONAC). En diez entidades se estandarizaron los procesos contable-presupuestarios de siete Institutos Nacionales de Salud y de tres Hospitales de Alta Especialidad de la SS, los cuales fueron configurados en una Sistema GRP con el que ya cuenta la SS (Cuadro 20).

CUADRO 20. PRESUPUESTO AUTORIZADO Y EJERCIDO, RAMO 12 SALUD (MILLONES DE PESOS)

Capítulo	Anual 2014		Septiembre-diciembre 2014		Original 2015	
	Original	Ejercido	Original	Ejercido	Anual	Enero - agosto
Servicios personales	24,276.9	22,020.1	11,811.7	9,809.2	24,452.5	12,887.5
Materiales y suministros	5,752.6	7,696.8	2,692.8	4,692.5	6,451.4	2,877.3
Servicios generales	6,016.7	5,709.5	2,313.0	2,457.8	6,946.8	3,827.1
Transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas	92,229.5	84,090.8	32,626.5	23,498.5	94,898.0	62,718.7
Bienes muebles, inmuebles e intangibles	494.8	427.3	173.6	374.0	940.3	98.6
Inversión pública	1,494.2	883.2	646.7	364.1	1,158.7	435.8
Total	130,264.8	120,827.8	50,264.2	41,196.2	134,847.6	82,845.0

FUENTE: PEF 2014 y 2015

Para complementar esta fase, se actualizó y consolidó la información de 31 Matrices de Indicadores para Resultados (MIR) de la SS (Ramo 12), con un total de 265 indicadores para seguimiento a través del Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda (PASH). En el caso del FASSA (Ramo 33) existe una MIR con seis indicadores, la cual se complementó mediante el rediseño del respectivo árbol de problemas y objetivos de acuerdo con la Metodología de Marco Lógico (MML).

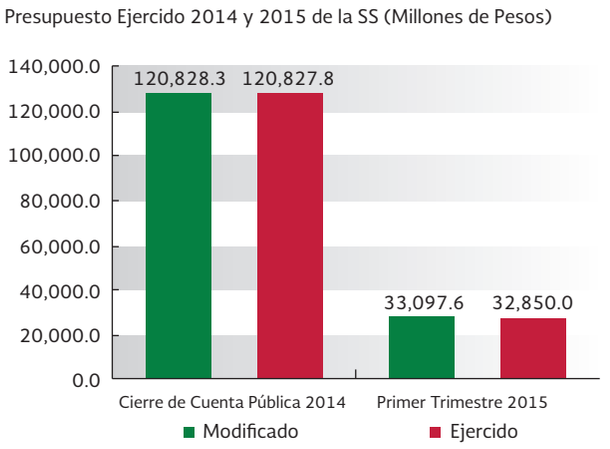
Como resultado del proceso de programación y presupuestación, a la SS se le autorizó un presupuesto para el ejercicio fiscal 2015 en el ramo 12 Salud de 134,847.6 millones de pesos, que considera 84,511.4 millones de pesos para el Seguro Popular de Salud[21] .

21 Corresponde a los recursos del SPSS (Subfunción 5), de los siguientes programas: Seguro Popular (U005), Programa de apoyo para fortalecer la calidad en los servicios de salud (U012), Dignificación, conservación y mantenimiento de la infraestructura y equipamiento en salud (E020) [Fideicomiso del SPSS], y SMSXXI (S201).

Cabe agregar que el monto autorizado para los servicios de salud en las entidades federativas en el Ramo 33 fue de 77,845.1 millones de pesos. En suma el total de recursos autorizados para Salud en el ejercicio fiscal 2015 fue de 212,692.7 millones de pesos. (Cuadro 19)

Con base en estas cifras, el monto autorizado a la SS en el ejercicio fiscal 2015 fue superior en 5.1% con relación al aprobado en 2014, donde el Ramo 33 presentó un aumento del 8.1% (5,799.9 millones de pesos). En contraste, para el Ramo 12 el incremento fue del 3.5% (4,582.8 millones de pesos).

GRÁFICA 2. PRESUPUESTO EJERCIDO 2014 Y 2015 POR LA SS (MILLONES DE PESOS)



FUENTE: 2014 CHPF . 2015 Modulo de Conciliación del Ejercicio Presupuestal.

Durante el primer trimestre del año se emitieron 12,397 cuentas por liquidar certificadas (Cuadro 21) y se tramitaron 1,491 adecuaciones presupuestarias (Cuadro 22).

CUADRO 21. CUENTAS POR LIQUIDAR CERTIFICADAS PROCESADAS (CUENTAS POR LIQUIDAR CERTIFICADAS)

Tipo de Unidad Responsable	Septiembre-diciembre 2014	Enero-marzo 2015	Total
Unidades Administrativas de Nivel Central	5,009	2,338	7,347
Órganos Administrativos Desconcentrados	4,489	1,863	6,352
Organismos Públicos Descentralizados	18,958	8,196	27,154
Total	28,456	12,397	40,853

FUENTE: Sistema de Administración Financiera Federal (SIAFF)

CUADRO 22. ADECUACIONES PRESUPUESTARIAS TRAMITADAS POR PERIODO

Adecuaciones Presupuestarias	2014	2015	Total
Septiembre - diciembre	2,594	0	2,594
Enero-marzo 2015	0	1,491	1,491
Total	2,594	1,491	4,085

FUENTE: DGPOP

El 17 de febrero de 2015, la SHCP aplicó una reducción de recursos al presupuesto de la SS por un monto de 3,339.3 millones de pesos, el cual afectó los siguientes capítulos:

CUADRO 23. SS: RESUMEN DE LA REDUCCIÓN PRESUPUESTARIA FEBRERO DE 2105

Concepto	Monto
Materiales y suministros	1,242,027,378.90
Servicios generales	751,533,149.50
Otros corrientes (asociadas a servicios personales)	39,680,982.30
Subsidios	905,158,489.30
Bienes muebles, inmuebles e intangibles	35,200,000.00
Inversión pública	365,7000,000.00
Total	3,339,300,000.00

FUENTE: Módulo de Adecuaciones Presupuestarias (MAP) de la SHCP.

Si bien es cierto que el recorte presupuestario al gasto público afectó el presupuesto de la SS, también lo es que para esta dependencia resulta prioritaria la atención médica, por lo que conforme a las instrucciones emitidas por la Titular de la SS se están instrumentando las siguientes acciones:

- Disminución de los gastos administrativos tales como: congresos, convenciones, estudios, asesorías, consultorías, viáticos y pasajes, entre otros;
- Realizar una puntual vigilancia de los recursos públicos autorizados, a efecto de que las eventuales economías sean utilizadas en los programas sustantivos del sector;
- Reducción de los proyectos de inversión no prioritarios que cuentan con disponibilidad en el presente ejercicio, ya sea con fuente de financiamiento de recursos fiscales o propios; y

- Hacer eficiente el gasto de los recursos propios que obtienen los Institutos y Hospitales, a fin de amortizar el gasto de los mismos.

Con el apoyo de la SHCP se ha dirigido el ajuste presupuestario al gasto corriente, a través de adecuaciones presupuestarias y adelantos de calendario, lo cual permitirá garantizar la continuidad en la prestación de los servicios a la población.

En materia organizacional, con el objetivo de determinar el grupo, grado y nivel de percepciones conforme al desempeño de atribuciones y funciones, se realizaron 241 valuaciones de puestos de plazas de estructura y eventuales de UAC y OAD a través del Sistema de Validación de la Valuación y del Nivel del Tabulador. Asimismo, se realizaron cuatro registros y 65 refrendos de estructuras orgánicas de diversas Unidades Responsables (UAC, OAD y Organismos Públicos Descentralizados [OPD]). (Cuadro 24)

CUADRO 24. REGISTRO Y REFRENDO DE MANUALES ADMINISTRATIVOS

Tipo de Unidad Responsable	Registro	Refrendo
UAC	1	26
OAD	0	14
OPD	3	25
Total	4	65

FUENTE: DGPOP

Se autorizaron y registraron 28 manuales administrativos. (Cuadro 25)

CUADRO 25. REGISTRO Y REFRENDO DE ESTRUCTURAS ORGÁNICAS POR UNIDAD

Tipo de Unidad Responsable	Organización	Procedimientos
UAC	3	6
OAD	3	2
Organismos Públicos Descentralizados	8	6
Total	14	14

FUENTE: DGPOP

En cumplimiento con la Ley General de Contabilidad Gubernamental, la DGPOP, integró la CHPF correspondiente al ejercicio fiscal 2014; además 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 Servicio de Administración Tributaria (SAT).

Se dio seguimiento a cuatro auditorías derivadas de las revisiones a la CHPF y al Informe de Avance de Gestión Financiera. (Cuadro 26)

CUADRO 26. INFORMACIÓN FINANCIERA

Capítulo	Septiembre-diciembre 2014	Enero-agosto 2015	Total
Informes (información financiera)	30	54	84
Sistema Integral de Información (Transmisión y monitoreo)	4,510	7,142	11,652
Total	4,540	7,196	11,736

FUENTE: DGPOP

Se iniciaron los trabajos de Armonización Contable en diez Organismos Descentralizados coordinados por la SS, con el objeto de dar cumplimiento a lo establecido por la Ley General de Contabilidad General Gubernamental y el Consejo Nacional de Armonización Contable.

Respecto al seguimiento del ejercicio del gasto público, en el periodo del 1° de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015, se han reportado 11,736 informes sobre la situación económica de las finanzas públicas y la deuda pública, programas transversales, matriz de indicadores, programa especial concurrente, pueblos indígenas, programas sujetos a reglas de operación, fideicomisos, comportamiento del gasto programable, informe de rendición de cuentas, así como los formatos del Sistema Integral de Información.

En el marco del PGCM, se realizaron diversas acciones de coordinación como enlace institucional ante la SFP, tales como reuniones de seguimiento y el desarrollo de un módulo en el Sistema Web de Integración Programática y Presupuestal de la SS (SWIPPSS – PGCM) para la integración de los informes trimestrales.

De este modo, la SS cumplió con el envío del informe anual del PGCM correspondiente al ejercicio 2014 y los dos trimestrales del 2015, tanto del sector central como de los OAD y de los OPD.

Destaca el trabajo realizado para atender las estrategias 3.1 Orientar las estructuras orgánicas y ocupacionales hacia los objetivos estratégicos y 4.1 Transformar los procesos de las Dependencias y Entidades del PGCM, donde se estableció un programa para el periodo agosto-diciembre 2014, así como para cada uno de los trimestres de 2015, que incluyeron el diseño e impartición del Curso-Taller de Alineación de Estructuras y Mejora de Procesos, a 244 servidores públicos.

Se obtuvo información de cada una de las unidades responsables de la SS, respecto de la alineación de funciones al instrumento jurídico correspondiente, el análisis organizacional de funciones, la identificación de duplicidades y de procesos sustantivos y de apoyo, la alineación y mapeo de procesos y la identificación y registro de Proyectos de Mejora de Procesos.

Como resultado de este ejercicio, único en su tipo en las dependencias de la APF, se alinearon 1,047 procesos a las 65 estructuras orgánicas y a los seis objetivos estratégicos de la dependencia contenidos en el PROSESA como lo establecen las bases de colaboración del PGCM.

En cumplimiento a la Ley Federal de Archivo se creó el Cuadro General de Clasificación Archivística y Catálogo de Disposición Documental, registrado ante el Archivo General de la Nación. En la página web del Área Coordinadora de Archivos, se encuentran disponibles los documentos Diagnóstico Institucional de la Situación de Archivos así como el Plan de Desarrollo Archivístico de la dependencia.

De septiembre a diciembre de 2014 en la Unidad de Enlace, adscrita a la DGTI, se recibieron 1,455 solicitudes de acceso a la información; se realizó una actualización al Portal de Obligaciones de Transparencia (POT), y dos actualizaciones semestrales al Sistema Persona y al Sistema de Índices de Expedientes Reservados.

CUADRO 27. PGCM. NÚMERO DE MACRO PROCESOS Y PROCESOS ALINEADOS EN UNIDADES DE LA SS

Tipo de Unidad Responsable	Macro procesos	Procesos		Formatos		Proyectos de Mejora
		Sustantivos	Administrativos	Alineación	Procesos	
UAC	97	223	115	204	78	19
OAD	54	117	43	56	42	14
Organismos Públicos Descentralizados	126	333	216	100	75	34
Total	277	673	374	360	195	67

FUENTE: DGPOP

Asimismo, en apego al PEF, a las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos, y a las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público, y sus respectivos lineamientos, la Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales (DGRMySG), continuó con la contratación consolidada de bienes y servicios, con el objeto de obtener ahorros y mejores condiciones en cuanto a calidad, precio y oportunidad en un marco de transparencia.

Se realizaron procedimientos de contratación consolidados para la adquisición de vales de despensa de fin de año; vales de productividad; medicinas y productos farmacéuticos (incluyendo antirretrovirales); materiales de curación (incluyendo anticonceptivos de barrera); agua embotellada; vestuario y uniformes; recolección, traslado, tratamiento y disposición final de residuos peligrosos, biológicos infecciosos y patológicos; recolección, traslado, tratamiento y disposición final de residuos sólidos no peligrosos; dietas (servicio de comedor); artículos de papelería, y mantenimiento de la flota vehicular, entre otros.

Adicionalmente, la SS llevó a cabo procedimientos de contratación consolidados con carácter trianual (ejercicios 2014-2017), teniendo especial relevancia los servicios administrados de arrendamiento de equipo y bienes informáticos, la reproducción de documentos; póliza integral de aseguramiento de bienes patrimoniales; seguro de responsabilidad profesional; seguro de responsabilidad civil y asistencia legal; seguro colectivo de retiro; servicio de reservación, adquisición, y

radicación de boletos de transportación aérea; servicio de suministro de combustible para el parque vehicular; servicio de arrendamiento de vehículos terrestres; servicio integral de telefonía local, larga distancia nacional, internacional y mundial y números 800; servicio de telefonía celular e Internet de banda ancha móvil; y centro de datos institucional.

Derivadas de contratos marco, se efectuaron un total de 39 procedimientos de contratación para la adquisición de bienes y servicios, de los cuales 27 fueron licitaciones públicas, diez invitaciones a cuando menos tres personas y dos adjudicaciones directas.

Respecto de la captura de información solicitada por el Instituto de Administración y Avalúos de Bienes Nacionales (INDAABIN), en el marco del PGCM, la SS identificó 251 inmuebles registrados a cargo de la SS, los cuales no estaban en uso de la misma. Actualmente, y derivado del proyecto de conciliación del Inventario del Patrimonio Inmobiliario Federal y Paraestatal, se ha concretado el cambio de administrador de 21 inmuebles, por lo que el número de inmuebles a conciliar se ha reducido a 230.

En cuanto a la donación de bienes muebles, se realizaron cuatro sesiones del Comité de Bienes Muebles, en las que se obtuvo opinión favorable para el INC; el INNN Manuel Velasco Suárez; el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga; el Municipio de Huatlatlauca, en el estado de Puebla, y la Comisión Nacional de Textos Gratuitos (CONALITEG).

Además se llevó a cabo el Inventario Anual 2014 de Bienes de Consumo y las conciliaciones trimestrales de los mismos sin que se registraran faltantes; y se realizó la conciliación físico-documental de activo fijo de las UAC y OAD, de la que se obtuvo como resultado 306,634 bienes muebles, información que quedó asentada en el Libro de Inventarios y Balances de la SS.

De igual forma se integró, autorizó y publicó el Programa Anual de Disposición Final de Bienes Muebles para el ejercicio 2015, con un estimado de 8,648 bienes muebles.

Estrategia 5.1.

Fortalecer la formación y gestión de recursos humanos en salud

En materia administrativa la Subsecretaría de Administración y Finanzas, llevó a cabo las siguientes acciones para **establecer los criterios para el crecimiento responsable y ordenado de los recursos humanos**.

Con el objeto de atender la problemática laboral de un importante número de trabajadores que a lo largo de varios años ha venido laborando en los SESA (bajo distintos esquemas de contratación, sin contar con las prestaciones de ley y de seguridad social), a través de la Dirección General de Recursos Humanos (DGRH) se impulsó y puso en marcha el Programa de Formalización Laboral de los Trabajadores de la Salud en las entidades federativas. Con una inversión inicial de 1,555.6 millones de pesos para el pago del calendario del segundo semestre del 2014 y un costo anualizado para el Ejercicio 2015 de 3,099.6 millones de pesos, se concluyó la primera etapa del programa; lo que representa un beneficio directo para 22,403 trabajadores, quienes a partir del segundo semestre de 2014 reciben el pago de las diferencias de sueldos y prestaciones, considerando las de seguridad social y las que derivan de las Condiciones Generales de Trabajo suscritas con el SNTSA.

En 2014 se emitieron por primera vez los Lineamientos para regular la aplicación del Programa de Promoción por Profesionalización del personal de Enfermería, Trabajo Social y Terapia Física y Rehabilitación, lo que benefició a 3,689 trabajadores de las diferentes áreas participantes que fueron promovidos a un nivel salarial superior al que ostentaban, mediante la acreditación de los estudios superiores requeridos para disfrutar de este beneficio. Resultaron favorecidos 3,046 trabajadores de Enfermería que constituyen 83% del total; así como 561 del grupo de Trabajo Social (15%) y 82 trabajadores del grupo de Terapia Física y Rehabilitación (2%).

Asimismo, se desarrolló una herramienta informática que permite migrar hacia la comprobación del pago de la nómina por medio de registros electrónicos, por lo que a partir del 1° de mayo de 2015, dichos registros habrán de servir como comprobantes de la entrega de los recursos (pago de nómina), con lo cual se sustituye la comprobación tradicional con firma en listados de nómina que realizaban los trabajadores.

En ese mismo orden de ideas, se cumplió en la reducción del presupuesto autorizado con un impacto de 5% en lo que corresponde al presupuesto inherente a plazas de personal de mando y 10% del presupuesto asignado a plazas con carácter eventual, de conformidad con lo estipulado en los Lineamientos para la Aplicación y Seguimiento de las Medidas para el Uso Eficiente, Transparente y Eficaz de los Recursos Públicos.

Por otra parte, y 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, la DGRH realizó acciones de manera coordinada con los Servicios de Salud de los Estados para presentar a la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, el informe relativo a las aportaciones federales en materia de salud y publicar la información respectiva en la página de la DGRH, de acuerdo con lo previsto en el Artículo 74 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental.

Para **impulsar la formación de los recursos humanos alineada con las necesidades demográficas, epidemiológicas, de desarrollo económico y culturales,** y en relación con el internado médico y servicio social de medicina y carreras afines, se ocuparon 23,689 campos clínicos. Asimismo, se ocuparon 3,257 campos clínicos para servicio social en estomatología en la promoción de agosto 2014 y 2,399 en febrero 2015. En los ciclos agosto 2014 y febrero 2015, realizaron Servicio Social de Enfermería 34,049 pasantes (24,303 en la SS; 4,693 en el IMSS; 752 en el ISSSTE; 332 en el SNDIF; 1,647 en el Programa de Vinculación, y 2,322 en otras instituciones).

En el posgrado se asignaron 9,243 campos clínicos para residencias médicas en 134 unidades hospitalarias de los Servicios de Salud de los Estados, los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Regionales de Alta Especialidad y los HFR, de los que egresaron 2,740 especialistas. En 26 unidades hospitalarias se encuentran 493 médicos extranjeros realizando cursos de especialización. Se programaron 1,595 especialistas del último año de su formación para realizar rotación de campo en 139 unidades hospitalarias.

Durante el periodo del 1º de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015 en los SAP, se logró la formación de 55 médicos especialistas y se espera que para finales de 2015 concluyan sus estudios 57, lo que representa un incremento de 4%. 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.

El SNDIF, lleva a cabo la formación de médicos especialistas en medicina de rehabilitación, licenciados en terapia física y ocupacional. En el periodo de septiembre 2014 a agosto 2015 se impartieron 12 cursos, de los cuales tres son para la Especialización en Medicina de Rehabilitación, en la cual se encuentran inscritos 47 alumnos y los nueve cursos restantes corresponden a las Licenciaturas de Terapia Física y Ocupacional, en las que hay inscritos 393 estudiantes, distribuidos en los centros de rehabilitación del Distrito Federal, Puebla, Toluca, Ciudad Victoria, Chetumal y Guadalajara.

Para **impulsar la actualización y capacitación continua de los recursos humanos con base en las necesidades nacionales de salud,** elevar la calidad de los servicios de atención médica y asistencia social, la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud el CCINSHAE, por medio de los HRAE iniciaron los cursos de formación de especialistas en el ciclo académico 2012-2013, por lo que en marzo de 2015 egresó la primera generación de anestesiólogos y pediatras con 41 médicos. Cabe mencionar que se cuenta con cursos en las especialidades troncales y cursos de alta especialidad, orientados de acuerdo con las demandas de atención.

En el ciclo 2015-2016, en cursos de especialidades de entrada directa e indirecta se estima contar con 248 médicos, a los que se han incorporado doce residentes extranjeros. Adicionalmente, hay trece residentes de cursos de alta especialidad, lo que resulta en 261 residentes en formación en los HRAE, con un incremento cercano al 23% respecto al ciclo 2013-2014. Se inició el programa de residencias en el HRAE de Ixtapaluca con 23 residentes, con lo que los seis HRAE (ubicados en Bajío, Oaxaca, Yucatán, Chiapas, Tamaulipas y Estado de México) formarán especialistas, para una mejor distribución en el país.

El CNTS desarrolló diferentes actividades de capacitación con objeto de mejorar la calidad técnica y de apego a la normatividad por parte de los diferentes profesionales de la salud que intervienen en la red de bancos de sangre y los establecimientos médicos, con lo que se obtuvieron los siguientes logros:

- Se realizaron dos diplomados en línea de sangre y componentes seguros. La matrícula a estos eventos fue de cuarenta alumnos cada uno;

- Se participó con diversos temas en materia de calidad de serología de banco de sangre, donación voluntaria y altruista, así como donación de sangre de cordón umbilical en el Centro Mexicano de Educación en Salud por Televisión (CEMESATEL); y

- Se realizaron tres cursos de medicina transfusional y tres cursos de control de calidad de laboratorio de banco de sangre en diferentes entidades federativas.

Con el fin de **promover la capacitación para mejorar los procesos de atención en salud, gerenciales y de apoyo administrativo,** y en cumplimiento a lo dispuesto por la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la APF y su Reglamento; el acuerdo por el que se emiten las disposiciones en las materias de Recursos Humanos y del Servicio Profesional de Carrera, así como el Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Recursos Humanos y Organización, y el Manual del Servicio Profesional de Carrera, la SS llevó a cabo 264 cursos de capacitación técnica-administrativa para servidores públicos de nivel operativo y de mando medio, alcanzando un total de 4,464 servidores públicos capacitados. Es de resaltar que los resultados contribuyen directamente al cumplimiento del PGCM, específicamente al indicador denominado Recursos Humanos Profesionalizados.

Con el fin de contribuir a la mejora de los procesos sustantivos de las unidades administrativas de nivel central, de septiembre de 2014 a junio de 2015, el Subcomité de Capacitación Técnico Médico aprobó 81 eventos de capacitación con costo (98.7% de los solicitados), en los que participaron 995 trabajadores de base y confianza de las área médica, paramédica y afines.

En este sentido y con el objetivo de mejorar la calidad en la formación de los recursos humanos, específicamente en el tema de educación para profesionales de la salud, la CONAMED realizó diez cursos: cinco sobre prevención del conflicto derivado del acto médico, dos de formación docente para la prevención del conflicto, uno de aspectos normativos para la práctica médica, y dos de habilidades cognitivas para el análisis de casos, con un total de 403 asistentes.

Además, se impartieron 146 conferencias a un total de 13,337 asistentes; 43 videoconferencias; tres entrevistas de televisión, una de radio y dos en periódico.

Asimismo, para **impulsar la capacitación en salud pública, salud ocupacional, gestión y calidad de servicios del personal de salud,** se capacita de forma permanente a pasantes de las licenciaturas en medicina y enfermería de la UNAM en metodología de la investigación y medicina basada en evidencias, y se realizaron seminarios de investigación, uno de ellos de carácter internacional, con la Red Iberoamericana NovaGob sobre gobierno abierto y redes sociales para la administración pública; se realizaron un total de 16 sesiones académicas dirigidas a los integrantes de la CONAMED con temas relacionados con la calidad de la atención y el arbitraje médico. En estas sesiones participaron un promedio de 30 personas por cada sesión, con un total de 480 asistentes en el periodo.

Dentro de la línea de acción que tiene como objetivo **consolidar los mecanismos interinstitucionales de colaboración para la formación de recursos humanos,** en septiembre de 2014 se realizó el XXXVIII Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM). Para el cual se elaboraron y validaron 5,445 reactivos nuevos y se calibraron 10,268 reactivos del banco existente. Sustentaron el examen 26,056 médicos. Se otorgó constancia de selección, en el proceso ordinario, a 6,959 médicos. Se continuaron los tres proyectos de evaluación de la seguridad de la información en los procesos del examen, con el Equipo de Respuesta a Incidentes de Seguridad en Cómputo (CERT-UNAM) y el Centro Nacional de Respuesta a Incidentes Cibernéticos (CERT-MX) de la Policía Federal.

Por su parte, el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Estomatológicas (ENARE) se aplicó a 610 sustentantes (9.7 % más que 2013), y fueron seleccionados 39 nacionales y tres extranjeros para 14 sedes.

Por otro lado, la DGTI apoyó en el ENARM, el cual es un instrumento de medición de conocimientos de medicina general, objetivo y consensuado, que constituye la primera etapa del proceso para ingresar al Sistema Nacional de Residencias Médicas. Mediante este proceso se selecciona a los mejores candidatos para realizar estudios de especialidad en medicina. El ENARM se realiza con procesos auditados y notariados en sus diferentes fases y con un sistema de seguridad

integral para garantizar la calidad del proceso. Para contribuir con la aplicación de un examen con las características señaladas y los niveles de seguridad requeridos, que garanticen igualdad de oportunidades, la SS llevó a cabo el proceso de licitación del ENARM y, con el proveedor ganador, diseñó la logística para implementar la infraestructura tecnológica para el desarrollo de dicho examen. Con este fin, se implementó una infraestructura tecnológica de alta disponibilidad en 13 sedes alrededor del país compuesta por:

- Más de 7,500 equipos *laptop;*
- 39 servidores de alta disponibilidad en 13 sedes;
- 13 redes de área local;
- 13 servicios eléctricos de alta disponibilidad, y
- Un sistema de video vigilancia a nivel nacional

Asimismo, se implementó la logística del evento, la coordinación del soporte técnico, y la de más de cien personas de soporte, así como la administración de los procesos de seguridad concernientes a la aplicación del examen. El mismo se aplicó a 7,575 inscritos por día.

Estrategia 5.2.

Impulsar la eficiencia del uso de los recursos para mejorar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad

Derivado de las reformas efectuadas a la LGS y en seguimiento a las acciones encaminadas a **fortalecer la legislación para mejorar la transparencia, monitoreo y control de los recursos financieros del SPSS,** se publicó el Reglamento de la LGS en materia de Protección Social en Salud, así como los Lineamientos para la Transferencia de los Recursos Federales correspondientes a este Sistema; a través de los cuales se contemplan; 1) Sanciones de 4 a 7 años de prisión y multa de mil a 500 mil días de salario mínimo, a la persona que desvíe recursos; 2) Permite tener una separación clara de las funciones de los Regímenes Estatales (REPSS) con los titulares de las secretarías de salud, y 3) Compra de medicamentos, material de curación y otros insumos necesarios para la prestación de servicios a la población afiliada, a través de los depósitos constituidos por los REPSS en cuentas de la Tesorería de la Federación.

Para **realizar las adecuaciones operativas necesarias para mejorar la transparencia, monitoreo y control de los recursos financieros del SPSS,** los recursos federales aplicados en el ejercicio fiscal 2014 para cubrir las transferencias a las entidades federativas por los conceptos de Cuota Social y Aportación Solidaria Federal, ascendieron a 58,524.8 millones de pesos, de los cuales 2,706.7 millones fueron transferidos al CNEGSR y al CENSIA para la adquisición y distribución de anticonceptivos y vacunas.

Mientras que de enero a junio de 2015, se han transferido 29,728.5 millones de pesos.

Como parte de la evaluación de estrategias de mejora en materia de financiamiento del sistema de salud, se evaluó la factibilidad y principales implicaciones financieras de la integración de los recursos del Ramo 12 y el FASSA (Ramo 33).

Para **impulsar la eficiencia en el uso de recursos para la atención de enfermedades, particularmente las de alto costo**, y con el objetivo de identificar las áreas de oportunidad para vincular el presupuesto con las necesidades de salud, mediante la elaboración de un PbR, se realizó un análisis del presupuesto del Ramo 12 y el FASSA (Ramo 33) por Programa Presupuestario y Programa de Acción Específico, respecto a los objetivos e indicadores establecidos en el PROSESA.

El CENETEC-Salud, con la misión de **consolidar la evaluación de tecnologías como instrumento para la toma de decisiones** y para contribuir a satisfacer las necesidades de gestión y evaluación de tecnologías para la salud, mediante la generación, integración y divulgación de información, recomendaciones y asesorías basadas en la mejor evidencia disponible, así como la coordinación de esfuerzos sectoriales, que buscan sustentar la toma de decisiones que faciliten el acceso efectivo a los servicios de salud, realizó lo siguiente:

- Brindó apoyo con 50 asesorías de medicamentos y dispositivos médicos a solicitud de autoridades del CSG, de la CCNPMIS y de la SS, lo cual permitió disponer de evidencia referente a la eficacia, seguridad y costo-efectividad de las tecnologías que se incorporaron a los servicios de salud, otorgados por las instituciones públicas.
- Concluyó el diplomado a distancia: Evaluación de Tecnologías para la Salud, dirigido a 70 funcionarios

públicos adscritos al CSG, la SS, el IMSS y el ISSSTE. El diplomado contribuyó en la formación de profesionales del Sector Salud en materia de evaluación de tecnologías en salud, para apoyar la toma de decisiones relacionadas con la incorporación, uso o retiro de tecnologías en las instituciones públicas del SNS.

- En el marco del 10° Foro Nacional de Tecnologías para la Salud, llevado a cabo en la ciudad de México, a la que asistieron 527 profesionales de la salud, el CENETEC-Salud llevó a cabo la 6ª Reunión de la Red de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de las Américas (RedETSA) en colaboración con la OPS/OMS y la 3era Reunión Regional de la Sociedad Internacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (HTAi), donde participaron 40 funcionarios representantes de 16 países de Latinoamérica, Europa y Canadá: Argentina (2), Brasil (9), Canadá (2), Chile (2), Colombia (3), Corea del Sur (1), Costa Rica (2), Cuba (3), Ecuador (2), El Salvador (1), España (1), OPS-WDC (1), México (5), Paraguay (1), Perú (3), y Uruguay (2).

El CENETEC-Salud en colaboración con la OPS/OMS, The *London School of Economics and Political Science* y la Escuela Andaluza de Salud Pública, realizó en la ciudad de México, el Curso-Taller para la Construcción de Capacidades en Evaluación de Tecnologías en Salud. Participaron 62 funcionarios adscritos a los servicios de salud de 13 países: México, Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Paraguay, Perú y Uruguay. También participaron asesores de la OPS cuya sede se encuentra en América como Brasil, Cuba, Estados Unidos de América y Trinidad y Tobago.

Estrategia 5.3.

Establecer una planeación y gestión interinstitucional de recursos (infraestructura y equipamiento) para la salud

Para reforzar las acciones encaminadas a **establecer los mecanismos para generar y conducir un programa maestro sectorial de recursos,** en el periodo del 1° de septiembre de 2014 al 30 de junio de 2015 la DGPLADES incluyó en el PMI, un total de 345 registros para acciones de obra y equipamiento de diversas unidades médicas; de los cuales 58 corresponden a acciones de obra nueva, 118 sustituciones, 38 ampliaciones y fortalecimiento; y 131 acciones de equipamiento. (Cuadro 28).

CUADRO 28. ACCIONES REGISTRADAS EN EL PMI POR TIPO DE ACCIÓN Y UNIDAD DE SALUD

Tipo de la Unidad de Salud	Tipo de Acción					
	Obra Nueva	Sustitución	Ampliación	Fortalecimiento	Equipamiento	Total General
AMBULANCIA					3	3
UNIDAD DE APOYO	1		2			3
UNIDAD MÉDICA MÓVIL					1	1
CENTRO DE SALUD	27	99	19	1	20	166
CENTRO DE SALUD CON SERVICIOS AMPLIADOS (CESSA)	5	1	2		4	12
CLÍNICA DE ESPECIALIDADES					1	1
UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (UNEME)	6		2		10	18
CENTRO ESTATAL		1				1
MÓDULO DE MEDICINA TRADICIONAL	6					6
HOSPITAL DE LA COMUNIDAD	3	6		1	2	12
INSTITUTO ESTATAL					1	1
HOSPITAL GENERAL	2	8	4	1	31	46
HOSPITAL ESPECIALIZADO	6	3	3		27	39
HOSPITAL FEDERAL DE REFERENCIA					7	7
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD			1	2	4	7
DIVERSAS UNIDADES MÉDICAS					19	19
OTRO	2				1	3
Total general	58	118	33	5	131	345

FUENTE: DGPLADES, PMI, del 1 de septiembre de 2014 al 30 de junio de 2015.

En el período del 1º de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015, la Secretaría de Salud tiene el registro de la conclusión de la construcción, modernización o fortalecimiento de 29 unidades de salud (hospitalización o consulta externa) de los Servicios Estatales de Salud en las entidades federativas, que tuvieron inversión federal, entre las cuales destacan: El Hospital Comunitario de Purísima del Rincón, en Guanajuato; los Centros de Salud de Villa de Reyes y de San Nicolás Tolentino, ambos en San Luis Potosí; así como los Centros Regionales de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana en Guerrero, Sinaloa y Yucatán.

En materia de los Compromisos de Gobierno, en octubre de 2014, el Presidente de la República entregó el Hospital Materno Infantil en el que se invirtieron 286 millones de pesos e inauguró la Clínica del IMSS con una inversión de 161.6 millones de pesos, ambas en Irapuato, Guanajuato; en diciembre con una inversión de 40 millones de pesos, se entregaron las Clínicas de Salud en Tonalá y Cintalapa, en Chiapas; la modernización y equipamiento del Hospital Regional de Ciudad Hidalgo con especialización en nefrología con una inversión de 32.5 millones de pesos y, en junio de 2015 se concluyó la construcción del Hospital Regional de Apatzingán de 60 camas, con una inversión de 292.5 millones de pesos, éstos dos últimos en Michoacán.

La C. Secretaria acompañó al C. Presidente de la República, en la inauguración, entrega y/o puesta en marcha[22] de las siguientes unidades:

- La nueva torre de Hospitalización del Instituto Nacional de Cancerología (INCan), con 188 camas y 86 consultorios, con una inversión de 2,534 millones de pesos[23];

- El nuevo Hospital Nacional Homeopático con una inversión de 761 millones de pesos[23], con una capacidad de 82 camas censables, bajo un modelo

22 Las obras inauguradas, puestas en marcha o entregadas, pueden haber concluido en período previo al que se reporta.
23 Las obras concluidas, contemplan aportaciones federales erogadas en diferentes ejercicios presupuestales, asimismo el monto total reportado puede contener recursos de participación estatal. Las Entidades Federativas son las responsables de contratar y ejecutar las obras de infraestructura en salud.

de hospital general moderno, el cual ofrece servicios médicos especializados y oportunos para la población abierta, en beneficio de 120 mil habitantes del Distrito Federal y estados circunvecinos;

- El nuevo Hospital para el Niño Poblano en Puebla, Puebla; de 80 camas, con una inversión de 425 millones de pesos[23];

- Inauguración de las Ciudades de la Salud para la Mujer en Cuautitlán Izcalli y Huixquilucan, en el Estado de México; con una inversión total de 234.1 millones de pesos[23], brindan atención con un nuevo modelo que ofrece las especialidades de geriatría, maternidad, detección y diagnóstico de cáncer de mama,

Asimismo, se inauguraron, pusieron en marcha o entregaron[22]: El Centro de Salud Urbano de San Cristóbal de las Casas, Chiapas; la nueva Residencia Médica del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN); los Centros de Salud con Servicios Ampliados Carlos de León de la Peña y el de Guadalupe Victoria, ambos en Durango; el Hospital Comunitario de Jocotepec, Jalisco; la Unidad de Urgencias Médicas "Centro de Estabilización" de Santiago y, el nuevo Centro Regional de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana en Monterrey, ambos en Nuevo León; el Complejo Médico de Atlixco, Puebla; el Centro de Salud El Palmar, en Querétaro; el Centro de Salud Alfredo Bonfil, en Quintana Roo; el Centro de Salud de San Miguel Rioverde, San Luis Potosí; el Hospital General de Cananea, Sonora; la ampliación y remodelación del Hospital General Dr. Agustín O'Horán, en Yucatán; el nuevo Centro Regional de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana en Morelia y, la ampliación del área de consulta externa y remodelación del Hospital General de Morelia "Dr. Miguel Silva", ambos en Michoacán; y el Hospital General de Torreón, en Coahuila. Cabe mencionar que las inversiones para estas obras, se realizaron en diversos ejercicios presupuestales.

Adicionalmente, para fortalecer la atención hospitalaria especializada, con una inversión de 1,377 millones de pesos de diversos ejercicios presupuestales, en enero de 2015, inició actividades la nueva Torre de Especialidades Médicas del Hospital General Dr. Manuel Gea González en la delegación Tlalpan del Distrito Federal.

Por otro lado, durante el período reportado se autorizaron recursos federales a las entidades federativas, para la construcción, conclusión, modernización o fortalecimiento de unidades de hospitalización o de consulta externa, entre las que destacan los hospitales: General de Pabellón de Arteaga, en Aguascalientes; Generales de Tampico y de Madero, en Tamaulipas; General de San Pablo del Monte, en Tlaxcala; General de Montemorelos, en Nuevo León; entre otros.

Para **mejorar la calidad de la infraestructura establecida en unidades de primer y segundo nivel,** y asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad a la población, en el periodo de septiembre de 2014 a agosto de 2015, el Programa IMSS-PROSPERA fortaleció su infraestructura con 46 nuevas unidades médicas para la atención a nuevas familias asignadas a PROSPERA, con lo que se cumplió el programa en Baja California y el oriente del Estado de México donde no tenía presencia; la construcción de ocho Unidades Médicas Rurales; un Albergue Comunitario y la remodelación de un hospital rural, esto último con financiamiento de la CDI. Asimismo, para lograr la dignificación de la oferta en Hospitales Rurales y Unidades Médicas Rurales, y con el fin de lograr su acreditación, los establecimientos médicos en proceso de acreditación en el CAUSES, recibieron en 2014, 38.7 millones de pesos y en 2015 recibieron la cantidad de 61.5 millones de pesos, los que suman un total de 100.2 millones de pesos.

La SS llevó a cabo el proceso de licitación del proyecto denominado Red Integral de Conectividad Satelital que tiene por objeto conectar a 500 sitios remotos a lo largo de todo el país para acercar a la población diferentes servicios de salud y reacción a emergencias. Con los prestadores del servicio se coordinó la implementación de los enlaces de telecomunicaciones y la infraestructura tecnológica para habilitar los servicios de voz, datos y video del proyecto en sus tres grandes componentes:

- La RENADIC: mediante la cual se conectan 375 sitios;

- Red UMM: Red Nacional mediante la cual se conectan UMM hacia unidades médicas fijas, con la finalidad de hacer llegar servicios de salud a poblaciones lejanas y de difícil acceso, y

- CENAPRECE, el cual para atender las urgencias en salud cuenta con tres elementos: las UNEME-EC, así como Unidades de Comando para la Seguridad en Salud (UNICOSS) y la Unidad de Respuesta Rápida para la Seguridad en Salud (UNIRRSS)

Posterior a la implementación del proyecto, la DGTI vigila los niveles de servicio para asegurar la correcta operación de la red en sus 500 puntos.

Estrategia 5.4.

Impulsar la innovación e investigación científica y tecnológica para el mejoramiento de la salud de la población

La CCINSHAE coordina al subsector de instituciones dedicadas a la investigación, enseñanza de especialidad, y atención médica de alta complejidad. Se encuentra integrada por trece INSalud, seis HFR, seis HRAE, seis unidades médicas de SAP, los CENATRA y el CNTS; dichas instituciones son referencia nacional e internacional en sus especialidades y representan algunas de las más prestigiadas del país.

Con el objeto de **incrementar la inversión pública en investigación científica, innovación y desarrollo tecnológico en salud,** el 20 de octubre de 2014, el Comité Técnico y de Administración del Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social (FOSISS) autorizó financiar 116 proyectos de la convocatoria FOSISS 2014/01, con un monto de 208 millones de pesos.

El 15 de abril de 2015, se llevó a cabo la vigésima séptima reunión del FOSISS, en la cual se aprobó la Convocatoria 2015 del Fondo, que tuvo en esta ocasión tres modalidades: la tradicional, una para jóvenes investigadores y otra de largo aliento. El monto estimado para financiamiento, en 2015, es de 183 millones de pesos. Los resultados se conocerán en septiembre de 2015.

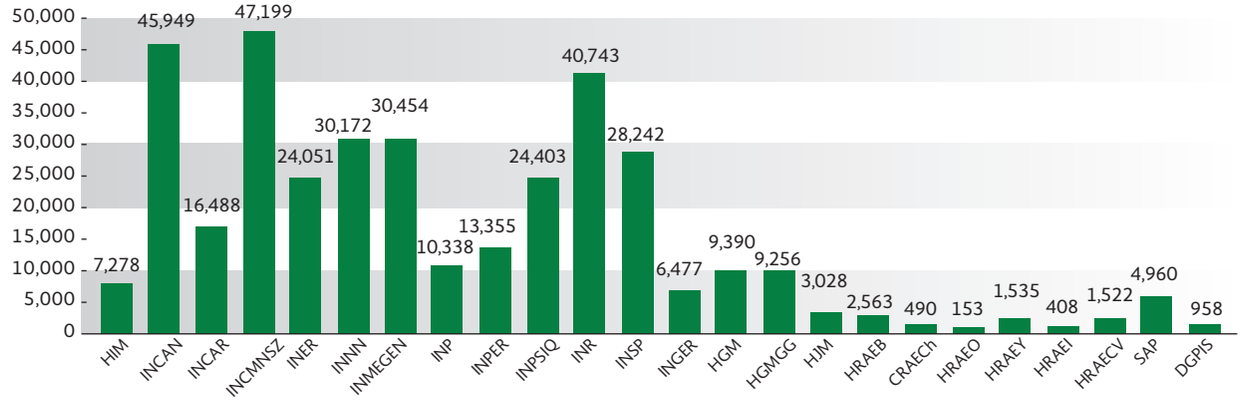
La atención médica y la formación están basadas en la mejor evidencia clínica disponible y se complementan con los proyectos de investigación que se realizan. Lo anterior para **priorizar la investigación sobre temas relevantes, estratégicos o emergentes en salud**. Se estima que se publicarán 43 artículos científicos en revistas con arbitraje, por lo cual tendrán alto impacto en los HRAE. Se publicaron los números correspondientes a 2014 de la Revista *Evidencia Médica e Investigación en Salud,* órgano oficial de los HRAE.

En cuanto al indicador de artículos publicados por parte de los SAP, se observó una ligera reducción del 11%. Esta variación se debió al desfase entre las fechas de envío y la publicación, situación que se nota de igual manera en las publicaciones y revistas de alto impacto. 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.

Como parte de la gestión de convenios y acuerdos necesarios para **compartir infraestructura entre instituciones e investigadores, con el fin de aprovechar la capacidad disponible** y favorecer el préstamo y uso de infraestructura, se llevaron a cabo las siguientes acciones:

Se estableció el convenio de colaboración entre la SS y el CONACYT, a través del Consorcio Nacional de Recursos de Información Científica y Tecnológica (CONRICYT), para el acceso a las bases de datos, revistas científicas electrónicas y libros electrónicos a texto completo. Las entidades coordinadas por la CCINSHAE, realizaron 359,412 descargas a texto completo distribuidas de la siguiente manera: INSalud 325,149; HFR 21,674; HRAE 6,671 y otras entidades coordinadas 5,918 (Gráfica 3).

GRAFICA 3. DESCARGAS A TEXTO COMPLETO 2014 [1/]



[1/] Convenio CONRICYT-CCINSAHE. Cifras al 31 de diciembre de 2014
FUENTE: Dirección General de Políticas de Investigación en Salud

Asimismo, con la finalidad de **promover la vinculación de las instituciones y centros de investigación con los sectores público, social y privado,** y en el marco del Programa Editorial del Gobierno de la República, se coordinaron las acciones para la publicación de tres libros que se integraron a la Biblioteca Mexicana del Conocimiento: Interculturalidad en la Salud; Setenta años de la rectoría de salud en México y Setenta años de salud pública en México.

La Comisión de Salud Fronteriza México – Estados Unidos (CSFMEU), a través de diversas acciones y acuerdos de manera bilateral, colabora con programas de capacitación continua, investigación y programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud, en favor de los habitantes de la región fronteriza México - Estados Unidos de América. Busca promover la construcción de alianzas y estrategias que mejoren la salud, la atención médica y la calidad de vida de los habitantes de origen mexicano en la región fronteriza de ambos países. Entre sus funciones se encuentran: apoyar los esfuerzos de los organismos públicos y organizaciones no lucrativas en la promoción, prevención y atención de la salud; fortalecer los sistemas de información sobre salud de la frontera; capacitar a los recursos humanos involucrados en las distintas actividades de la salud pública en la región, así como establecer vínculos con los distintos actores binacionales para enfrentar los retos que, en materia de salud, prevalecen en esta región.

A través de los proyectos realizados dentro del Programa de Investigación sobre Migración y Salud (PIMSA), se generan evidencias y conocimientos que permiten a los tomadores de decisiones, implementar o fortalecer acciones de política pública en beneficio de la población migrante.

Para **fomentar que la investigación atienda a criterios éticos, de pertinencia e integridad científica y protección de los derechos humanos** y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Investigadores (SNI), la SS cuenta con el mayor número de investigadores que pertenecen al SNI, sólo después de la UNAM, la cual registra 4,166 investigadores y ocupa el primer lugar. Entre las instituciones del Sector Salud, el IMSS y el ISSSTE cuentan con 312 y 14 investigadores, respectivamente. En total, la SS registra 1,121 investigadores con SNI, los cuales se distribuyeron de la siguiente forma: 1,029 en los INSalud, 72 en los HFR, 10 en los HRAE y 10 en otras unidades coordinadas, como los Servicios de Atención Psiquiátrica y el Centro Nacional de Transfusión Sanguínea, así como la propia CCINSHAE.

En la búsqueda por fomentar las acciones para extender y mejorar los canales de comunicación y difusión de la investigación científica y tecnológica, la SS ha llevado a cabo acciones al respecto, particularmente en la investigación en ciencias de la salud, por lo que se realizaron reuniones con los INSalud, HFR y HRAE para retroalimentar los resultados del desempeño, reorientar acciones e identificar áreas de oportunidad en materia de investigación en salud. Para ello, desde enero de 2015 se revisaron los anexos estadísticos de trece INSalud, tres HFR y seis HRAE, para homologar en 2015 el formato de reporte de información.

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 los programas de Estímulos al Desempeño y de Ingreso, Promoción y Permanencia de los Investigadores en Ciencias Médicas (ICM) de la SS; la revisión de la Matriz de Indicadores de Resultado del Programa Presupuestario Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud (E022); la realización del XX Encuentro Nacional de Investigadores; la convocatoria del FOSISS 2015; y la difusión de información relevante relacionada con la investigación en salud.

Del 22 al 25 de octubre de 2014 se realizó el XIX Encuentro Nacional de Investigadores de la SS. Concursaron 142 trabajos, de los cuales se seleccionaron y presentaron 71 en forma oral, divididos en 19 del área clínica; 38 de biomédica, y 14 de salud pública y ciencias sociales. En cada área, se premió al mejor trabajo.

Asimismo, se premiaron cuatro tesis de maestría, y cuatro de doctorado en diferentes áreas, y tres artículos publicados en revistas de alto impacto (de los grupos IV a VII de la clasificación cualitativa de los INSalud).

Para fortalecer y optimizar los procesos de evaluación y seguimiento académico de los ICM, se realizó la evaluación de ingreso, promoción y permanencia, así como el otorgamiento de estímulos al desempeño.

El 1º de diciembre de 2014, se validó y registró por la SHCP, el Reglamento Para el Ingreso, la Promoción y la Permanencia de los ICM de la SS. En ese sentido, en enero de 2015 se emitió la Convocatoria 2015 de ingreso, promoción y permanencia, en la cual se inscribieron 590 investigadores: 183 para ingreso, 74 para promoción y 333 para permanencia. El número total de investigadores

en el Sistema Institucional suman 1,549, de los que están vigentes 1,414 y no vigentes 135. Los investigadores vigentes se distribuyen de la siguiente manera: 1,294 en los INSalud, 93 en HFR y 27 en HRAE.

Se emitió la convocatoria para el Estímulo al Desempeño de los ICM de la SS 2015 en el mes de mayo de este año, en la que se inscribieron 485 investigadores.

En abril de 2015 se publicaron los números 1 y 2, y en julio el número 3 de la *Revista de Investigación Clínica,* órgano oficial de difusión científica de los INSalud y Hospitales de Alta Especialidad. La publicación de la RIC está bajo la responsabilidad administrativa de la SS, con el fin de aumentar el factor de impacto de la publicación el cual, en 2014, fue de 0.245. Para 2015 el factor de impacto de la RIC subió 0.23 centésimas para alcanzar un factor de impacto de 0.475, (94% de incremento).

El *Boletín Informativo de la CCINSHAE* se publica semanalmente, de manera electrónica, para la difusión de oportunidades de apoyo a la investigación, convocatorias, premios, comunicaciones, becas e intercambios científicos para los investigadores de la SS; así como acciones puntuales de financiamiento directo a la investigación a través del Fondo Sectorial respectivo y de la difusión específica de acceso a financiamiento extranjero, becas y congresos. De septiembre de 2014 a junio de 2015, se han emitido 42 publicaciones del boletín y se han realizado 19,038 visitas (Cuadro 29).

CUADRO 29. NÚMERO DE CONSULTAS AL BOLETÍN INFORMATIVO DE LA CCINSAHE, 2014-2015

2014				2015							
Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr[1/]	May[1/]	Jun[1/]	Jul[1/]	Ago[1/]
1,815	1,777	1,323	923	1,331	1,554	2,365	1,450	1,500	1,850	1,350	1,800

[1/] Cifras estimadas.

FUENTE: Dirección de Concertación y Difusión Académica

En marzo 2015 fue creado el sitio web *Observatorio Institucional de Investigación en Salud* (OIIS) el cual dispondrá de información relevante y confiable, para analizar, medir, evaluar y encontrar alternativas de solución a problemas que enfrenta la investigación para la salud; retroalimentar a las organizaciones que participan en ella, a fin de fortalecer y modificar la planeación de acciones en busca de investigación con calidad. El OIIS puede consultarse en: *http://www.ccinshae.salud.gob.mx/oiis/oiis_01.php*

La Unidad de Apoyo al Predictamen de la CCINSHAE evaluó 20 de protocolos de investigación en seres humanos, de los cuales el 70% fueron evaluados como favorables para posteriormente someterse a autorización por COFEPRIS en un periodo no mayor a 60 días. El 30% restante ha tenido evaluación de carácter de no idoneidad, por lo que no pueden ser sometidos a autorización.

En el rubro de la investigación en psiquiatría, se han realizado los avances que se muestran en el Cuadro 30.

CUADRO 30. RESULTADOS POR INDICADOR ESTRATÉGICO DEL SAP, MÉXICO, 2013-2014.

Indicador	Datos Anuales			Septiembre-Agosto[1/]		
	Observado		Meta 2018	2013-2014	2014-2015[2/]	Variación % Anual
	2013	2014				
No. de médicos formados	58	55	49	55	57	104
No. de artículos publicados	18	23	20	19	17	89
Artículos publicados en revistas de alto impacto	3	6	8	7	2	29

[1/] Datos preliminares del periodo
[2/] Las cifras de septiembre a diciembre de 2014 y de enero a mayo de 2015 se refieren a datos observados. Para el periodo de junio a agosto de 2015 son datos estimados

FUENTE: Indicadores Estratégicos, Servicios de Atención Psiquiátrica 2013-2015.

Estrategia 5.5.

Fomentar un gasto eficiente en medicamentos e insumos

Con el propósito de **impulsar la compra consolidada de medicamentos e insumos entre las instituciones del sector público** y ampliar la oferta de medicamentos para garantizar el acceso de la población a más y mejores insumos para la salud, el 23 de enero de 2015, bajo la coordinación del IMSS, se concluyó la compra consolidada de medicamentos para 2015. Esta compra, de 51 mil millones de pesos es la más grande de la historia del sector público de nuestro país, y superior en 8 mil millones de pesos (18.6%) a la del año anterior (43 mil millones de pesos).

La SS a través de la DGRMySG impulsó la participación de sus hospitales federales e institutos nacionales de salud en la compra consolidada de medicamentos, en la cual participaron 19 Institutos Nacionales y HRAE, tres Hospitales Centralizados y un Órgano Desconcentrado. En esta operación se adquirieron un total de 111 millones de pesos con un ahorro estimado de 44.4 millones de pesos, lo que se traduce en 28.6% de ahorro con respecto a la compra realizada en 2013. En ese sentido, se formalizaron un total de 39 contratos y 335 pedidos.

A fin de dar cumplimiento a la obligación prevista en el Artículo 130 Fracción VII de las Condiciones Generales de Trabajo, la SS realizó la compra consolidada de vestuario y uniformes para el personal operativo que presta sus servicios en las diferentes unidades administrativas que conforman el nivel central. Mediante esta compra se adquirieron 58,171 prendas de vestir con un importe de 25.7 millones de pesos, obteniendo un precio menor en 22.3%, con respecto del estudio de mercado realizado previo a la compra.

El Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de la SS, sesionó en 15 ocasiones, dictaminando 20 asuntos de excepción a la Licitación Pública. De los asuntos presentados, 17 fueron dictaminados favorablemente sumando un monto total de 3,235.58 millones de pesos, de los cuales 2,054.89 millones de pesos corresponden a la adquisición de medicamentos antirretrovirales.

El Subcomité Revisor de Convocatorias de la SS, sesionó en 35 ocasiones, dictaminando 40 proyectos de convocatoria.

Se efectuaron, evaluaciones analíticas y dictámenes a insumos médicos (medicamentos y dispositivos médicos), así como revisiones a los certificados analíticos de los fabricantes a un total de 185 lotes de claves de insumos médicos adquiridos por la SS.

Por otra parte, la UAE en coordinación con la CCINSHAE, realizó un diagnóstico de la participación de los HRAE en la compra consolidada, para robustecer su proceso estratégico de toma de decisiones.

Asimismo, para observar el grado de apego al CBCMSS en las compras de medicamentos realizadas por diferentes instituciones del Sector Salud, se realizó un diagnóstico de las claves de medicamentos incluidas tanto en los cuadros básicos institucionales del IMSS e ISSSTE como en el listado de medicamentos del CAUSES y FPGC; y las compras públicas realizadas en el periodo 2012-2013.

La CCINSHAE con el propósito de **fomentar la compra coordinada de medicamentos e insumos entre la federación y las entidades federativas** aportó, a través de su red de hospitales, las siguientes acciones:

- Los HRAE cuentan con servicios de farmacia hospitalaria y por unidosis, lo que permite ahorros importantes en el consumo de medicamentos;

- Con los esquemas terciarizados de adquisición de medicamentos, se ha garantizado el abasto de más del 98%, incluso en medicamentos de alto costo, como los oncológicos o de tratamiento para padecimientos relacionados con errores innatos del metabolismo, y

- En el HRAEI se ha implementado un modelo de farmacia hospitalaria que ha incorporado las mejores prácticas para la farmacovigilancia, apoyo a la prescripción, eventos adversos relacionados con medicamentos, como algunas de sus líneas de acción.

En esta misma línea, los HFR, adoptaron el Programa de Farmacia Intrahospitalaria para mejorar la seguridad y economía en la preparación, prescripción, suministro, información y monitoreo de mezclas individualizadas.

Los HRAE cuentan con un Comité de Farmacia y Terapéutica, cuyo objetivo es que el hospital cuente con los medicamentos de tercer nivel más actuales a nivel nacional e internacional acorde a las GPC, además se discute y analizan los medicamentos de acuerdo a especificaciones de calidad, eficacia y seguridad.

Se ha logrado el abasto oportuno y eficiente a 14 pacientes portadores de enfermedades lisosomales, en particular en el Hospital de Especialidades Pediátricas del CRAE de Chiapas.

El HRAEPY cuenta con un cuadro básico institucional, diseñado mediante el trabajo colegiado del Comité de Farmacia y Terapéutica en el cual se analiza la calidad, seguridad, eficacia y costo beneficio de los medicamentos.

El HRAEI cuenta con el Centro Integral de Servicios Farmacéuticos, donde se realizan actividades de conservacion, dispensación, preparación de medicamentos y seguimiento farmacoterapéutico, así como de selección y evaluación de los mismos. Se supervisan las dosis unitarias de medicamento, procesos de la Central de Mezclas y de fármaco vigilancia en la idoneidad de la prescripción médica.

En el marco de la CCNPMIS, y para **consolidar el proceso de negociación de precios de medicamentos e insumos con patente vigente y de fuente única**, se realizó lo siguiente:

- Se contribuyó con la CCNPMIS para llevar a cabo el séptimo proceso de negociación de precios que cerró con una lista de 242 medicamentos y otros insumos para la salud con precios y beneficios adicionales, negociados aplicables a las compras de 2015. El ahorro potencial estimado podría alcanzar 838 millones de pesos para las instituciones compradoras, lo que representaría un incremento del 19.2% en el ahorro potencial, con relación al obtenido en el periodo anterior.

- Por primera vez en el marco de la CCNPMIS, se contribuyó a dar seguimiento a los acuerdos negociados con la industria, aplicables a las compras de 2014, específicamente a las bonificaciones en especie adicionales, sujetas a una compra sectorial determinada. Se logró la aplicación de beneficios en especie por un valor de 19.4 millones de pesos, repartidos proporcionalmente entre las instituciones compradoras.

En ese sentido, la UAE participó en los trabajos de la CCNPMIS. Como en años previos, tuvo a su cargo la coordinación del Comité de Evaluación Económica. Durante este proceso de negociación, realizado en 2014, emitió recomendaciones en apoyo al equipo negociador basadas en el análisis económico de los medicamentos.

Con el objeto de **vigilar la eficiencia en el gasto asignado a la compra de medicamentos e insumos para la salud**, se ha participado en la implementación del Sistema de Consolidación de Medicamentos (GESMED), mediante el análisis de los requerimientos funcionales y no funcionales; y apoyando con: documentación y diagramas de flujo; la validación del diagrama de flujo con el área competente; el diseño de la base de datos; el desarrollo del sistema; la revisión de los entregables del área de desarrollo (Control de Calidad); la atención de requerimientos de cambios y mejoras; la elaboración de manuales y *scripts* de pruebas; la instalación del servidor web de producción y desarrollo (instalación de la base de datos Microsoft SQL y IIS); las pruebas técnicas y funcionales de la primera versión de GESMED; la publicación de la aplicación en Internet; las pruebas funcionales y liberación de la aplicación; las pruebas de los *scripts* para los usuarios de Requisiciones y Finanzas (Tesorería); la elaboración del formato de alta de usuarios y la capacitación de los usuarios de soporte.

Por otra parte, el CSG, destaca, como unas de sus funciones sustantivas, la elaboración, actualización y difusión del CBCISS, con el objetivo de fomentar la calidad y el uso racional de los insumos en las instituciones públicas del SNS. Este proceso se lleva a cabo a través de la Comisión Interinstitucional del CBCISS, encargada de evaluar las solicitudes de actualización al mismo, en función de criterios de trasparencia, eficiencia e incorporación de evidencia científica.

La actualización del CBCISS es el proceso mediante el cual se incluyen, modifican o excluyen los insumos contenidos en el cuadro básico y el catálogo. Este proceso se realiza en tres etapas: valoración, evaluación y dictamen. Durante el periodo del 1° de septiembre del 2014 al 31 de agosto del 2015 se recibieron un total de 140 solicitudes de actualización para todos los Comités Técnicos Específicos del CBCISS.

CUADRO 31. NÚMERO DE SOLICITUDES AL CBCISS, PERIODO 1° SEPTIEMBRE 2014-31 MARZO 2015

Comité Técnico Específico	Solicitudes Recibidas
Medicamentos	75
Material de Curación	6
Instrumental y Equipo Médico	8
Auxiliares de diagnóstico	3
Total	92

FUENTE: CSG, disponible en www.csg.gob.mx

CUADRO 32. PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE SOLICITUDES AL CBCISS, PERIODO 1° DE SEPTIEMBRE DE 2014 – 31 DE AGOSTO DE 2015

Comité Técnico Específico	Solicitudes Recibidas
Medicamentos	112
Material de Curación	11
Instrumental y Equipo Médico	10
Auxiliares de diagnóstico	7
Total	140

FUENTE: Elaboración propia con los datos del Cuadro 33

De esta manera se contribuye a garantizar el acceso a servicios esenciales de salud para toda la población, al tiempo que coadyuva a mejorar la calidad, seguridad y eficiencia de la atención a la salud que otorgan las instituciones públicas del SNS al proveer insumos que han probado su seguridad, eficacia terapéutica y eficiencia, y colabora con la actualización de los profesionales de la salud para otorgar servicios de calidad.

En este mismo contexto de colaboración, se actualizó la propuesta metodológica para la estimación de los precios de referencia de los medicamentos incluidos en el CAUSES y el FPGC 2015.

Con el fin de identificar áreas de mejora en el proceso de actualización del Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos del Sector Salud (CBCMSS), la UAE desarrolló un diagnóstico basado en el análisis de las solicitudes de actualización y las inclusiones, modificaciones y exclusiones realizadas en el periodo 2006-2013.

La UAE en colaboración con la SAF, así como con la CNPSS continuó con la **aplicación de esquemas novedosos de compra y abasto de medicamentos para asegurar su surtimiento,** a través de análisis de la evolución en el desabasto de medicamentos, con énfasis en aquellos financiados por el Seguro Popular y los adquiridos mediante compra consolidada. Además, colaboró en el diseño del Sistema de Gestión de Aprovisionamiento de Insumos Médicos (APROMED) para la sistematización de la información de compra de medicamentos.

6. Avanzar en la Construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la Rectoría de la Secretaría de Salud

Estrategia 6.1.

Instrumentar mecanismos para sentar las bases de un Sistema Nacional de Salud Universal

Para impulsar la inclusión y la participación efectiva de los gobiernos estatales y municipales en las políticas públicas nacionales de salud, el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud (STCONASA) lleva a cabo las Reuniones Ordinarias del CONASA, cuyo objeto es fortalecer las relaciones entre la SS, las entidades federativas y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Protección Social en Salud, con el propósito de consolidar la integración funcional del SNS. Del 1° de septiembre de 2014 al 31 de agosto del 2015, se realizaron cuatro de estas reuniones ordinarias en diversas entidades federativas, tal como se puede apreciar en el Cuadro 33.

CUADRO 33. REUNIONES ORDINARIAS DEL CONASA.

Número de Reunión	Sede	Fecha	Acuerdos Asumidos
VII	Querétaro, Querétaro.	11 y 12 de septiembre de 2014	26
VIII	Tlaxcala, Tlaxcala	27 y 28 de noviembre de 2014	38
IX	Campeche, Campeche	12 y 13 de marzo de 2015	21
X	Morelia, Michoacán	25 y 26 de junio de 2015	24

FUENTE: STCONASA.

Conviene resaltar los acuerdos a los que se llegó durante el desarrollo de dichas reuniones y su impacto en la salud de los mexicanos; entre los que encontramos:

- La Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes; Planeación Integral e Interinstitucional de Recursos para la Salud (infraestructura, equipamiento y recursos humanos);
- La Estrategia Digital y Sistemas de Información en Salud;
- La Conectividad en Salud para Cerrar la Brecha Digital;
- Compras Centralizadas y Comprobaciones; Formación de Recursos Humanos; Integración y Desarrollo en Salud, Agenda Permanente con los Estados;
- Estrategia de Fortalecimiento de la Donación de Órganos y Tejidos, Mediante la Participación Activa del CENATRA, los Centros Estatales y la Sociedad Civil;
- Análisis de la situación de la migración en la frontera norte;
- Separación de funciones y alineación de estructuras de las secretarías de salud estatales;
- Medidas preventivas para la vigilancia epidemiológica, prevención, control y combate de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por virus del Ébola;
- Avances en la definición de la Atención Universal del Evento Obstétrico;
- Nuevas estrategias para la operación de las UMM;
- Resultados de la CCNPMIS;
- Red de Salud Mental en el estado de Morelos;
- Plazas ofertadas en el Sistema Nacional de Residencias Médicas y Disponibilidad de Campos Clínicos para 2015;
- Sistema Unificado de Gestión;
- Comprobación de recursos AFASPE;
- Políticas conjuntas con la Auditoria Superior de la Federación;

- Lineamientos para la transferencia de recursos;
- Nuevas propuestas para la prevención y atención de las adicciones;
- Mortalidad materna y embarazo en adolescentes;
- Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes y Redes de Excelencia en Diabetes;
- Seguridad hospitalaria;
- Carga de la enfermedad;
- Estrategia para el Combate al Mercado Ilegal;
- Seroprevalencia de Anticuerpos anti sarampión en la Población de Nuevo León: Resultados de la Encuesta Estatal de Salud y Nutrición 2011/2012;
- Vectores: dengue y Chikungunya;
- Taller Plenaria: Programa de Fiscalización y Rendición de Cuentas 2013;
- Promoción de la Profesionalización en Enfermería, Trabajo Social y Terapia Física;
- Formalización Laboral en las entidades federativas, 2ª Etapa;
- Proyecto Ciudad Salud de la Mujer;
- Centros Regionales de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana;
- Implementación para el Sistema de Abasto de Medicamentos;
- Cuidados paliativos, e
- Integración del Subsistema Nacional de Órganos y Tejidos; entre otros.

Y de los cuales se derivaron un total de 109 acuerdos vinculados al logro de los objetivos, metas y estrategias del PROSESA y al cumplimiento de los Compromisos Presidenciales.

Además, se realizó una reunión de cada Comisión, lo que dio un total de seis reuniones relacionadas con los temas de: salud pública; fortalecimiento de la atención; rectoría; calidad; administración y finanzas, y protección social en salud. De dichas reuniones emanaron un total de 19 acuerdos, donde la participación de los servicios de salud de las entidades federativas ha sido un pilar determinante en la difusión y puesta en marcha de las políticas de salud a nivel nacional.

Cabe destacar que en la IX Reunión del Consejo, se dio continuidad a la enérgica y comprometida labor del CONASA, a partir de la realización de una reingeniería en el formato de operación del mismo, estableciendo una dinámica en la que se motiva una mayor participación de los integrantes del Consejo en las sesiones plenarias de trabajo e implementando el formato de realización de talleres, con el propósito de compartir las experiencias que se tienen a nivel nacional, en cuanto al desarrollo de los programas prioritarios y transversales.

Continuando con la integración funcional del sistema de salud, el STCONASA ha llevado a cabo:

- Reuniones regionales para contribuir en la construcción de consensos regionales orientados a la unificación de criterios adoptados en el seno del CONASA. Las reuniones realizadas en el periodo del 1° de septiembre de 2014 al 30 de agosto de 2015 se muestran en el Cuadro 34.

CUADRO 34. REUNIONES REGIONALES

Regiones	Reuniones
Norte	3 reuniones, septiembre de 2014, abril de 2015 y julio de 2015
Centro	3 reuniones, diciembre de 2014, abril de 2015 y julio de 2015
Sur Sureste	2 reuniones, abril y julio de 2015

FUENTE: STCONASA.

Reuniones de los órganos de gobierno de los OPD para contribuir al desarrollo de una gerencia efectiva de los SESA y del Distrito Federal y con la rectoría y acompañamiento de la SS en un ejercicio federado y descentralizado, tendiente a contribuir a la universalización de los servicios. Las actividades vinculadas a estas reuniones, incluyen, por parte del personal del STCONASA, el impulso a la realización de las mismas; actualización de la agenda de trabajo de los Órganos de Gobierno; la representación, y la participación efectiva de la SS en estas reuniones (Cuadro 35).

CUADRO 35. AGENDA DE LOS ÓRGANOS DE GOBIERNO

Propuesta de agenda para las reuniones de los órganos de gobierno de los organismos públicos descentralizados 2015
• Alinear los contenidos de las agendas de los Consejos Directivos de los SESA con las políticas, programas y acciones definidas en el PROSESA y refrendar la rectoría federal en la materia. • Esta actualización se realizó en consenso con las áreas mayores de la SS.

FUENTE: STCONASA.

En el mismo periodo también se realizaron reuniones ordinarias y extraordinarias (Cuadro 36).

CUADRO 36. REUNIONES ORDINARIAS Y EXTRAORDINARIAS

Tipo de Reunión	Número de Acuerdos
Ordinaria	101
Extraordinaria	23

FUENTE: STCONASA.

Como parte de los esfuerzos de esta administración para lograr avanzar hacia la consecución de un Sistema Nacional Universal de Salud, que garantice el **acceso y la calidad de los servicios de salud, afiliar o reafiliar al SPSS a la población sin seguridad social, especialmente aquélla que vive en condición de vulnerabilidad,** la CNPSS alcanzó los siguientes resultados:

- De septiembre de 2014 a junio de 2015 se registraron poco más de 3.3 millones de nuevos movimientos de afiliación, consolidando un padrón general de beneficiarios de 57.3 millones de personas, y

- Al corte del 30 de junio 2015 se contabilizó una afiliación total de 5.7 millones de niños; mientras que de septiembre de 2014 a junio de 2015 se incorporaron 1,648,633 niños menores de cinco años de edad al SPSS, los cuales reciben los beneficios del Programa SMSXXI.

Con el fin de **otorgar los beneficios del SPSS a la población cubierta por el Programa** PROSPERA (antes **Programa de Desarrollo Humano Oportunidades**), al corte del mes de junio se han registrado al seguro popular de manera acumulada un total de 17,519,703 personas beneficiarias de PROSPERA, 9.8% más respecto del mismo periodo del año previo.

En el componente de Salud, las familias de PROSPERA gozan ya de facilidades adicionales para afiliarse al Seguro Popular o al SMSXXI, así como del acceso al Paquete Básico Garantizado de Salud, el cual creció al doble, ya que pasó de 13 a 27 servicios médicos básicos o intervenciones contenidas en el CAUSES.

Para continuar avanzando en la integración efectiva del SNS, el Programa IMSS-PROSPERA, en el periodo de septiembre 2014 a agosto 2015, ha logrado el fortalecimiento de su relación institucional con los municipios a través de la suscripción de 131 convenios de colaboración, destinados a favorecer el compromiso e inversión de los municipios en acciones de salud.

Con el propósito de **ampliar gradualmente las intervenciones cubiertas por el SPSS**, el CAUSES es una de las carteras de servicios del SPSS, la cual está conformada por 285 intervenciones y 641 medicamentos asociados a las mismas. En este rubro, de septiembre de 2014 a mayo de 2015, se tienen registradas 11,832 unidades de salud debidamente acreditadas para otorgar los servicios ofertados por el CAUSES.

Por otra parte, con el objetivo de privilegiar las acciones de prevención, promoción de la salud y detección oportuna de enfermedades en el primer nivel de atención, se actualizó el catálogo Programación de Recursos de Salud Pública para Prevención con Oportunidad (PRORESPPO), que es la herramienta que define, entre otros, las intervenciones del CAUSES que serán fortalecidas.

Con el propósito de promover el desarrollo integral de los niños y niñas en materia de salud, el SMSXXI, tiene como objetivo reforzar programas dirigidos a la población menor de cinco años afiliada al SPSS, para asegurar la cobertura de la atención médica curativa y preventiva contra todas las enfermedades, adicionales a las que cubre el CAUSES y el FPGC.

Además, en el periodo de septiembre de 2014 a junio de 2015, se realizaron las siguientes actividades:

- Financiamiento de 36,904 intervenciones en niños beneficiarios del programa, en las diferentes unidades médicas que integran la red de prestadores de servicios médicos del país, y

- Trasferencia de 60 millones de pesos al CNEGSR, para la adquisición de reactivos, papel filtro y pruebas confirmatorias del tamiz neonatal semiampliado para tres enfermedades (hiperplasia suprarrenal congénita, galactosemia y fenilcetonuria).

El FPGC es parte del SPSS y tiene como objetivo otorgar servicios médicos de alta especialidad a las personas que no cuentan con seguridad social y que padecen enfermedades de alto grado de complejidad o especialidad, cuyo costo de diagnóstico, tratamiento y medicamentos es muy alto y coloca en riesgo al patrimonio familiar. El fondo contempla 59 intervenciones en nueve grupos de enfermedades y cuenta con 917 servicios acreditados. Durante el 2014 se han destinado más de de 7,239.1 millones de pesos para la atención de 125,373 casos validados, a través del FPGC.

El CSG, a través de la Comisión para Definir Tratamientos y Medicamentos Asociados a Enfermedades que ocasionan gastos catastróficos, determinó a la Esclerosis Múltiple, la Hipertensión Arterial Pulmonar Primaria y al Síndrome de Turner, como enfermedades que ocasionan gastos catastróficos; con el fin de que puedan ser financiadas por el FPGC. De esta manera se coadyuva a homogeneizar y disminuir las polaridades de la atención a la salud.

Además, se aprobó la actualización de siete protocolos técnicos de atención para las enfermedades que pueden verse en el Cuadro 37.

CUADRO 37. PROTOCOLOS TÉCNICOS ACTUALIZADOS DE ENFERMEDADES QUE OCASIONAN GASTOS CATASTRÓFICOS

Categoría	Enfermedad
Categoría I. Diagnóstico y tratamiento del cáncer (menores de 18 años)	Sarcoma de Ewing/tumor neuroectodérmico primitivo
	Tumores ependimales y germinales del sistema nervioso central
	Neuroblastoma
	Tumor de Wilms
	Enfermedad de Hodgkin
	1/ Neutropenia y fiebre
	2/Antiemesis

1/,2/ Protocolos genéricos para el tratamiento de complicaciones de cáncer, en niños.
FUENTE: Base de datos del Secretariado Técnico de la CNPSS.

En el marco del programa de muestreo periódico permanente y para **establecer los mecanismos para la compensación presupuestaria entre instituciones y entidades federativas,** la UAE, como parte de los análisis encaminados a revisar los esquemas de financiamiento y aseguramiento vigentes, realizó un análisis de la evolución de la morbilidad en el ámbito hospitalario por grandes grupos de enfermedades en las instituciones públicas de salud más grandes del país: el IMSS, la SS y el ISSSTE.

Por su parte, la DGPLADES, para **preparar al sistema para que la persona usuaria seleccione a su prestador de servicios de salud** y contribuir a garantizar el acceso a los servicios de salud, desarrolló una propuesta metodológica para las Redes de Servicios de la SS, donde se presenta una articulación de los establecimientos de salud existentes en el país y se proporciona una ruta para el tránsito del usuario por las unidades de salud de los diferentes niveles de atención disponibles en cada región.

Desarrolló también una nueva propuesta de conformación de Redes de Servicios de Salud, que presenta las bases para la articulación explícita de todas las unidades de la SS a lo largo de los diferentes niveles de atención.

Por otra parte, con el fin de preparar el sistema para que el usuario seleccione a su prestador de servicios de salud, la

DGPLADES, a través de la mejora continua del Programa de Intercambio de Servicios Planificado, se encuentra en proceso de actualización del instrumento Manual de Lineamientos para el Intercambio de Servicios, por parte de las instituciones participantes en el programa.

La reingeniería de las Redes de Servicios, cuyo componente principal es el fortalecimiento de atención primaria a la salud para las personas y comunidades, permitirá mejorar la gestión de los recursos para la salud disponibles en cada región con base en una población definida.

Una estrategia esencial para impulsar la tutela de derechos de los afiliados al SPSS, la constituye la actualización del Manual del Gestor del Seguro Popular (GSP), para estandarizar las funciones, competencias, acciones y atribuciones de la figura del GSP.

Se brindó capacitación presencial a 1,056 participantes de las entidades federativas para la actualización de la normatividad aplicable y las herramientas necesarias para la efectiva transmisión de los derechos y obligaciones de los beneficiarios.

El objetivo primordial del Sistema de Portabilidad es garantizar a los afiliados del SPSS la efectiva prestación de los servicios médicos en cualquier entidad federativa, sin importar su lugar de origen o afiliación, por razones de distancia, tiempo de traslado, tránsito interestatal o por urgencia médica. En lo que va de esta administración se han registrado 111,604 casos interestatales por un monto de 897.4 millones de pesos, que sumados a los datos consignados hasta el ejercicio 2012, tenemos un total acumulado, al mes de mayo de 2015, de 264,334 casos y un importe de 2,001 millones de pesos.

Para continuar con el fortalecimiento de la integración interinstitucional, en el periodo septiembre 2014 a agosto 2015, el Programa IMSS-PROSPERA ha suscrito convenios de colaboración para fortalecer la portabilidad del derecho a la salud. De los cinco celebrados con la CNPSS destaca el firmado con el SMSXXI. A continuación se enlistan los convenios:

- Convenio con el Régimen Estatal de Protección Social en Salud del estado de Chiapas;
- Convenio con el Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Oaxaca;
- Convenio con el Programa SMSXXI;
- Convenio para la prestación del componente de salud a las familias PROSPERA en los Establecimientos Médicos del Programa IMSS-PROSPERA; y
- Convenio para la distribución del suplemento alimenticio a mujeres embarazadas, lactantes y niños menores de 5 años de edad de las familias PROSPERA, atendidas en los Establecimientos Médicos del Programa IMSS-PROSPERA.

Por su parte la CCINSHAE colabora en esta línea de acción con la implementación de una herramienta informática para la captura de los informes de auto-evaluación reportados por los Directores Generales de los INSalud, lo cual permitirá consultar, de manera rápida, la información reportada y mantener actualizados y unificados los formatos de reporte. Asimismo, se colabora en la realización del sistema de consulta de los catálogos de cartera de servicios de las unidades coordinadas, para ser utilizados en la referencia y contrarreferencia de pacientes.

En septiembre de 2014, se suscribieron las Bases de Colaboración para la conformación de Comités Únicos (de Investigación, Ética en Investigación, y Bioseguridad) en los casos de Estudios Clínicos Multicéntricos; así como el Convenio para el Estudio Multicéntrico entre las entidades coordinadas de Ciencias de la Salud.

El estudio del SNS desarrollado por la OCDE culminará con un informe impreso. Dicho informe ofrecerá evidencia técnica y mejores prácticas públicas en el tema de los sistemas integrales y universales de salud, así como sugerencias de siguientes pasos en la construcción del SNS universal.

Para **promover la integración y operación de Consejos Estatales de Salud para la definición de prioridades y seguimiento de programas** y garantizar la oportunidad, calidad, seguridad y eficacia de los insumos y servicios para la salud, la UCVPS contribuyó a realizar 83 reuniones en los Consejos Estatales de Salud de las 32 entidades federativas.

Con el objeto de **impulsar la salud en las políticas públicas a través de la planeación intersectorial**, así como fomentar el proceso de planeación estratégica interinstitucional, en particular, la planeación de infraestructura física en salud, la DGPLADES ha promovido el uso de la herramienta de georreferencia denominada Sistema de Información Geográfica para la Planeación

y Desarrollo del Sector Salud (SIGPLADESS). Esta herramienta permite realizar consultas de información dinámica en línea; escenarios de planeación; emisión de reportes para su análisis como insumos de apoyo para el diagnóstico de salud y la toma de decisiones; así como la delimitación de áreas de influencia para el proceso de análisis del Certificado de Necesidad de forma automatizada.

En octubre de 2014 se realizaron eventos de capacitación para el uso del SIGPLADESS, a través de cuatro reuniones regionales, en donde participaron 31 entidades federativas (excepto Nayarit), con la asistencia de 118 funcionarios de áreas de planeación de infraestructura y niveles operativos de los SESA.

A partir de noviembre de 2014, las solicitudes de certificados de necesidad de infraestructura son realizadas a través del SIGPLADESS, lo que ha permitido estandarizar y automatizar tanto el proceso como la evaluación de las mismas.

Durante febrero de 2015 se brindó capacitación respecto de la implementación y uso del SIGPLADESS a representantes de las áreas de planeación y médica del IMSS, con la finalidad de que el sistema sea fortalecido al interior, con información de otras instituciones, como es el caso del IMSS, al mismo tiempo que pueda ser utilizado para realizar la planeación de infraestructura física.

Se participó también en la redefinición del catálogo de proyectos susceptibles de Financiamiento de Aportaciones para la Infraestructura Social (FAIS), en conjunto con la SEDESOL, a fin de que dichos proyectos cuenten con una priorización e información cualitativa y cuantitativa que apoye la mejor toma de decisiones, garantizando el aprovechamiento de los recursos federales.

De la misma forma, la CCINSHAE, con el afán de alcanzar una integración funcional, logró la coordinación, planeación y ejecución de 81 reuniones con los Directores Médicos, responsables de Enseñanza, Enfermería, Médicos, Residentes, Trabajo Social y Bibliotecas de los INSalud; con el objetivo fortalecer la coordinación sectorial de las entidades y mejorar la atención a la población beneficiada, a través de la evaluación de necesidades y la mejora de la toma de decisiones por parte de los INSalud. Sus resultados más importantes han sido:

- En septiembre de 2014, se conformó el grupo de trabajo de indicadores de medicina de alta especialidad, el cual iniciará la prueba piloto de factibilidad de aplicación de indicadores;
- En marzo de 2015 se conformó el grupo de Gestores de la Calidad;
- Establecimiento de lineamientos de referencia y contrarreferencia;
- Coordinación de trabajos para la capacitación y logística de atención médica en pacientes con Ébola;
- Capacitación para el análisis de infraestructura y casos de enfermedades respiratorias agudas en época invernal, con la SS del Distrito Federal;
- Coordinación del Programa Hospital Seguro y de Atención de Desastres de las unidades coordinadas;
- Establecimiento del grupo de trabajo de farmacia intrahospitalaria;
- Definición de las necesidades para la política de cero rechazo en las unidades coordinadas;
- Conformación de la encuesta única de satisfacción percibida, para su aplicación en las unidades coordinadas;
- Establecimiento de criterios unificados para los INSalud en la impartición de los cursos de alta especialidad;
- Inicio de trabajos del documento de posicionamiento y propuestas de participación, para su implementación alimentaria y farmacéutica;
- Desarrollo de la GPC de Enfermería, por padecimientos especializados;
- Implementación del Programa Hospital Libre de Mercurio, derivado de los cambios en los diferentes instrumentos normativos;
- Evaluación de la capacidad de recursos humanos en enfermería con el modelo de necesidades hora/paciente de acuerdo al nivel de complejidad de atención;

- Conclusión de los trabajos para el Código de Ética de las entidades coordinadas por la CCINSHAE;
- Revisión de Manuales de Procedimientos y de Organización de los INSalud, para su homologación;
- Inicio del desarrollo del diagnóstico Situación de Recursos Humanos de Trabajo Social de la CCINSHAE;
- Inicio del Programa Académico para la Formación de Recursos Humanos en Cuidados Paliativos, según nivel de atención médica;
- Realización del Segundo Congreso Nacional de Bibliotecas de Ciencias de la Salud, en noviembre de 2014, y
- Coordinación de la capacitación del Bibliotecario para la atención médica de alta especialidad.

Por su parte, en noviembre de 2014, el CENATRA realizó la segunda reunión nacional anual, con los Consejos Estatales de Trasplantes (COETRAS), los Centros Estatales de Trasplantes (CEETRAS) y los Coordinadores Institucionales. En esta reunión se presentó la nueva estructura administrativa del CENATRA, así como la misión, visión y objetivos con los que será conducido el Subsistema Nacional de Donación y Trasplantes. A esta reunión asistieron los Directores y Secretarios Técnicos de los CEETRAS y COETRAS; y los Coordinadores Institucionales (de la División de Donación y Trasplantes del IMSS; la Coordinación Institucional del ISSSTE; la representante del Grupo Ángeles; la Coordinación Institucional de Servicios Médicos de PEMEX; SEDENA, y SEMAR, así como Coordinadores Hospitalarios de Donación de los diferentes Institutos y Hospitales de la SS).

La UCVPS realizó diversas actividades para **fomentar la participación de los beneficiarios en la definición de beneficios y operación del SNS Universal** e impulsar la aprobación de reformas en materia sanitaria, en las temáticas correspondientes a políticas de salud relacionadas con regulación de programas de alcohol, obesidad, sobrepeso y los trastornos de la conducta alimentaria; atención de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el sida; venta o comercio de muestras médicas; infraestructura hospitalaria; seguridad sanguínea; entre otros.

Estrategia 6.2.

Fortalecer la regulación en materia de salubridad general

La COFEPRIS, por su parte, para fortalecer la rectoría de la autoridad sanitaria en 2015, ha destinado 344.4 millones de pesos a la operación del Sistema Federal Sanitario. En lo que va del 2015 se incrementó en 10.3 millones de pesos el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASSC), con el que se apoyan diversos programas y proyectos destinados a combatir riesgos sanitarios en las entidades federativas. Con estos recursos se han fortalecido los siguientes programas:

- Calidad Microbiológica de los Alimentos;
- Rastros;
- Zoonosis/Brucelosis;
- Productos de la pesca;
- Uso ilegal del clembuterol;
- Plaguicidas en alimentos;
- Moluscos Bivalvos;
- Agua y hielo purificados;
- Agua de calidad bacteriológica y fisicoquímica;
- Playas Limpias;
- Farmacovigilancia;
- Vigilancia del Tabaco;
- Emergencias Sanitarias, y
- Cambio Climático.

Como parte de las acciones que buscan **actualizar el sustento jurídico para avanzar en el SNS Universal,** el apoyo técnico que la UAE brinda a la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos (CGAJDH) y a la UCVPS, se refleja en la emisión de comentarios técnicos respecto de diversos documentos normativos, incluido el Reglamento de la LGS en materia

de Protección Social en Salud, así como a diversas iniciativas de reformas discutidas en el Congreso de la Unión durante la LXII Legislatura.

Por otra parte, con la finalidad de **actualizar el marco legal para establecer una planeación interinstitucional única** se llevó a cabo la coordinación de los grupos interinstitucionales que la DGIS tiene a su cargo: el Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud (CTESS) y el CEMECE, ambos conformados por diversas instituciones del Sector Salud y de otros sectores. En relación con el CTESS, se realizaron las tres reuniones que se tenían programadas en el segundo semestre de 2014, mientras que en 2015 se han realizado tres de las seis reuniones programadas, apoyando la integración sectorial y logrando consensos en materia de información en salud para la toma de decisiones.

El CEMECE lleva a cabo reuniones ordinarias de forma regular en donde se da seguimiento al plan de trabajo establecido para este periodo. Además, con apoyo de la OPS, México coordinó la Segunda Reunión de Centros Colaboradores de la OMS en nuestro país, que sirvió como marco para conmemorar los 30 años de la creación del CEMECE en junio de 2015.

Se impartieron también 20 cursos al interior de la República Mexicana (832 personas) sobre codificación con la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE-10) y la CIE-9/MC. Mientras tanto, en Ecuador, se capacitó a un total de 98 personas, acerca del uso de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) y se realizaron tres cursos de la CIE-10 en República Dominicana, Nicaragua y Chile. Además, en la ciudad de México, se desarrolló el segundo curso internacional para la formación de instructores en la CIF, en el que se instruyó a personal de Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador y México. Asimismo, se impartió capacitación sobre el correcto llenado del Certificado de Defunción a 464 médicos y personal de estadística a nivel estatal; y en otras instituciones del SNS.

El CEMECE, por otra parte, tradujo al español e incorporó las actualizaciones a los volúmenes 1, 2 y 3 de la CIE-10 para aplicarlas en 2014. Este trabajo se envió a la OPS para revisión. Una vez que se autorice el material se pondrá a disposición de los países de habla hispana, conforme los lineamientos que establezca la OPS. Cabe agregar que se actualizó el curso *e-learning* sobre la CIE-10 elaborado por el CEMECE, el cual se promueve en la página de Internet de la DGIS.

El trabajo que se realiza en la BIRMM, coordinado por la DGIS a través del CEMECE, fue presentado como un ejemplo de buenas prácticas en los países de la VI Reunión de la Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información de Salud (RELACSIS), realizada en Bogotá, Colombia. Asimismo, se logró que dentro de esta Red se estableciera un grupo donde los países de la región de las Américas interesados pudieran replicar el modelo de esta investigación.

De igual manera, en coordinación con la RELACSIS, el CEMECE participó en la elaboración del curso de Codificación de Información Médica con la CIE-10 que coordinaron Argentina y México que estuvo dirigido a 72 alumnos de diversos países de la región: Argentina, Paraguay, Uruguay, Ecuador, Perú, Colombia, Chile, República Dominicana, Guatemala, Panamá, Costa Rica, El Salvador, Nicaragua y México.

Además, participó con representantes de Chile y Uruguay, bajo la coordinación de la OPS, en la elaboración del curso web del Correcto Llenado del Certificado de Defunción dirigido a médicos con la finalidad de mejorar los registros de mortalidad. Actualmente, el curso está abierto para cualquier médico interesado en el tema.

Como parte de los acuerdos en la RELACSIS, entre los meses de julio y septiembre de 2014, dos representantes del CEMECE dieron capacitación y asesoría en la instalación y operación del Sistema de Codificación Automatizada de Causa de Muerte (MMDS, por sus siglas en inglés), adaptado por México. Los países que se beneficiaron de esta capacitación fueron: Argentina, Uruguay, Paraguay, Guatemala, Costa Rica y Colombia. Para esta actividad se recibió apoyo financiero de la OPS México.

Se impartieron seis cursos de capacitación sobre las actualizaciones de la CIE-10 a 194 codificadores; dos cursos básicos de la CIF a 62 personas y dos pláticas introductorias al Comité Técnico Especializado de Información sobre Discapacidad. De igual manera, se brindó asesoría para el manejo de la Familia de Clasificaciones Internaciones de la OMS en el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, en el que participaron 120 médicos y profesionales de la salud.

En cuanto a los ODM, se actualizaron en el Sistema de Información de los ODM, los indicadores de salud en coordinación con las áreas encargadas de los programas relacionados.

Estrategia 6.3.

Fortalecer las acciones de supervisión, evaluación, control y transparencia de programas, proyectos y procesos en materia de salud

Como parte de las acciones enfocadas a **desarrollar un sistema nacional de evaluación en salud,** se participó en 5 reuniones ordinarias del Comité Técnico Especializado del Sector Salud, cuyo propósito es consolidarse como la instancia de participación, consulta y colaboración de las dependencias y entidades de la APF y demás actores involucrados en los sistemas nacionales de estadística y de información geográfica, relacionados con el sector. De igual manera, la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED) forma parte del CEMECE, en la promoción y uso correcto de las Clasificaciones Internacionales de la OMS, entre las cuales se encuentran la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE), CIF y la Clasificación de Procedimientos en Medicina (CPM). Asimismo, la DGED participó en dos reuniones (diciembre de 2014 y junio de 2015) del Comité Técnico Especializado en Información de Juventud (CTEIJ), específicamente en el grupo de trabajo denominado: Bienestar físico y acceso a servicios de salud, en el que se revisaron indicadores relacionados con el tema.

En el marco del acceso a los servicios de salud, se elaboraron las metas intermedias para tres indicadores del PROSESA, lo que permitirá medir la evolución de las acciones del SNS en los objetivos vinculados.

Con el propósito de **establecer mecanismos de monitoreo y difusión de indicadores de calidad que permitan evaluar el desempeño de los servicios** en el periodo del 1 de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015, la DGED coordinó la evaluación externa denominada: Evaluación 2014 de la Estrategia de Implantación de las GPCs en el Sector Salud, en la que se contemplaron cinco objetivos: 1) El proceso de elaboración y actualización; 2) Sensibilización y difusión; 3) Documentar el proceso de adopción y uso habitual; 4) La utilización, y 5) El grado de apego a las recomendaciones de cinco GPCs sobre Atención Prenatal, Diabetes Mellitus e Infección Respiratoria Aguda (IRA) en población de 3 meses a 18 años de edad. El estudio se llevó a cabo en 150 Unidades de Atención Primaria Urbana (UAPU) del IMSS, el ISSSTE y los SESA. Las unidades se ubicaron en localidades con 15 mil o más habitantes de siete entidades: Aguascalientes, Chiapas, Campeche, Distrito Federal, Durango, Querétaro y Sonora. Se realizaron doce entrevistas a funcionarios federales y 40 responsables estatales de la estrategia de capacitación e implantación; 280 encuestas dirigidas a los encargados del tema en las UAPU; 425 encuestas al personal clave de la UAPU sobre la utilización, y se revisaron 2,212 expedientes sobre los tres más frecuentes motivos de atención de los temas antes mencionados. De febrero a mayo de 2015, se realizó la difusión de los resultados en los Grupos: Estratégicos de Desarrollo y Actualización; Difusión e Implantación y el de Evaluación de GPCs. El informe extenso y el ejecutivo de los resultados de esta evaluación están disponibles en la liga:

http://dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/especiales.html

En cumplimiento al compromiso adquirido en la reunión del CONASA en julio de 2014, acerca de la realización de un análisis comparativo sobre desempeño hospitalario y con el propósito de dar continuidad a las reuniones sobre desempeño de los servicios de salud, realizadas durante 2014, se llevó a cabo el 30 de abril de 2015, la Primera Reunión del Grupo de Trabajo en materia de Evaluación de Desempeño Hospitalario, coordinado por la DGED. Esta reunión contó con la participación de las áreas de planeación y directivos hospitalarios de las entidades de Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Colima, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Puebla, Querétaro, Sonora y Veracruz; representantes a nivel federal de DGIS, DGCES, DGPLADES, CCINSHAE y CONBIOETICA; y asesores de la OPS y la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS).

Con dicha reunión se dio inicio a la primera etapa de implementación del Modelo de Evaluación del Desempeño Hospitalario en el cual se tienen los siguientes avances, al mes de agosto de 2015.

1. Acta de conformación del grupo de trabajo;
2. Minuta de la primera reunión del grupo de trabajo con compromisos;
3. Definición de lineamientos del Modelo de Evaluación;
4. Fichas técnicas de ocho Indicadores:

- Tasa de Mortalidad General Intrahospitalaria;
- Tasa de Mortalidad Intrahospitalaria por Infarto Agudo al Miocardio (IAM);
- Tasa de Mortalidad Intrahospitalaria por Enfermedad Cerebrovascular (ECV);
- Tasa de ocupación;
- Intervalo de sustitución;
- Promedio de días de estancia hospitalaria;
- Porcentaje de cesáreas, y
- Porcentaje de hernioplastías resueltas como cirugía de corta estancia.

5. Resultados preliminares de los ocho indicadores con cifras del año 2013 y tres indicadores con cifras 2014, y
6. Presentación en el CONASA en junio de 2015, de los resultados preliminares del análisis comparativo sobre desempeño hospitalario, con cifras de 2014.

La próxima reunión del grupo de trabajo está programada para octubre 2015.

La DGPLADES participa en el Grupo de Trabajo en Materia de Evaluación del Desempeño Hospitalario, para la revisión de los modelos de infraestructura existentes en las redes de servicios, y generar una herramienta de evaluación que impulse la mejora del desempeño hospitalario, en apoyo a la capacidad resolutiva del primer nivel de atención.

En relación a la participación de la DGED en la Vigésima Octava Sesión Ordinaria del CNGPCs en marzo de 2015, se aprobó el plan de trabajo de la DGED para 2015, enfocado a la Evaluación de la Aplicación de GPCs. Por otro lado, para dar cumplimiento a los compromisos adquiridos, el 6 de mayo de 2015 se llevó a cabo la primera reunión del Grupo Estratégico de Evaluación de la Aplicación de GPCs, coordinado por la DGED, con la participación de los representantes de las Instituciones Públicas del Sector Salud. Se tienen programadas otras reuniones en agosto y noviembre de 2015, con el propósito de desarrollar un Manual de Evaluación de la aplicación de GPCs consensuado, que sea la referencia en el tema de evaluación de GPCs para las instituciones del Sector Salud, y con ello colaborar en el fortalecimiento de la rectoría de la SS.

Para cumplir con las acciones encaminadas a **optimizar los procesos para la rendición de cuentas de los programas y recursos públicos invertidos en la atención**, entre junio y agosto de 2015, la DGED fungió como responsable de la integración del apartado de Salud del Informe de Gobierno, así como de la información relacionada con las estrategias transversales del PND en lo que concierne al Sector Salud.

En atención a instrucciones secretariales, la UAE coordinó los trabajos para la elaboración del Informe de Ejecución, edición 2014, del PND, así como del Informe de Logros 2014.

Entre octubre de 2014 y enero de 2015, se actualizaron los avances obtenidos en los 16 indicadores del PROSESA, y se desagregaron los indicadores por entidad federativa a fin de identificar las contribuciones de las entidades en el avance de la meta 2018. La información está disponible en la liga: *http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/seg_metas_prosesa.html*

Se difundió además una nota explicativa en lenguaje ciudadano, para facilitar la comprensión de estos indicadores y su evolución. Ambos productos se publicaron en la página web de la DGED. La cual puede consultarse en: *http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/seg_metas/avances_prosesa.pdf*

La DGED tiene entre sus principales atribuciones: coordinar las evaluaciones de los programas prioritarios y especiales de salud; desarrollar acciones para evaluar el funcionamiento de las unidades de atención médica, y evaluar el desempeño de los sistemas de salud.

En función de lo establecido en el Programa Anual de Evaluación 2015, publicado por el Consejo Nacional de Evaluación del Desarrollo Social (CONEVAL); la SFP, y la SHCP; la DGED ha dado cumplimiento a lo establecido en los calendarios de ejecución de los programas anuales de evaluación 2014 y 2015.

En este contexto y con el objetivo de brindar acompañamiento y asesoría técnica, que contribuya al mejoramiento de los indicadores de los programas de desarrollo social del Ramo 12 de la SS, se llevaron a cabo mesas técnicas en las que se revisó la aplicación

de los conceptos de la MML; particularmente en el establecimiento de indicadores, mejorar la formulación y diseño de los indicadores de la MIR y revisar las recomendaciones de las Mesas Técnicas de Revisión de Indicadores de Resultados (METRIS) que el CONEVAL realizó a principios de 2014.

A través de asesorías técnicas se logró el mejoramiento de los indicadores de las MIR de los programas presupuestarios; mediante un enfoque fundamentalmente práctico. Este ejercicio incluyó a los funcionarios que operan los programas, dado que solo ellos tienen la experiencia y conocen plenamente los procesos y las áreas susceptibles de mejora.

Los programas participantes en dichas asesorías del 1o. de septiembre 2014 al 30 de agosto de 2015, fueron: Seguro Popular (U005); Reducción de la Mortalidad Materna y calidad de la atención obstétrica (U007); Programa Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes (U008); Programa de Apoyo para Fortalecer la Calidad de los Servicios de Salud (U012); Programa de Fortalecimiento a las Procuradurías de la Defensa del Menor y la Familia (S250) y el Programa de Desarrollo Comunitario Comunidad DIFerente (S251).

En ese tenor y de manera complementaria, se realizó un curso–taller titulado Metodología de Marco Lógico para la Construcción de la MIR; organizado en conjunto con el CONEVAL y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en febrero de 2015. Este curso contribuyó a la formación de profesionales en GpR. Específicamente el curso–taller persiguió: revisar los conceptos de la Metodología del Marco Lógico y de la Matriz de Indicadores como instrumento de gestión; aplicar en forma práctica los conceptos estudiados y permitir el intercambio de experiencias entre los participantes y los expositores. El curso se llevó a cabo en las instalaciones del INMEGEN y participaron funcionarios de los programas presupuestarios de la CCINSHAE abordando los siguientes temas: formación y desarrollo profesional de recursos humanos especializados para la salud (E010); dignificación, conservación y mantenimiento de la infraestructura y equipamiento en salud (E022), y presentación de servicios en los diferentes niveles de atención en salud (E023).

Además, de acuerdo a la establecido en el artículo 77 de la Ley General de Desarrollo Social, el CONEVAL coordina el proceso de revisión y de aprobación de los indicadores de programas sociales; para ello, y como parte de la estrategia implementada para la aprobación de los mismos se revisó el diseño de sus indicadores, con base en la MIR. Dicho proceso incluye la participación de la SS, mediante la DGED, como unidad evaluadora cabeza de sector. Las mesas técnicas incluyeron un análisis específico, mediante la integración de un grupo de trabajo integrado por funcionarios del CONEVAL, SHCP, ASF, DGED y por representantes de los propios programas, así como de expertos estadísticos y temáticos.

La emisión del dictamen incluyó el envío de la información correspondiente a la Cámara de Diputados, por conducto de la ASF y a la SHCP para que emitan las recomendaciones que estimen pertinentes. En ese sentido, cabe señalar que solamente la MIR de un Programa Presupuestario estaba en calidad de condicionada (existen tres estados de aprobación: la que no cumple aún con criterios mínimos, la condicionada y la aprobación directa).

En el periodo del 1° de septiembre de 2014 al 30 de agosto de 2015, la SS logró colocar a consideración del comité directivo del CONEVAL, la aprobación de los programas presupuestarios federales sujetos a reglas de operación: UMM (S200); Programa Comunidades Saludables (S037); Sistema Integral de la Calidad (S202), y Programa de Fortalecimiento a las Procuradurías de la Defensa del Menor y la Familia (S250).

Por otra parte, en el marco del Congreso Conmemorativo del XV aniversario del Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología (HMEMYN), la DGED participó de manera activa en dos actividades. La primera, mediante la conferencia titulada Opinión integral del modelo de atención en cáncer de mama. La segunda, a través de la coordinación del panel interinstitucional de la gestión de servicios de salud en cáncer de mama y cáncer cérvico-uterino; en dicha mesa, participaron ponentes del INSP, IMSS, ISSSTE, INCAN, y del INPer .

Asimismo, la SS llevó a cabo la Reunión de Homologación de Criterios de Monitoreo y Evaluación del FASSA, los días 1° y 2 de diciembre de 2014. Se trató de un evento organizado en conjunto entre la DGED; la DGPOP; la DGIS; la SHCP, y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. El objetivo de esta reunión fue lograr un mayor acercamiento con los responsables de los programas presupuestarios, en específico del FASSA en las entidades federativas, y así mejorar la gestión administrativa del Ramo 33.

Durante la reunión se compartió un análisis de las modificaciones en la MIR; siguiendo con las fichas técnicas de los indicadores; el PbR y el Ciclo Presupuestario. Además, incluyó un Taller de Cálculo de Indicadores y Metas, finalizando con una ponencia de evaluación y monitoreo del FASSA como cierre del día. El objetivo de este evento se cumplió al reconocer y difundir las prácticas que reflejan un esfuerzo adicional a lo que la normatividad establece en el uso de ejercicios de monitoreo y evaluación, en la mejora del diseño e implementación de programas y políticas públicas, así como retroalimentación en la toma de decisiones.

Derivado de esta reunión, se creó el documento Preguntas Frecuentes de Evaluación del FASSA, con el objeto de aportar información a las entidades federativas para despejar dudas con respecto a la evaluación que tienen mandatado realizar. Así como responder los cuestionamientos que con mayor frecuencia realizan los representantes de las entidades.

Asimismo, se realizó el Informe de Avance de Metas de los Indicadores del FASSA 2014, con el propósito de analizar la información capturada trimestralmente por las entidades federativas en el PASH y retroalimentar a las fuentes de información primaria de dicho sistema. Esto permitió darle a la MIR el carácter de instrumento de monitoreo y seguimiento del Fondo.

Como parte del acompañamiento a las entidades federativas, se asesoró en materia de monitoreo y evaluación a los Servicios de Salud de Baja California Sur, Oaxaca y Guanajuato.

En cuanto a la cooperación interinstitucional, la SS realizó en marzo de 2015, una reunión entre la Unidad de Evaluación de la Gestión y el Desempeño Gubernamental de la SFP y de la DGED de la SS, la cual tuvo como objetivo conocer sobre los procesos que realizan ambas unidades en materia de evaluación; así como sus necesidades de intercambio de información, que permitirá fortalecer la evaluación del Ramo 12.

En términos de cooperación internacional, se desarrolló el proyecto denominado Transferencia de conocimientos y experiencias de la SS de México al Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, para homogeneizar la metodología de evaluación del desempeño de sistemas de salud bajo criterios y esquemas propuestos por la OCDE. Este proyecto ha permitido intercambiar la experiencia requerida para homogeneizar la metodología de construcción y monitoreo de los indicadores de desempeño del sistema de salud en Colombia.

Con el propósito de **incrementar el desarrollo de herramientas de evaluación para el diseño de políticas públicas** en el mes de octubre de 2014, se difundió en la página de la DGED la actualización al documento Fichas Técnicas para la Construcción de los Indicadores de Resultado. Estos indicadores fueron aprobados desde el año 2002 por el CONASA y tienen como propósito evaluar el desempeño de los sistemas de salud vinculados con las condiciones de salud, disponibilidad y accesibilidad, calidad técnica e interpersonal, aceptabilidad, eficiencia, sustentabilidad y anticipación. Los principales usuarios de estos resultados son los SESA del país. En junio de 2015 se publicó en la página web de la DGED una nueva herramienta de consulta interactiva de estos indicadores, disponible en: *http://dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/tableros.html*

Tomando en consideración el objetivo de **fomentar el uso de herramientas de evaluación para el diseño de políticas públicas**, durante el mes de marzo de 2015 se llevó a cabo la licitación pública para el levantamiento de la Encuesta 2015 para el Seguimiento de los Indicadores del PROSESA, la que dio inicio a finales del mes de marzo con la planeación, y continuó en los meses de mayo y junio con el levantamiento en campo de la información. Al concluir el proyecto se podrá obtener información para medición de dos indicadores claves del PROSESA: prevalencia de obesidad en niños de 5 a 11 años de edad y porcentaje de surtimiento completo de recetas médicas. Asimismo, permitirá evaluar el impacto de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.

Adicionalmente, como parte del propósito para **desarrollar indicadores de productividad de uso de los recursos** y dar seguimiento al indicador del PROSESA denominado porcentaje de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud, la UAE actualizó el análisis del gasto catastrófico y empobrecedor en salud, considerando información de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares (ENIGH) 2014.

De la misma forma, se desarrolló un análisis del gasto de bolsillo de los hogares en el periodo 2006-2014, para identificar tendencias de gasto a lo largo del

tiempo y el potencial impacto de la protección social universal en salud.

Como una de las acciones puestas en marcha para mejorar la calidad en la formación de los recursos humanos, de septiembre de 2014 a agosto de 2015, la DGCES obtuvo las mediciones disponibles para México de los indicadores de Metas Regionales en Materia de Recursos Humanos para la Salud, a fin de continuar con las acciones de homologación, con el Observatorio Regional en colaboración con la OPS.

Estrategia 6.4.

Integrar un sistema universal de información en salud

Con la finalidad de **consolidar el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica**, en las unidades hospitalarias se establecieron las Unidades de Vigilancia Epidemiológica, con lo que se encontró que los índices de infecciones intrahospitalarias son comparables con los estándares internacionales para hospitales de alta especialidad.

Para **fomentar la adopción y uso de sistemas de información de registro electrónico para la salud (SIRES),** la DGIS continúa con el Procedimiento de Evaluación de la Conformidad de la Norma Oficial Mexicana número NOM-024-SSA3-2012; para lo cual, se han llevado a cabo once verificaciones en total. De septiembre de 2014 a abril de 2015 se realizaron cuatro verificaciones. A la fecha se han certificado un total de cuatro Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud del Expediente Clínico Electrónico.

Con la finalidad de **instrumentar el Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud**, la DGIS formalizó diversos instrumentos entre los que destacan:

- Lineamientos de operación del Certificado Electrónico de Nacimiento, publicados en el DOF el 17 de abril de 2015, que tienen por objeto establecer el procedimiento para la expedición de dicho certificado, y los

- Lineamientos para el Modelo de Gobierno de Información y Tecnologías de la Información en Salud (aprobados por el COMERI el 26 de marzo de 2015), que tienen por objeto fortalecer los procesos de integración de información en salud y la tecnología asociada a los mismos, así como evaluar, monitorear y dirigir las acciones necesarias para que la SS genere mayor valor con sus datos y conformar dicho modelo.

Dentro de las acciones para **implementar mecanismos para incrementar la oportunidad, cobertura, integridad, validez, veracidad y consistencia de la información en salud,** así como fortalecer el marco normativo en la materia, la DGIS formalizó el acuerdo modificatorio (publicado en el DOF el 17 de abril de 2015), por el que se dan a conocer los modelos que se utilizarán como formatos para la expedición de certificados de nacimiento, con el objeto de actualizar las variables contenidas en dichos certificados y mejorar la calidad de la información en salud.

En este sentido, para el año 2014, el Subsistema de Información de Nacimientos (SINAC) logró una cobertura del 97% con respecto a las estimaciones del CONAPO; por su parte, la cobertura oportuna (la captada un mes posterior a su ocurrencia) fue de 78%.

Dentro del marco de la reingeniería del Subsistema Estadístico y Epidemiológico de Defunciones (SEED), en 2014 se llegó a una cobertura de 90.8%, más de lo estimado por el CONAPO. Para 2014 la cobertura oportuna ha mejorado un 7% con respecto al año anterior. Estos logros son resultado de las acciones realizadas para consolidar el procedimiento de recuperación de registros de defunciones certificadas, a partir de la tercera copia del Certificado de Defunción, lo que ha permitido disminuir el tiempo de acopio y recuperar información de muertes que no fueron inscritas en el Registro Civil.

De la misma forma, para **fortalecer los mecanismos de difusión de información en salud alineados a una estrategia de datos abiertos,** la DGIS, coordina la publicación de Datos Abiertos en Salud. En este sentido, se han publicado cuatro grupos de datos abiertos: Recursos en Salud (datos y mapa georreferenciado); Mortalidad Materna; Nacimientos Ocurridos, y Egresos Hospitalarios de la SS, los cuales se encuentran publicados en la página electrónica de la DGIS: *http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_index.html*

Y en el portal de Datos Abiertos:

http://catalogo.datos.gob.mx/organization/salud

Con el propósito de **fortalecer los mecanismos específicos para integrar, usar y explotar la información para la toma de decisiones** y actualizar

su marco normativo, la DGIS realizó varias actividades, entre las que destacan:

- Elaboración del acuerdo que modifica el diverso por el que la SS da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal, publicado en el DOF el 6 de febrero de 2015, a fin de que la información de muertes accidentales y violentas que se genera con la expedición de los certificados de defunción, se haga llegar de manera más oportuna al INEGI, y

- Actualización del Catálogo de Establecimientos en Salud (CLUES) 2014, con el fin de conocer adecuadamente la capacidad instalada en cuanto a establecimientos de salud. Con esta actualización, al cierre de diciembre de 2014, se tenían registrados 28,026 establecimientos de salud en operación, de los cuales 21,852 son de consulta externa, 4,359 son hospitales, 659 son establecimientos de asistencia social y 1,156 son de apoyo. Del total de establecimientos operando 24,307 son públicos (86.7%) y 3,719 son privados (13.3%). Las actualizaciones se realizan de forma mensual.

Adicionalmente, se ha avanzado un 85% en la integración de la georreferencia de todos los establecimientos de salud del sector público en operación con equipamiento asociado. Esto permite conocer la localización exacta de las unidades médicas de apoyo y de asistencia social, con lo que se puede identificar de manera puntual el tipo, cantidad, distribución y pertenencia de los establecimientos a nivel local, lo que facilita la planeación, monitoreo y registro de información de manera armonizada e integral.

Por otra parte, se realizó la actualización de la información estadística anual de 2014 del Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura, para la Atención de la Salud (SINERHIAS), el cual integra la información de las unidades médicas de la SS y de los SESA. A diciembre de 2014 se contabilizaron 15,144 unidades médicas, de las cuales 15,036 (99.3%) se reportaron en operación y 108 (0.7%) pendientes de hacerlo; asimismo, se registró un total de 39,179 camas en áreas de hospitalización.

En 2014 se establecieron cierres del Subsistema de Prestación de Servicios (SIS) con periodicidad mensual en forma definitiva, de acuerdo a fechas previamente difundidas a las áreas de planeación y estadística de las 32 entidades federativas.

El 30 de abril de 2015 se cerró el año estadístico 2014 del SIS de la SS, por lo que, a partir de mayo de 2015, se cuenta con cifras definitivas por mes y unidad médica del año anterior.

Finalmente se captó, integró y difundió la información correspondiente al año 2014 de la SS y de los SESA, relativa a urgencias médicas (10,645,625); egresos hospitalarios (2,959,197); intervenciones quirúrgicas (1,655,468) así como lesiones y causas de la violencia (615,084).

En ese mismo orden de ideas para reforzar las labores de atención en salud a las comunidades mexicanas en los Estados Unidos de América, la SS a través de la CSFMEU genera sistemas de información sobre salud en la frontera, para capacitar a los recursos humanos involucrados en las distintas actividades de salud pública en la región fronteriza y establecer vínculos con los distintos actores binacionales, para enfrentar los retos que en materia de salud prevalecen en esta región.

Para **consolidar un Padrón General de Salud (PGS) de derechohabientes, beneficiarios, asegurados, afiliados, pacientes, profesionales de la salud y padrones sustantivos,** así como fomentar el proceso de planeación estratégica interinstitucional; e implantar procesos de información y evaluación eficaces; se trabaja para integrar información básica de asegurados y usuarios de servicios de salud (incluyendo derechohabientes, beneficiarios y afiliados), profesionales de la salud, así como de patologías, síndromes y condiciones de salud de poblaciones específicas. En el rubro de asegurados, al mes de diciembre de 2014 se habían captado 100,139,852 registros vigentes de las principales instituciones de salud públicas federales.

Asimismo, a diciembre de 2014, se habían integrado al PGS 802,012 profesionales de la salud. Uno de los beneficios de este padrón es conocer con certeza el establecimiento de salud en el que el profesional labora, así como las jornadas y días laborales de los mismos.

Estrategia 6.5.

Situar a la bioética como política de gestión y de desarrollo del Sistema Nacional de Salud Universal

Con el propósito de **fomentar el respeto a la dignidad, la autonomía y los derechos humanos en la prestación de servicios de salud** y en el marco del compromiso por

elevar la satisfacción de los usuarios que acuden a los establecimientos de salud públicos, en octubre de 2014 la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA) reunió a expertos para conformar una estrategia nacional de formación y capacitación en bioética para los miembros de los Comités Hospitalarios de Bioética (CHB). Se han capacitado a 400 miembros de CHB y se ha distribuido material audiovisual de capacitación a 213 CHB.

El contar con personal de comités capacitado contribuye a elevar la satisfacción de los usuarios que acuden a los establecimientos de salud públicos ya que propicia que la población beneficiaria de estos servicios participe en la toma de decisiones con respecto a la salud.

Para **fomentar que la investigación atienda a criterios éticos, de pertinencia e integridad científica y protección de los derechos humanos,** CONBIOÉTICA, en octubre de 2014 reunió a expertos para conformar una estrategia nacional de formación y capacitación en bioética para los miembros que son parte de los Comités de Ética en Investigación (CEI).

Se han capacitado 300 miembros de CEI y se ha distribuido material audiovisual de capacitación a 156 CEI.

Para continuar con el propósito de **incorporar el enfoque bioético en el diseño, análisis y evaluación de las políticas públicas, y asignación de recursos**, se continuó con la implementación de acciones regulatorias que permitan evitar riesgos sanitarios en aquellas personas en situación de vulnerabilidad. Con este fin, se publicó la quinta edición de las Guías Nacionales para la Integración y el Funcionamiento de los CHB y los CEI que tienen carácter normativo, ya que establecen los criterios para la integración y funcionamiento de los CHB y los CEI del país.

Como parte del compromiso institucional de **consolidar a las comisiones nacional, estatales de bioética, y los comités hospitalarios de bioética y de ética en investigación** y brindar atención en salud con calidad y respeto a los derechos humanos a la población, la CONBIOÉTICA en el periodo del 1° de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015, registró 190 CHB, los cuales son órganos colegiados de carácter consultivo donde se analizan los dilemas bioéticos que surgen en la atención médica. En ese tenor, se otorgaron 60 dictámenes favorables a los CEI, que son órganos colegiados creados para evaluar protocolos de investigación que aseguren la protección de las personas que participan en la investigación desde una perspectiva ética y de respeto a los derechos humanos, para asegurar en todo momento la integridad científica. Se realizó además la supervisión a 548 CHB y CEI, donde hubo retroalimentación con propuestas de acciones para la mejora de sus actividades.

La estrategia nacional en materia de bioética, incluye acciones para fortalecer el marco normativo y operativo de la infraestructura institucional conformada primordialmente por las Comisiones Estatales de Bioética (CEB). Se llevaron a cabo 19 diálogos virtuales con las CEB centrados en la implementación de estrategias para la capacitación especializada en bioética. Simultáneamente se distribuyeron un mil ejemplares para la capacitación técnica de los miembros de los CHB y 740 para los de CEI; así como 4 mil ejemplares de diversos materiales de divulgación.

Para **promover la observancia de criterios de bioética internacionales acordes con el interés y las políticas de salud del país,** en el periodo del 1° de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015 la Comisión Nacional de Bioética participó en el análisis de diversas normativas internacionales en la materia, entre ellas destaca la adhesión de México a la Convención para la protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano, con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. La CONBIOÉTICA proporcionó la información técnica para fijar el posicionamiento de la SS basada en los resultados de reuniones con expertos.

En mayo de 2015, en conjunto con el Grupo de Bioética del Consejo de Europa (DH-BIO), se promovieron actividades académicas en México para destacar la importancia de los derechos humanos en la biomedicina; asimismo, se llevó a cabo una sesión conjunta con la ANM de México, sobre las Perspectivas de la Biomedicina y los Derechos Humanos.

Con el propósito de **difundir la cultura bioética entre la sociedad, impulsar la capacitación del personal y la formación de profesionales en la materia**, en junio de 2015, se presentó la publicación impresa y digital, así como el material audiovisual, que compendia los acuerdos, experiencias e intercambio de información de aspectos prioritarios de bioética y salud en las seis regiones del mundo, expuestos por más de cien delegados y asistentes a la Décima Cumbre Global de Comisiones Nacionales de Ética/Bioética celebrada en México en 2014.

Además, se dio a conocer la publicación impresa y digital, así como el material audiovisual, que reúne los trabajos presentados en el Décimo Segundo Congreso Mundial de Bioética celebrado en México en 2014, en el que se abordaron temas de vanguardia en bioética cuya aplicación y fortalecimiento ayudan a diseminar el conocimiento bioético en la enseñanza, la investigación y los servicios de salud. Estos materiales representan la experiencia de más de 1,200 asistentes provenientes de 72 países.

De igual manera, se generaron espacios académicos para dar lugar a presentar el trabajo del ganador del Premio a la Excelencia en Bioética, Manuel Velasco Suárez, en su edición 2014; asimismo, para dar continuidad a este premio e impulsar la investigación en bioética en la región de las Américas, se emitió la convocatoria oficial para la edición 2015.

Estrategia 6.6.

Promover un México con responsabilidad global en salud

Como parte sustancial de esta estrategia, se realizan acciones encaminadas a **consolidar el papel de México como un actor responsable y comprometido en el ámbito multilateral,** por lo que en septiembre de 2014, México fue copatrocinador del evento paralelo titulado: Dedicado a la Salud para Todos: un brindis por la Cobertura Universal de Salud, el cual se realizó en el marco de la 69°Asamblea General de las Naciones Unidas. Como parte de esta actividad, la C. Secretaria, Mercedes Juan, aceptó sumarse a la nota Editorial sobre cobertura universal en salud que se publicó en la revista *The Lancet*, el 19 de septiembre de 2014 *(http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61419-7),* a fin de reafirmar el interés de nuestro país en la cobertura universal como parte sustantiva de la agenda de desarrollo post 2015.

A lo largo de 2014 y el primer semestre de 2015, se participó en el proceso guiado por la ONU para definir la agenda de Desarrollo post 2015, en la cual la SS buscó consolidar la presencia de la salud como causa y eje de desarrollo. En particular la posición de la SS fue mantener en la próxima agenda los actuales ODM relacionados con la salud e incluir a la cobertura universal y a las enfermedades no transmisibles.

En la inclusión de los temas de salud en la agenda de desarrollo post 2015 ha sido importante la intervención de la OMS como agencia interlocutora de la ONU, específicamente, en las sesiones de sus órganos de gobernanza, celebradas en 2014 y 2015, en las cuales se ha dedicado un punto del orden del día para afianzar la inclusión de los temas de salud en la agenda de desarrollo.

Asimismo, se apoyan los preparativos para la participación de México en la Cumbre de las Naciones Unidas para adoptar la agenda de desarrollo post-2015, que se llevará a cabo en septiembre de este año.

La SS realiza acciones permanentes que impulsan las reformas del Sistema de Naciones Unidas:

- Se participó en el proceso de reforma de la OMS, en razón de que México está comprometido en la consolidación de una organización eficiente basada en principios de transparencia y equidad;

- En noviembre de 2014 se llevó a cabo la segunda reunión presencial del Grupo de Trabajo sobre Asignación Estratégica de Recursos, y en abril de 2015, la tercera. En éstas, se reconoció el trabajo de México en cuanto a las propuestas en el diseño de una nueva metodología basada en los principios mencionados, y

- Los resultados de dicho grupo contribuyeron a orientar el trabajo del Secretariado de la OMS, a fin de someter a consideración de los Estados Parte, el nuevo método de asignación de recursos, en concordancia con los cambios de la agenda global de salud y las necesidades e intereses de los países.

La posición activa de México en el proceso de reforma de la OMS, también se reflejó durante la participación de la dependencia en las reuniones de los órganos de gobernanza, celebradas en enero y mayo de 2015.

Al fomentar la creación de ***clústers*** de Turismo Médico en las entidades federativas, se genera certidumbre en cuanto a la calidad de los servicios médicos ofertados a la comunidad internacional.

En referencia al tema anterior, la UCVPS participa de forma continua en el engranaje del Turismo Médico con todas las instituciones y dependencias involucradas, tanto al interior de la SS (CONAMED, COFEPRIS; STCONASA), como al exterior (SECTUR, Secretaría de Economía, ProMéxico, Comisión Nacional para la Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros y el Instituto Nacional del Emprendedor).

Para continuar con la consolidación de una integración efectiva, la UCVPS llevó a cabo:

- El 2do. Foro Nacional de Turismo Médico de la Confederación Patronal de la República Mexicana (COPARMEX) 2014, llevado a cabo los días 9 y 10 de septiembre de 2014, en donde se discutió el modelo de turismo médico que propone el sector empresarial, así como la alianza entre el sector público y privado para su desarrollo;

- El 18 de septiembre de 2014, en la Ciudad de Jalapa, Veracruz, se conformó el ***Clúster*** de Turismo Médico, en el cual se hizo hincapié en la promoción para atraer pacientes de otras partes del mundo;

- Del 19 al 25 de septiembre de 2014, se llevó a cabo el Séptimo Congreso Mundial de Turismo Médico y Salud Global *(7th World Medical Tourism & Global Healthcare Congress)*, en el que se dieron a conocer las actuales tendencias globales del tema, con la colaboración y el respaldo de los ministros de salud de los países participantes, ya que el Turismo Médico tiene una importancia toral en el cuidado de la salud;

- El 9 de octubre de 2014 se realizó el XIV Congreso Internacional de Turismo Médico, organizado por el Consejo Nacional Empresarial Turístico;

- El 11 de octubre de 2014 se realizó la reunión del Comité Interinstitucional de Salud dentro de la 3ª Reunión Anual de la SS con hospitales privados 2014; ahí se presentó una ponencia en torno al tema titulada: El Turismo de Salud en el Marco de las Estrategias Nacionales;

- Del 5 al 7 de noviembre de 2014, se participó en la 5ª Cumbre de Negocios en Turismo Médico de México, organizada por el Consejo Mexicano de la Industria del Turismo Médico A. C. en Reynosa, Tamaulipas;

- El 12 de noviembre de 2014 tuvo verificativo el Primer Foro Estratégico del Turismo Médico y de Salud en la Zona Centro, realizado en el Centro de Convenciones de San Luis Potosí;

- Se incentivó, inauguró y se dio seguimiento a los ***clústers*** de Turismo Médico en entidades federativas de la República como: Yucatán, Chiapas, Puebla, Querétaro, Veracruz y Baja California Sur, y

- El 4 de diciembre de 2014, se llevó a cabo en Tijuana, Baja California, la Reunión Anual Nacional de ***Clústers*** de Turismo Médico.

En este mismo orden de ideas, la SS, a partir de 2012 inició la conformación de una Red de OSC en materia de Salud, misma que a septiembre de 2015 estará integrada por 1,557 organizaciones a nivel nacional, que manejarán diversos temas de salud. La Red de OSC da origen a mecanismos de vinculación importantes como son: la difusión de diversos temas y actividades realizadas por la SS, por otras dependencias u otros sectores, así como por otras organizaciones; la coordinación y concertación entre organizaciones y éstas con la SS, a fin de sumar esfuerzos en propósitos comunes; la asesoría y capacitación sobre profesionalización de organizaciones y sobre temas de competencia de la SS a través de sus áreas técnicas competentes (programas y proyectos de Salud, canalización a otras instancias, entre otras). En 2014 se generaron un total de 543 vinculaciones con organizaciones, en 2015 (al 30 de abril) la red ha generado 66 vinculaciones, mismas que se desglosan de la siguiente manera:

- Coordinación y concertación: 56;

- Asesorías: 6;

- Difusiones: 2, y

- Servicios: 2.

En otro orden de ideas, durante el mes de junio, la CONAMED obtuvo la renovación por parte de la OPS/OMS de su designación como Centro Colaborador, con esta distinción, la labor de esta comisión en materia de derechos generales de los pacientes, capacitación, elaboración de peritajes, prevención de conflictos generados entre los pacientes y los profesionales de la salud; así como en la aplicación de los mecanismos alternativos de solución de controversias, es reconocida por parte del máximo organismo internacional en materia de salud.

Con la finalidad de **ampliar la presencia de México en los foros internacionales de salud,** la SS participó en foros especializados y suscribió acuerdos e instrumentos internacionales en los que se promueve la prevención y atención de la salud de los migrantes mexicanos radicados en el exterior. Asimismo, existe el compromiso de promover la cooperación internacional entre México y otros países, mediante diversas acciones con organismos internacionales.

La SS busca impulsar los intereses de México en temas de salud en foros y organismos multilaterales y aprovechar su pertenencia a ellos, para impulsar mejoras en salud. Es por ello que la DGRI:

- En agosto de 2014, apoyó la gestión de la firma del acuerdo entre México y la OCDE para la Revisión del Sistema de Salud Mexicano con la intención de evaluar su desempeño y formular recomendaciones de políticas públicas para ayudar a un SNS universal. En junio de 2015 se entregó el reporte final de dicho documento.

- En octubre de 2014, se celebró en Moscú, Rusia, la Sexta Reunión de la Conferencia de las Partes (COP) del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) con los siguientes objetivos:

  – Revisar la situación del Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco;

  – Analizar las directrices para la aplicación del Artículo 6 del CMCT, de la OMS, sobre medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda del tabaco;

  – Considerar las acciones relacionadas con el control y prevención de los nuevos productos de tabaco que aparecen a nivel mundial;

  – Revisar las alternativas económicamente viables al cultivo de tabaco;

  – Discutir diversas disposiciones del CMCT de la OMS en materia de aplicación, impacto, cuestiones relativas al comercio y obstáculos jurídicos;

  – En noviembre 2014, se coordinó la participación de la SS en la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición, celebrada en Roma, Italia. La conferencia fue organizada por la FAO y la OMS, con el objetivo de contribuir en la Agenda de Desarrollo Post-2015 y al llamado del Secretario General de la ONU al Programa Hambre cero, de la Cumbre de Río +20, y

  – En diciembre del 2014 coordinó la participación de la SS en la 20ª Conferencia de las Partes de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático que se llevó a cabo en Lima, Perú.

Se coordinó la participación de la dependencia en la 35ª Reunión de la Junta Coordinadora del ONUSIDA (PCB, por sus siglas en inglés) (órgano de toma de decisiones), del 9 al 11 de diciembre de 2014, en Ginebra, Suiza, la cual tuvo como objetivo avanzar en la prevención y control de esta epidemia y cuyo tema fue, en esta ocasión, la transmisión del VIH y sida por el uso de drogas inyectables. Asimismo, se apoyó la participación de México en la 36ª sesión del PCB de ONUSIDA, celebrada en julio de 2015 en Ginebra, Suiza.

Dada la importancia que la prevención y el combate al VIH y sida han adquirido tanto en la agenda global como a nivel nacional, se informó a ONUSIDA del interés de México en presentar su candidatura para ser miembro del PCB para el periodo 2017-2019.

En enero de 2015 se verificó la 21ª Reunión del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo y el 136º Consejo Ejecutivo de la OMS. En estas sesiones, México tuvo una importante participación en temas técnicos, administrativos y de presupuesto, particularmente en lo concerniente a la reforma de la OMS; el marco de colaboración con los agentes no estatales; enfermedades no transmisibles; violencia; obesidad; recursos humanos; cambio climático y salud y nutrición.

En marzo de 2015, la SS participó en la conferencia ministerial *Global Action Against Dementia,* en Ginebra, Suiza, con el objetivo de abordar la creciente magnitud de la demencia y sus devastadoras consecuencias para la salud y el desarrollo, así como concientizar a los gobiernos para que apliquen de manera homogénea políticas y destinen los recursos necesarios para mejorar el tratamiento y encontrar una cura para dicha enfermedad.

En abril de 2015, se participó en la reunión regional para promover la entrada en vigor del Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco del CMCT de la OMS, llevada a cabo en Ciudad de Panamá, Panamá.

En seguimiento a la participación de México en la Comisión de Alto Nivel sobre la Lucha contra la Obesidad en la Infancia, en el segundo semestre de 2015 se apoyó la organización de la consulta para las Américas, la cual entregó el informe de la reunión a dicha Comisión a fin de preparar un reporte final que presentará la Directora General de la OMS en mayo de 2016.

En mayo de 2015 se participó en las sesiones de los órganos de gobernanza de la OMS, con el objetivo de incidir en la definición de la agenda global en salud y promover los intereses de México. Estas sesiones fueron: la 22ª sesión del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo; el 137º Consejo Ejecutivo, y la 68ª Asamblea Mundial de la Salud.

En dichas reuniones se abordaron los siguientes temas: nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño; obesidad infantil; violencia y salud; monitoreo de los ODM; fortalecimiento del sistema de reglamentación de productos médicos; código de prácticas mundiales de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud; productos médicos de calidad subestándar; estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública; innovación y propiedad intelectual; fortalecimiento de las agencias regulatorias; cuidados paliativos, y reforma de la OMS, entre otros.

En el marco de la 68ª Asamblea Mundial de la Salud, se participó en el evento paralelo llamado La contribución de la OMS en la UNGASS sobre el problema mundial de las drogas en 2016, del cual nuestro país también fue copatrocinador.

Desde septiembre de 2014 hasta agosto de 2015 se celebraron diversas reuniones y talleres del Grupo de Trabajo sobre Salud de APEC, tales como el Taller de Capacitación de Instructores sobre los Aspectos Médicos de la Preparación y Respuesta para casos de Emergencia, que tuvo como finalidad compartir la experiencia de las economías de APEC en torno a la prevención para coadyuvar a la adecuada reacción en diversos rubros de emergencias de salud.

Desde diciembre de 2014 y durante el primer semestre de 2015, se participó en la organización del Día Mundial del Donante de Órganos y Tejidos 2015. Esta conmemoración tendrá lugar en octubre de 2015 con la finalidad de promover la cultura de la donación de órganos. El evento es organizado conjuntamente por la SS y la OMS.

En materia de seguridad en salud, en noviembre de 2014, se participó en el Curso y Ejercicio Investigación sobre un Supuesto Uso de Armas Biológicas bajo el Enfoque de las Subunidades Funcionales, en Berlín, Alemania.

Para **consolidar las relaciones con los países en términos de intercambio de experiencias**, del 6 al 10 de octubre de 2014, una delegación mexicana visitó Dinamarca para sostener encuentros con representantes del Ministerio de Salud, la Fundación Danesa para el Corazón, el Centro de Diabetes Steno y la Asociación Danesa de Diabetes.

Del 29 de septiembre al 3 de octubre de 2014, la SS participó en el 53° Consejo Directivo de la OPS, 66ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, donde se discutieron y aprobaron diversas estrategias y planes de acción relacionados con temas de interés en la región, tales como acceso universal y cobertura universal de salud; salud en todas las políticas; acceso universal a sangre segura; salud mental; prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia; discapacidades y rehabilitación; entre otros.

El 1º de octubre de 2014, se llevó a cabo la Primera Reunión del Grupo de Trabajo Técnico Trilateral sobre obesidad Infantil en la Embajada de Canadá en Washington D. C., para identificar acciones tripartitas que tengan un impacto positivo en este importante problema de salud pública en los tres países.

En seguimiento a la visita realizada por el Ministro de Salud de Marruecos en 2013, el Ministerio de Salud marroquí extendió una invitación a la SS al Simposio Internacional sobre Cobertura en Salud para población de escasos recursos celebrado del 13 al 15 de marzo de 2015, en el cual, por parte de esta Secretaría, se dio a conocer el modelo del Seguro Popular, aspectos destacados hacia la cobertura universal en México y la provisión de cobertura de servicios de salud especialmente a las personas de escasos recursos.

Para contribuir en la correcta, justa, incluyente y sustentable gestión de los insumos para la salud, y ante el escenario de recursos limitados y necesidades en salud crecientes, resulta indispensable la formulación de mecanismos eficientes y transparentes para la adecuada distribución de los recursos disponibles. En este sentido, destaca la evaluación de tecnologías sanitarias para la incorporación de insumos al SNS, tema en el que se cuenta con más de diez años de experiencia. Por tal motivo, se participa en el proyecto de cooperación técnica regional No. ATN/ OC-13546-RG: generación de información para el mejoramiento de la eficiencia en la gestión de medicamentos de alto impacto financiero, junto con Colombia y Ecuador y financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo, con el propósito de transmitir dicha experiencia y generar información

estratégica que sirva como herramienta para la toma de decisiones en la gestión de medicamentos de alto impacto financiero; además de promover la cooperación internacional en materia de salud. Los resultados de este proyecto se verán reflejados a través de un portal de Internet en el que se publicarán informes técnicos regionales de evaluación de tecnologías sanitarias desarrolladas mediante la colaboración de los tres países participantes de este proyecto.

El cumplimiento de **los tratados internacionales en materia de salud en el marco de los derechos humanos,** merece atención especial en esta época global. Es por eso que con la intervención de la SS el 6 de octubre 2014, la Dra. Mercedes Juan recibió a la Relatora Especial sobre los Derechos de la Niñez de la CIDH, Sra. Rosa María Ortiz, quién manifestó su interés en escuchar los avances en el acceso a la salud de niños y adolescentes, en particular de grupos vulnerables como niñez migrante; niños y niñas en situación de calle, y niñez indígena.

Asimismo, se apoyó en el proceso de elaboración del Informe Inicial de México relativo a la aplicación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, el cual se sustentó ante el Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU, el 16 y 17 de septiembre de 2014 en Ginebra, Suiza. Además, se coordinó la posición de la SS en la integración del Informe Inicial de México sobre la Convención Internacional para la Protección de todas las Personas contra las Desapariciones Forzadas, el cual fue entregado al Comité Especializado de la ONU en enero de 2015; así como el 4º y 5º Informe Consolidado de México sobre el cumplimiento de la Convención sobre los Derechos del Niño, que se entregó durante el 69 periodo de sesiones del Comité sobre los Derechos del Niño, y se sustentó en mayo de 2015, en Ginebra, Suiza.

En materia de derechos humanos, la SS, proporcionó asesoría jurídica en tres procesos de sustentación ante comités especiales que organiza la ONU, y para la elaboración del Informe Final del Protocolo de San Salvador. Se participó, además, en dos reuniones en la sede de la OPS. En este mismo sentido:

- Se atendieron 31 requerimientos referentes al Sistema Interamericano de Derechos Humanos; al igual que 147 solicitudes y 80 reuniones de trabajo relacionadas con la promoción y defensa de los derechos humanos, las cuales incluyen los programas nacionales contra la Trata de Personas, de Derechos Humanos, y para la Igualdad y No Discriminación. En la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas se participó en la creación del Modelo de Atención Integral en Salud. Además, se dio trámite ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos a 75 solicitudes para la búsqueda de presuntos desaparecidos, y 35 quejas, de las cuales se concluyeron cinco y se generó una recomendación, y

- Se promocionó la capacitación en materia de derechos humanos, a 500 servidores públicos del Sector Salud, a través de 12 cursos en línea. Esto incluyó la realización de un curso presencial, con un aforo de 82 asistentes.

Durante el periodo que se reporta y para **impulsar una política de cooperación internacional y regional en salud pública que permita adoptar mejores prácticas**, la SS asumió una importante participación en el proceso de elaboración del proyecto de informe periódico consolidado de México sobre el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, con relación a las observaciones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

El 29 de septiembre de 2014 se suscribió un Memorándum de Entendimiento entre la SS y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América, a fin de fortalecer la colaboración y el bienestar de la población de ambos países.

El 1º de octubre de 2014 se celebró la VI Reunión del Consejo de Ministros del Sistema Mesoamericano de Salud Pública en Washington D. C., en el marco del Consejo Directivo de la OPS. En dicha reunión se aprobó la elaboración de los planes maestros de dengue y Chikungunya, malaria, seguridad vial y atención primaria renovada y se suscribió el acuerdo de Colaboración entre la Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AMEXCID) y la OPS.

El 27 y 28 de octubre de 2014 se celebró la XIV Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud en Veracruz, Veracruz, presidida por la SS. Esta reunión tuvo una participación de cuatro ministros, ocho viceministros, y cuatro representantes de alto nivel de 16 países: Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, España, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Portugal y Uruguay. El objetivo general de la reunión fue analizar cómo la incorporación de innovaciones tecnológicas contribuyen

al fortalecimiento de las políticas públicas en salud, en particular aquellas encaminadas a prevenir y controlar las enfermedades crónicas no trasmisibles.

A fin de fortalecer la colaboración estratégica con el Reino Unido, se negoció un Memorándum de Entendimiento sobre cooperación en el campo de la salud, que fue firmado en el marco de la visita de Estado del C. Presidente de la República, Enrique Peña Nieto, al Reino Unido, llevada a cabo del 3 al 5 de marzo de 2015.

El 11 de junio la SS participó en la VII Reunión del Consejo de Ministros del Sistema Mesoamericano de Salud Pública en la ciudad de Antigua, Guatemala. Durante dicho encuentro los representantes de los 10 países que conforman el sistema aprobaron los planes maestros elaborados de manera conjunta con la OPS. De igual forma, se presentaron las oportunidades de colaboración en materia regulatoria que la COFEPRIS puede aportar a los países de la región.

El 21 y 22 de junio la SS participó en la primera reunión de autoridades de salud en el marco de la Alianza del Pacífico. En dicho evento se suscribió una declaración en la cual México, Colombia, Perú y Chile se comprometen a fortalecer la colaboración en materia de salud, en particular en lo relativo al acceso oportuno a medicamentos y calidad de los servicios de salud.

El 9 y 10 de julio de 2015, en el marco de la visita de Estado del C. Presidente de la República, Enrique Peña Nieto a Francia, se celebró el Foro Franco-Mexicano en Salud. Una delegación del Sector Salud, presidida por la C. Secretaria de Salud, participó en una visita de campo y un seminario de política pública bilateral en los temas de nutrición y obesidad, envejecimiento saludable y cobertura universal.

Como parte de las actividades de la SS en Francia, se suscribieron cinco instrumentos de colaboración en materia de investigación, intercambio de información, vacunas y una Declaración de Intención de Cooperación en Salud entre ambas Secretarias en la que se reflejaron las áreas de cooperación surgidas en el Foro Franco Mexicano de Salud.

En el marco de la 68 Asamblea Mundial de la Salud se suscribió la nueva Estrategia de Cooperación México-OPS/OMS, la cual se describe en un documento con un horizonte de mediano plazo que orientará la labor de la OPS/OMS en México para el periodo 2015-2018. La Estrategia se sustenta en prioridades definidas conjuntamente entre las autoridades nacionales de salud y la OPS/OMS, por lo cual se realizaron consultas con diferentes instituciones del Sector Salud orientadas a definir prioridades, esferas principales y enfoques estratégicos.

En este contexto destaca la participación de la UAE en cuatro proyectos vinculados con la OPS. El primero fue revisar e identificar áreas de oportunidad para mejorar el Plan Estratégico de la OPS, 2014-2019. El segundo fue revisar, enriquecer y proponer mecanismos para poner en práctica el Plan de Acción de Salud en Todas las Políticas, aprobado en la 66 Sesión del Comité Regional de la OMS de las Américas en septiembre de 2014. El tercero fue revisar y contribuir a la definición de la Estrategia de Cooperación Técnica de la OPS, 2015-2018, con México. El cuarto fue enfocado a la coordinación de consultorías y seminarios con la OPS junto con la CNPSS para identificar estrategias que favorezcan el acceso efectivo a los servicios de salud con los recursos financieros del Seguro Popular.

Asimismo, derivado de la participación de México en el Protocolo de San Salvador, la UAE apoyó en la elaboración de cuatro indicadores de relevancia regional para los años 2010 y 2012.

Cabe agregar que la UAE continúa participando en diversos temas del Comité de Salud de la OCDE, destacando el proyecto de Economía de la Prevención, tanto en su componente de obesidad como en el componente de consumo nocivo de alcohol, para generar evidencia útil en la toma de decisiones de las áreas rectoras de los temas analizados.

Es importante señalar que a fin de favorecer la cooperación internacional en salud, se gestionaron las aportaciones económicas correspondientes a 2014 y 2015 de los organismos internacionales: OMS, OCDE, OPS, UNICEF, CMCT de la OMS, Fondo Fiduciario para el Presupuesto Operacional del Convenio de Rotterdam, Programa VDS y CSFMEU.

En el último trimestre de 2014, se pagó la totalidad de la cuota a la OPS; al Premio en Bioética Manuel Velasco Suárez; al Programa de Líderes en Salud Internacional; al CMCT; a la UNICEF; a la CSFMEU; al Convenio de Rotterdam y se realizaron pagos parciales a la OMS. De igual forma, se cubrió la aportación anual a la OCDE y se realizó una transferencia por concepto de la primera

etapa de un estudio al sistema de salud. En junio de 2015 se cubrió la totalidad del pago de dicho estudio.

En el primer trimestre de 2015 se realizaron dos pagos parciales a la contribución 2015 de la OPS y se solicitó cubrir la cuota del año en curso del CMCT, del Programa Especial de Investigación y Enseñanza sobre Enfermedades Tropicales y del Convenio de Rotterdam.

En el periodo del 1° de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015, la CONBIOÉTICA representó a la SS en las reuniones anuales del Comité de Bioética del Consejo de Europa en el que México funge como invitado permanente. De igual forma, representó a México en el Comité Intergubernamental de Bioética de la UNESCO y en el Comité Internacional de Diálogo en Bioética de la Comisión Europea, con la finalidad de promover el intercambio de experiencias aplicables al contexto nacional, regional y global.

La CONBIOÉTICA, dentro de los esquemas de cooperación internacional participará en el Comité Directivo de la Décimo Primera Cumbre Global de Comisiones Nacionales de Ética/Bioética que se celebrará en Alemania en 2016, y que marca la pauta de la atención a las políticas públicas en salud y bioética a nivel mundial.

Para **promover el reconocimiento de la COFEPRIS como autoridad sanitaria por parte de organismos internacionales y otras autoridades nacionales reguladoras**, y como un logro a destacar, durante 2014 en el marco de la 68ª Asamblea Mundial de la Salud, la Directora de la OMS, Margaret Chang entregó a México el reconocimiento a la COFEPRIS como Agencia Funcional en materia de vacunas para el periodo 2014-2017. Este reconocimiento es el máximo galardón que puede recibir una autoridad sanitaria en materia de vacunas. Esto permitirá a México participar en el Fondo Rotatorio de Vacunas de la OPS y en el Fondo Estratégico de Vacunas de la ONU.

Se ha fortalecido la presencia regional de COFEPRIS a través de la firma del Memorándum de Entendimiento firmado con la Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA, por sus siglas en inglés), documento reconocido por la OPS, organización que había pedido que agencias sanitarias con referencia continental, como México, apoyaran a los países caribeños.

Por último, a finales de 2015 México será sede de la X Reunión Mundial de Agencias Sanitarias Reguladoras de Medicamentos, certificadas por la OMS.

Estrategias y Líneas de Acción Transversales

El Gobierno de la República coordina tres estrategias de carácter transversal: Democratizar la Productividad; lograr un Gobierno Cercano y Moderno, e impulsar una visión de Perspectiva de Género, con el objeto de llevar a México a su máximo potencial; para lo cual las dependencias y entidades de la APF, en apego al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, alinean sus respectivos Programas Sectoriales, Institucionales, Regionales y Especiales para alcanzar estas metas.

La transversalidad se entiende como un conjunto de recursos humanos, tecnológicos, financieros y de organización que actúan, más que como una sumatoria de factores aislados, como la búsqueda coordinada de una óptima combinación de recursos, que resultan determinantes sobre el ritmo de cambio y de desarrollo.

Para la SS la transversalidad permite agregar valor a las políticas públicas y alcanzar los objetivos del Sector Salud con eficiencia y eficacia; con oportunidad y pertinencia. Dentro de las muchas y complejas tareas que, cotidianamente, tenemos que afrontar y superar como dependencia pública, las estrategias y líneas de acción trasversales, son las que la sociedad y, sobre todo, los servidores públicos, asumimos como esenciales para agregar valor a nuestras funciones, si pretendemos un desarrollo con armonía y equidad.

Una visión de Perspectiva de Género significa, más que un concepto asociado solamente a mujeres, la necesidad de abatir las desigualdades de trato y las inequidades de oportunidades de trabajo, de salud, de educación y, en general, de acceso a una vida libre y productiva entre mujeres y hombres. Se trata no solo de un concepto que tiene que ver con el sexo, sino como género, entendido como el conjunto de características sociales y culturales asignadas a las personas en función de su sexualidad.

Hoy por hoy, más de la mitad de la población mundial está constituida por mujeres; para los gobiernos de todos los niveles y de todos los ámbitos, es una necesidad impostergable el diseño y aplicación de políticas que tomen en cuenta las condicionantes culturales, económicas y sociopolíticas que favorecen la discriminación femenina. Estas condicionantes no son causadas por la biología, sino por las ideas y prejuicios sociales que están entretejidas en el género, es decir, por el aprendizaje social.

Para los servidores públicos la actividad de gobierno tiene entre otros fines: responder a diferentes imperativos del funcionamiento social, favorecer la realización efectiva de la igualdad y el bienestar social, y en última instancia, satisfacer las necesidades de la población con honestidad, eficiencia y eficacia. Un gobierno que actúa alejado de la gente se aísla y se pierde; un gobierno que no actualiza sus recursos, que no accede a la modernidad en todas sus instancias, tarde o temprano será rebasado por la realidad y no podrá responder a las demandas sociales como es su deber, su razón de ser.

El PGCM, busca contar con una APF orientada a resultados, eficiente, con mecanismos de evaluación que mejoren su desempeño y la calidad de los servicios; que simplifique la normatividad y los trámites gubernamentales; que rinda cuentas de manera clara y oportuna a la ciudadanía; que optimice el uso de los recursos públicos, y utilice las nuevas tecnologías de la información y comunicación.

Al interior de estas estrategias transversales, se establecieron líneas específicas que guían las acciones de todas las dependencias y entidades de la APF para el logro de esos objetivos, de las cuales, la SS da cuenta a continuación.

Perspectiva de Género

La transversalidad, en una de sus perspectivas, enfoca el tema del género como un método de gestión pública que hay que atender de manera eficiente, y al que hay que aplicar recursos de distintas esferas con un mismo propósito: la equidad.

La incorporación de una perspectiva de igualdad de género en las políticas públicas, programas, proyectos e instrumentos compensatorios como acciones afirmativas de la APF, es determinante en la política de inclusión social de la presente administración.

La situación actual de las niñas y las mujeres en México representa, a nivel social y gubernamental, enormes desafíos. Los estudios y diagnósticos elaborados sobre el tema reflejan la persistencia de desigualdades de género. Debemos reconocer que para alcanzar un nivel de bienestar basado en la justicia y en la convivencia pacífica, debemos no sólo incrementar el desarrollo humano, sino garantizar el empoderamiento económico de las mujeres, incentivar su participación en la vida política, cultural, científica y social, para lo cual es indispensable erradicar la violencia de género y asegurar un presente y un futuro dignos y justos.

En la actualidad, persiste la condición de dependencia de las mujeres para acceder al sistema de salud, y no sólo eso, también se ha demostrado que un elevado grupo de mujeres en el país, sobre todo las más pobres, siguen estando excluidas del sistema de salud, tanto ellas como sus hijos.

La desigualdad entre mujeres y hombres para acceder a la prevención y atención de padecimientos, así como las marcadas brechas de bienestar y disfrute efectivo de derechos en salud, demandan avanzar hacia la transversalidad de la perspectiva de género en los programas y servicios de salud.

Los datos duros muestran, entre otras realidades, la todavía elevada tasa de mortalidad y morbilidad materna, y cuyas causas son, en su mayoría, prevenibles; la fecundidad adolescente que iba en aumento por falta de acciones preventivas, educativas y de acceso a los servicios de salud, especialmente de salud sexual y reproductiva; la prevención y atención del cáncer de mama y cérvico-uterino; la prevalencia de sobrepeso y de la obesidad en mujeres de 20 a 49 años, como factor de riesgo para la adquisición de enfermedades cardiovasculares y la diabetes mellitus, que son dos de las principales causas de muerte de mujeres en México; sin olvidar los riesgos de las adicciones, sobre todo entre las jóvenes y las adolescentes.

Frente a esa realidad, el PND incluye la perspectiva de género como una estrategia transversal. El Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018 (PROIGUALDAD) se estableció para reforzar el avance en las políticas públicas en favor de la igualdad de género. Por su parte, PROSPERA apoya los sectores de salud y educación en la realización de acciones orientadas a la construcción de una cultura de equidad de género y el PROSESA, en su componente de salud, incide en la reducción de brechas de desigualdad, que generan sobrecargas o desventajas, en particular para las mujeres.

Sobre este tema transversal, la SS ha realizado las siguientes acciones:

- De septiembre de 2014 a junio de 2015, con cifras preliminares, se brindó atención a 306,376 mujeres embarazadas y en periodo de lactancia en control;

- Gracias a las acciones de prevención del embarazo adolescente, durante el periodo de septiembre de 2014 a agosto de 2015, la Campaña de Salud Sexual y Planificación Familiar en Adolescentes del Programa IMSS-PROSPERA llegó a 118,942 jóvenes, en los 3,661 Centros de Atención Rural al Adolescente;

- En agosto de 2014, la SS, en colaboración con el INMUJERES inició la instalación de 21 módulos de atención médica, orientados a la prevención y atención en salud sexual y reproductiva. Durante el periodo de septiembre de 2014 a agosto de 2015;

- Se brindaron 4 mil consultas, se impartieron 367 talleres para la salud, se otorgaron 1,700 consejerías en salud reproductiva y se realizaron 2,200 exámenes clínicos de mama. Al mes de junio de 2015, se cuenta con un total de 65 establecimientos acreditados para prestar servicios de alta especialidad en cáncer de mama en 30 entidades federativas;

- La Dirección General de Coordinación de los INSalud, logró la alineación de sus Programas de Trabajo 2015, y la implantación de instrumentos con perspectiva de género;

- Derivado de lo anterior, de septiembre a diciembre de 2014, en los INSalud se realizaron 3,400 citologías cérvico-vaginales, por parte del INCMNSZ, a través de su Programa con Perspectiva de Género: detección oportuna y tratamiento del cáncer cérvico-uterino;

- Dentro de la Gaceta Institucional del INP, en el periodo que se informa, se ha emitido mensualmente información sobre equidad de género;

- La SPPS por su parte, es consciente de la desigualdad entre mujeres y hombres para acceder a la prevención y atención de padecimientos, así como las marcadas brechas de bienestar y disfrute efectivo de derechos en salud, las cuales demandan avanzar hacia la transversalidad de la perspectiva de género en los programas y servicios de salud. Con esto en mente, entre septiembre de 2014 y agosto de 2015, dentro del Programa Igualdad de Género en Salud, se impartieron 20 talleres de sensibilización, capacitación y conferencias en el marco de los derechos humanos: 14 dirigidos a personal de salud directivo y operativo estatal, logrando la participación de 350 profesionales de la salud y seis dirigidos a personal de salud federal, con un total de 200 participantes;

- Dentro del Programa Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género, se atendieron a 207,766 mujeres de 15 años de edad y más, en los servicios especializados para la atención de la violencia familiar; se otorgaron 90,253 atenciones médicas especializadas; 509,685 sesiones de consejería y 568,034 atenciones de apoyo psico-emocional, con un incremento del 9.9% y 21.9%, respectivamente, en comparación con el periodo anterior, y

- En materia de refugios para la atención de mujeres en situación de violencia extrema, se brindó atención a 1,882 mujeres, 1,632 niños y 1,658 niñas en los 45 refugios de 27 entidades federativas que recibieron subsidios federales a través de la SS.

En el marco de la perspectiva de igualdad de género, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud ha incorporado esta línea de acción dentro sus programas y proyectos mediante las siguientes acciones:

A través del Programa Presupuestal S202: Calidad en la Atención Médica, se focalizaron los temas para la generación de proyectos a evaluar, con el fin de entregar el financiamiento otorgado a los establecimientos de atención médica y áreas de calidad de las Instituciones Públicas del SNS. Como resultado de la participación en la Convocatoria 2015 de dicho programa, se evaluaron 191 proyectos dirigidos a la mejora de la calidad en la atención materna y perinatal, 22 referentes a cáncer de mama y once a cáncer cérvico-uterino. Dos Proyectos de Gestión en Red y uno de Capacitación, están dirigidos a la mejora de la calidad en la atención materna y perinatal; así como un proyecto de gestión en Red y uno de investigación, focalizados a la mejora de la calidad en la atención de cáncer de mama, con un monto global de 8,514,232 pesos lo que corresponde al 80% del total del financiamiento otorgado en 2015 para proyectos de mejora de la calidad;

Con el fin de asegurar que los establecimientos que prestan servicios para la atención de cáncer de mama y cérvico-uterino tengan las condiciones adecuadas de calidad y seguridad, a junio de 2015 se cuenta con un acumulado de 65 establecimientos acreditados para prestar servicios de alta especialidad en cáncer de mama en 30 entidades federativas. En lo que respecta a la acreditación de las unidades médicas que brindan Atención de Emergencias Obstétricas (AEO), de agosto de 2010 a mayo de 2015, se cuenta con un acumulado de 379 establecimientos acreditados de un universo de 414, lo cual representa un avance del 91% de los establecimientos que forman parte del Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, y

En cuanto a la Formación de Recursos Humanos en Salud, y de acuerdo a los resultados del XXXVIII Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas, lo sustentaron 13,676 mujeres de un total de 26,056 y fueron seleccionadas 3,494 de las 6,959 plazas ofertadas.

Gobierno Cercano y Moderno

El objetivo del PGCM es atender las demandas ciudadanas y resolver los principales problemas públicos con oportunidad, a través del diálogo entre las dependencias y entidades y los diferentes actores de la sociedad. Como acción transversal del gobierno, el eje de su actuación es el ciudadano y utiliza de forma estratégica las herramientas institucionales con las que cuenta la administración para promover un gobierno eficiente, eficaz y que rinda cuentas a la población.

Es la sociedad el pilar fundamental en torno al cual deben diseñarse y ejecutarse las políticas que permitan consolidar un gobierno moderno. Para este propósito es indispensable poner especial énfasis en la atención de las demandas de la sociedad y alentar su participación en los asuntos públicos, sobre todo en el diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas.

En este sentido, el PGCM evalúa, reconoce y alienta las acciones que generan los resultados que es necesario ejecutar para atender las necesidades más apremiantes de los habitantes de nuestro país, y para ello, implementa acciones de mejora y reorienta los recursos a aquellas actividades que generen mayores impactos positivos con la premisa no sólo de ahorrar recursos sino usarlos mejor.

Para **impulsar un gobierno abierto que fomente el acceso a la información y la transparencia en la rendición de cuentas,** la CGAJDH, en términos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, atendió:

- 95 solicitudes de acceso;

- El Comité de Información convocó a doce sesiones ordinarias y 300 extraordinarias, lo que generó 332 acuerdos, y

- Se atendieron 150 recursos de revisión ante el IFAI (ahora INAI); de los que en un 80% se resolvieron los medios de impugnación en sentido favorable para la SS.

Derivado de la evaluación del segundo semestre del 2014 realizada por el Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos (IFAI, ahora INAI), se obtuvieron las siguientes calificaciones, en porcentaje de avance de los indicadores que se mencionan a continuación:

- Indicador de Tiempo de respuesta a Solicitudes de Información y Calidad de las mismas (ITRC): 92.97;

- Actualización de Información en el POT: 96.29, y

- En el indicador de Respuestas a Solicitudes de Información (RSI): 94.16.

En cuestión de Política de Transparencia que se coordina a nivel sectorial:

- Se obtuvo una evaluación del 100% otorgada por la SFP;

- En 2015 la SS se ubica en el cuarto lugar de la APF con el mayor número de solicitudes de acceso a la información recibidas (de enero a marzo de 2015 se han recibido 1,337 solicitudes), y

- Como parte del cumplimiento de las metas establecidas en el PGCM se logró, mediante la coordinación de actividades, la obtención en los 13 INSalud de una calificación final asignada por la SFP, de 100% en Transparencia Focalizada.

Asimismo, se sigue prestando asesoría en materia de transparencia y sosteniendo reuniones de trabajo con las unidades administrativas y órganos desconcentrados vinculados a los recursos de revisión. Además, se prosiguió impartiendo capacitación en materia de transparencia a diversas unidades administrativas.

Con el objeto de identificar necesidades de información socialmente útil por parte de la población, se realizó el ejercicio de la Participación Ciudadana conforme a la Guía Anual de Acciones de Participación Ciudadana 2014, a través de las siguientes acciones:

1. Identificación del tópico del Ejercicio de Participación Ciudadana: Vinculación Social e inclusión de las organizaciones ciudadanas para colaborar en el desarrollo de los programas y proyectos del SNS;

2. Invitación a los actores sociales;

3. Realización del Ejercicio de Participación Ciudadana, recepción de las propuestas de los actores sociales y su publicación en el portal de Internet, y

4. Atención de las propuestas de los actores sociales, su publicación en el portal de Internet y dar conocimiento a los actores sociales de los compromisos asumidos en atención de sus propuestas.

En cumplimiento al Programa de Trabajo 2014 se atendieron los compromisos del PGCM y se logró una calificación del 100%, según la valoración otorgada por la SFP por la actualización, operatividad, pertinencia, comprensión y **calidad de la información socialmente útil** publicada en el sitio web del CENATRA.

En relación a **orientar las estructuras orgánicas y ocupacionales hacia los objetivos estratégicos y transformar los procesos de las Dependencias y Entidades del PGCM,** se estableció un programa para el periodo agosto-diciembre 2014, así como para cada uno de los trimestres de 2015 que incluyó el diseño e impartición del Curso-Taller de Alineación de Estructuras y Mejora de Procesos a 244 funcionarios.

Se obtuvo información de cada una de las unidades responsables de la SS, respecto de la alineación de funciones al instrumento jurídico correspondiente, el análisis organizacional de funciones, la identificación de duplicidades y de procesos sustantivos y de apoyo, la alineación y mapeo de procesos y la identificación y registro de Proyectos de Mejora de Procesos.

Como resultado de este ejercicio, único en su tipo en las dependencias de la APF, se alinearon 1,047 procesos de las 65 estructuras orgánicas, a los seis objetivos estratégicos de la dependencia contenidos en el PROSESA como lo establecen las bases de colaboración del PGCM.

Para **implementar el Certificado Electrónico de Nacimiento** el 17 de abril de 2015, se publicaron en el DOF los Lineamientos de Operación del Certificado Electrónico de Nacimiento, los cuales se pueden consultar en *www.datos.gob.mx*

Actualmente se prepara el siguiente grupo de datos abiertos acerca del tema de egresos hospitalarios.

Dentro de las actividades de la SS alineadas con los objetivos y líneas de acción relacionadas con este eje transversal, el COMERI dio seguimiento y observó las acciones necesarias tendientes al **cumplimiento de los compromisos establecidos en el rubro de Mejora Regulatoria** del PGCM.

Por otro lado, con el fin de **eliminar la regulación innecesaria, obsoleta y duplicada para contar con la estrictamente necesaria e indispensable para una gestión eficiente** se logró obtener un inventario actual que asciende a 136 disposiciones, y disminuir la sobrerregulación. Se depuró la Relación Única de la Normatividad Interna de la SS, la cual quedó integrada por 16 normas administrativas, mismas que se encuentran publicadas en la página web de COMERI; cuyo sitio se actualiza continuamente.

Asimismo, se dio inicio a la **alineación de estructuras y mejora de procesos** con lo cual se logró el registro del proyecto de mejora: Diseño, evaluación e instrumentación de indicadores de gestión en medicina, docencia e investigación de alta especialidad. Este proyecto permitirá obtener controles de gestión más adecuados, que permitan centrar y mejorar la alineación médica, docencia e investigación de alta especialidad que otorgan los INSalud, HFR, HRAE, CENATRA y los SAP a la población usuaria. Este proyecto se pretende concluir en 2015.

En septiembre de 2014, **a fin de dar cumplimiento a las metas comprometidas en el rubro de Mejora Regulatoria del PGCM,** se inició la actualización del Manual de Procedimientos de la Dirección General de Coordinación de INSalud, con el objetivo de contar con herramientas administrativas vigentes que permitan

el desarrollo eficiente de las atribuciones, funciones y actividades asignadas para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.

Para **fortalecer la coordinación entre las áreas de planeación, programación, presupuesto, ejecutoras del gasto y de evaluación,** la SS, mediante la DGED, ha dado seguimiento a lo establecido en el calendario de ejecución del Programa Anual de Evaluación 2014 y 2015; el cual es emitido en conjunto entre el CONEVAL, la SFP y la SHCP.

Por otro lado, y con el objetivo de **fomentar acciones de coordinación para incrementar sinergias de las áreas de evaluación de las dependencias y entidades,** se ha dado acompañamiento a los programas presupuestarios de la SS, lo que ha sido esencial para aumentar la cultura y la práctica del monitoreo y evaluación. Por ende, y con el fin de otorgar asesoría técnica que contribuya al mejoramiento de los indicadores de los programas de desarrollo social del Ramo 12 de la SS, se llevaron a cabo reuniones coordinadas por CONEVAL, a principios de 2014, en las que se revisó la aplicación de los conceptos de la MML. Dichas reuniones se denominaron METRIS, las cuales tienen como objetivo particular el establecer y mejorar la formulación y diseño de la MIR.

Lo anterior se acompañó de la realización de una dinámica complementaria: asesorías técnicas para el mejoramiento de los indicadores de la MIR de los programas presupuestarios. Este ejercicio, con un enfoque fundamentalmente práctico, incluyó a funcionarios que operan los programas, dado que solo ellos tienen la experiencia y conocen plenamente los procesos y las áreas susceptibles de mejora.

Los programas definidos como participantes en dicha dinámica, del 1° de septiembre 2014 al 30 de agosto de 2015, fueron: Seguro Popular (U005); Reducción de la Mortalidad Materna y calidad de la atención obstétrica (U007); Programa Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes (U008); Programa de Apoyo para Fortalecer la Calidad de los Servicios de Salud (U012); Programa de Fortalecimiento a las Procuradurías de la Defensa del Menor y la Familia (S250) y el Programa de Desarrollo Comunitario Comunidad DIFerente (S251).

En este contexto, se realizó un curso–taller titulado Metodología de Marco Lógico para la Construcción de la MIR; organizado en conjunto con el CONEVAL y la CEPAL en febrero de 2015. Este curso contribuyó a la formación de profesionales en GpR. Específicamente el curso–taller persiguió: revisar los conceptos de la Metodología del Marco Lógico y de la MIR como instrumento de gestión; aplicar en forma práctica los conceptos estudiados y permitir el intercambio de experiencias entre los participantes y los expositores. El curso se llevó a cabo en las instalaciones del INMEGEN y contó con la participación de funcionarios de los programas presupuestarios siguientes:

- Formación y desarrollo profesional de recursos humanos especializados para la salud (E010);
- Dignificación, conservación y mantenimiento de la infraestructura y equipamiento en salud (E022), y
- Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención en salud (E023).

Todos ellos operados por la CCINSHAE. Además, de acuerdo a lo establecido en el artículo 77 de la Ley General de Desarrollo Social, el CONEVAL coordina el proceso de revisión y de aprobación de los indicadores de programas sociales; para ello, y como parte de la estrategia implementada para la aprobación de los indicadores las áreas operativas de los programas han revisado el diseño de los indicadores plasmados en cada MIR. Dicho proceso incluye la participación de la SS, mediante la DGED, como unidad evaluadora cabeza de sector. Las mesas técnicas incluyeron un análisis particular, mediante la integración de un grupo de trabajo integrado por funcionarios del CONEVAL, SHCP, ASF, DGED y por representantes de los propios programas, así como de expertos estadísticos y temáticos.

La emisión del dictamen, incluyó el envío de la información correspondiente a la Cámara de Diputados, por conducto de la ASF y a la SHCP para que emitan las recomendaciones que estimen pertinentes. En ese sentido, cabe señalar que solamente la MIR de un Programa Presupuestario estaba en calidad de condicionada (existen tres estados de aprobación: la que no cumple aún con criterios mínimos, la condicionada y la aprobación directa).

En el periodo del 1° de septiembre de 2014 al 31 de agosto de 2015, la SS logró colocar a consideración del comité directivo del CONEVAL la aprobación de los programas presupuestarios federales sujetos a reglas de operación: UMM (S200); Programa Comunidades Saludables (S037); Sistema Integral de la Calidad (S202), y Programa de Fortalecimiento a las Procuradurías de la Defensa del Menor y la Familia (S250).

Asimismo y **para coadyuvar en la implementación y consolidación del modelo PbR-SED en las entidades federativas, municipios y demarcaciones territoriales del Distrito Federal,** la SS llevó a cabo la Reunión de Homologación de Criterios de Monitoreo y Evaluación del FASSA, los días 1 y 2 de diciembre de 2014. Se trató de un evento organizado en conjunto entre la DGED, la DGPOP; la DGIS; la SHCP; y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. El objetivo de esta reunión fue lograr un mayor acercamiento con los responsables de los programas presupuestarios de gasto federalizado, en específico del FASSA en las entidades federativas, y así mejorar la gestión administrativa del Ramo 33.

Durante la reunión de homologación del FASSA, se compartió un análisis de las modificaciones en la MIR, siguiendo con las fichas técnicas de los indicadores; el PbR y el Ciclo Presupuestario del programa. Además, incluyó un taller de cálculo de indicadores y metas, finalizando con una ponencia de evaluación y monitoreo del FASSA como cierre del día. El objetivo de este evento se cumplió al reconocer y difundir las prácticas que reflejan un esfuerzo adicional a lo que la normatividad establece en el uso de ejercicios de monitoreo y evaluación, en la mejora del diseño e implementación de programas y políticas públicas, así como retroalimentación en la toma de decisiones.

Derivado de esta reunión, se creó el documento Preguntas Frecuentes de Evaluación del FASSA con el objeto de aportar información a las entidades federativas para despejar dudas con respecto a la evaluación que tienen mandatada realizar. La creación de este documento surge como respuesta de la DGED a la revisión de las preguntas sobre la Evaluación del FASSA que con mayor frecuencia realizan los representantes de las entidades.

Como resultado de la reunión se emitió el Informe de Avance de Metas de los Indicadores del FASSA 2014, con el propósito de analizar la información capturada trimestralmente por las entidades federativas en el PASH y así retroalimentar a las entidades federativas. Esto permitió darle a la MIR el carácter de instrumento de monitoreo y seguimiento del Fondo. Además, como parte del acompañamiento a las entidades federativas, se asesoró en materia de monitoreo y evaluación a los Servicios de Salud de Baja California Sur, Oaxaca y Guanajuato.

Con el fin de **promover en las dependencias y entidades la reducción de costos, a través de la contratación consolidada de bienes y servicios** se impulsó la participación de los hospitales federales e institutos nacionales en la compra consolidada de medicamentos, a través de la cual se adquirieron 111 millones de pesos, con un ahorro estimado de 44.4 millones de pesos, 28.6% respecto de la compra consolidada en 2013.

Asimismo, se realizaron procedimientos de contratación consolidados para la adquisición de vales de despensa de fin de año; vales de productividad; medicinas y productos farmacéuticos (incluyendo antirretrovirales); materiales de curación (incluyendo anticonceptivos de barrera); agua embotellada; vestuario y uniformes; recolección, traslado, tratamiento y disposición final de residuos peligrosos, biológicos infecciosos y patológicos; recolección, traslado, tratamiento y disposición final de residuos sólidos no peligrosos; dietas (servicio de comedor); artículos de papelería, y mantenimiento de la flota vehicular, entre otros.

Adicionalmente, la SS llevó a cabo procedimientos de contratación consolidados con carácter trianual (ejercicios 2014-2017), teniendo especial relevancia los servicios administrados de arrendamiento de equipo y bienes informáticos, la reproducción de documentos; póliza integral de aseguramiento de bienes patrimoniales; seguro de responsabilidad profesional; seguro de responsabilidad civil y asistencia legal; seguro colectivo de retiro; servicio de reservación, adquisición, y radicación de boletos de transportación aérea; servicio de suministro de combustible para el parque vehicular; servicio de arrendamiento de vehículos terrestres; servicio integral de telefonía local, larga distancia nacional, internacional y mundial y números 800; servicio de telefonía celular e Internet de banda ancha móvil; y centro de datos institucional.

Para **generar eficiencias a través del uso de contratos marco en las dependencias y entidades,** se efectuaron un total de 39 procedimientos de contratación para la adquisición de bienes y servicios, de los cuales 27 fueron licitaciones públicas, diez invitaciones a cuando menos tres personas y dos adjudicaciones directas.

Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

Para contribuir en el fortalecimiento de la **rectoría de la autoridad sanitaria,** la CGAJDH, que representa y protege los intereses de la SS y del sector coordinado, desarrolló acciones para asesorar, coordinar, supervisar y realizar análisis jurídicos y generar propuestas para sustentar las bases del derecho a la protección de la salud en el marco de las atribuciones del Reglamento Interior de la SS; representó a la SS ante autoridades judiciales y administrativas en juicios y procedimientos como parte actora o demandada; o con interés jurídico; en el ejercicio de toda clase de acciones, defensas y excepciones, así como en la continuidad de los juicios y procedimientos en las siguientes materias:

- En materia civil: Se contestaron trece demandas, y se promovieron dos; se desahogaron 796 requerimientos judiciales por concepto de pensión alimenticia, de solicitudes de peritos, de domicilio, de interdicción, de búsqueda de créditos a favor de la nación y de retención de pagos pendientes de realizar a proveedores de la SS; se notificaron 133 juicios sucesorios; se desahogaron 79 vistas; se consultaron 320 acuerdos relacionados con los juicios en trámite; se asistió a 40 audiencias; se dio cumplimiento a cuatro ejecutorias de sentencia y se brindaron 59 asesorías;

- En materia laboral: Se atendieron 908 juicios; ingresaron 177 demandas en las cuales se emitieron 97 laudos resultando 53 favorables; doce desfavorables y 32 mixtos; asimismo, se asistió a 1,431 audiencias; se dictaminaron 41 actas administrativas; y se atendieron 123 asesorías;

- En el ámbito penal: Se encuentran en proceso de integración 45 averiguaciones previas; se acudió a 30 comparecencias ante el Agente del Ministerio Público; se atendieron 24 consultas y 1,115 requerimientos provenientes de Juzgados y Agencias del Ministerio Público Federal y Local;

- En materia contencioso administrativa: Se atendieron 66 juicios, de los cuales cuatro se resolvieron en sentido favorable; del mismo modo, se resolvieron 38 reclamaciones patrimoniales y se desahogaron 149 requerimientos por parte del Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa y dos del SAT;

- En materia de amparo: Se concluyeron 122 juicios, de los cuales 90 fueron resueltos en sentido favorable; se rindieron 187 informes de ley, 143 informes justificados y 44 informes previos, que corresponden a 135 demandas de amparo; en 29 de ellas se ejerció la representación presidencial. Además, se interpusieron 17 recursos, nueve de queja y ocho de revisión;

- En su carácter de enlace ante la ASF: Se atendieron 22 requerimientos de información, ocho de los cuales correspondieron a información complementaria durante la etapa de auditorías del Ejercicio Fiscal 2013; once con motivo de la planeación para la fiscalización de la Cuenta Pública 2014; y los tres restantes, para el seguimiento de la atención de los pliegos de observaciones que fueron notificados a la SS;

- Se atendió el requerimiento formulado por el Auditor General del Órgano de Fiscalización Superior del Estado de Veracruz, por el que solicitó diversa información y documentación referente a los convenios celebrados con el Gobierno del Estado de Veracruz durante el Ejercicio Fiscal 2014, para efectuar la planeación de la revisión a las cuentas públicas de la entidad federativa y determinar los alcances de las auditorías a los recursos públicos correspondientes al año 2014;

- Se dio seguimiento al inicio y ejecución de 20 auditorías practicadas por la ASF a diversas unidades administrativas y órganos desconcentrados de esta SS;

- Se asistió a la ASF a 40 reuniones de presentación de resultados, derivadas de las auditorías ejecutadas por dicha autoridad; dividiéndose en 20 de presentación de resultados preliminares y las 20 restantes, de presentación de resultados finales;

- En coordinación con las unidades administrativas y órganos desconcentrados competentes, se brindó atención al cuestionario en línea, implementado por la ASF. Esto con la finalidad de recopilar información sobre las medidas que la SS ha establecido para la atención de las observaciones o acciones determinadas por el órgano superior de fiscalización y que hayan generado beneficios financieros o no financieros;

- Se hicieron las gestiones necesarias, así como el seguimiento puntual de la atención brindada por las unidades administrativas y órganos desconcentrados competentes, a las 116 acciones que, como resultado de la fiscalización de la Cuenta Pública 2013, formuló la ASF;

- Se coordinó con las unidades administrativas responsables, diversas acciones para dar cumplimiento a las observaciones formuladas por la ASF, correspondientes a los ejercicios fiscales 2008, 2009, 2010, 2011 y 2012;

- Se llevó a cabo la revisión y dictaminación de 135 temas relacionados con iniciativas, minutas, dictámenes y puntos de acuerdo: 85 con ordenamientos jurídicos, entre los que se encuentran decretos, reglamentos, acuerdos, normas oficiales mexicanas, manuales, lineamientos y avisos; 106 con acuerdos de colaboración, nacionales e internacionales, en los que se incluyen los memorándums de entendimiento con órganos gubernamentales extranjeros y organizaciones internacionales; convenios en sus diversas modalidades (coordinación, colaboración, concertación de acciones) y bases de colaboración; 149 con nombramientos; designaciones ante órganos colegiados y registros de firmas y 57 con consultas, reuniones y documentos varios;

- Se participó en la elaboración de 45 ordenamientos jurídicos emitidos y publicados en el DOF, bajo el rubro de SS, consistentes en 19 acuerdos, dos decretos, cinco normas oficiales mexicanas, dos modificaciones a normas vigentes, seis proyectos de normas oficiales mexicanas, seis respuestas a comentarios, cuatro avisos y un lineamiento. En este rubro destacan la emisión del Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones del Reglamento de la LGS en Materia de Protección Social en Salud, publicado en el DOF el 17 de diciembre de 2014 y del acuerdo mediante el cual se establecen los lineamientos para la transferencia de los recursos federales correspondientes al SPSS, publicado en el DOF el 9 de diciembre de 2014;

- En el COMERI de la SS, presidido por esta Coordinación General, se convocó a 17 sesiones de trabajo en las que se generaron 26 acuerdos que derivaron, entre otros, en la aprobación de diez instrumentos normativos; así como en la actualización de la Normateca Interna que se encuentra en el sitio web: *http://www.comeri.salud.gob.mx;*

- Se aplicaron encuestas al interior de la SS, con el objeto de conocer las necesidades en materia de mejora regulatoria interna. Se tuvo acercamiento con dependencias gubernamentales, para obtener retroalimentación en materia de mejora regulatoria y se actualizó el Registro de Disposiciones Internas, y

- En materia de adquisiciones, arrendamientos, obras públicas, servicios y bienes, se atendieron 536 asuntos derivados de la participación en diversos órganos colegiados; se dictaminaron u opinaron 475 instrumentos jurídicos en los que intervino la SS, y se brindó asesoría respecto a 56 consultas formuladas por diversas unidades administrativas, órganos desconcentrados y entidades coordinadas del Sector Salud.

Siglas y Acrónimos

AMEDIRH	Asociación Mexicana en Dirección de Recursos Humanos A. C.
AMEXCID	Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo
ANM	Academia Nacional de Medicina
APBP	Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública
APEC	Foro de Cooperación Económica Asia-Pacífico (APEC, por sus siglas en inglés)
APROMED	Sistema de Gestión de Aprovisionamiento de Insumos Médicos
ASF	Auditoría Superior de la Federación
BIRMEX	Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México S.A. de C.V.
BIRMM	Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas
CAPASITS	Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual
CAPEA	Centro de Apoyo a Personas Extraviadas y Ausentes
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CARPHA	Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA, por sus siglas en inglés)
CBCISS	Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud
CBCMSS	Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos del Sector Salud
CCAyAC	Comisión de Control Analítico y Ampliación de Cobertura
CCINSHAE	Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
CCNPMIS	Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud
CDC	Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades
CDI	Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas
CDPIM	Comisión para el Diálogo con los Pueblos Indígenas de México
CEB	Comisiones Estatales de Bioética

CECOSAM	Centros Comunitarios de Salud Mental
CEI	Comités de Ética en Investigación
CEMECE	Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades
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-Salud	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
CENIAQ	Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados
CENSIA	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia
CENSIDA	Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida
CERT-MX	Centro Nacional de Respuesta a Incidentes Cibernéticos
CERT-UNAM	Equipo de Respuesta a Incidentes de Seguridad en Cómputo
CESSA	Centro de Salud de Servicios Ampliados
CETS	Centros Estatales de la Transfusión Sanguínea
CEYE	Central de Equipos y Esterilización
CGAJDH	Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos
CHB	Comités Hospitalarios de Bioética
CHPF	Cuenta de la Hacienda Pública Federal
CICAD	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CIE	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades
CIE-10	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión
CIE-9/MC	Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión, Modificación Clínica
CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud
CIJ	Centros de Integración Juvenil, A.C.

CLUES	Clave Única de Establecimientos de Salud
CMCT	Convenio Marco para el Control del Tabaco
CMGPC	Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica
CNCH	Cruzada Nacional contra el Hambre
CND	Comisión de Estupefacientes
CNDH	Comisión Nacional de Derechos Humanos
CNEGSR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
CNGPCs	Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica
CNPA	Campaña Nacional para la Prevención de Adicciones
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
CNTS	Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea
COEPRA	Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
COMERI	Comité de Mejora Regulatoria Interna de la Secretaría de Salud
CONACYT	Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
CONADIC	Comisión Nacional contra las Adicciones
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CONAGO	Conferencia Nacional de Gobernadores
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONASA	Consejo Nacional de Salud
CONAVE	Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica
CONBIOÉTICA	Comisión Nacional de Bioética
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación del Desarrollo Social
CONOCER-SEP	Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales de la SEP
CONRICYT	Consorcio Nacional de Recursos de Información Científica y Tecnológica
COPOLAD	Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Política sobre Drogas

COPRISEM	Comisión para la Protección contra Riesgos Sanitarios del Estado de Morelos
CPM	Clasificación de Procedimientos en Medicina
CRAE	Centro Regional de Alta Especialidad
CSFMEU	Comisión de Salud Fronteriza México–Estados Unidos
CSG	Consejo de Salubridad General
CTEIJ	Comité Técnico Especializado en Información de Juventud
CTESIODM	Comité Técnico Especializado en el Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio
CTESS	Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud
DGACPE	Dirección General Adjunta de Coordinación de Proyectos Estratégicos
DGCES	Dirección General de Calidad y Educación en Salud
DGCINS	Dirección General de Coordinación de Institutos Nacionales de Salud
DGCS	Dirección General de Comunicación Social
DGCHFR	Dirección General de Coordinación de Hospitales Federales de Referencia
DGCHRAE	Dirección General de Coordinación de Hospitales Regionales de Alta Especialidad
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
DGPIS	Dirección General de Políticas de Investigación en Salud
DGPLADES	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
DGPOP	Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto
DGRH	Dirección General de Recursos Humanos
DGRI	Dirección General de Relaciones Internacionales
DGRMySG	Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales
DGTI	Dirección General de Tecnologías de la Información
DOF	Diario Oficial de la Federación

ECNT	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
EDA	Enfermedades Diarreicas Agudas
ENARE	Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Estomatológicas
ENARM	Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas
EPV	Enfermedades Prevenibles por Vacunación
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ESPII	Emergencias de Salud Pública de Importancia Internacional
FASSA	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud
FASSC	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, por sus siglas en inglés)
FOSISS	Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social
FPGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
FUNSALUD	Fundación Mexicana para la Salud A.C.
GAIA	Grupo de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia
GAM EC	Grupos de Ayuda Mutua Enfermedades Crónicas
GAPS	Grupo de Adolescentes Promotores de la Salud
GESMED	Sistema de Consolidación de Medicamentos
GHSI	Iniciativa de Seguridad Global en Salud (GHSI, por sus siglas en inglés)
GPC	Guía de Práctica Clínica
GPCs	Guías de Práctica Clínica
GpR	Gestión para Resultados
GSP	Gestor del Seguro Popular
HFR	Hospitales Federales de Referencia
HIMFG	Hospital Infantil de México Federico Gómez
HRAE	Hospitales Regionales de Alta Especialidad
HRAEB	Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

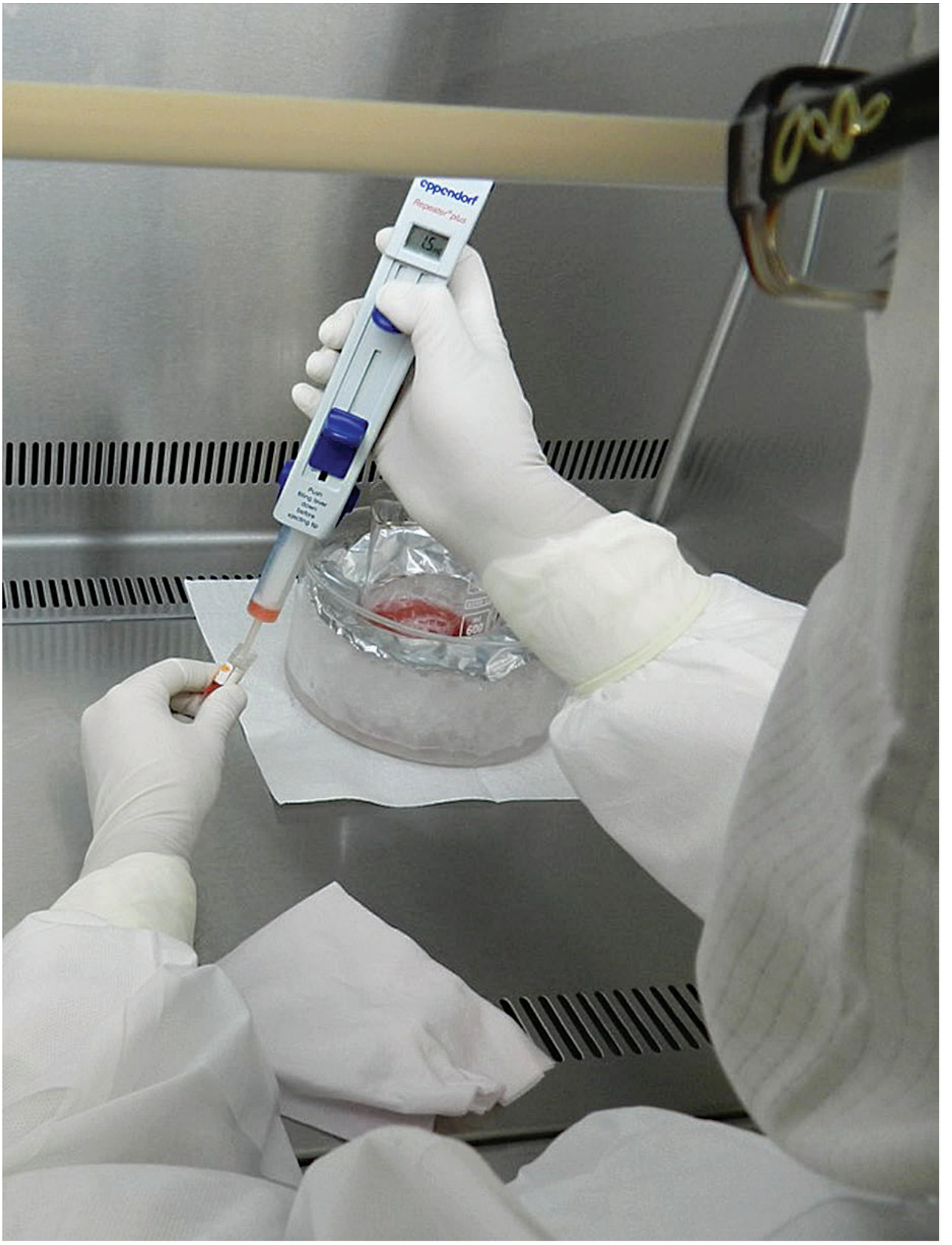
HRAEI	Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca
HRAEO	Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca
HRAEPY	Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán
ICM	Investigadores en Ciencias Médicas
IFAI	Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos (ahora INAI)
IHAN	Hospital Amigo del Niño y de la Niña
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INAI	Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (antes IFAI)
InDRE	Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos Dr. Manuel Martínez Báez
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INC	Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
INCAN	Instituto Nacional de Cancerología
INCMNSZ	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
INDAABIN	Instituto de Administración y Avalúos de Bienes Nacionales
INDICAS	Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud
INER	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
INGER	Instituto Nacional de Geriatría
INL	Oficina Internacional Antinarcóticos y de Aplicación de la Ley de la Embajada de los Estados Unidos de Norteamérica (Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs)
INMEGEN	Instituto Nacional de Medicina Genómica
INMUJERES	Instituto Nacional de las Mujeres
INNN	Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
INP	Instituto Nacional de Pediatría
INPer	Instituto Nacional de Perinatología
INPRF	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
INR	Instituto Nacional de Rehabilitación

INSalud	Institutos Nacionales de Salud
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
ISES	Instituciones de Seguros Especializadas en Salud
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LGS	Ley General de Salud
MANDE	Modelo de Gestión para la Atención de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones
METRIS	Mesas Técnicas de Revisión de Indicadores de Resultados
mhGAP	Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (Mental Health Gap Action Programme)
MMDS	Sistema de Codificación Automatizada de Causa de Muerte (MMDS, por sus siglas en inglés)
MML	Metodología de Marco Lógico
MIR	Matriz de Indicadores de Resultados
NOM	Norma Oficial Mexicana
OAD	Órganos Administrativos Desconcentrados
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OEA	Organización de los Estados Americanos
OIIS	Observatorio Institucional de Investigación en Salud
OMENT	Observatorio Mexicano para las Enfermedades No Transmisibles
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de Naciones Unidas
OPD	Organismos Públicos Descentralizados
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
PASH	Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda

PbR	Presupuesto Basado en Resultados
PCB	Junta Coordinadora del ONUSIDA (PCB, por sus siglas en inglés)
PDCCD	Programa de Desarrollo Comunitario Comunidad Diferente
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PGS	Padrón General de Salud
PGCM	Programa para un Gobierno Cercano y Moderno
PIMSA	Programa de Investigación sobre Migración y Salud
PMI	Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud
PNAVS	Premio Nacional de Acción Voluntaria y Solidaria
PND	Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018
POT	Portal de Obligaciones de Transparencia
PROCCER	Programa Mexicano de Capacitación, Evaluación y Certificación de Consejeros en Adicciones
PROIGUALDAD	Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018
PRORESPPO	Programación de Recursos de Salud Pública para Prevención con Oportunidad
PROSESA	Programa Sectorial de Salud 2013-2018
RELACSIS	Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información
RMM	Razón de Mortalidad Materna
RENADIC	Red Nacional de Transferencia Tecnológica para la Atención de las Adicciones
SABE	Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento
SAF	Subsecretaría de Administración de Finanzas
SALVAR	Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales
SAMU	Sistema de Asistencia Médica de Emergencia
SANNAFARM	Sistema de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes Farmacodependientes
SAP	Servicios de Atención Psiquiátrica
SED	Sistema de Evaluación del Desempeño

SEED	Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social
SEDIF	Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia
SEGOB	Secretaría de Gobernación
SEMAR	Secretaría de Marina
SESA	Servicios Estatales de Salud
SFP	Secretaría de la Función Pública
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIDSS	Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
SINAC	Subsistema de Información de Nacimientos
SiNACEAM	Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica
SINERHIAS	Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SIRES	Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud
SIS	Subsistema de Prestación de Servicios
SISVEFLU	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Influenza
SMSXXI	Seguro Médico Siglo XXI
SNSA	Semana Nacional de Salud de la Adolescencia
SNDIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
SNI	Sistema Nacional de Investigadores
SNS	Sistema Nacional de Salud
SNTSA	Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud
SFP	Secretaría de la Función Pública

SPPS	Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SREO	Sistema de Registro de Emergencias Obstétricas
SS	Secretaría de Salud
STCONASA	Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud
STCONAPRA	Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes
STCONSAME	Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental
TARV	Tratamiento antirretroviral
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil
TTA	Tribunales de Tratamiento de Adicciones
UAE	Unidad de Análisis Económico
UAC	Unidades Administrativas de Nivel Central
UCVPS	Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social
UMM	Unidades Médicas Móviles
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
UNEME	Unidades de Especialidades Médicas
UNEME-EC	Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas
UNEME-CAPA	Unidades de Especialidades Médicas-Centros de Atención Primaria en Adicciones
UNEME-CISAME	Unidades de Especialidades Médicas del Centro Integral de Salud Mental
UNEME-DEDICAM	Unidades de Especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico de Cáncer de Mama
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés)
UNICOSS	Unidades de Comando para la Seguridad en Salud
UNIRRSS	Unidad de Respuesta Rápida para la Seguridad en Salud
VDS	Ventanillas de Salud
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VPH	Virus del Papiloma Humano
WFTC	Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas *(World Federation of Therapeutic Communities)*


eppendorf
Repeater® plus

Anexos Estadísticos

CUADRO I. ESPERANZA DE VIDA AL NACER
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2014

ENTIDAD FEDERATIVA	ESPERANZA DE VIDA AL NACER		
	Total	Hombres	Mujeres
Nacional	**74.7**	**72.1**	**77.6**
Aguascalientes	75.7	73.4	78.2
Baja California	73.8	70.5	77.3
Baja California Sur	75.9	73.4	78.6
Campeche	75.1	72.3	78.1
Coahuila	75.5	73.3	77.8
Colima	75.8	73.3	78.4
Chiapas	72.6	69.7	75.7
Chihuahua	72.3	68.7	76.0
Distrito Federal	76.0	73.6	78.4
Durango	75.3	72.3	78.3
Guanajuato	75.3	73.0	77.7
Guerrero	72.7	69.3	76.2
Hidalgo	74.3	71.9	76.8
Jalisco	75.4	72.8	78.1
México	75.1	72.6	77.7
Michoacán	74.5	71.8	77.4
Morelos	75.5	72.8	78.3
Nayarit	74.8	72.0	77.7
Nuevo León	76.0	73.3	78.8
Oaxaca	72.8	69.8	75.9
Puebla	74.7	71.7	77.7
Querétaro	75.2	72.6	78.0
Quintana Roo	75.5	73.0	78.1
San Luis Potosí	74.5	71.7	77.4
Sinaloa	75.1	71.9	78.4
Sonora	75.1	72.4	78.0
Tabasco	74.6	71.8	77.5
Tamaulipas	75.5	72.9	78.3
Tlaxcala	75.0	72.5	77.7
Veracruz	73.9	71.4	76.6
Yucatán	75.4	72.9	78.0
Zacatecas	75.0	72.4	77.8

FUENTE: CONAPO, 2013. Proyecciones de la Población de México, 2010-2050

CUADRO II. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2013

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA [1/]	"CÓDIGO CIE-10 [2/]"	DEFUNCIONES	TASA [3/]
		A00-Z99	**610,730**	**515.8**
1	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46)	112,991	95.4
	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	77,073	65.1
2	Diabetes mellitus	E10-E14	87,185	73.6
3	Tumores malignos	C00-C97	73,316	61.9
4	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	35,975	30.4
	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	15,707	13.3
5	Enfermedades del hígado	K70-K76	34,131	28.8
	Enfermedad alcohólica del hígado	K70	12,570	10.6
6	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	31,968	27.0
7	Agresiones (homicidios)	X85-Y09	22,977	19.4
8	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	J44	20,049	16.9
9	Neumonía e influenza	J09-J18	16,888	14.3
10	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	A33, P00-P96	12,930	10.9
	Hipoxia intrauterina, asfixia y otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal	P20-P28	6,863	5.8
Mal definidas			10,773	9.1
El resto			151,547	128.0

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 cien mil habitantes.
FUENTE: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2013.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

CUADRO III. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2013

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA 1/	"CÓDIGO CIE-10 2/"	DEFUNCIONES	TASA 3/
		A00-Z99	**29,207**	**13.0**
1	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	A33, P00-P96	13,551	6.0
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99	6,915	3.1
3	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	1,127	0.5
4	Neumonía e influenza	J09-J18	1,298	0.6
5	Enfermedades infecciosas intestinales	A00-A09	654	0.3
6	Septicemia	A40-A41	613	0.3
7	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	412	0.2
8	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	498	0.2
9	Infecciones respiratorias agudas, excepto neumonía e influenza	J00-J06, J20-J22	511	0.2
10	Tumores malignos	C00-C97	65	0.0
Mal definidas			615	0.3
El resto			2,948	1.3

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 cien mil nacidos vivos ajustados con base en el subsistema de información sobre nacimientos (SINAC) 2012.
FUENTE: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2013.
Base de datos del subsistema de información sobre nacimientos (SINAC).
NOTA METODOLÓGICA DEL CÁLCULO DE LA TMI, TM<5 Y RMM:
De acuerdo con la Metodología para ajustar los nacidos vivos y las defunciones de niños menores de cinco años para su uso en el cálculo de indicadores, aprobada en la Sexta Reunión Ordinaria del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud en 2013 (CTESS/60/2013/A25), para el periodo 1990-2010, el indicador es calculado con las defunciones y nacimientos estimados por el CONAPO, que corresponden con las estimaciones 1990-2010 y las Proyecciones de la población de México vigentes y se actualizará cada vez que el CONAPO publique oficialmente nuevas proyecciones de población; a partir de 2011 la fuente de información para calcular el indicador son las cifras corregidas por subregistro, tanto de las defunciones registradas por INEGI/SS como de los nacidos vivos ocurridos del SINAC, las correcciones se realizan conforme a la metodología citada y las cifras corregidas se encuentran disponibles en http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/zip/Metodologia.zip

CUADRO IV. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD PREESCOLAR [1/]
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2013

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA [2/]	"CÓDIGO CIE-10 [3/]"	DEFUNCIONES	TASA [4/]
		A00-Z99	**6,224**	**70.1**
1	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	1,343	15.1
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99	920	10.4
3	Tumores malignos	C00-C97	457	5.1
4	Neumonía e influenza	J09-J18	422	4.8
5	Enfermedades infecciosas intestinales	A00-A09	382	4.3
6	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	243	2.7
7	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	156	1.8
8	Septicemia	A40-A41	152	1.7
9	Agresiones (homicidios)	X85-Y09	142	1.6
10	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	G80-G83	136	1.5
Mal definidas			127	1.4
El resto			1,744	19.6

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/] La edad preescolar se tomó de 1 a 4 años.
[2/] Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.
[3/] Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10a revisión.
[4/] Tasa por cien mil 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 2013.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.
NOTA SOBRE MÉTODO PARA EL CÁLCULO DE LA TMI, TM<5 Y RMM:
De acuerdo con la "Metodología para ajustar los nacidos vivos y las defunciones de niños menores de cinco años para su uso en el cálculo de indicadores" aprobada en la Sexta Reunión Ordinaria del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud en 2013 (CTESS/60/2013/A25), para el periodo 1990-2010, el indicador es calculado con las defunciones y nacimientos estimados por el CONAPO, que corresponden con las estim.5ciones 1990-2010 y las Proyecciones de la población de México vigentes y se actualizará cada vez que el CONAPO publique oficialmente nuevas proyecciones de población; a partir de 2011 la fuente de información para calcular el indicador son las cifras corregidas por subregistro, tanto de las defunciones registradas por INEGI/SS como de los nacidos vivos ocurridos del SINAC, las correcciones se realizan conforme a la metodología citada y las cifras corregidas se encuentran disponibles en http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/zip/Metodologia.zip

CUADRO V. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD ESCOLAR [1/]
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2013

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA [2/]	"CÓDIGO CIE-10 [3/]"	DEFUNCIONES	TASA [4/]
		A00-Z99	**5,792**	**25.7**
1	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	1,396	6.2
	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	630	2.8
2	Tumores malignos	C00-C97	1,015	4.5
	Leucemias	C91-C95	574	2.5
3	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99	382	1.7
	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	Q20-Q28	203	0.9
4	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	G80-G83	302	1.3
5	Agresiones (homicidios)	X85-Y09	260	1.2
6	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	195	0.9
	Enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón	I26-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	173	0.8
7	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	X60-X84	173	0.8
8	Neumonía e influenza	J09-J18	136	0.6
9	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	125	0.6
10	Epilepsia	G40-G41	110	0.5
Mal definidas			81	0.4
El resto			1,617	7.2

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/] La edad en edad escolar se tomó de 5 a 14 años.
[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 cien mil habitantes de 5 a 14 años.
FUENTE: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2013.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

CUADRO VI. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD PRODUCTIVA[1/]
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2013

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA [2/]	"CÓDIGO CIE-10 [3/]"	DEFUNCIONES	TASA [4/]
		A00-Z99	**226,785**	**294.4**
1	Diabetes mellitus	E10-E14	32,866	42.7
2	Tumores malignos	C00-C97	31,713	41.2
3	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46)	26,376	34.2
	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	18,210	23.6
4	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	23,729	30.8
	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	12,509	16.2
5	Enfermedades del hígado	K70-K76	20,689	26.9
	Enfermedad alcohólica del hígado	K70	9,081	11.8
6	Agresiones (homicidios)	X85-Y09	20,244	26.3
7	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	7,273	9.4
8	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	X60-X84	5,235	6.8
9	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	B20-B24	4,721	6.1
10	Insuficiencia renal	N17-N19	4,285	5.6
Mal definidas			1,473	1.9
El resto			48,181	62.5

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/] La edad en edad productiva se tomó de 15 a 64 años.
[2/] Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.
[3/] Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10a. revisión.
[4/] Tasa por cien mil habitantes de 15 a 64 años.
FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2013.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

CUADRO VII. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD POSTPRODUCTIVA[1/]
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2013

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA [2/]	"CÓDIGO CIE-10 [3/]"	DEFUNCIONES	TASA [4/]
		A00-Z99	**341,814**	**4,414.9**
1	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	85,541	1,104.9
	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	58,622	757.2
2	Diabetes mellitus	E10-E14	54,240	700.6
3	Tumores malignos	C00-C97	40,094	517.9
	Tumor maligno de la próstata	C61	5,250	67.8
	Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	C33, C34	4,413	57.0
	Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	C22	3,887	50.2
4	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	24,431	315.6
5	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	J44	18,180	234.8
6	Enfermedades del hígado	K70-K76	13,030	168.3
	Enfermedad alcohólica del hígado	K70	3,424	44.2
7	Neumonía e influenza	J09-J18	11,072	143.0
8	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	8,032	103.7
	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	1,900	24.5
9	Insuficiencia renal	N17-N19	7,170	92.6
10	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	6,482	83.7
Mal definidas			8,411	108.6
El resto			65,131	841.2

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/ La edad en edad postproductiva se tomó de 65 años y más.
2/ Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.
3/ Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10a. revisión.
4/ Tasa por cien mil habitantes de 65 años o más.
FUENTE: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2013.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

CUADRO VIII. MORTALIDAD EN LA INFANCIA POR ENTIDAD FEDERATIVA [1/]
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2013

ENTIDAD FEDERATIVA	MENORES DE 1 AÑO		MENORES DE 5 AÑOS	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
Nacional	14.2	11.6	17.2	14.1
Aguascalientes	9.6	9.0	11.3	10.4
Baja California	15.7	12.8	19.7	15.3
Baja California Sur	13.0	9.3	15.7	10.7
Campeche	16.2	12.8	18.6	14.6
Coahuila	13.3	10.2	15.3	11.5
Colima	13.4	7.9	15.4	10.2
Chiapas	14.5	12.6	20.5	17.8
Chihuahua	16.9	12.9	21.1	16.3
Distrito Federal	14.5	11.0	16.5	12.8
Durango	14.5	11.6	16.2	14.0
Guanajuato	12.6	9.8	14.9	11.6
Guerrero	16.0	13.1	21.1	17.4
Hidalgo	15.6	11.4	19.3	14.4
Jalisco	11.3	10.1	13.9	12.0
México	16.2	13.7	18.5	15.7
Michoacán	12.9	10.5	15.5	12.6
Morelos	13.1	11.3	15.2	13.5
Nayarit	10.1	9.8	14.2	12.6
Nuevo León	11.0	8.5	12.8	9.9
Oaxaca	14.8	12.6	20.9	17.8
Puebla	17.4	13.8	20.5	16.5
Querétaro	13.9	9.8	16.6	11.4
Quintana Roo	12.6	10.0	14.5	12.3
San Luis Potosí	13.8	12.3	17.2	15.0
Sinaloa	9.6	9.9	11.7	11.6
Sonora	12.9	8.3	15.8	10.1
Tabasco	14.9	11.7	17.8	14.0
Tamaulipas	14.6	12.1	16.8	13.7
Tlaxcala	14.7	12.8	16.7	14.7
Veracruz	15.6	13.1	20.0	16.6
Yucatán	11.4	10.2	13.3	12.2
Zacatecas	12.7	9.2	15.0	11.7

[1/] Tasa por cada mil nacidos vivos ajustados con base en el subsistema de información sobre nacimientos (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 1979-2013 y los nacimientos ajustados de la base de datos del Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC).
NOTA SOBRE MÉTODO PARA EL CÁLCULO DE LA TMI, TM<5 Y RMM:
De acuerdo con la "Metodología para ajustar los nacidos vivos y las defunciones de niños menores de cinco años para su uso en el cálculo de indicadores" aprobada en la Sexta Reunión Ordinaria del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud en 2013 (CTESS/60/2013/A25), para el periodo 1990-2010, el indicador es calculado con las defunciones y nacimientos estimados por el CONAPO, que corresponden con las estimaciones 1990-2010 y las Proyecciones de la población de México vigentes y se actualizará cada vez que el CONAPO publique oficialmente nuevas proyecciones de población; a partir de 2011 la fuente de información para calcular el indicador son las cifras corregidas por subregistro, tanto de las defunciones registradas por INEGI/SS como de los nacidos vivos ocurridos del SINAC, las correcciones se realizan conforme a la metodología citada y las cifras corregidas se encuentran disponibles en http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/zip/Metodologia.zip

CUADRO IX. TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR ENFERMEDAD DIARRÉICA AGUDA (EDAS) Y POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRAS) EN MENORES DE 5 AÑOS, TOTAL Y POR SEXO ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1995-2013 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
2012	8.5	8.9	8.0	20.0	21.3	18.6
2013	9.3	10.4	8.1	20.8	22.4	19.1

NOTA: Se excluyen residentes en el extranjero.
1/ Tasas por cien mil niños menores de 5 años.
FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de INEGI/SS 1995-2013.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.
NOTA SOBRE MÉTODO PARA EL CÁLCULO DE LA TMI, TM<5 Y RMM:

De acuerdo con la "Metodología para ajustar los nacidos vivos y las defunciones de niños menores de cinco años para su uso en el cálculo de indicadores" aprobada en la Sexta Reunión Ordinaria del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud en 2013 (CTESS/60/2013/A25), para el periodo 1990-2010, el indicador es calculado con las defunciones y nacimientos estimados por el CONAPO, que corresponden con las estimaciones 1990-2010 y las Proyecciones de la población de México vigentes y se actualizará cada vez que el CONAPO publique oficialmente nuevas proyecciones de población; a partir de 2011 la fuente de información para calcular el indicador son las cifras corregidas por subregistro, tanto de las defunciones registradas por INEGI/SS como de los nacidos vivos ocurridos del SINAC, las correcciones se realizan conforme a la metodología citada y las cifras corregidas se encuentran disponibles en http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/zip/Metodologia.zip

CUADRO X. MORTALIDAD POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDAS) Y POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRAS) EN NIÑOS <5 AÑOS POR ENTIDAD FEDERATIVA, SEGÚN SEXO ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2013 1/

ENTIDAD FEDERATIVA	EDAS			IRAS		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Nacional	9.3	10.4	8.1	20.8	22.4	19.1
Aguascalientes	4.7	7.7	1.6	11.0	15.4	6.4
Baja California	4.7	4.6	4.8	15.4	14.4	15.8
Baja California Sur	7.5	8.8	6.1	13.5	14.6	12.3
Campeche	6.0	4.7	7.4	15.7	18.8	12.3
Coahuila	4.1	6.6	1.5	11.6	12.4	10.7
Colima	6.4	3.2	6.4	1.6	0.0	3.2
Chiapas	32.1	34.0	30.1	38.2	35.1	41.8
Chihuahua	12.2	10.8	13.8	25.9	33.0	18.5
Distrito Federal	6.7	6.1	7.3	33.5	38.1	28.7
Durango	7.8	5.9	9.9	10.2	12.9	7.4
Guanajuato	6.6	6.6	6.5	11.2	11.8	10.5
Guerrero	15.9	19.3	11.7	18.6	21.4	15.1
Hidalgo	3.3	5.8	0.8	15.5	19.5	11.4
Jalisco	4.6	5.8	3.3	10.0	9.8	10.3
México	9.3	10.1	8.6	37.4	42.1	32.5
Michoacán	8.2	8.9	7.4	19.7	19.9	20.0
Morelos	5.3	6.8	3.6	9.9	16.0	4.8
Nayarit	12.3	13.7	10.8	12.3	17.1	7.2
Nuevo León	0.7	0.9	0.5	7.6	9.4	5.7
Oaxaca	21.5	25.0	17.9	30.0	29.8	29.7
Puebla	9.4	10.7	7.9	29.6	28.1	31.1
Querétaro	5.9	7.4	4.4	11.8	13.7	9.9
Quintana Roo	11.5	14.5	8.3	6.8	5.3	8.3
San Luis Potosí	8.3	11.1	6.2	14.4	20.0	9.3
Sinaloa	3.4	5.1	1.5	9.8	8.1	11.5
Sonora	6.4	8.8	3.9	10.9	13.2	8.5
Tabasco	8.9	8.6	9.1	17.7	23.3	11.8
Tamaulipas	2.9	2.5	3.3	3.6	3.2	4.0
Tlaxcala	7.2	11.0	3.3	19.3	12.6	26.2
Veracruz	12.5	13.9	10.8	20.4	20.9	19.5
Yucatán	8.9	12.3	5.4	10.5	10.3	9.6
Zacatecas	5.3	6.4	4.0	15.8	15.4	16.1

NOTA: Se excluyen residentes en el extranjero.
1/ Tasas por cien mil niños menores de 5 años.
FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2013.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.
NOTA SOBRE MÉTODO PARA EL CÁLCULO DE LA TMI, TM<5 Y RMM:

De acuerdo con la "Metodología para ajustar los nacidos vivos y las defunciones de niños menores de cinco años para su uso en el cálculo de indicadores" aprobada en la Sexta Reunión Ordinaria del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud en 2013 (CTESS/60/2013/A25), para el periodo 1990-2010, el indicador es calculado con las defunciones y nacimientos estimados por el CONAPO, que corresponden con las estimaciones 1990-2010 y las Proyecciones de la población de México vigentes y se actualizará cada vez que el CONAPO publique oficialmente nuevas proyecciones de población; a partir de 2011 la fuente de información para calcular el indicador son las cifras corregidas por subregistro, tanto de las defunciones registradas por INEGI/SS como de los nacidos vivos ocurridos del SINAC, las correcciones se realizan conforme a la metodología citada y las cifras corregidas se encuentran disponibles en http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/zip/Metodologia.zip

CUADRO XI. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2013

CAUSA	"CÓDIGO CIE-10"	DEFUNCIONES	RMM 1/
Total	A34, B20-B24, D392, F53, M830, O00-O95 Y O98-099	861	38.2
Aborto	O00-O06	77	3.4
Hemorragia obstétrica	O44-O45, O67, O72	151	6.7
Infección puerperal	O85-O86	14	0.6
Edema, proteinuria, transtornos hipertensivos en embarazo, parto y puerperio (toxemia)	O10-O16	204	9.1
Parto obstruido	O66	3	0.1
Causas obstétricas indirectas	O98-O99	228	10.1
Otras causas maternas	El resto de causas	184	8.2

NOTA: No se incluyen las defunciones maternas tardías (O96 y O97).
1/ Razón por cien mil nacidos ajustados con base en el subsistema de información sobre nacimientos SINAC.
FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2013.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.
NOTA SOBRE MÉTODO PARA EL CÁLCULO DE LA TMI, TM<5 Y RMM:

De acuerdo con la "Metodología para ajustar los nacidos vivos y las defunciones de niños menores de cinco años para su uso en el cálculo de indicadores" aprobada en la Sexta Reunión Ordinaria del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud en 2013 (CTESS/60/2013/A25), para el periodo 1990-2010, el indicador es calculado con las defunciones y nacimientos estimados por el CONAPO, que corresponden con las estimaciones 1990-2010 y las Proyecciones de la población de México vigentes y se actualizará cada vez que el CONAPO publique oficialmente nuevas proyecciones de población; a partir de 2011 la fuente de información para calcular el indicador son las cifras corregidas por subregistro, tanto de las defunciones registradas por INEGI/SS como de los nacidos vivos ocurridos del SINAC, las correcciones se realizan conforme a la metodología citada y las cifras corregidas se encuentran disponibles en http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/zip/Metodologia.zip

CUADRO XII. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA POR ENTIDAD FEDERATIVA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2013

ENTIDAD FEDERATIVA	RMM [1/]
Nacional	38.2
Aguascalientes	25.7
Baja California	42.3
Baja California Sur	32.1
Campeche	65.4
Coahuila	27.0
Colima	22.5
Chiapas	54.8
Chihuahua	59.8
Distrito Federal	41.9
Durango	41.2
Guanajuato	34.9
Guerrero	59.4
Hidalgo	37.5
Jalisco	22.4
México	36.1
Michoacán	36.7
Morelos	44.5
Nayarit	36.1
Nuevo León	14.8
Oaxaca	50.4
Puebla	31.8
Querétaro	35.0
Quintana Roo	46.2
San Luis Potosí	31.8
Sinaloa	26.7
Sonora	40.2
Tabasco	27.4
Tamaulipas	41.7
Tlaxcala	23.2
Veracruz	46.4
Yucatán	50.8
Zacatecas	44.2

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 cien mil nacidos ajustados con base en el subsistema de información sobre nacimientos SINAC.
FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2013.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.
NOTA SOBRE MÉTODO PARA EL CÁLCULO DE LA TMI, TM<5 Y RMM:
De acuerdo con la "Metodología para ajustar los nacidos vivos y las defunciones de niños menores de cinco años para su uso en el cálculo de indicadores" aprobada en la Sexta Reunión Ordinaria del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud en 2013 (CTESS/60/2013/A25), para el periodo 1990-2010, el indicador es calculado con las defunciones y nacimientos estimados por el CONAPO, que corresponden con las estimaciones 1990-2010 y las Proyecciones de la población de México vigentes y se actualizará cada vez que el CONAPO publique oficialmente nuevas proyecciones de población; a partir de 2011 la fuente de información para calcular el indicador son las cifras corregidas por subregistro, tanto de las defunciones registradas por INEGI/SS como de los nacidos vivos ocurridos del SINAC, las correcciones se realizan conforme a la metodología citada y las cifras corregidas se encuentran disponibles en http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/zip/Metodologia.zip

CUADRO XIII. MORTALIDAD POR CÁNCER CÉRVICO-UTERINO Y POR CÁNCER DE MAMA ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1995-2013[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
2012	11.8	17.1
2013	11.3	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 cien mil mujeres de 25 años o más.
FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 1995 - 2013.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

CUADRO XIV. MORTALIDAD POR CÁNCER CÉRVICO-UTERINO Y POR CÁNCER DE MAMA POR ENTIDAD FEDERATIVA ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2013 1/

ENTIDAD FEDERATIVA	CÉRVICO-UTERINO	MAMA
Nacional	11.3	16.3
Aguascalientes	7.8	16.4
Baja California	11.8	19.4
Baja California Sur	7.9	17.9
Campeche	12.4	10.3
Coahuila	10.2	24.2
Colima	8.6	21.2
Chiapas	17.2	11.8
Chihuahua	12.2	20.0
Distrito Federal	8.1	19.3
Durango	9.0	14.8
Guanajuato	9.8	17.6
Guerrero	14.1	10.3
Hidalgo	9.8	13.1
Jalisco	10.4	22.1
México	8.6	12.8
Michoacán	12.9	13.6
Morelos	18.6	15.0
Nayarit	10.3	12.5
Nuevo León	9.0	22.4
Oaxaca	13.4	9.0
Puebla	12.7	13.7
Querétaro	10.4	16.8
Quintana Roo	12.2	10.7
San Luis Potosí	10.6	13.2
Sinaloa	10.3	19.5
Sonora	15.9	22.6
Tabasco	11.6	12.1
Tamaulipas	12.4	20.9
Tlaxcala	9.1	13.2
Veracruz	16.4	15.3
Yucatán	11.8	13.7
Zacatecas	11.3	19.3

NOTA: Se utilizaron los códigos CIE 10 C50-CAMA y CIE 10 C53-CACU. Se excluyeron residentes en el extranjero.
1/ Tasas observadas por cien mil mujeres de 25 años o más.
FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 1995 - 2013.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

CUADRO XV. MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS, ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO, TOTAL Y POR SEXO ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1995-2013 /1

AÑO	DIABETES MELLITUS			ENFERM. ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN			ACCIDENTES DE TRÁNSITO DE VEHÍCULO DE MOTOR 2/		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
1995	35.2	31.2	39.1	40.3	44.5	36.2	14.1	22.5	5.8
1996	36.3	32.4	40.0	41.8	46.3	37.3	14.7	23.7	5.9
1997	37.0	32.9	40.9	43.4	48.4	38.6	14.9	23.7	6.4
1998	42.4	38.2	46.5	43.2	48.2	38.4	13.8	22.0	5.9
1999	45.7	41.1	50.1	43.9	48.6	39.3	13.8	22.0	5.8
2000	46.1	41.9	50.2	43.4	48.0	38.9	13.8	22.0	5.8
2001	48.8	44.4	53.0	44.5	49.8	39.3	13.6	21.5	6.0
2002	53.0	49.5	56.4	46.7	52.4	41.1	14.1	22.1	6.3
2003	56.5	52.0	60.6	48.5	54.5	42.7	14.2	22.4	6.3
2004	58.7	54.6	62.6	47.6	53.9	41.6	14.2	22.5	6.2
2005	62.6	58.8	66.3	49.6	56.6	43.0	14.9	23.7	6.4
2006	63.1	60.1	65.9	49.5	56.5	42.7	15.5	24.6	6.7
2007	64.2	62.0	66.2	50.8	58.4	43.6	14.0	22.3	6.0
2008	67.9	65.6	70.1	53.5	61.9	45.6	15.3	24.7	6.3
2009	68.8	67.0	70.5	56.0	64.2	48.0	15.8	25.3	6.7
2010	72.6	71.0	74.0	61.9	70.8	53.4	14.5	23.2	6.2
2011	69.8	68.7	70.8	61.3	70.2	52.7	14.4	23.3	5.8
2012	72.6	72.1	73.1	63.1	71.9	54.6	14.6	23.5	6.1
2013	73.6	73.0	74.2	65.1	74.6	56.0	13.4	21.7	5.2

NOTA: Se excluyeron extranjeros en las defunciones por diabetes y enfermedades isquémicas del corazón.
1/ Tasas observadas por cien mil habitantes.
2/ La tasa se calculó por entidad de ocurrencia de la defunción, incluye extranjeros. Se actualizó la información del primer informe.
FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 1995 - 2013.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

CUADRO XVI. MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS, ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO POR ENTIDAD FEDERATIVA, SEGÚN SEXO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2013 /1

ENTIDAD FEDERATIVA	DIABETES MELLITUS			ENFER. ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN			ACCIDENTES DE TRÁNSITO DE VEHÍCULO DE MOTOR 2/		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Nacional	**73.6**	**73.0**	**74.2**	**65.1**	**74.6**	**56.0**	**13.4**	**21.7**	**5.2**
Aguascalientes	62.2	65.7	58.9	47.5	56.5	39.0	15.3	23.4	9.2
Baja California	55.8	57.2	54.4	58.5	74.0	42.8	6.7	10.8	3.7
Baja California Sur	45.3	44.3	46.3	56.8	68.9	44.3	17.1	25.4	6.5
Campeche	64.6	62.0	67.3	65.1	80.3	50.2	11.1	19.5	3.6
Coahuila	81.2	76.6	85.8	76.7	91.4	62.3	15.6	23.1	7.6
Colima	81.2	85.8	76.7	72.9	85.0	60.8	14.8	26.4	7.1
Chiapas	50.5	45.2	55.6	41.6	47.6	35.7	9.6	17.2	2.6
Chihuahua	65.2	61.3	68.8	86.3	101.9	70.4	17.6	26.7	8.2
Distrito Federal	86.8	91.6	82.4	85.4	89.7	81.5	9.8	15.1	5.1
Durango	65.7	63.0	68.3	79.8	96.7	63.6	22.2	37.3	6.9
Guanajuato	83.7	84.3	83.1	64.3	72.2	57.0	16.0	26.5	5.1
Guerrero	69.3	69.8	68.8	55.9	63.4	48.9	11.9	18.5	4.5
Hidalgo	67.1	64.4	69.6	71.8	77.1	66.8	15.3	22.9	4.8
Jalisco	71.3	73.3	69.3	68.2	76.9	59.9	17.2	27.8	5.9
México	74.8	76.4	73.2	49.4	55.1	44.0	10.3	18.8	5.3
Michoacán	87.6	87.5	87.7	64.8	69.9	60.0	12.9	21.7	5.2
Morelos	85.7	87.7	83.9	45.2	52.2	38.7	12.3	17.9	4.4
Nayarit	50.5	48.6	52.3	53.4	61.6	45.2	18.8	25.8	5.9
Nuevo León	62.9	61.4	64.4	81.9	98.2	65.8	13.1	20.8	5.2
Oaxaca	70.5	68.4	72.3	50.9	56.6	45.7	12.0	19.7	4.8
Puebla	89.3	88.0	90.5	54.2	60.8	48.1	12.0	18.7	4.6
Querétaro	58.6	57.8	59.4	52.9	61.9	44.3	16.4	27.1	4.5
Quintana Roo	45.7	42.8	48.6	26.6	35.3	17.6	11.4	17.4	4.8
San Luis Potosí	68.1	67.8	68.5	70.4	82.3	59.1	17.4	26.2	5.8
Sinaloa	54.0	54.7	53.4	73.9	85.6	62.4	20.0	33.0	6.3
Sonora	60.7	60.6	60.7	92.4	113.1	71.6	20.2	27.7	6.9
Tabasco	85.2	78.1	92.0	53.5	64.5	42.9	26.7	43.8	7.4
Tamaulipas	76.0	76.5	75.6	84.4	102.2	67.2	15.3	22.3	5.8
Tlaxcala	93.5	96.6	90.6	36.2	42.2	30.6	14.9	23.3	5.9
Veracruz	94.2	90.2	97.9	75.8	87.2	65.1	7.4	13.3	2.8
Yucatán	61.2	52.2	70.0	96.4	112.5	80.8	12.1	19.3	3.4
Zacatecas	69.2	68.0	70.3	64.9	75.2	55.1	20.3	36.5	7.4

NOTA: Se excluyeron extranjeros en las defunciones por diabetes y enfermedades isquémicas del corazón.
1/ Tasas observadas por cien mil habitantes.
2/ La tasa se calculó por entidad de ocurrencia de la defunción, incluye extranjeros. Se actualizó la información del primer informe.
FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 1995 - 2013.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

CUADRO XVII. TENDENCIA DE LA MORBILIDAD POR TUBERCULOSIS PULMONAR, PALUDISMO, DENGUE Y DIABETES MELLITUS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 1995-2015

AÑO	TUBERCULOSIS PULMONAR		PALUDISMO		DENGUE		DIABETES MELLITUS	
	CASOS	TASA DE MORBILIDAD 1/	CASOS	TASA DE MORBILIDAD 1/	CASOS 2/	TASA DE MORBILIDAD1/	CASOS3/	TASA DE MORBILIDAD1/
1995	17,157	18.7	7,330	8.0	36,029	39.3	272,308	288
1996	16,995	18.2	6,293	6.7	35,082	37.6	249,774	261
1997	19,577	20.7	4,743	5.0	52,561	55.5	312,892	322
1998	18,032	18.7	15,100	15.7	23,267	24.2	336,967	350
1999	16,881	17.2	6,402	6.5	22,982	23.4	284,811	286
2000	15,649	15.7	7,259	7.2	1,714	1.7	287,180	285
2001	16,323	16.2	4,927	4.9	4,643	4.6	294,198	288
2002	15,432	15.0	4,605	4.5	13,254	12.9	315,948	306
2003	15,055	14.4	3,775	3.6	5,220	5.0	380,332	363
2004	14,443	13.7	3,357	3.2	6,243	5.9	404,562	382
2005	15,249	14.3	2,945	2.8	17,487	16.4	397,387	371
2006	13,813	12.9	2,498	2.3	24,661	22.9	394,360	364
2007	14,550	13.7	2,357	2.2	42,936	40.6	404,770	369
2008	15,035	14.0	2,357	2.2	28,015	26.3	396,374	356
2009	14,856	13.8	2,702	2.5	120,649	112.2	426,802	378
2010	15,795	14.5	1,226	1.1	36,740	33.9	420,086	368
2011	15,457	14.1	1,041	0.6	15,424	14.1	427,125	369
2012	15,858	13.5	833	0.7	65,892	56.4	419,493	358
2013	16,080	13.6	495	0.4	105,973	89.5	397,192	335
2014	16,237	13.6	656	0.5	46,092	38.5	381,099	318
2015*	9,325	7.7	242	0.2	13,932	11.5	207,592**	172

1/ Tasa por cien mil habitantes.
2/ De 1995 a 2001 casos por asociación clínica; de 2002 a 2008 casos confirmados por laboratorio y a partir de 2009 casos estimados en cumplimiento al Acuerdo del Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica de 2009. El notable incremento de fiebre por dengue de 2009 respecto a 2008 se debió al brote en el estado de Jalisco que concentró el 46% de los casos del país. Asimismo, en 2009 se registró una alta transmisión de dengue en la región sur y centro del país.
3/ De 2000 a 2011 las cifras pueden diferir de lo publicado en informes anteriores debido a que se actualizaron con apego a los cierres oficiales publicados en los Anuarios de Morbilidad del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE). Cifras revisadas y actualizadas por la dependencia responsable.
FUENTE: Secretaría de Salud/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.
* Cifras preliminares de enero a julio de 2015.
* *Cifras preliminares de enero a junio de 2015.

CUADRO XVIII. ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN EN UN AÑO DE EDAD ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 2013, 2014 Y 2015[1/]

ENTIDAD FEDERATIVA	ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN EN UN AÑO DE EDAD % 2013	ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN EN UN AÑO DE EDAD % 2014	ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN EN UN AÑO DE EDAD % 2015 [2/]
Nacional	**85.3**	**91.8**	**90.0**
Aguascalientes	98.4	94.4	94.0
Baja California	72.6	87.1	88.0
Baja California Sur	97.4	90.6	90.0
Campeche	99.0	95.5	95.0
Coahuila	84.3	95.3	95.0
Colima	99.3	90.5	90.0
Chiapas	86.7	89.2	85.0
Chihuahua	76.1	91.4	90.0
Distrito Federal	99.5	96.0	90.0
Durango	91.6	93.7	90.0
Guanajuato	95.3	99.3	90.0
Guerrero	63.5	94.4	90.0
Hidalgo	74.2	90.0	90.0
Jalisco	81.6	89.3	90.0
México	73.2	84.3	85.0
Michoacán	96.5	98.4	95.0
Morelos	97.0	92.4	90.0
Nayarit	85.2	91.5	90.0
Nuevo León	89.9	98.9	95.0
Oaxaca	75.3	87.7	90.0
Puebla	91.5	92.6	90.0
Querétaro	98.9	96.5	95.0
Quintana Roo	81.7	84.1	85.0
San Luis Potosí	92.8	99.5	95.0
Sinaloa	88.7	95.4	90.0
Sonora	72.1	94.6	90.0
Tabasco	111.6	100.4	95.0
Tamaulipas	92.1	90.6	90.0
Tlaxcala	95.6	94.0	90.0
Veracruz	83.0	87.6	90.0
Yucatán	74.9	86.2	90.0
Zacatecas	101.2	98.8	95.0

[1/] La información de cobertura fue ajustada y homologada de acuerdo con las estimaciones de población de 2013 y conforme a lo reportado en los Objetivos del Desarrollo del Milenio.
[2/] Cifras estimadas al mes de julio de 2015.
FUENTE: Secretaría de Salud.

CUADRO XIX. PERSONAS AFILIADAS AL SEGURO POPULAR POR ENTIDAD FEDERATIVA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008-2015

ENTIDAD FEDERATIVA	DATOS ANUALES								JUNIO		
	OBSERVADO								2014	2015 1/	VARIACIÓN PORCENTUAL
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	PROYECCIÓN 2015			
Nacional	**27,176,914**	**31,132,949**	**43,518,719**	**51,823,314**	**52,908,011**	**55,637,999**	**57,300,000**	**57,300,000**	**55,601,952**	**57,296,078**	**3.05**
Aguascalientes	369,410	392,765	416,961	487,946	505,235	538,906	549,552	549,552	538,906	548,267	1.74
Baja California	581,575	594,928	797,261	1,143,638	1,150,023	1,146,696	1,167,917	1,167,917	1,146,696	1,167,917	1.85
Baja California Sur	119,958	123,015	164,681	191,983	205,226	219,581	228,886	228,886	219,581	228,886	4.24
Campeche	327,980	362,705	416,328	457,529	477,046	498,097	509,853	509,853	495,582	509,853	2.88
Coahuila	418,265	469,323	630,000	674,156	686,263	787,319	806,302	806,302	787,319	806,302	2.41
Colima	227,421	234,625	275,487	300,203	299,036	294,351	295,897	295,897	294,066	293,260	-0.27
Chiapas	1,756,549	2,069,736	2,997,900	3,353,506	3,414,767	3,520,349	3,628,090	3,628,090	3,520,349	3,628,090	3.06
Chihuahua	557,374	665,328	1,033,038	1,170,601	1,235,429	1,335,283	1,374,978	1,374,978	1,335,283	1,374,978	2.97
Distrito Federal	773,299	1,108,461	1,744,419	2,300,083	2,480,090	2,896,802	2,956,186	2,956,186	2,896,802	2,956,186	2.05
Durango	317,693	383,101	538,607	715,430	731,202	793,643	822,495	822,495	793,643	822,495	3.64
Guanajuato	1,893,335	2,080,049	2,560,975	3,007,993	3,113,394	3,177,092	3,278,864	3,278,864	3,177,092	3,278,864	3.20
Guerrero	1,073,795	1,146,246	1,973,798	2,279,358	2,223,470	2 279 354	2,314,605	2,314,605	2,279,354	2,314,605	1.55
Hidalgo	922,157	1,072,325	1,403,601	1,569,901	1,580,326	1 658 778	1,722,933	1,722,933	1,658,778	1,722,933	3.87
Jalisco	1,455,938	1,710,472	1,967,804	2,757,491	2,772,886	2 974 505	3,121,669	3,121,669	2,965,070	3,121,669	5.28
México	2,718,024	3,371,043	5,826,998	6,566,681	6,612,349	6 989 242	7,243,746	7,243,746	6,989,242	7,243,746	3.64
Michoacán	938,091	1,231,370	1,647,610	2,254,722	2,357,439	2 392 212	2,419,597	2,419,597	2,392,212	2,419,597	1.14
Morelos	541,479	603,442	780,672	949,748	961,830	994 327	999,863	999,863	994,327	999,863	0.56

CONTINÚA SIGUIENTE PÁGINA

CONTINUACIÓN PÁGINA ANTERIOR

Nayarit	370,033	399,759	550,000	625,672	639,166	654,159	681,665	681,665	654,159	681,665	4.20
Nuevo León	519,124	611,148	946,529	1,121,425	1,153,896	1,230,221	1,277,713	1,277,713	1,230,221	1,277,713	3.86
Oaxaca	1,291,324	1,547,336	2,069,971	2,620,120	2,634,749	2,692,621	2,757,110	2,757,110	2,692,621	2,757,110	2.40
Puebla	1,453,284	1,571,934	2,188,072	3,123,724	3,141,164	3,219,389	3,418,227	3,418,227	3,219,389	3,418,227	6.18
Querétaro	470,140	515,916	711,236	820,460	850,437	928,481	957,701	957,701	928,481	957,701	3.15
Quintana Roo	250,822	315,719	509,134	577,933	604,751	659,111	675,393	675,393	659,111	675,393	2.47
San Luis Potosí	764,334	861,518	1,211,402	1,372,389	1,433,095	1,554,799	1,587,065	1,587,065	1,554,799	1,587,065	2.08
Sinaloa	724,208	770,155	1,007,979	1,081,540	1,101,119	1,146,879	1,184,835	1,184,835	1,146,879	1,184,835	3.31
Sonora	537,033	511,152	689,720	834,753	858,320	941,029	955,196	955,196	917,217	955,196	4.14
Tabasco	1,192,720	1,259,003	1,381,712	1,531,218	1,555,838	1,584,835	1,619,003	1,619,003	1,584,835	1,619,003	2.16
Tamaulipas	953,306	983,673	1,220,269	1,356,200	1,384,364	1,393,998	1,428,473	1,428,473	1,393,998	1,428,473	2.47
Tlaxcala	492,949	533,082	725,497	766,283	855,136	906,796	930,877	930,877	906,796	930,877	2.66
Veracruz	2,057,432	2,392,627	3,620,147	4,090,181	4,113,017	4 318 074	4,430,954	4,430,954	4,318,074	4,430,954	2.61
Yucatán	549,666	618,059	783,368	886,809	931,743	1 003 182	1,024,331	1,024,331	1,003,182	1,024,331	2.11
Zacatecas	558,196	622,934	727,543	833,638	845,205	907 888	930,024	930,024	907,888	930,024	2.44

FUENTE: Padrón Nacional de Beneficiarios del SPSS.
1/ Datos a junio 2015.

CUADRO XX. NÚMERO DE NIÑOS AFILIADOS AL SEGURO MÉDICO SIGLO XXI POR ENTIDAD FEDERATIVA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008-2015

ENTIDAD FEDERATIVA	DATOS ANUALES								JUNIO		
	OBSERVADO								2014	2015 1/	VARIACIÓN PORCENTUAL
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	PROYECCIÓN 2015			
Nacional	**1,852,891**	**2,958,973**	**4,263,760**	**5,783,114**	**6,816,240**	**5,391,641**	**5,649,647**	**n.a.**	**5,521,209**	**5,691,419**	**3.08**
Aguascalientes	20,192	33,523	45,939	64,646	76,648	60,683	61,387	n.a.	61,739	59,588	-3.48
Baja California	33,030	53,296	67,245	105,109	120,786	86,005	88,291	n.a.	88,434	84,994	-3.89
Baja California Sur	6,628	12,628	19,706	25,688	30,711	24,525	24,742	n.a.	25,079	24,760	-1.27
Campeche	19,165	28,095	37,844	51,331	59,974	45,992	47,475	n.a.	45,966	48,610	5.75
Coahuila	34,859	53,435	68,954	78,631	100,037	79,808	82,998	n.a.	81,362	84,706	4.11
Colima	14,181	20,411	26,117	33,681	39,296	31,547	31,061	n.a.	31,515	30,510	-3.19
Chiapas	112,328	180,602	261,894	349,524	423,223	327,115	334,787	n.a.	332,602	344,166	3.48
Chihuahua	42,828	66,862	102,975	138,488	169,004	127,219	129,924	n.a.	129,992	131,453	1.12
Distrito Federal	92,395	160,670	182,917	229,659	255,921	231,789	239,751	n.a.	242,389	244,925	1.05
Durango	25,182	42,800	62,276	88,104	107,537	87,365	86,644	n.a.	87,965	87,621	-0.39
Guanajuato	109,010	185,118	259,056	359,809	419,038	336,424	344,134	n.a.	342,114	350,346	2.41
Guerrero	62,247	88,301	146,395	220,365	265,111	221,107	235,903	n.a.	231,836	241,186	4.03
Hidalgo	51,008	87,793	123,962	155,740	193,168	163,374	166,067	n.a.	162,697	169,627	4.26
Jalisco	120,649	192,239	248,446	382,048	444,075	336,960	374,485	n.a.	337,867	383,419	13.48
México	232,076	373,411	588,688	762,948	894,643	715,382	770,456	n.a.	752,532	773,237	2.75
Michoacán	58,785	105,922	176,651	238,592	278,256	211,451	228,570	n.a.	220,832	224,474	1.65
Morelos	33,009	44,156	64,786	97,625	113,983	88,337	94,616	n.a.	91,819	96,545	5.15

CONTINÚA SIGUIENTE PÁGINA

CONTINUACIÓN PÁGINA ANTERIOR

Nayarit	23,004	34,690	52,757	69,484	79,239	61,288	58,989	n.a.	59,698	58,170	-2.56
Nuevo León	49,676	78,866	107,359	134,824	155,298	125,510	143,677	n.a.	136,184	147,414	8.25
Oaxaca	68,926	122,612	184,261	260,840	315,624	248,199	251,995	n.a.	250,904	245,247	-2.25
Puebla	108,227	157,113	225,378	335,771	371,752	312,363	366,150	n.a.	328,739	374,468	13.91
Querétaro	34,254	49,786	77,216	106,087	132,896	108,771	114,626	n.a.	112,500	115,945	3.06
Quintana Roo	20,747	42,258	71,706	84,367	97,979	67,167	64,262	n.a.	66,386	58,809	-11.41
San Luis Potosí	44,670	76,404	117,025	163,328	203,770	163,819	159,754	n.a.	160,010	158,563	-0.90
Sinaloa	43,618	70,181	96,917	124,727	148,564	121,021	126,151	n.a.	125,476	128,009	2.02
Sonora	40,768	58,064	75,858	105,288	128,525	98,201	99,586	n.a.	97,233	100,414	3.27
Tabasco	54,218	84,066	120,772	163,714	196,581	145,435	152,951	n.a.	147,764	155,057	4.94
Tamaulipas	59,027	88,965	124,876	155,781	176,839	128,268	135,000	n.a.	131,626	140,130	6.46
Tlaxcala	33,107	43,182	57,840	85,629	105,288	80,098	81,193	n.a.	81,130	81,783	0.80
Veracruz	134,836	213,880	314,711	409,169	473,683	362,915	353,721	n.a.	359,994	345,342	-4.07
Yucatán	34,197	52,622	74,966	98,806	115,119	96,007	100,256	n.a.	97,887	100,216	2.38
Zacatecas	36,044	57,022	78,267	103,311	123,672	97,496	100,045	n.a.	98,938	101,685	2.78

FUENTE: Padrón Nacional de Beneficiarios del SPSS.
1/ Datos a junio 2015.

CUADRO XXI. MUJERES EMBARAZADAS AFILIADAS AL SEGURO POPULAR POR MEDIO DE LA ESTRATEGIA EMBARAZO SALUDABLE
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008-2015

ENTIDAD FEDERATIVA	DATOS ANUALES								JUNIO		
	OBSERVADO								2014	2015 1/	VARIACIÓN PORCENTUAL
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	PROYECCIÓN 2015			
Nacional	**188,913**	**568,264**	**1,407,863**	**1,755,610**	**1,818,298**	**2,070,703**	**2,230,882**	**n.a.**	**2,112,602**	**2,315,082**	**9.6**
Aguascalientes	1,930	5,012	15,588	20,210	21,945	25,203	25,005	n.a.	25,423	25,036	-1.5
Baja California	5,082	14,366	34,805	38,220	35,385	34,968	36,646	n.a.	35,844	37,408	4.4
Baja California Sur	2,490	4,973	11,522	13,261	13,568	14,502	15,202	n.a.	15,078	15,404	2.2
Campeche	1,339	4,119	10,562	13,819	15,295	18,191	21,711	n.a.	19,521	22,788	16.7
Coahuila	6,124	15,620	24,173	30,295	33,790	40,799	51,594	n.a.	44,876	56,470	25.8
Colima	795	2,042	7,120	8,808	9,760	10,429	10,253	n.a.	10,271	10,316	0.4
Chiapas	9,694	28,867	69,156	80,938	81,837	92,810	99,171	n.a.	95,786	101,752	6.2
Chihuahua	9,194	21,114	47,881	53,032	53,246	56,895	60,462	n.a.	57,089	60,623	6.2
Distrito Federal	3,311	22,360	41,187	49,785	41,143	56,132	59,626	n.a.	63,666	67,940	6.7
Durango	4,351	11,924	22,297	28,221	30,738	33,827	35,191	n.a.	34,335	36,189	5.4
Guanajuato	12,367	33,997	84,909	101,483	100,648	111,964	121,548	n.a.	114,924	126,522	10.1
Guerrero	11,426	32,865	66,362	84,292	82,996	93,226	93,598	n.a.	94,295	96,197	2.0
Hidalgo	5,593	16,241	43,964	50,574	52,463	62,551	51,921	n.a.	47,432	57,093	20.4
Jalisco	14,039	37,453	103,000	137,201	143,446	162,488	183,925	n.a.	164,352	192,816	17.3
México	7,573	48,394	133,170	178,333	188,259	212,482	242,189	n.a.	224,666	254,569	13.3
Michoacán	10,680	32,353	83,485	100,883	100,248	103,113	102,197	n.a.	100,563	95,796	-4.7
Morelos	3,373	9,297	25,553	33,233	34,465	40,234	43,500	n.a.	42,006	45,822	9.1

CONTINÚA SIGUIENTE PÁGINA

CONTINUACIÓN PÁGINA ANTERIOR

Nayarit	2,651	6,058	14,348	17,757	17,702	21,164	22,038	n.a.	22,014	22,976	4.4
Nuevo León	4,354	14,958	42,975	51,786	54,285	62,714	70,563	n.a.	64,602	76,805	18.9
Oaxaca	10,685	29,328	62,885	77,913	84,305	95,388	100,366	n.a.	97,541	100,216	2.7
Puebla	9,379	28,800	73,507	98,583	100,035	123,821	144,221	n.a.	129,564	154,098	18.9
Querétaro	2,241	8,129	21,599	27,199	30,284	35,138	42,252	n.a.	38,187	44,838	17.4
Quintana Roo	3,197	8,865	23,394	28,716	32,271	36,419	39,806	n.a.	37,774	40,604	7.5
San Luis Potosí	2,839	10,080	30,576	37,978	42,721	47,315	51,463	n.a.	49,571	52,379	5.7
Sinaloa	7,019	16,700	45,028	53,752	55,881	62,995	69,124	n.a.	66,017	71,150	7.8
Sonora	5,709	13,967	34,127	40,937	40,905	44,225	46,266	n.a.	42,188	47,640	12.9
Tabasco	5,261	16,304	38,206	51,665	60,564	74,844	85,845	n.a.	80,848	90,580	12.0
Tamaulipas	7,162	18,540	41,144	49,581	49,323	57,525	64,472	n.a.	60,680	67,184	10.7
Tlaxcala	3,673	8,260	17,404	24,508	28,244	33,010	35,637	n.a.	33,567	37,082	10.5
Veracruz	9,226	30,834	91,091	116,712	124,832	142,960	145,625	n.a.	144,539	143,962	-0.4
Yucatán	2,223	6,996	19,278	22,671	22,500	25,812	29,429	n.a.	27,680	30,500	10.2
Zacatecas	3,933	9,448	27,567	33,264	35,214	37,559	30,036	n.a.	27,703	32,327	16.7

FUENTE: Padrón Nacional de Beneficiarios del SPSS.
1/ Datos a junio 2015.

CUADRO XXII. PRINCIPALES SERVICIOS PROPORCIONADOS POR LA SECRETARÍA DE SALUD
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2014-2015

SERVICIOS	2014	2015 3/	VARIACIÓN PORCENTUAL
Consulta	138,469,886	142,373,274	2.8
Externa general 1/	99,975,570	102,641,537	2.7
Especializada 2/	18,072,558	18,316,716	1.4
De urgencias	10,645,625	11,454,739	7.6
Odontológica	9,776,133	9,960,283	1.9
De planificación familiar	6,121,717	6,125,256	0.1
Hospitalización			
Intervenciones quirúrgicas	1,655,468	1,690,257	2.1
Egresos	2,959,197	3,051,890	3.1
Partos atendidos	1,021,492	1,033,684	1.2

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.
3/ Cifras estimadas.
FUENTE: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

CUADRO XXIII. RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS POR ENTIDAD FEDERATIVA [1/]
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2014

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) [7/]	
					Federal [5/]	Estatal [6/]
Nacional	**1.7**	**2.4**	**0.7**	**17.7**	**204,507,376.6**	**24,860,089.8**
Aguascalientes	1.9	2.8	0.7	10.2	2,191,463.6	505,167.6
Baja California	1.4	2.0	0.6	8.0	3,764,769.8	40,994.0
Baja California Sur	2.2	2.8	0.9	17.0	1,288,884.5	140,723.7
Campeche	2.1	2.8	1.1	23.9	2,201,306.3	316,086.0
Coahuila	1.7	2.7	0.9	13.4	2,904,826.2	277,255.5
Colima	2.2	2.8	0.8	23.1	1,743,288.4	25,998.5
Chiapas	1.3	2.0	0.4	33.7	12,097,992.3	107,738.2
Chihuahua	1.4	2.5	0.8	14.7	4,739,252.1	1,843,865.8
Distrito Federal	3.7	5.0	1.8	6.5	22,810,814.6	6,001,960.5
Durango	1.9	2.4	1.0	27.7	3,298,573.2	202,295.5
Guanajuato	1.4	2.0	0.6	11.4	10,124,967.4	1,236,283.7
Guerrero	1.6	2.1	0.5	32.5	7,711,908.4	31,257.0
Hidalgo	1.5	2.1	0.5	31.9	5,943,032.1	136,701.0
Jalisco	1.8	2.3	0.8	12.9	9,162,467.3	1,514,090.7
México	1.2	1.7	0.5	8.6	25,467,785.4	2,541,565.9
Michoacán	1.5	1.9	0.6	22.4	7,496,690.5	78,602.3
Morelos	1.7	2.3	0.6	15.4	3,386,018.5	137,000.0
Nayarit	2.0	2.4	0.6	35.0	2,425,703.1	146,550.7
Nuevo León	1.6	2.3	0.8	12.8	4,364,827.6	296,796.6
Oaxaca	1.5	2.1	0.6	40.7	9,530,635.8	186,521.3
Puebla	1.5	1.9	0.7	18.9	9,784,537.0	310,993.4
Querétaro	1.5	1.9	0.4	16.0	3,060,787.0	460,000.0
Quintana Roo	1.5	2.1	0.6	14.3	2,161,019.0	352,123.0
San Luis Potosí	1.5	2.0	0.9	21.9	4,601,511.1	153,328.0
Sinaloa	1.8	2.4	0.7	16.9	4,187,464.7	801,297.2
Sonora	1.8	2.8	1.0	22.7	3,268,850.0	715,735.4
Tabasco	2.0	2.4	0.7	29.0	5,421,965.2	2,525,049.6
Tamaulipas	1.8	2.7	0.9	16.4	5,690,448.0	1,160,000.0
Tlaxcala	1.8	2.3	0.5	17.0	2,941,596.8	290,746.0
Veracruz	1.5	2.0	0.6	20.8	13,639,265.7	674,013.7
Yucatán	1.9	2.5	0.8	15.6	3,723,606.9	1,453,399.3
Zacatecas	1.8	2.7	0.6	30.0	3,371,118.5	195,950.0

[1/] Incluye datos de Secretaría de Salud, IMSS, IMSS-PROSPERA, 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-PROSPERA.
[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-PROSPERA.
[6/] El Gasto Estatal en Salud es el aportado por los gobiernos de las entidades federativas. Para IMSS e IMSS-PROSPERA la informción es preliminar.
[7/] Cifras preliminares.
FUENTE:Secretaría de Salud, DGIS (SINAIS). Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS).

ENTRADA
HOSPITAL INFANTIL
DE MÉXICO
FEDERICO GÓMEZ

Directorio

Directorio

Mercedes Juan López
Secretaria de Salud

Eduardo González Pier
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

Manuel Mondragón y Kalb
Comisionado Nacional contra las Adicciones

Ernesto H. Monroy Yurrieta
Titular de la Unidad Coordinadora
de Vinculación y Participación Social

Nelly Haydeé Aguilera Aburto
Titular de la Unidad de Análisis Económico

Sebastián García Saisó
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

Simón Kawa Karasik
Director General de Coordinación
de los Institutos Nacionales de Salud

Gilberto de Jesús Herrera Yáñez
Director General de Desarrollo
de la Infraestructura Física

Miguel Ángel Cedillo Hernández
Director General de Evaluación del Desempeño

Juan Carlos Reyes Oropeza
Director General de Información en Salud

Alberto Jonguitud Falcón
Director General de Planeación
y Desarrollo en Salud

Juan José Hicks Gómez
Director General de Políticas
de Investigación en Salud

José Genaro Montiel Rangel
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

Osvaldo Toledano Gómez
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 Ruiz Matus
Director General de Epidemiología

María de las Nieves García Fernández
Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud

María Virginia González Torres
Secretaria Técnica del Consejo
Nacional de Salud Mental

Martha Cecilia Híjar Medina
Secretaria Técnica del Consejo Nacional
para la Prevención de Accidentes

María del Socorro García Quiroz
Directora General de la Administración del
Patrimonio de la Beneficencia Pública

Ricardo Juan García Cavazos
Director 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

José Salvador Aburto Morales
Director General del Centro Nacional
de Trasplantes

Jesús Felipe González Roldán
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 y el 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 Guerrero
Presidente del Consejo de la
Comisión Nacional de Bioética

Gabriel O'Shea Cuevas
Comisionado Nacional de Protección
Social en Salud

Eduardo Ángel Madrigal de León
Director General Adjunto de
Servicios de Atención Psiquiátrica

Máximo Alberto Evia Ramírez
Titular del Órgano Interno de Control
en la Secretaría de Salud

MARCHESINI
GROUP

Tercer Informe de Labores de la Secretaría de Salud,
se terminó de imprimir en el mes de agosto de 2015,
en Talleres Gráficos de México,
Av. Canal del Norte 80, Col. Felipe Pescador,
Del. Cuauhtémoc, C. P. 06280, México D. F.
La edición consta de 1,000 ejemplares.