

# SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



# 2<sup>DO</sup> INFORME DE LABORES

2 0 1 3 - 2 0 1 4



1 DE SEPTIEMBRE DE 2014

2<sup>DO</sup> INFORME DE  
LABORES

---

2 0 1 3 - 2 0 1 4



## ÍNDICE GENERAL

Presentación	5
Organigrama	11
<b>1. ÁREA DE LA SECRETARIA</b>	<b>13</b>
1.1 Unidad de Análisis Económico	18
1.2 Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos	20
1.3 Dirección General de Comunicación Social	22
1.4 Comisión Nacional Contra las Adicciones	23
1.5 Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social	26
1.5.1 Dirección General de Relaciones Internacionales	28
1.5.2 Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud	32
<b>2. SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD</b>	<b>35</b>
2.1 Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud	37
2.2 Dirección General de Información en Salud	39
2.3 Dirección General de Evaluación del Desempeño	42
2.4 Dirección General de Calidad y Educación en Salud	45
2.5 Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	48
<b>3. SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD</b>	<b>51</b>
3.1 Dirección General de Promoción de la Salud	53
3.2 Dirección General de Epidemiología	55
3.3 Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades	57
3.4 Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia	59
3.5 Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	61
3.6 Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida	63
3.7 Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones	65
<b>4. SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS</b>	<b>67</b>
4.1 Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto	70
4.2 Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales	74
4.3 Dirección General de Recursos Humanos	75
4.4 Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física	76
4.5 Dirección General de Tecnologías de la Información	77
4.6 Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública	79
<b>5. COMISION COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD</b>	<b>83</b>
5.1 Dirección General de Políticas de Investigación en Salud	86
5.2 Dirección General de Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud	87
5.3 Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia	90
5.4 Dirección General de Coordinación de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad	92
5.5 Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea	94
5.6 Centro Nacional de Transplantes	95
5.7 Servicios de Atención Psiquiátrica	95

6.	COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS	99
7.	COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD	105
8.	COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO	111
9.	COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA	117
10.	SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL	123
11.	SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	127
12.	CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL	131
13.	PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES	137
14.	SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	143
15.	CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL	151
16.	LABORATORIOS DE BIOLÓGICOS Y REACTIVOS DE MÉXICO, S.A. DE C.V.	157
	ANEXOS ESTADÍSTICOS	161
	ACRÓNIMOS	187
	DIRECTORIO	197



# PRESENTACIÓN



Desde el inicio de esta administración el Presidente de la República, Lic. Enrique Peña Nieto, instruyó a ejercer un gobierno cercano a los ciudadanos, informando cómo y en que se gastan los recursos de los mexicanos, cómo deciden las autoridades y cuáles son los resultados de los organismos e instituciones que reciben fondos públicos. Lo anterior, a partir de la premisa de que una sociedad bien informada es más participativa y está en mejores condiciones de valorar el logro de las metas y el cumplimiento de los compromisos nacionales.

La protección de la salud es uno de los derechos humanos más importantes que consagra la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, por lo que esta administración se ha comprometido a avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal. El Sistema deberá garantizar homogeneidad, 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.

Así, y en total alineación con las cinco metas establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND), se elaboró el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (PROSESA), presentado en diciembre de 2013, el cual incluye 16 indicadores de temas prioritarios de salud, que permitirán medir el avance de las acciones del Sistema Nacional de Salud (SNS), en los **seis objetivos** propuestos para consolidar la rectoría de la Secretaría de Salud.

El PROSESA es el documento rector para el desarrollo de los programas y proyectos que se encuentran en ejecución por las instituciones que integran el SNS. Con ello, se aporta, dentro de las atribuciones y funciones que en materia de salud se tienen, al logro de un México en paz, incluyente, con educación de calidad, próspero y con responsabilidad global, que requerimos todos los mexicanos y que persigue el PND.

Para alcanzar un México Incluyente, el **primer objetivo** del PROSESA se refiere a la consolidación de las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades. Para atender un gran reto de los servicios de salud, en octubre de 2013, el Presidente de la República, Lic. Enrique Peña Nieto, lanzó oficialmente la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. A esta Estrategia se sumaron las 32 entidades federativas del país con estrategias específicas, que ya están operando, con la participación coordinada de los servicios estatales de salud y de la Federación.

El **segundo objetivo** del PROSESA es asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad. Para lograrlo, se continúa con la acreditación de establecimientos que brindan las intervenciones establecidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), así como en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y el Seguro Médico Siglo XXI. Adicionalmente, se destinaron recursos para acciones de obra nueva, ampliación, equipamiento y fortalecimiento de unidades médicas.

Con la finalidad de incidir en la disminución de la muerte materna, se están construyendo en el país Redes Funcionales de Salud Materna e Infantil que aseguran la atención continua de la mujer embarazada. Estos programas preventivos en la comunidad contemplan la valoración sistemática del embarazo para la identificación oportuna de factores de riesgo materno y la referencia adecuada para su atención. A la fecha se han implementado 61 Redes en 99 municipios de nueve entidades federativas.



Asimismo se ha trabajado en la implementación de la política Cero Rechazo a la Emergencia Obstétrica, de acuerdo a lo instruido por el Presidente de la República.

El **tercer objetivo** del PROSESA, se refiere a la reducción de los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida. Por ello, con las acciones de regulación y vigilancia sanitaria de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), se llevaron a cabo aseguramientos históricos de millones de cigarrillos, miles de litros de alcohol y de productos milagro.

Es de relevancia, mencionar que la Organización Mundial de la Salud, otorgó a COFEPRIS la denominación de Autoridad Funcional en materia de vacunas, que permite que los registros que emita sean reconocidos por las agencias sanitarias reguladoras de otros países.

El **cuarto objetivo** del PROSESA busca cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y entre regiones del país. Las acciones que se ejecutan han mejorado las coberturas de vacunación, se ha reducido la tasa de mortalidad infantil y a través de unidades médicas móviles se otorgó atención a casi cuatro millones de personas en situación de vulnerabilidad, en 10,611 localidades de alta y muy alta marginación. Asimismo, se afilió al Seguro Popular a casi dos millones de personas de los municipios incluidos en la Cruzada Nacional contra el Hambre.

Conforme a lo establecido en el **quinto objetivo** del PROSESA, para promover la optimización y el uso efectivo de los recursos en salud, así como para fortalecer la coordinación e integración del SNS, se realizó la compra consolidada de medicamentos y materiales de curación más grande de la historia en el sector público mexicano. Esta compra garantiza la oportunidad y la calidad de esos insumos, reduce costos, mejora el proceso de suministro y amplía y transparenta el uso de los recursos disponibles para diversas acciones de salud. Además, genera la oportunidad de mejorar el abasto de medicamentos, una acción permanente para dar respuesta a la demanda de los usuarios de los servicios. En este esfuerzo interinstitucional participaron el IMSS, el ISSSTE, Petróleos Mexicanos y las secretarías de la Defensa Nacional y de Marina, así como cinco entidades federativas.

En seguimiento a los principios establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo, la Secretaría de Salud contribuye con estrategias y líneas de acción con enfoque de género para avanzar en la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, atendiendo las necesidades en salud de la población de acuerdo con su edad y sexo.

Para contribuir a alcanzar los objetivos de la Cruzada Nacional contra el Hambre, la Secretaría de Salud realiza acciones en materia de prevención, promoción y atención de la salud, entre los que destacan la cobertura de servicios a través de Unidades Médicas Móviles; afiliación al Seguro Popular, dotación de suplementos alimenticios a mujeres embarazadas, en periodo de lactancia y menores de cinco años del componente en salud del Programa Oportunidades, así como la cobertura de esquemas completos de vacunación en los menores de este grupo de edad de los municipios prioritarios. Participa en el Programa Nacional para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia; para la prevención y tratamiento de las adicciones, se focalizan acciones para la detección oportuna de jóvenes en condición de riesgo y se promueven entornos y comunidades saludables, especialmente en el componente de salud escolar.

En materia de recursos humanos, la Secretaría de Salud dio inicio a la primera etapa del proceso coordinado de formalización laboral de los trabajadores de salud, en las entidades federativas. En este importante esfuerzo participaron representantes de la Secretaría de Salud Federal, de las Secretarías de Salud Estatales y del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud.

En este mismo sentido, el Sistema de Protección Social en Salud, se fortaleció con la publicación el 4 de junio de 2014 del Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud. Con este Decreto se impulsan medidas que fomentan una mayor eficiencia,

transparencia y control de los recursos para la salud que se transfieren a las entidades federativas, así como el fortalecimiento de los mecanismos de información y rendición de cuentas.

Parte fundamental del compromiso de esta administración es avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud, conforme a lo establecido en el **sexto objetivo** del PROSESA. En este sentido, se han fortalecido las acciones de coordinación entre las diversas instituciones que integran el SNS, con la generación de programas de acción específicos que permiten avanzar día a día en la consecución de los objetivos del Programa Sectorial de Salud. Para ello, también se han impulsado acciones de apoyo a través de convenios de intercambio de servicios, emisión de guías de práctica clínica, integración de información a través de sistemas electrónicos, grupos de evaluación de infraestructura física y crecimiento de recursos humanos, atención de emergencias obstétricas, así como el análisis y el consenso de los temas de salud. Finalmente, mediante la definición de estrategias y compromisos en el marco del Consejo Nacional de Salud, todos los miembros del Sistema Nacional de Salud determinan, a través del ejercicio del voto, las decisiones trascendentales en la materia.

Para avanzar en la construcción de este Sistema Nacional de Salud Universal, en el periodo que se reporta, se han desarrollado actividades considerando los compromisos y metas establecidos en cada programa y/o proyecto. Destacan los incrementos presupuestarios en los recursos destinados a la atención de la salud, derivados principalmente del incremento en la afiliación al Seguro Popular y a recursos etiquetados para la mejora de la calidad de los servicios de salud.

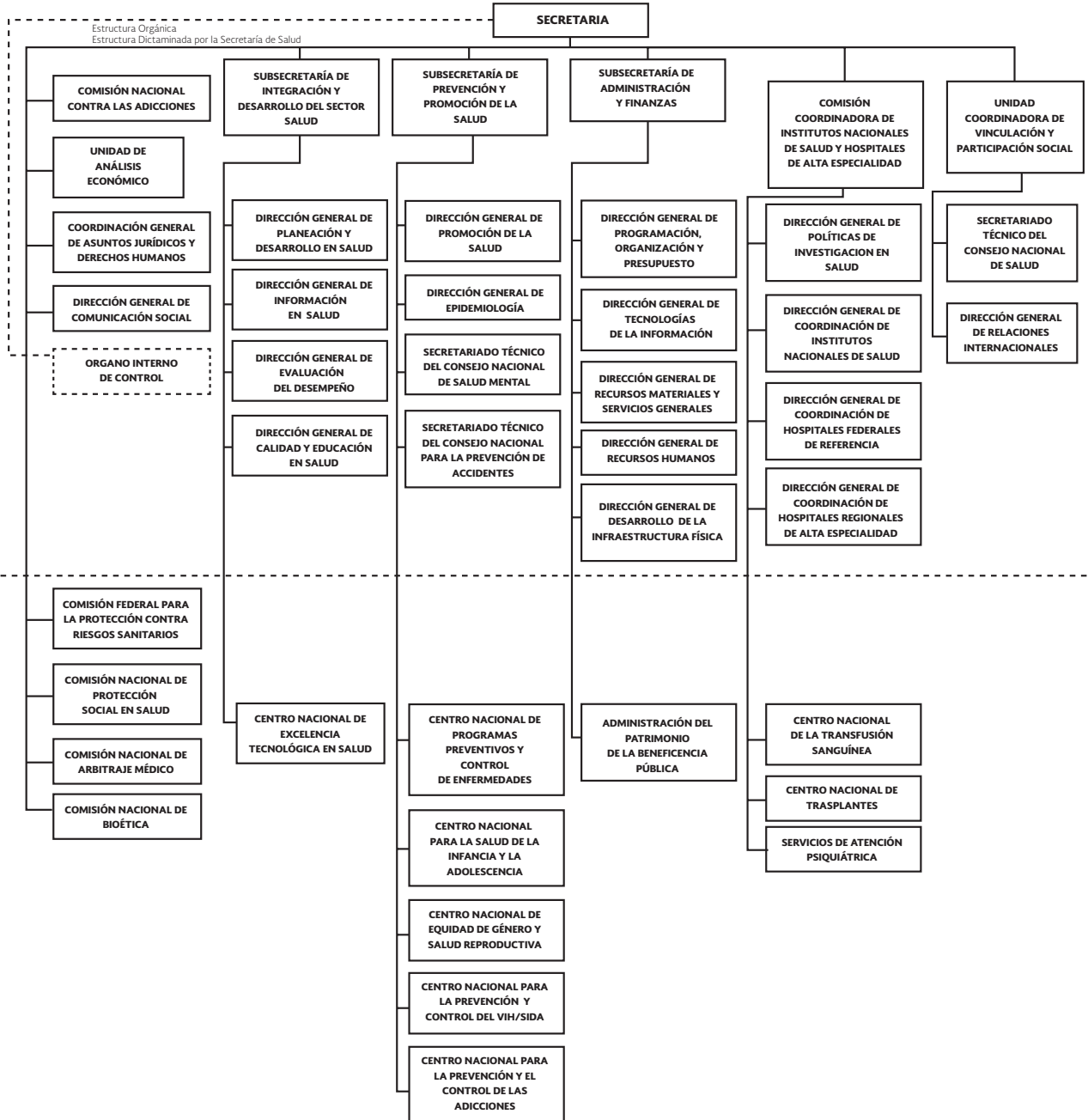
Con este Informe de Labores, la Secretaría de Salud somete a consideración del H. Congreso de la Unión su Segundo Informe de Labores correspondiente al periodo del 1 de septiembre de 2013 al 31 de agosto de 2014. Esto, en cumplimiento de lo establecido en el Artículo 93 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el Artículo 23 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y el Artículo 8 de la Ley de Planeación y como parte del ejercicio responsable y ciudadano de rendición de cuentas a los legisladores y a la sociedad en su conjunto.

Dra. Mercedes Juan López  
Secretaria de Salud



# 2<sup>DO</sup> INFORME DE LABORES

2 0 1 3 - 2 0 1 4



\* El 29 de marzo de 2013 se publicó en el DOF el Acuerdo por el que se agrupan las entidades paraestatales denominadas Instituto Mexicano de la Juventud y Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad, al Sector Coordinado por la Secretaría de Desarrollo Social.

Estructura Orgánica Básica con base en el Decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud DOF/02/02/2010





# 1. ÁREA DE LA SECRETARIA



Durante el periodo del 1 de septiembre de 2013 al 31 de agosto de 2014, y 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; se instruyó la instrumentación y seguimiento de los acuerdos 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 diversas giras nacionales e internacionales, algunas de ellas en representación del Primer Mandatario; sostuvo reuniones con gobernadores, funcionarios públicos y representantes del Poder Legislativo. Además informó al H. Congreso de la Unión sobre el estado que guarda la Secretaría de Salud y sus órganos desconcentrados y organismos públicos descentralizados coordinados por esta dependencia. Presidió reuniones de los diversos consejos del Sistema Nacional de Salud, 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 reporta, la titular de la Secretaría de Salud llevó a cabo 69 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, 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 los ciclones tropicales Ingrid y Manuel, atendiendo las instrucciones del Primer Mandatario, la C. Secretaria de Salud, se trasladó en 6 ocasiones a los estados de Guerrero y Oaxaca

para visitar las zonas afectadas. El abordaje integral de la emergencia permitió evitar brotes epidémicos.

La Secretaria de Salud acompañó al C. Presidente de la República en la inauguración de obras públicas para el fortalecimiento de la infraestructura en salud, como son los Hospitales Generales de San Andrés Cholula, Acatlán y Teziutlán en Puebla, así como el de Axapusco, en el Estado de México.

Asimismo, el 7 de abril de 2014, se inauguraron las nuevas instalaciones del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE), que constituye el principal punto de apoyo para el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, garantizando diagnósticos altamente confiables que permiten identificar los agentes causales de brotes, epidemias o pandemias, así como emitir alertas tempranas en el contexto nacional e internacional, además de ofrecer información científica para la toma oportuna de decisiones y la formulación de políticas de salud pública, que incidan en la disminución de la morbilidad y mortalidad de la población. Este Instituto forma parte de diversas redes internacionales de laboratorios de referencia y de la Estrategia de Seguridad Nacional para responder a emergencias biológicas de alta peligrosidad.

La C. Secretaria inauguró además, el Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA), en Tlachichuca, Puebla; la Unidad de Especialidades de Detección y Diagnóstico de Cáncer de Mama, en Morelia, Michoacán; la Clínica de Atención Geriátrica en Ixtapan de la Sal, Estado de México; el Hospital General de Salvatierra, Guanajuato; la ampliación del Hospital de la comunidad de Tixtla, Guerrero, y la Unidad de Hospitalización de Centros de Integración Juvenil de Zapopan, Jalisco, así como la entrega del Hospital Infantil de Especialidades de Chihuahua en la capital del estado.

Además se formalizó el inicio de la construcción de diversas unidades médicas, como el Centro Estatal de Rehabilitación Integral en Campeche,



Campeche; el Centro de Salud de Servicios Ampliados en Durango, Durango; el Hospital General “Dr. Carlos Canseco”, en Tampico, Tamaulipas, y el Centro de Salud de Servicios Ampliados (CESSA) en Teziutlán, Puebla. También participó en la inauguración de unidades médicas como el Hospital Infantil Teletón de Oncología en Querétaro; el Swiss Hospital en Monterrey, Nuevo León y las nuevas instalaciones del Hospital Infantil Privado Star Médica en el Distrito Federal.

Mejorar los procesos de planeación permite ampliar la cobertura en salud, mediante la construcción de nuevas unidades médicas con una mejor distribución geográfica y la asignación eficiente de los recursos necesarios para obras, equipamiento y gastos de operación. El fortalecimiento de la infraestructura sanitaria es una de las principales estrategias para garantizar a la población el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.

En el marco del Programa Nacional de Infraestructura 2014-2018, presentado por el Presidente de la República el 28 de abril de 2014, el Sistema Nacional de Salud anunció una inversión estimada de más de 72 mil millones de pesos. Destaca la canalización de recursos del Sistema de Protección Social en Salud, por más de 10 mil millones de pesos, para financiar la construcción y equipamiento de 29 unidades hospitalarias de segundo y tercer nivel en 15 entidades federativas, así como 50 mil millones de pesos para infraestructura hospitalaria de alta especialidad.

La C. Secretaría de Salud, conjuntamente con los titulares de las áreas mayores de la dependencia, sostuvo reuniones de trabajo con los gobernadores de los estados de Aguascalientes, San Luis Potosí y Durango, a 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 tres reuniones ordinarias y una extraordinaria del Consejo Nacional de Salud: la IV Reunión Ordinaria que se llevó a cabo en la ciudad de Guanajuato, del 27 al 29 de noviembre de 2013; la V Reunión Ordinaria en Tepic, Nayarit, del 26 al 28 de febrero de 2014; y la VI Reunión Ordinaria en Culiacán, Sinaloa, del 18 al 20 de junio de 2014. 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 Sistema Nacional de Salud. Entre los temas que se abordaron destacan: análisis de la cobertura y oportunidades de atención en las entidades federativas; sistema de referencia y contrarreferencia; convenio general de colaboración interinstitucional para la política de cero rechazo para la atención de la emergencia obstétrica; influenza; cólera; avances de la Cruzada Nacional contra el Hambre; operación de las Unidades Médicas Móviles en contingencias; incorporación de la vacuna de la hepatitis A en la cartilla nacional de vacunación; planificación familiar y temporada de huracanes.

También se realizó en la Ciudad de México la II Reunión Extraordinaria del Consejo Nacional de Salud, en la que se destacó la importancia de mejorar la calidad y la oportunidad en la atención en las Unidades de Salud, y se tomó como acuerdo, que el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud, emitiera la convocatoria para la realización de siete reuniones, con la finalidad de generar propuestas enfocadas a garantizar la Calidad y Oportunidad en la Atención y el “Cero Rechazo para Emergencias Obstétricas” en las unidades de salud, política pública instruida por el Jefe del Ejecutivo, y que ha sido instaurada en las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud.

El fuerte impulso que se ha dado a la coordinación con los sectores público, privado y social, ha permitido avances en temas de vital trascendencia en la agenda de salud. Con los titulares del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Secretaría de Marina (SEMAR), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y de Petróleos Mexicanos (PEMEX), quienes además son parte del Consejo Nacional de Salud, se han sostenido reuniones que permiten analizar permanentemente diversos temas, 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; el abordaje de la problemática de obesidad y *diabetes*; así como la incorporación de las entidades federativas a la estrategia de compras consolidadas.

Para asegurar el uso efectivo de los recursos para la salud, se realizó la compra consolidada de medicamentos e insumos para la salud más grande de la historia, por 43,000 millones de pesos, generando ahorros de 3,700 millones de pesos. Este esfuerzo interinstitucional fue coordinado por el IMSS y participaron el ISSSTE, Petróleos Mexicanos y las Secretarías de la Defensa Nacional y de Marina, cuatro hospitales y cinco entidades federativas, Baja California, Campeche, Colima, Tlaxcala y Veracruz. En el mes de diciembre de 2013 se concluyeron los procesos de licitación derivados de la compra consolidada 2014.

El 31 de octubre de 2013, el Presidente de la República anunció la puesta en marcha de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la *Diabetes* e inauguró el Centro Integral de Atención al Paciente Diabético en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Otros importantes avances en la materia son el Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles y la instauración a nivel nacional de las Redes de Excelencia en Obesidad y *Diabetes*, así como la implementación de las estrategias estatales de las 32 entidades federativas, las cuales fueron diseñadas en concordancia con la Estrategia Nacional.

La C. Secretaria de Salud participó en diversas reuniones con el 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 nueve reuniones 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 44 ordenamientos presidenciales, que corresponden

a 38 decretos, cinco reglamentos y un Acuerdo, publicados en el Diario Oficial de la Federación; se emitió un Acuerdo del Consejo de Salubridad General, publicado en el Diario Oficial de la Federación; y en la emisión de 25 ordenamientos secretariales, de los cuales 19 se publicaron en el Diario Oficial de la Federación, consistentes en 22 acuerdos y tres manuales; para un total de 70 ordenamientos, 64 de ellos publicados en el citado órgano oficial de difusión y seis como norma interna en la página del Comité de Mejora Regulatoria Interna (COMERI).

La Secretaría de Salud 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 componentes que fortalecen la cobertura universal en salud y el intercambio de tecnologías. Para ello, en el periodo que se reporta se han celebrado acuerdos con países como Dinamarca, Indonesia, Japón, Perú, República de Corea y Suecia.

En el marco de la Visita Oficial del Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, a la República de Panamá, en abril de 2014, la Secretaria de Salud firmó el Acuerdo de Cooperación en Materia de Medicamentos entre la Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y el Ministerio de Salud de la República de Panamá.

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:

- 14ª Reunión Ministerial de la Iniciativa de Seguridad Global en Salud (*Global Health Security Initiative*), en diciembre de 2013, que se llevó a cabo en Roma, Italia, y cuyo objetivo fue dar continuidad a la coordinación de la Iniciativa para ampliar la capacidad mundial con el propósito de prevenir, detectar y responder oportunamente a las amenazas globales en salud.
- Reunión “Hacia la Cobertura Universal en Salud”, que se llevó a cabo en Lima, Perú, en febrero de 2014 y cuyo objetivo fue compartir experiencias internacionales que ayuden a lograr la cobertura universal en salud en las diferentes naciones de la región. Además, participó en la Conferencia Internacional donde presentó la

experiencia de México, respecto de la implementación del Sistema Nacional de Protección Social en Salud.

- Primera Reunión de Alto Nivel de la Alianza Global para la Cooperación Eficaz al Desarrollo, a la que asistió en su calidad de Miembro Consultivo de la Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo. Participó como oradora en el segmento paralelo titulado: Convertir los Principios de Cooperación de Desarrollo en Resultados, el cual tuvo lugar en abril del presente año, en el Distrito Federal, con el objetivo de compartir experiencias en salud, educación y saneamiento del agua, lo que permitió avanzar en la construcción de la agenda de desarrollo post 2015.
- La 67ª Asamblea Mundial de la Salud, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en mayo del presente año, en Ginebra, Suiza. Esta Asamblea aprobó 20 resoluciones sobre cuestiones técnicas y administrativas consideradas prioritarias para la Organización y sus estados miembros, como enfermedades no transmisibles, inclusión de la salud en la agenda de desarrollo post 2015, fortalecimiento de los sistemas de salud, Reglamento Sanitario Internacional y su reforma. En el marco de esta asamblea, México sostuvo diversas reuniones bilaterales y trilaterales a fin de fortalecer la cooperación en la materia.
- Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles, que se realizó en julio del presente, en Nueva York, Estados Unidos, en la que México expuso los componentes de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la *Diabetes*.

Adicionalmente, durante el periodo del 1 de septiembre de 2013 al 31 de agosto de 2014, sostuvo diversas reuniones con directores generales de organismos internacionales como OMS, OPS, OCDE, UNICEF y el Alto Comisionado para los Derechos Humanos, así como con sus homólogos y otras autoridades de distintos países.

Como parte de las actividades académicas y científicas, la titular de la Secretaría de Salud participó en 39 foros académicos como congresos internacionales, simposios, congresos nacionales, presentaciones de libros y foros internacionales, relacionados con temas de la salud.

Asimismo, se publicó en la página de la Secretaría de Salud y en todas las páginas de las unidades

administrativas, el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Sectorial de Salud 2013–2018.

La C. Secretaria de Salud dio seguimiento a la elaboración de los Programas de Acción Específicos, los cuales se encuentran alineados al Programa Sectorial de Salud, a fin de dar cumplimiento a los objetivos y metas del Plan Nacional de Desarrollo.

En mayo de 2014, en coordinación con la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud, se revisaron y se integraron los informes de la Cuenta Pública 2013 del Área Central (incluye 26 unidades), Órganos Desconcentrados (14 unidades), y Entidades de Control Presupuestario Indirecto (25 entidades) correspondiente al Análisis del Cumplimiento de los Indicadores para Resultados, Análisis del Ejercicio del Presupuesto de Egresos y Análisis del Presupuesto de Egresos y su Vinculación con las Metas y Objetivos de la Planeación Nacional.

Se dio seguimiento a las observaciones derivadas de la revisión de las cuentas públicas 2011 y 2012, por la Auditoría Superior de la Federación, donde participó la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos.

En el periodo del 1 de septiembre de 2013 al 1 de julio de 2014, se llevaron a cabo 14 Reuniones Ordinarias del grupo de staff de la Oficina de la C. Secretaria de Salud, en las que se abordaron importantes temas como: Gobierno Digital, cambio climático y su impacto en la salud, respuesta a emergencias sanitarias y reingeniería del Catálogo Universal de Servicios de Salud, así como la definición de la agenda estratégica de visitas, obras y acciones relevantes para los estados de Guerrero y Michoacán, en el marco del Plan Nuevo Guerrero y el Plan por Michoacán “Juntos lo Vamos a Lograr”.

### 1.1 Unidad de Análisis Económico

La Unidad de Análisis Económico (UAE) actúa como unidad de consulta y apoyo para diversas áreas de la Secretaría de Salud. Entre sus labores destaca el trabajo estratégico, económico, actuarial y financiero para sustentar decisiones en proyectos con base en evidencia.

La UAE, en coordinación con todas las instancias que forman el Sistema Nacional de Salud, encabezó la

elaboración del Programa Sectorial de Salud 2013-2018, el cual propone 16 indicadores de resultado con línea base y meta a 2018 que permitirán medir la evolución de las acciones del Sistema Nacional de Salud en los seis objetivos propuestos. En este contexto, la UAE proporcionó apoyo técnico a diversas áreas para la determinación de las metas intermedias propuestas en el PROSESA 2013-2018.

Además, como parte del seguimiento del indicador del PROSESA 2013-2018 “Porcentaje de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud”, la UAE continuó el análisis del gasto catastrófico y empobrecedor en salud. También desarrolló un análisis del gasto de bolsillo de los hogares en el periodo 2006-2012, para identificar tendencias de gasto a lo largo del tiempo y el potencial impacto de la protección social universal en salud.

La UAE, en concordancia con la meta nacional “México Incluyente”, y como parte del cumplimiento del objetivo 6 “Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud” del PROSESA 2013-2018, coordinó a las instancias que forman el Sistema Nacional de Salud para el desarrollo de los trabajos técnicos que generarán la base actuarial, económica y financiera del Sistema.

De igual manera, en concordancia con la Estrategia 2.3.4 “Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad” del Plan Nacional de Desarrollo y en cumplimiento de la línea de acción del Programa Sectorial de Salud 6.2.3. “Establecer una unidad administrativa que regule y verifique la calidad de los establecimientos de salud”, la UAE se encargó de la elaboración del Plan de Negocios destinado a la creación de una instancia para la regulación y vigilancia de la calidad de los servicios en los establecimientos de salud y en la práctica médica.

En coordinación con el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, la UAE trabajó en la evaluación económica de la vacuna contra la hepatitis A en el Programa Nacional de Vacunación. Los resultados se presentaron en sesión ordinaria del Consejo Nacional de Vacunación.

Se trabajó de forma coordinada con el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH

y el sida, para desarrollar un Análisis de Impacto Financiero del Programa de Acceso Universal a Medicamentos Antirretrovirales en la Secretaría de Salud en el corto y mediano plazo. También se realizó un estudio denominado Análisis de la Prescripción y Existencias de Medicamentos Antirretrovirales de Primera Línea en 2013, a fin de evaluar el cumplimiento por parte de los médicos en la prescripción de tratamiento antirretroviral a personas que iniciaron medicación entre los meses de enero a noviembre de 2013. Asimismo, la UAE realizó la estimación de los costos que representan actualmente la provisión de tratamiento antirretroviral con los esquemas recomendados como de primera y segunda línea, así como de algunos esquemas de rescate. Finalmente, dio seguimiento técnico a un estudio de costo-efectividad de un paquete de intervenciones de atención, diagnóstico y prevención en VIH y el sida en México, en apoyo a la definición de políticas nacionales en esta materia.

La UAE, en cumplimiento de la meta nacional “México con Responsabilidad Global”, continúa participando activamente en diversos temas del Comité de Salud de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), destacando el apoyo en la estimación y actualización de algunos indicadores del proyecto “Calidad de Servicios de Atención Médica”. De la misma manera, solicitó a la OCDE un estudio sobre el Sistema Mexicano de Salud, con la finalidad de obtener evidencia técnica y mejores prácticas públicas en el tema de los sistemas integrales y universales de salud.

La UAE participó en los trabajos de la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud. Como en años previos, tuvo a su cargo la coordinación del Comité de Evaluación Económica. Durante el proceso de negociación realizado en 2013, emitió recomendaciones en apoyo al equipo negociador, basadas en el análisis económico de los medicamentos.

En colaboración con la Subsecretaría de Administración y Finanzas, así como con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, la UAE está llevando a cabo el análisis de la evolución en el desabasto de medicamentos, con énfasis en aquellos financiados por el Seguro Popular.

Además realizó el análisis de perfil epidemiológico de las instituciones públicas con la finalidad de identificar tendencias y diferencias entre instituciones en el periodo 2004-2012. El análisis se ha utilizado como insumo en otros proyectos desarrollados por esta Unidad en materia de gasto en salud.

En coordinación con la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), la UAE inició un estudio médico-financiero de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAES); lo anterior con la finalidad de proporcionar evidencia cuantitativa a la CCINSHAE para robustecer su proceso estratégico de toma de decisiones.

En coordinación con la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios la UAE, comenzó un análisis de los lineamientos en materia de etiquetado de alimentos y publicidad a público infantil para generar evidencia cuantitativa sobre los temas que apoyen la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la *Diabetes*.

Por último, como parte del apoyo técnico que se brinda a la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos de la Secretaría de Salud y a la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social, la UAE emitió comentarios técnicos solicitados a diversos documentos normativos, así como a diferentes iniciativas de reformas discutidas en el Congreso de la Unión durante la Legislatura LXII.

## **1.2 Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos**

La Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos representa y protege los intereses de la Secretaría de Salud y del sector coordinado. En este sentido, asesora, coordina, supervisa y realiza el análisis y propuestas jurídicas para proporcionar los elementos que consoliden y sustenten las bases del derecho a la protección de la salud en el marco de las atribuciones del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. En el periodo comprendido del 1 de septiembre de 2013 al 30 de agosto de 2014, se informa lo siguiente:

El total de asuntos ingresados a la Coordinación General fue de 8,907, de los cuales se llevó a cabo la revisión y dictaminación de tres acuerdos de coordinación a celebrarse con diversas entidades federativas; 53 convenios, en sus modalidades de Coordinación, Colaboración y Concertación de Acciones, ocho bases de colaboración, 66 acuerdos interinstitucionales de carácter internacional; así como el desahogo de 23 consultas relacionadas con la celebración de instrumentos consensuales distintos a los contratos.

Se analizaron y dictaminaron 151 asuntos relacionados con iniciativas, minutas, dictámenes y puntos de acuerdo; 135 ordenamientos jurídicos, entre los que se encuentran decretos, reglamentos, acuerdos, normas oficiales mexicanas, manuales, lineamientos y avisos; 107 con nombramientos, designaciones ante órganos colegiados y registros de firmas, y 49 consultas de opinión de instrumentos consensuales, dentro del marco del derecho a la protección de la salud.

En apoyo a las actividades sustantivas de las unidades administrativas, órganos desconcentrados y sector coordinado de esta dependencia del Ejecutivo Federal, y en ejercicio de las atribuciones que le confiere el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, se tramitó la publicación de 92 documentos en el Diario Oficial de la Federación.

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

En materia civil se contestaron nueve demandas, se desahogaron 671 requerimientos judiciales por concepto de pensión alimenticia, de solicitudes de peritos, de domicilio, de guarda y custodia y de interdicción; se notificaron 180 juicios sucesorios, se desahogaron seis vistas, se asistió a 14 audiencias, se dio cumplimiento a tres ejecutorias de sentencia y se brindaron 17 asesorías.

En materia laboral, se atendieron 803 juicios, ingresaron 48 demandas, se emitieron 85 laudos, de los cuales 47 fueron favorables, 11 desfavorables y 27 mixtos; también se asistió a 1,077 audiencias, se dictaminaron 22 actas administrativas y se atendieron 98 asesorías.

En el ámbito penal, se encuentran en proceso de integración 33 averiguaciones previas, se acudió a 71 comparecencias ante el Agente del Ministerio Público y juzgados, se atendieron 52 consultas y siete recuperaciones de vehículos.

En materia contencioso administrativo, se atendieron 52 juicios, de los cuales siete se resolvieron en sentido favorable a la Secretaría de Salud, y 79 reclamaciones patrimoniales; asimismo se desahogaron 130 requerimientos por parte del Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa y uno del Servicio de Administración Tributaria.

En materia de amparo se concluyeron 173 juicios, de los cuales 134 fueron resueltos en sentido favorable, se rindieron 439 informes de ley, 368 informes justificados y 71 informes previos, que corresponden a 220 demandas de amparo, en 12 de ellas se ejerció la representación presidencial, de igual manera se interpusieron 65 recursos, siete de queja y 58 de revisión.

En el ámbito de las auditorías practicadas por la Auditoría Superior de la Federación, se atendieron 18 solicitudes de información preliminares, relativas a la Cuenta Pública del Ejercicio Fiscal 2013; así como dos peticiones de órganos fiscalizadores estatales, respecto a recursos transferidos a los estados de Guerrero y Veracruz.

También se desarrollaron acciones de logística coordinadas con la Auditoría Superior de la Federación, para dar inicio a la práctica de 13 auditorías, y se participó en cinco reuniones de inicio de auditoría.

Se atendieron 30 solicitudes de diversas autoridades de la Administración Pública Federal en seguimiento a los asuntos que se ventilan ante el Sistema Interamericano de Derechos Humanos; así como 60 solicitudes y 30 reuniones de trabajo relacionadas con la promoción y defensa de los derechos humanos. Se colaboró con el proceso de Sustentación del Segundo Examen de México ante el Mecanismo de Examen Periódico Universal, con la elaboración del informe que da cumplimiento a la Plataforma de Beijing+20 y con el seguimiento a las recomendaciones emitidas por el Comité de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; así también, con el proceso de Sustentación de la

Audiencia Pública “Salud Materna y denuncias de Violencia Obstétrica”.

A nivel nacional se continuó con el seguimiento a la resolución por disposición 01/06 que emitió el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación; asimismo, se promocionaron tres cursos en línea en materia de derechos humanos, capacitando a 152 personas y 240 más con dos cursos presenciales en materia de trata de personas y la perspectiva de género en el derecho a la salud y las obligaciones del Estado Mexicano, respectivamente.

En materia de adquisiciones, arrendamientos, servicios, obras públicas y bienes, se participó en 158 reuniones de trabajo, que corresponden a 124 sesiones de los comités de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, de Bienes Muebles, de Obras Públicas y subcomités Revisores de Convocatorias, se asistió a tres sesiones de juntas de gobierno de diversos organismos descentralizados, ocho sesiones de consejos internos de diversos órganos desconcentrados, siete sesiones del Comité Interno para el Uso Eficiente, Transparente y Eficaz de los Recursos Presupuestarios, tres sesiones del Comité Intersecretarial de Señalización y Verificación de Obras, una sesión del Comité de Control y Desempeño Institucional de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública y 12 sesiones del Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud. Se analizaron jurídicamente 588 asuntos de las reuniones anteriormente enunciadas y se proporcionó asesoría jurídica en materia de adquisiciones, arrendamientos, servicios, obras públicas y bienes en 756 casos.

En el Comité de Mejora Regulatoria Interna de la Secretaría de Salud (COMERI) se convocó a 12 sesiones de trabajo, en las que se generaron 30 acuerdos que derivaron, entre otros, en la aprobación de nueve instrumentos normativos; así como en la actualización de la Normateca Interna que se encuentra en el sitio web (<http://www.comeri.salud.gob.mx>) con la baja de 21 instrumentos normativos; logrando obtener un inventario actualizado que asciende a 135 disposiciones internas, y abatir en consecuencia la sobre-regulación. Se depuró la Relación Única de la Normatividad Interna de la Secretaría de Salud, la cual quedó integrada por 17 normas administrativas, encontrándose publicada en la

página web de COMERI; cuyo sitio se actualizó en su totalidad, incluyendo apartados de interés para la ciudadanía.

Por vez primera, se aplicaron encuestas al interior de la Secretaría de Salud, con el propósito de conocer las necesidades en materia de mejora regulatoria interna. Se tuvo acercamiento con dependencias gubernamentales para obtener una retroalimentación en materia de mejora regulatoria y se implementó el Registro de Disposiciones Internas.

En términos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, esta Coordinación General atendió 83 solicitudes de acceso a la información pública gubernamental. El Comité de Información convocó a 12 sesiones ordinarias y 247 extraordinarias, en las que 80 son prórrogas, 70 inexistencias, 27 reservas y 70 versiones públicas. Se atendieron 41 recursos de revisión, ante el Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos. De la misma manera, se impartió capacitación en materia de transparencia a un total de 350 servidores públicos de 20 unidades administrativas y cinco órganos desconcentrados.

### **1.3 Dirección General de Comunicación Social**

Durante el periodo que se informa, se emitieron alrededor de 481 boletines, se realizaron 47 conferencias de prensa, se cubrieron 46 giras y 1,147 entrevistas, otorgadas por diferentes servidores públicos y especialistas en salud encabezados por la Dra. Mercedes Juan.

Se puso en marcha la estrategia de promover mediante conferencias de prensa, entrevistas y boletines, casos clínicos extraordinarios detectados, en los que se logró salvar la vida de uno o varios pacientes o reintegrarlos a sus actividades cotidianas, después de haber recibido un tratamiento novedoso. Como resultado de esta estrategia, se han difundido en medios escritos y electrónicos 18 casos de éxito, entre los que destacan: la nueva técnica para tratamiento de tumores óseos, la separación de siameses y el trasplante de brazos.

Para dar a conocer dichos casos de éxito en el mundo y de esta manera fortalecer una imagen positiva de México en la prensa internacional,

la Dirección General de Comunicación Social desarrolló un programa de trabajo de contacto y difusión con medios internacionales.

En la actualidad, se ha establecido contacto con 1,328 periódicos de los Estados Unidos de Norteamérica, 720 de Canadá, 769 de América Latina, 1,802 de Europa, diversas agencias internacionales, corresponsales extranjeros y las 142 representaciones diplomáticas y consulares de México en el exterior, los cuales reciben los boletines de prensa de la Secretaría Salud y replican su contenido de acuerdo a su interés editorial.

A cada uno de estos destinatarios se les hace llegar una versión en inglés y otra en español de boletines sobre casos de éxito, ambas versiones adaptadas al lenguaje de la comunidad extranjera e hispanohablante. A la fecha se han enviado 40 boletines internacionales y se han detectado por lo menos 300 réplicas de los mismos en medios de comunicación extranjeros.

Se buscaron espacios de difusión que no tuvieran costo en medios electrónicos y televisivos para la difusión de las diversas actividades que ha desarrollado la Secretaría de Salud, a través de la realización de entrevistas sobre diferentes temas de salud con funcionarios y especialistas, tales como el Premio Nacional de Acción Voluntaria y Solidaria, el Congreso Mundial de Bioética y la prevención de la influenza, entre otros.

Se cubrieron para su difusión en medios de comunicación actos públicos de la SS, eventos académicos; se desarrollaron mesas de análisis en las estaciones radiofónicas Radio Mexiquense, Radio 620 y en el canal de televisión "CB Televisión", así como una cápsula en La Hora Nacional, en la que cada semana se habla de un tema diferente de salud. Se continúa realizando la impresión y distribución del periódico México Sano, el cual es un medio interno de comunicación, en el que cada mes se publica información sobre las actividades del sector, notas de los estados y prevención de enfermedades, sumando un total de 12 ediciones.

Asimismo, se dio difusión nacional e internacional a una exposición de pintura en el Hospital Infantil de México, de artistas plásticos que tienen síndrome de Down, con las cuales también se editó el calendario oficial 2014.

Se continúa realizando, en coordinación con la Dirección General de Información en Salud, el trabajo de alimentación de las redes sociales de Twitter, Facebook y YouTube para lograr que los mensajes preventivos lleguen a la población que utiliza estas redes sociales.

Cabe destacar que se realizaron 932 inserciones en los medios impresos a nivel nacional con motivo de la difusión de diversas fechas conmemorativas para el Sector Salud, tales como:

- 70 años 1943-2013 a favor de la salud (15 de octubre de 2013).
- Día Mundial contra el Cáncer de Mama (19 de octubre de 2013).
- Día del Médico (23 de octubre de 2013).
- Día Mundial de la *Diabetes* (14 de noviembre de 2013).
- Día Mundial de la Salud (7 de abril de 2014).
- Convocatoria al Premio Nacional de Acción Voluntaria y Solidaria 2014 (7 de mayo de 2014).
- Día Mundial sin Tabaco (31 de mayo de 2014).
- Día Internacional de la Lucha contra el uso indebido y tráfico ilícito de drogas (26 de junio de 2014).
- Día Internacional de la Juventud (12 de agosto de 2014).

Además, se realizó un video con el mensaje de la Dra. Mercedes Juan para el Día Mundial del Donante de Sangre 2014, difundido a través de la página electrónica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Se supervisó la elaboración del video de los científicos mexicanos que obtuvieron el Premio al Mérito en Salud 2014, mismo que fue presentado en el marco del Día Mundial de la Salud, en el que el Presidente de la República, el Lic. Enrique Peña Nieto, hizo entrega de los reconocimientos.

Se apoyó la difusión de la convocatoria para la entrega del Premio Nacional de Acción Voluntaria y Solidaria 2014, con la preparación de un spot de radio y desplegados de prensa en medios nacionales.

Se dirigió la elaboración de dos mensajes sobre influenza, el primero para abordar el peligro de la automedicación, "No a la automedicación", y el segundo, "Recomendaciones para la temporada de frío", para reforzar las medidas preventivas en

todos los grupos de edad, sobre enfermedades respiratorias. Ambos fueron difundidos a través de tiempos oficiales.

Se llevó a cabo una campaña coemitida entre la Secretaría de Salud, IMSS e ISSSTE, con el propósito de unir esfuerzos y recursos para llevar a cabo una campaña de prevención, derivada de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la *Diabetes*.

Ante los casos detectados de cólera en el año 2013 en el estado de Hidalgo, se coordinaron acciones para impulsar la prevención y evitar la propagación de esta enfermedad. En este sentido, se realizaron dos mensajes extraordinarios que se difundieron en televisión, radio, medios impresos, medios complementarios como redes sociales, portales de internet, cine y anuncios espectaculares.

Con los órganos desconcentrados de esta secretaría se trabajó, mediante asesorías para la elaboración de los contenidos de sus programas anuales de comunicación, así como en la elaboración de sus planes de medios, la definición, aprobación y modificación de estrategias y programas de comunicación, y se coordinó la puesta en marcha de sus campañas de difusión.

Por último, se elaboró una carpeta diaria de síntesis informativa de medios impresos nacionales, en la que se concentran los temas relevantes sobre el sector, dicha carpeta se envía día con día por correo electrónico a los funcionarios, como apoyo informativo para la toma de decisiones y el quehacer cotidiano de sus funciones.

#### **1.4 Comisión Nacional Contra las Adicciones**

La Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) en el ejercicio de las atribuciones que las normas le confieren en materia de prevención, atención y control de las adicciones en México, presenta a continuación los principales avances alcanzados dentro del periodo del 1 de septiembre de 2013 al 31 de agosto de 2014.

En coordinación con la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD/OEA), la Oficina Internacional Antinarcóticos y de Aplicación de la Ley de la Embajada Americana (INL) y la Subsecretaría de Prevención y Participación



Ciudadana de la Secretaría de Gobernación, se desarrolló el Memorando de Entendimiento y el Plan de Acción para la Expansión del Modelo de Tribunales de Tratamiento de Adicciones (TTA) en México, el cual tiene como propósito potenciar este programa como una alternativa efectiva de tratamiento bajo supervisión judicial para personas con adicciones en conflicto con la ley.

Se llevó a cabo un taller intensivo de capacitación para operadores de las 10 entidades federativas prioritarias, mismo que integró los componentes jurisdiccional y sanitario que conforman el modelo. Se realizaron reuniones de sensibilización y seguimiento con los titulares de las instancias involucradas, así como con los operadores del programa en los estados de Morelos, México, Durango, Chihuahua y Baja California. También 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, en los estados de Morelos, México, Durango y Chihuahua.

Se diseñó un estudio de tamizaje (encuesta) para identificar el consumo de sustancias y los padecimientos físicos y mentales asociados a la comisión de conductas delictivas en candidatos a incluir en el modelo de TTA en los tribunales seleccionados, mismo que se aplicó a 107 primodelinquentes consignados por delitos menores en los estados de México y Morelos. Se elaboraron los manuales de procedimientos para la operación del programa de tratamiento.

En ocasión de la Tercera Conferencia Anual del Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD), la Comisión Nacional contra las Adicciones acordó liderar la elaboración de los siguientes tres proyectos técnico-científicos, en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) y financiados por COPOLAD: Compendio de Instrumentos Clínicos de Medida sobre el Uso Problemático de Drogas, Revisión Sobre Principios para el Tratamiento de Personas con Adicciones en conflicto con la Ley, y Glosario de Términos en Reducción de la Demanda de Drogas. Se realizaron reuniones de trabajo para la definición de los objetivos y alcances de los proyectos, así como la planeación y definición de los cronogramas de actividades.

En el marco de la Segunda Reunión de la Red Mundial de Contrapartes Nacionales de la OMS para la implementación de la Estrategia Mundial para la Reducción del Uso Nocivo del Alcohol (EMRUNA) de 2014, a través de la representación de la CONADIC, México fue elegido para participar como representante de la Región de las Américas en el grupo de trabajo sobre promoción, alianzas y movilización de recursos. Se elaboró la ruta crítica para la implementación de la EMRUNA. La CONADIC participó en la Segunda Reunión de la Red Panamericana de Alcohol y Salud Pública llevada a cabo en el mes de marzo de 2014, con la finalidad de dar seguimiento a la implementación de la EMRUNA en la región. Se llevó a cabo la coordinación de un curso de sensibilización en línea en materia de alcohol, “Competencias básicas en materia de alcohol y salud pública”, desarrollado por la OPS y dirigido a funcionarios y profesionales vinculados con el tema de reducción del uso nocivo de alcohol de diversas instituciones mexicanas.

La CONADIC encabezó las acciones en materia de Reducción de la Demanda de Drogas Ilícitas enmarcadas en el pilar 4, denominado “Construir Comunidades Fuertes y Resilientes” del esquema de cooperación bilateral entre México y Estados Unidos, destacándose la creación de nueve coaliciones comunitarias como parte del proyecto de Desarrollo de Coaliciones en la Frontera México-Estados Unidos; se transfirió tecnología a la Unidad de Ensayos Clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría para el desarrollo de estudios de investigación de la más alta calidad metodológica como parte del programa Red de Ensayos Clínicos, y se llevó a cabo el desarrollo del primer ensayo clínico con la supervisión de la Universidad de Miami; además se realizó el estudio binacional respecto a la prevalencia del consumo de sustancias desarrollado por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz en colaboración con la CONADIC y la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA). En la segunda etapa de la Iniciativa Mérida, la CONADIC presentó dos proyectos de investigación que implican la evaluación de modelos psicosociales enfocados a la crianza positiva, y a la reducción del consumo de sustancias y de la violencia.

Se participó en foros regionales y multilaterales para definir y fortalecer la posición de México en el ámbito de reducción de la demanda de drogas ilícitas en el marco de los trabajos previos al Periodo Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General

de Naciones Unidas sobre el Problema de las Drogas que se celebrará en 2016.

Como parte de las acciones coordinadas con otras dependencias, la CONADIC participó en la inclusión de materiales de Prevención de Adicciones en el Programa Mi Compu.mx de la Secretaría de Educación Pública, dirigido a alumnos de 5° y 6° grados de educación primaria del país. A través de esta colaboración, que fue incluida en el acervo de las computadoras portátiles, se logró beneficiar en el año 2013 a una población de 240 mil niños de los estados de Colima, Sonora y Tabasco.

En materia de reducción de los problemas relacionados con el consumo de alcohol, esta Comisión conformó un Grupo Técnico Interinstitucional orientado a desarrollar el Programa de Sensibilización para la Prevención del Abuso en el Consumo de Alcohol para Jornaleros Agrícolas, con enfoque intercultural, con el propósito de implementar la impartición de talleres en todos los estados de la república, dirigidos específicamente para esta población, altamente sensible y vulnerable. El programa está conformado por materiales educativos diversos, entre los que se encuentran cuatro audionovelas que abordan esta problemática y que son transmitidas a la población a lo largo de su semana laboral.

De conformidad con lo prescrito en la Estrategia Digital Nacional del Gobierno Federal, con sus lineamientos y políticas, y en el marco de la Semana de la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia de la Secretaría de Gobernación, fue presentado el día 6 de mayo de 2014 el portal de internet “Konéctate”, el cual se constituyó como una valiosa herramienta informativa para adolescentes y jóvenes, que ofrece de manera amigable información confiable y sencilla con fundamentos científicos, para que los jóvenes conozcan los riesgos del consumo y sepan a dónde acudir por ayuda en caso de requerir de algún servicio preventivo o bien, para su tratamiento o rehabilitación. El posicionamiento fuera del territorio nacional ha llevado a la consulta de Konéctate a 49 países; entre los primeros cinco lugares, México tiene el mayor número de accesos seguido por Estados Unidos, España, Colombia y Argentina. La distribución de los Fans Konéctate es importante, debido al compromiso planteado desde el inicio del proyecto, se ha logrado seguir captando a la población objetivo que oscila entre los 13 y

17 años de edad, grupo que representa el 78% de impactos en dos meses. La labor realizada en redes sociales, específicamente en Facebook, ha sido satisfactoria, ya que se logró contar con un resultado total de poco más de 20 mil (20K) “Me gusta”, que ha cubierto las expectativas. Lo anterior derivado de la estrategia de invitar a los jóvenes a participar e informarse mediante publicaciones diversas.

Con el fin de conducir la política pública en materia de prevención y tratamiento de las adicciones, la CONADIC elaboró su Programa de Acción Específico: Prevención y Atención Integral de las Adicciones 2013-2018, y lo dio a conocer a los 32 Consejos Estatales contra las Adicciones para su enriquecimiento y validación. Este Programa de Acción se constituye como el documento rector que conduce y optimiza todos los esfuerzos que se realicen en nuestro país para disminuir la prevalencia del consumo, particularmente entre los jóvenes, y contribuir con ello al mejoramiento de la calidad de vida de los mexicanos.

Con la implementación y tutoría del curso en línea “Formación de Promotores en Prevención de Adicciones en el Ámbito Laboral”, realizado en coordinación con la Subsecretaría de Inclusión Laboral de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, se promovió el desarrollo de políticas de detección, prevención y fomento sanitario en el ámbito laboral, con el propósito de implementar medidas preventivas de las adicciones en los centros de trabajo ubicados en las 73 demarcaciones prioritarias del Programa Nacional para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia, habiéndose capacitado a 30 tutores para atender a los participantes. La coordinación ha requerido realizar tres videoconferencias con los representantes de los 32 Consejos Estatales contra las Adicciones y los 32 Enlaces de la Subsecretaría de Inclusión Laboral. A la fecha, se ha capacitado a cientos de promotores, de los cuales 59 pertenecen ya a centros de trabajo ubicados en las demarcaciones prioritarias.

El curso en línea “Sistema Integral e Integrado de Atención Social y Sanitaria a la Dependencia de las Drogas desde la Atención Primaria”, fue impulsado por el Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD) y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, y coordinado por la CONADIC. En este marco se fortaleció la difusión del enfoque de salud pública y

respeto a los derechos humanos en todos los países de América Latina, en el abordaje de los problemas relacionados con el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. Para su implementación en México, se elaboró el proyecto dirigido a determinar las funciones de las instancias participantes: Científica, Técnica y Académica, y se llevaron a cabo diversas reuniones de alto nivel con representantes de los organismos internacionales participantes. De igual modo, se realizaron gestiones con la Dirección General de Tecnologías de la Información de la Secretaría de Salud para incorporar el curso en la plataforma educativa Moodle.

Por otra parte, se publicó en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, la Guía de Práctica Clínica “Prevención y Detección del Consumo de Sustancias Inhalables en Adolescentes en el Primer Nivel de Atención”, y se inició el desarrollo de las Guías de Práctica Clínica “Diagnóstico y Tratamiento del Uso Nocivo de Alcohol en el Primer Nivel de Atención” y “Detección y Diagnóstico en Patología Dual en el Primer Nivel de Atención”.

La CONADIC promovió acciones de prevención universal de las adicciones mediante el inicio del “Movimiento de las artes escénicas por la prevención de adicciones”, con la representación de monólogos teatrales para sensibilizar a grupos de jóvenes estudiantes de nivel bachillerato y sus familias, con 50 funciones que lograron impactar a 11,200 jóvenes y padres de familia residentes en el Distrito Federal, Estado de México y Michoacán.

La CONADIC y la Fundación Vizcarra, a través del uso de las nuevas tecnologías, impulsaron una aplicación denominada “Vacuna Virtual”, con el propósito de crear un modelo de prevención de adicciones. Esta aplicación pretende generar ambientes saludables y que la sociedad cuente con la información necesaria sobre cualquier sustancia que cause adicción. La aplicación está disponible para el público en general en el sitio web de la Comisión.

### **1.5 Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social**

La Dirección General Adjunta de Vinculación Social tiene como objetivo fortalecer los

vínculos entre dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, el Poder Legislativo y las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) para contribuir al desarrollo de los programas y proyectos del Sistema Nacional de Salud. Entre las acciones realizadas del 1 de septiembre de 2013 al 31 de agosto de 2014, destacan las siguientes:

- Se realizaron diversas actividades para impulsar la aprobación de reformas legales en materia sanitaria relacionadas con las definiciones de los términos salud y genoma humano; prestación de servicios de atención médica y atención preventiva integrada a la salud; cultura de la donación de sangre, atención materno infantil, y para el fortalecimiento del Sistema de Protección Social en Salud.
- De manera conjunta con la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos, se llevó a cabo el análisis y seguimiento a la discusión de 166 iniciativas presentadas en el Congreso de la Unión en materia de salud, de las cuales 100 fueron presentadas en la Cámara de Diputados y 66 en el Senado de la República.
- Se dio seguimiento y atención a 112 Proposiciones con Punto de Acuerdo presentadas en el H. Congreso de la Unión, de las cuales 62 corresponden a la Cámara de Senadores y 50 a la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión.
- En lo que respecta a Puntos de Acuerdo aprobados por los Congresos Locales, se atendieron 35 documentos de esta naturaleza.
- Se llevaron a cabo diversas acciones de vinculación y coordinación relacionadas con la comparecencia de la C. Secretaria de Salud ante la Comisión de Salud del Senado de la República, con motivo de la glosa al Primer Informe de Gobierno del Titular del Ejecutivo Federal.
- Se realizaron 202 acciones de fomento a las actividades realizadas por OSC, a favor de 174 organizaciones ciudadanas, a través del desarrollo de mecanismos de vinculación y fortalecimiento (reuniones de acercamiento, asesorías, difusión, coordinación y concertación).
- Se conformó una Red de OSC de la Secretaría de Salud, con un total de 1,542 organizaciones. En materia de profesionalización de OSC y su vinculación con el Sector Salud, se realizó en coordinación con la Secretaría de

Gobernación el “Taller sobre Participación Ciudadana de la Administración Pública Federal: Sector Salud”, con la asistencia de 150 organizaciones ciudadanas.

- Se llevaron a cabo dos sesiones ordinarias del Comité Organizador del Premio Nacional de Acción Voluntaria y Solidaria (PNAVS) y su Ceremonia de Premiación en su edición 2013; para el PNAVS 2014 se realizó la instalación del Comité Organizador y la del Jurado Calificador, tres reuniones ordinarias y una extraordinaria. La convocatoria se dio a conocer el 6 de mayo de 2014 con vigencia hasta el 5 de septiembre del mismo año. El Comité Organizador designó a los miembros del Jurado Calificador.

La Dirección General Adjunta para la Coordinación de los Sistemas Estatales de Salud funge como instancia para fortalecer el carácter normativo de la Secretaría de Salud y servir como área de vinculación política entre la Secretaría y las autoridades estatales de salud. Entre las acciones realizadas destacan las siguientes:

- Del 16 al 18 de agosto de 2013 se participó en la Cumbre de Negocios de Turismo Médico “Mexicali 2013”.
- El 3 de noviembre de 2013 se acudió al evento de turismo médico más importante del mundo, el Congreso Mundial de Turismo Médico en las Vegas, Nevada. En dicho evento y por primera vez, se construyó un Pabellón México.
- El 5 de diciembre de 2013, en acatamiento a la instrucción presidencial y en seguimiento a los trabajos de Turismo Médico, la Dra. Mercedes Juan participó junto con la Secretaria de Turismo en la instalación del Grupo de Trabajo del Gabinete Turístico: Mesa de Trabajo de Innovación, Competitividad y Desarrollo de Productos Turísticos, misma que fue presidida por ambas titulares.
- El 31 de enero de 2014 se realizó en la ciudad de Cancún la Tercera Reunión Nacional de Turismo Médico, donde la Secretaría de Turismo presentó las Estrategias nacionales en materia de Turismo Médico, así como experiencias exitosas que condujeron al desarrollo de las acciones y compromisos para 2014.
- El 6 y 7 de mayo de 2014 se acudió al Tianguis Turístico 2014, en Cancún, Quintana Roo. Por primera vez se incorpora en el programa del evento la Mesa de Turismo Médico, con la participación de los 11 clústers en la materia.

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

- Durante los meses de octubre y noviembre de 2013, en el marco del Día Mundial contra el Cáncer de Mama, se puso en marcha el proyecto “Toca Conmigo”, que consistió en la intervención artística de un piano exhibido los días 19 y 20 de octubre de 2013 en la explanada del edificio sede de la Secretaría de Salud, y del 1 al 3 de noviembre en Ciudad Universitaria, con el objetivo de crear conciencia sobre la importancia de la autoexploración y el autoconocimiento.
- En el marco de la celebración del 70 aniversario de la Secretaría de Salud, se puso en marcha el proyecto: “MUSA: Salud en Gran Formato”; cuyo objetivo fue difundir mensajes de los logros de la institución por medio de arte monumental. De octubre a noviembre de 2013 se intervino un muro en el Hospital Nacional Homeopático con la obra de Jesús Benítez Frago: “*Similia Similibus Curentur*”, que representa la relación entre la medicina homeopática y las tradiciones mexicanas ancestrales.
- De abril a septiembre de 2014 se llevó a cabo la campaña “1, 2, 3 Saludable con el Beis”, en conjunto con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y la Liga Mexicana de Béisbol. Se llevaron a cabo visitas a hospitales con los integrantes de los equipos, instalación de módulos de afiliación y reafluencia del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y difusión de mensajes de audio en cada uno de los estadios; así como participación en redes sociales, difundiendo los beneficios que otorga el SPSS.
- De junio de 2013 a febrero de 2014 tuvo lugar la campaña “1, 2, 3 Saludable Otra Vez”, que se realizó en conjunto con la empresa de lucha libre AAA y NFL México, con el objetivo de difundir mensajes de autocuidado a la salud entre la población; instalando módulos de salud para brindar orientación.
- El 14 de abril de 2014, se llevó a cabo un evento en el que se entregaron medallas de reconocimiento a los aliados estratégicos que coadyuvaron en la realización de los proyectos efectuados durante 2013 en la DGACPE.

- En materia de peticiones ciudadanas, en el periodo comprendido de septiembre de 2013 a mayo de 2014 se tramitaron ante las diversas unidades administrativas y órganos descentralizados de la Secretaría de Salud 4,142 peticiones ciudadanas, de estas 1,811 se recibieron procedentes de la Dirección General de Atención Ciudadana de la Presidencia de la República, 387 se recibieron por la Oficina de la Secretaría de Salud, 216 se recibieron a través de la Cámara de Diputados, 246 a través de la Cámara de Senadores, 62 de Organizaciones de la Sociedad Civil, 23 de ellas de Presidentes Municipales, una de un Gobernador estatal y 1,396 se recibieron por medio del Sitio Web de la Secretaría de Salud en su liga electrónica denominada “Contacto Ciudadano”. Cabe destacar que 80% de las peticiones se han concluido satisfactoriamente, 13% se encuentran en proceso en las instancias de salud competentes y 7% fueron canceladas. Se estima que en los meses de junio, julio y agosto se reciba un aproximado de 1,500 peticiones.
- Durante el periodo del presente informe, el Secretariado Técnico del CONASA, el cual forma parte de las instancias que reciben las peticiones ciudadanas que son enviadas a la Presidencia de la República y a la Secretaría de Salud, a fin de ser remitidas para su atención a las entidades federativas, recibió y gestionó 1,703 peticiones.
- Con respecto a las solicitudes de información, del 1 de septiembre de 2013 al 31 de mayo de 2014 se recibieron 145, en virtud de lo anterior, se considera un estimado de 48 requerimientos durante los meses de junio a agosto 2014.

La Dirección Administrativa es responsable de administrar los recursos humanos, financieros, tecnológicos y materiales, así como de proporcionar los servicios generales y de apoyo que requiera la UCVPS y las áreas que de ella dependen. En esta Dirección se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- Se realizó el pago de cuotas y aportaciones a organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos, entre otros, lo que permite contribuir en el avance de la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud, mediante el cumplimiento de los compromisos de México con organismos internacionales, en aras de consolidar el papel de México como un actor responsable y comprometido en el ámbito internacional, lo cual incide en el mejoramiento de la calidad de vida en materia de salud.
- Se participó en conjunto con las Direcciones Generales de Recursos Materiales y Servicios Generales, Recursos Humanos y de Tecnologías de la Información, en la integración y contratación de los procesos consolidados de compra de materiales y servicios, así como de telecomunicaciones de esta Secretaría.
- Se apoyó administrativamente a las reuniones del CONASA, a las instancias que organizan las giras de la C. Secretaria, y a los servidores públicos que participaron con la representación de la Secretaría de Salud en reuniones y foros internacionales.
- Se participó con la Dirección General de Relaciones Internacionales en el Comité de Selección de Becarios Internacionales con el propósito de apoyar a los profesionales mexicanos de salud seleccionados para realizar estudios de doctorado en el extranjero.
- Se promovió la eficiencia en la administración de los recursos asignados a la UCVPS y áreas dependientes, mediante el apoyo de las acciones que procuraron el cumplimiento de las metas establecidas por la Secretaría.

### 1.5.1 Dirección General de Relaciones Internacionales

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

#### Dirección de Asuntos Multilaterales

- Se participó activamente en la definición de la posición de México en el proceso para suscribir el Convenio de Minamata sobre el mercurio, celebrado en Japón, en octubre de 2013, donde se expresó que la salud es un factor fundamental para alcanzar el desarrollo sustentable a nivel mundial.
- Se participó en el Tercer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud, organizado por la OMS, la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario y el gobierno de Brasil, en Recife, Brasil, del 10 al 13 de noviembre de 2013. El Foro tuvo como objetivo establecer compromisos en materia de recursos humanos que contribuyan a acelerar el avance hacia la

cobertura universal y el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

- Del 11 al 15 de noviembre de 2013 tuvo lugar en la Ciudad de México la Semana de Prevención de Violencia desde la Salud Pública, cuyo objetivo fue abordar el tema de violencia como un problema de salud pública prevenible y compartir experiencias basadas en evidencia científica, determinar las prioridades y el camino a seguir.
- Se participó en la 14ª Reunión del Comité de Salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), celebrada el 2 y 3 de diciembre de 2013 en París, Francia, donde México asumió la vicepresidencia del Comité de Salud el 1 de enero de 2014.
- El 14 de abril se llevaron a cabo dos seminarios, uno con el Banco Mundial y otro con la OCDE con la finalidad de intercambiar ideas y conocer experiencias de otros países para avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal.
- El 15 y 16 de abril se realizó la Primera Reunión de Alto Nivel de la Alianza Global para la Cooperación Eficaz al Desarrollo, con el propósito de abordar el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la construcción de la Agenda de Desarrollo Post 2015.
- En el proceso de definición de la Agenda de Desarrollo Post 2015, se ha buscado consolidar la presencia de la salud como causa y eje de desarrollo, manteniendo la posición de continuar en la agenda con los actuales Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, e incluir a la cobertura universal y a las enfermedades no transmisibles.
- En junio de 2014, nuestro país fue sede de la X Cumbre Global de Convenciones Nacionales de Bioética y del 12º Congreso Mundial de Bioética, donde se congregó a más de 100 delegados de Comisiones Nacionales de Ética y Bioética de todas las regiones de la OMS, así como a representantes de organismos internacionales.
- En enero y mayo de 2014, México participó como miembro del Comité de Programa, Presupuesto y Administración (PBAC) de la Organización Mundial de la Salud y en enero culminó su participación como parte del Consejo Ejecutivo. Se tuvo una participación activa en temas técnicos y administrativos como el cambio climático, las enfermedades no transmisibles, la definición de la Agenda de Desarrollo Post 2015, Objetivos de Desarrollo del Milenio y cobertura universal en salud.
- Se participó activamente en la 67ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 2014, en las Comisiones sobre los temas siguientes: fortalecimiento del sistema de reglamentación de productos médicos; medicamentos esenciales, resistencia a los fármacos antimicrobianos; afrontar el problema de la violencia contra las mujeres y niñas, monitoreo de los Objetivos del Desarrollo de Milenio; fortalecimiento de las agencias regulatorias; cuidados paliativos; reforma de la OMS, entre otros.
- En el primer trimestre de 2014 se cubrieron las aportaciones económicas correspondientes a 2013 de México a la OMS, OCDE, OPS, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS, Fondo Fiduciario para el Presupuesto Operacional del Convenio de Rotterdam, Programa Ventanillas de Salud y Comisión de Salud Fronteriza México–Estados Unidos.
- El 12 y 13 de diciembre de 2014, se participó en la 14ª Reunión Ministerial de la Iniciativa de Seguridad Global en Salud (GHSI, por sus siglas en inglés) en Roma, Italia, donde se reiteró el compromiso de México por participar de manera activa y permanente en la alianza de seguridad en salud más importante a nivel mundial y reforzar el trabajo multilateral para optimizar la respuesta inmediata ante riesgos y emergencias de carácter global.
- Se participó en la Segunda Evaluación de México por el Mecanismo de Examen Periódico Universal del Consejo de Derechos Humanos de la ONU (octubre de 2013), el 5º y 6º Informe Periódico combinado de México sobre el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (marzo 2014), 4º y 5º Informe Consolidado de México sobre el Cumplimiento de la Convención sobre los Derechos del Niño (mayo de 2012) y el Informe sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la Organización de las Naciones Unidas (mayo y junio de 2014).

### Dirección de Cooperación Bilateral y Regional

Como parte del trabajo de la DGRI, se ha fortalecido la relación con los países que tienen un valor estratégico para el Sector Salud. A ello ha obedecido la suscripción de acuerdos que incluyen, entre sus áreas de cooperación y componentes que fortalecen la rectoría de la autoridad sanitaria, los siguientes: la capacidad regulatoria, la cobertura universal, el fortalecimiento de capacidades de los recursos humanos en salud y el intercambio de tecnologías para la salud, entre otros.

## América

- Como parte de las actividades del Sistema Mesoamericano de Salud Pública (SMSPP), se priorizaron tres temas para trabajar los planes maestros: dengue, seguridad vial y atención primaria renovada. Se da seguimiento a las actividades de cooperación vertical que México brinda a los países centroamericanos a través del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla en políticas públicas para la atención de enfermedades crónicas no transmisibles.
- Respecto al trabajo de cooperación con nuevos actores, la Secretaría de Salud participó en una calidad dual, como donante de cooperación técnica y como país, en la reunión en la que se presentó la Declaración hacia la Eliminación de la Malaria en Mesoamérica y la Isla La Española en 2020. En el marco de dicha reunión se ofreció apoyar el trabajo del Fondo Mundial contra el VIH, la Tuberculosis y la Malaria, coordinado por la OPS, a través de las capacidades técnicas de la Secretaría de Salud en la medida en que las necesidades de los países sean identificadas.

## Europa

- Destacan las actividades con tres países: Suecia, Dinamarca y Francia.
- En el marco de la visita del Primer Ministro de Suecia se suscribió la Carta de Intención entre la Secretaría de Salud de México y el Ministerio de Salud del Reino de Suecia y se realizó el Seminario Sueco-Mexicano: Sistemas de salud eficientes para una mejor atención, en el que participaron autoridades del Sector Salud de México, académicos y representantes de la industria sueca.
- Con Dinamarca se han realizado diversos eventos: durante la visita de SS.AA.RR los Príncipes Herederos se suscribió el Memorando de Entendimiento en materia de salud entre la Secretaría de Salud de México y el Ministerio de Salud de Dinamarca. Se llevó a cabo un Seminario sobre el Sector Salud y la Ciencia de la Vida; así como un seminario sobre innovación en el Sector Salud. En febrero de 2014, con una modalidad novedosa de cooperación triangular, la Secretaría de Salud de México, junto con el Ministerio de Salud de Dinamarca y el financiamiento de la empresa danesa Novo Nordisk, organizaron la Primera Reunión Latinoamericana de Alto Nivel sobre *Diabetes*, donde hubo representación de 30 países de la región de las Américas.
- La cooperación con Francia abarca desde la investigación conjunta hasta el fortalecimiento de las capacidades humanas para la vigilancia epidemiológica. Destacó la celebración del Primer Foro Franco-Mexicano de

Intercambio de Mejores Prácticas contra la Obesidad, que tuvo lugar en el marco de la Visita de Estado del Presidente de la República Francesa a México.

## Asia

- Se destaca la cooperación a la continuidad de las acciones en el marco del programa conjunto México-Japón (JMPP) en temas de salud materna para la región centroamericana. Además, se iniciaron las negociaciones para la instalación de un centro de capacitación en intervenciones para la atención de la cardiopatía isquémica en una institución especializada del Sector Salud.

## África

- Del 23 al 28 de marzo visitó México una delegación del Ministerio de Salud del Reino de Marruecos para conocer el sistema de salud del país y la política pública que le ha permitido consolidar la cobertura universal en salud. Producto de esta visita, en el marco de la 67<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud se sostuvo un encuentro entre la Secretaría de Salud y el Ministro de Salud de Marruecos, acordando iniciar la negociación de un Memorando de Entendimiento.

## Unión Europea

- Como parte de las actividades definidas en el programa del Laboratorio de Cohesión Social I, se llevaron a cabo los diplomados virtuales para Evaluación de Tecnologías para la Salud y Guías de Práctica Clínica. Al componente de redes se le incluyó la desigualdad en salud y se espera contar con una definición sectorial de los mecanismos para medirla. Esto permitirá a México trabajar con la Unión Europea en el programa intrarregional denominado EurosociaL.

## Organismos Regionales Americanos

- La Secretaría de Salud propició que, en el marco del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en octubre de 2013, se hiciera una reunión del Consejo de Ministros del Sistema Mesoamericano de Salud Pública (SMSPP) en la que tanto la OPS como el Banco Interamericano de Desarrollo se comprometieron a apoyar los trabajos del SMSPP en la región. De igual forma, a inicios de 2014 se comenzó a preparar la nueva Estrategia de Cooperación México-OPS enmarcada en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, el Plan Sectorial de Salud 2013-2018 y el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019.

## Coordinación de Estrategias para la Atención al Migrante

### Programa de Salud del Migrante

Representa un esfuerzo de corresponsabilidad binacional para preservar y mejorar la calidad de atención de la salud de su población en el exterior con énfasis en la prevención y promoción. Dentro del mismo se engloban los siguientes programas o actividades:

- Programa de Ventanillas de Salud (VDS), ubicadas en los 50 consulados de México en Estados Unidos, contando con dos VDS móviles. En las ventanillas se proporciona información para incrementar el conocimiento y el uso de los servicios de salud entre la población mexicana que vive en dicho país, y se difunden programas de prevención y promoción de la salud en temas prioritarios que afectan a la población latina residente en Estados Unidos. Los principales servicios son orientaciones o consejería, detección oportuna y referencia a servicios de salud en padecimientos como *diabetes mellitus*, obesidad, cáncer, hipertensión, salud mental, salud de la mujer, tuberculosis, salud oral, entre otros. En el período comprendido del 1 de julio de 2013 al 13 de junio de 2014 se atendieron y beneficiaron aproximadamente a 890 mil migrantes.
- Se continúa con la implementación del Modelo “Segunda Generación de VDS”, ubicadas en los consulados de Nueva York; Portland, Oregon; Fresno, California; Kansas City, Missouri, y en la representación consular en Washington, D.C. El objetivo es ofrecer servicios de prevención especializados. El proyecto consiste en capacitación en temas prioritarios que más afectan a la población latina, en gestión de recursos y en acceso a servicios de salud.

### Semana Binacional de Salud

- La inauguración de la XIII Semana Binacional de Salud se llevó a cabo en Washington, D.C. el 1 de octubre de 2013. En esta edición se logró conjuntar un amplio esfuerzo entre la comunidad migrante mexicana a lo largo de la Unión Americana, aproximadamente 400 mil personas recibieron información en salud, de las cuales 255,151 corresponden a connacionales y el resto a población de otros países de Latinoamérica. Se contó con el apoyo de más de 6,755 agencias y 10 mil voluntarios, las actividades se llevaron a cabo en más de 300 ciudades y localidades, ubicadas en 40 estados de la Unión Americana y tres provincias de Canadá. Además se realizaron más de 2 mil actividades en

materia de prevención y promoción de la salud, y se efectuaron alrededor de 250,151 detecciones oportunas, exámenes médicos y aplicación de vacunas.

### Foro Binacional de Políticas Públicas Sobre Migración y Salud

- Encuentro académico para la reflexión sobre los retos que enfrenta la población migrante, al cual asistieron aproximadamente 150 participantes de los sectores: gubernamental, académico y sociedad civil de ambos países.

### Programa de Investigación en Salud y Migración (PIMSA)

- Es un programa que se lleva a cabo en coordinación con la Iniciativa de Salud de las Américas de la Universidad de California, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y la Secretaría de Salud de México. Para 2014 fueron sometidas un total de 37 cartas de intención, de las cuales 25 fueron invitadas a entregar la propuesta completa. Además se aceptaron 14 propuestas para equipos binacionales y cinco para tesis de doctorado.

### Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos (CSFMEU)

- En 2013 se llevó a cabo la Semana Binacional de Salud Fronteriza, cuyo objetivo es proporcionar servicios de prevención y promoción de la salud en temas prioritarios a población fronteriza, y durante la cual se atendió aproximadamente a 80 mil personas con las actividades de prevención y promoción que realiza la Comisión en colaboración con diferentes alianzas, ofreciendo alrededor de 200 mil servicios de prevención.

### Programa de Repatriación de Connacionales Enfermos Graves

- La DGRI atendió 28 solicitudes de apoyo de asistencia médica, relacionadas con problemas renales, cerebrales, cáncer y salud mental. El periodo indicado corresponde del 1 de julio de 2013 al 13 de junio de 2014.

### Programa de Trabajadores Agrícolas Temporales (PTAT) Entre México Y Canadá

- El 10 de diciembre de 2013, se llevó a cabo la XXXIX Reunión Anual Intergubernamental de Evaluación del Programa de Trabajadores Agrícolas Temporales México-Canadá, que revisó los trabajos realizados por



los agricultores temporales, así como los derechos con los que cuentan y las prestaciones laborales y de salud que reciben.

### 1.5.2 Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud

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

- Se realizaron tres reuniones ordinarias del Consejo Nacional de Salud (CONASA), un promedio de tres reuniones ordinarias de cada una de las seis comisiones derivadas del Consejo (Fortalecimiento de la Atención; Rectoría; Salud Pública; Administración y Finanzas; Calidad; y Protección Social en Salud), una reunión extraordinaria del CONASA, de la cual se derivaron siete reuniones nacionales realizadas con participación de los integrantes del CONASA de manera presencial y por videoconferencia, enfocadas al “Cero Rechazo” en las Unidades Médicas de Salud, así como reuniones de los grupos de trabajo, entre estas: Seguimiento de Compromisos Presidenciales y Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, Obesidad y *Diabetes*.
- En las tres Reuniones Nacionales Ordinarias de Consejo se abordaron temas diversos entre los que destacan: Análisis de la Cobertura y Oportunidades de Atención en las Entidades Federativas; atención de urgencias; Sistema de Referencia y Contrarreferencia; cero rechazo en la atención en las unidades de salud; mortalidad materna; Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica; Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la *Diabetes*; influenza; cólera; Servicio Social en Medicina; Embarazo Saludable; Seguro Médico Siglo XXI; implantes cocleares; Vacunación contra VPH en niños; dengue y fiebre Chikungunya; telemedicina y estrategia digital nacional; efectos en la salud derivados del cambio climático; buenas prácticas en farmacias y consultorios; estrategia para el incremento de la eficiencia en la cloración de agua; análisis presupuestal; avances de la Cruzada Nacional contra el Hambre; Operación de las Unidades Médicas Móviles en Contingencias; evaluación de centros de salud con servicios ampliados; actualización del modelo

de atención en el contexto del Sistema Universal de Salud; incorporación de la vacuna de la hepatitis A en la cartilla nacional de vacunación; planificación familiar; temporada de huracanes y plan sismo; prevención de accidentes Sistema de Atención Inmediata de Urgencias y Desastres; prevención y control de enfermedades transmitidas por vector y tamiz auditivo entre otros. De los cuales se derivó un total de 140 acuerdos tendientes a la implementación de estrategias y acciones encaminadas al cumplimiento de las políticas públicas de salud a nivel nacional, con lo que se ha logrado un gran avance en el cumplimiento de los objetivos, metas y líneas de acción establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo y en el Programa Sectorial de Salud.

- El 31 de octubre de 2013 se convocó con carácter de urgente a la II Reunión Extraordinaria del CONASA, presidida por la Dra. Mercedes Juan, en la cual se resaltó la importancia de mejorar la calidad y la oportunidad en la atención. Se tomó un acuerdo único en el que se le confirió a la UCVPS, a través del STCNS, la emisión de la convocatoria para realizar siete reuniones con carácter de urgente, con la finalidad de generar propuestas enfocadas a la Calidad y Oportunidad en la Atención y el “Cero Rechazo” en las Unidades de Salud con los siguientes temas: Análisis de la Cobertura y Oportunidades de Atención en las Entidades Federativas, Fortalecimiento de la Atención de Urgencias, Aprovechamiento de la Infraestructura Hospitalaria para la Atención de Urgencias, Fortalecimiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, Operación del Convenio 32x32, Acciones enfocadas al “Cero Rechazo” en las unidades de salud, y discusión, acuerdos y compromisos. Durante el desarrollo de estas reuniones temáticas se tomó un total de 53 acuerdos, los cuales fueron presentados y ratificados para su cumplimiento inmediato en la IV Reunión Ordinaria del Consejo Nacional de Salud que se realizó en el estado de Guanajuato.
- Durante el mes de septiembre de 2013, se puso especial énfasis en el control del cólera para evitar las repercusiones en la población con la intervención inmediata de la Secretaría de Salud, a través de acciones de prevención y control en las áreas identificadas como de riesgo, en donde se realizó el aislamiento oportuno del *Vibrio cholerae* con base en la normatividad vigente. Estas medidas decisivas de prevención se fortalecieron con una comunicación estrecha entre los servicios de salud de las entidades federativas en las que se involucró a la ciudadanía para lograr el éxito de la campaña.
- Los Organismos Públicos Descentralizados de los Servicios Estatales de Salud realizaron un total de 104 reuniones ordinarias y 16 extraordinarias en las que

participó personal de la UCVPS y del STCNS, realizando acciones de asesoría, toma de decisiones y propuestas de mejora para los procesos de gestión de los servicios de salud.

- Se participó en 27 reuniones de Junta de Gobierno de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad, de las cuales cuatro fueron extraordinarias. En ellas se han presentado los principales problemas administrativos y operativos de estas unidades, así como las estrategias y acciones para enfrentarlas. Se destaca en este sentido

el incremento de su capacidad resolutive y coberturas, el reforzamiento de la coordinación interinstitucional, la vinculación y organización operativa en redes de servicios, además del análisis y seguimiento de los ejercicios presupuestales.

- Como parte de la estrategia para la universalización de los servicios, se ha impulsado la creación y el funcionamiento normal de los Consejos Estatales de Salud. Se ha participado en cinco instalaciones de estos consejos y en tres de sus reuniones ordinarias.





## 2. SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD



Atendiendo al Artículo 4º constitucional, se está trabajando por crear un Sistema Nacional de Salud Universal que pretende garantizar un esquema de salud que responda a las necesidades de toda la población no sólo en lo curativo, sino en la prevención, a través de la integración funcional de todas sus instituciones. En este sentido, asegurar el acceso efectivo y con calidad a los servicios de salud se ha convertido en un objetivo prioritario en materia de salubridad. Para ello, se han impulsado acciones para avanzar en mejorar la calidad de la atención, la seguridad del paciente, así como el cumplimiento de estándares en las instituciones de salud.

La Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, a fin de dar cumplimiento al objetivo de asegurar el acceso a los servicios de salud y, de manera específica, a la estrategia “avanzar en la construcción de un sistema nacional de salud universal” planteada en el Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018, ha desarrollado políticas públicas para fortalecer, integrar, modernizar y consolidar los servicios de salud. Para ello, se han impulsado los siguientes programas y estrategias: el programa de calidad efectiva de los servicios de salud, la acreditación de unidades médicas, el programa de unidades médicas móviles para la prestación de los servicios de salud en comunidades marginadas y grupos vulnerables, el plan maestro de infraestructura física en salud, el sistema nacional de información en salud, el padrón general de salud, las guías de práctica clínica, la evaluación de tecnologías para la salud y la evaluación de programas y servicios de salud.

Además, en lo que se refiere a la consolidación de una Política Nacional de Medicamentos en materia de patentes, por sexto año consecutivo la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud negoció el precio de 207 medicamentos aplicables a 2014, lo que generó un ahorro estimado en 703 millones de pesos para las instituciones. Asimismo, se llevó a cabo la compra consolidada 2014 coordinada por el Instituto Mexicano del Seguro Social en la que participaron el IMSS, el ISSSTE, PEMEX, las Secretarías de Defensa y de Marina y cinco entidades federativas, generando una

erogación de 43 mil millones de pesos y un ahorro estimado de 3,700 millones de pesos a nivel sector.

## 2.1 Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud

De acuerdo a las atribuciones de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) se realizaron para el periodo de septiembre de 2013 a agosto de 2014, las siguientes acciones:

### Infraestructura

Con la finalidad de mantener vigente el Plan Maestro de Infraestructura en Salud (PMI), se lleva a cabo de manera constante un proceso de depuración y actualización en coordinación con las entidades federativas. Actualmente, dentro del PMI existen 2,930 registros vigentes (2,947 acciones de obra y 136 de equipo), de los cuales 1,692 corresponden a acciones de infraestructura en fase de planeación (131 se consideran acciones de equipamiento) y 1,238 obras en proceso (dichas acciones contemplan cinco de equipamiento).

Durante el mismo periodo, se emitieron 209 Certificados de Necesidad (CDN) para diversas acciones de infraestructura, esto es, 44 acciones de obra nueva, 101 sustituciones y 64 ampliaciones y fortalecimientos. Asimismo, se ha llevado a cabo un proceso de actualización en el procedimiento que incluye mejoras en los elementos condicionantes (el fortalecimiento de la herramienta de evaluación, la inclusión de consideraciones en materia de recursos humanos y la modificación de los criterios de dictaminación). Se han realizado además actividades de vinculación con diferentes actores relacionados con el ordenamiento de la infraestructura institucional.

En el marco de la estrategia de los municipios de la Cruzada Nacional Contra el Hambre, la DGPLADES contribuye a la mejora de las condiciones de infraestructura de las unidades médicas. Se tienen identificadas 1,153 acciones de infraestructura para estos municipios, de las cuales 640 se encuentran en planeación y 513 en proceso de obra.

En 2013 se autorizaron recursos por 3,913 millones de pesos para las 32 entidades federativas dentro del Programa de Apoyo para Fortalecer la Calidad en los Servicios de Salud, de los cuales 2,686.9 millones de pesos fueron destinados a inversión; 500 millones de pesos para favorecer la infraestructura y equipamiento para programas de atención a grupos vulnerables como niñas y niños, adolescentes, personas con discapacidad y personas adultas mayores. De igual forma, la estrategia para el Fortalecimiento de la Oferta de Servicios de Salud (FOROSS) destinó en 2013, 83.1 millones de pesos para la construcción de 14 unidades nuevas: 10 Centros de atención primaria de adicciones y cuatro Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES) para la detección y diagnóstico de Cáncer de Mama (DEDICAM), así como 291.2 millones de pesos para una obra nueva y fortalecimiento de instalaciones.

Con esta inversión de poco menos de 4 mil millones de pesos, se realizaron más de 2 mil acciones de infraestructura que consisten en ampliaciones, equipamiento y fortalecimiento de las instalaciones, incluyendo la sustitución o creación de 135 nuevas unidades de atención a la salud, privilegiando en los criterios de asignación de los recursos y la infraestructura del primer nivel de atención.

En 2013 se concluyó la impresión y distribución de las publicaciones sobre modelos de las UNEMES de Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama, de Enfermedades Crónico-degenerativas, de Atención Primaria de Adicciones y de los Centros Ambulatorios de Prevención y Atención al sida e Infecciones de Transmisión Sexual. De igual manera, se inició el desarrollo de un modelo intercultural de posada de nacimiento en conjunto con la Dirección de Medicina Tradicional.

A manera de coordinar las acciones del “Convenio General de Colaboración para la Atención de Emergencias Obstétricas”, se establecieron y aprobaron los criterios de resolutivez (equipamiento, infraestructura, recursos humanos y equipo de traslado) aplicables a las unidades médicas que brindan Atención de Emergencias Obstétricas (AEO) para establecer el nivel resolutivo (alta, media y básica).

A la vez, se diseñó y aprobó la cédula de acreditación, específica para las áreas de AEO, validada con pilotaje en tres unidades médicas (IMSS, ISSSTE y SS) y se actualizaron las tarifas para las intervenciones maternas y neonatales.

Como parte de los trabajos realizados por el Comité para el Seguimiento del Desarrollo de la Infraestructura Física en Salud, establecido mediante la publicación en el DOF el 14 de febrero de 2014, se ha desarrollado un diagnóstico de infraestructura y una reorganización de las redes de atención, con una orientación hacia una mejora a fin de incrementar su eficiencia y la calidad de la atención.

### **Política Nacional de Medicamentos**

La Política Nacional de Medicamentos y la estrategia sectorial de compra pública de medicamentos, obtuvieron los siguientes resultados:

- En materia de patentes o fuente única, por sexto año consecutivo la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud negoció precio para 207 medicamentos aplicable a 2014, lo que generó un ahorro estimado en 703 millones de pesos para las instituciones.
- Se llevó a cabo la compra consolidada 2014 coordinada por el IMSS de medicamentos genéricos, la cual generó una erogación de 39,300 millones de pesos y un ahorro estimado de 3,700 millones de pesos a nivel sectorial.
- A tres años de operación del Centro Sectorial de Gestión Web de Información sobre Medicamentos, las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud y que son susceptibles de proveer información dan un total de 67; los datos que ofrecen giran en torno a precios y volúmenes comparativos en la compra de medicamentos y posibles áreas de oportunidad para las instituciones.

### **Intercambio de Servicios Planificado**

El intercambio de servicios planificado incluye el seguimiento a las acciones relacionadas con el cumplimiento de los objetivos de integración funcional del sector, portabilidad y convergencia, con base en la Estrategia 2.3.1 “Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal” del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, se llevó a cabo lo siguiente:

- Derivado de la Cuarta Reunión Ordinaria de la Comisión Interinstitucional para la Operación del Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios en el Sector Salud, el 21 de enero de 2014, se aprobaron 26 tarifas que se incorporaron al Catálogo Nacional de Servicios, Intervenciones

Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento y Tabulador de Tarifas Máximas Referenciales, acumulándose con un total de 845 tarifas máximas referenciales.

- Para 2014, se formalizó la renovación de los convenios específicos para el intercambio de servicios en los estados de Baja California Sur y Yucatán. En el caso de Baja California Sur, cuenta con 516 intervenciones susceptibles de intercambio, lo cual representa un 118.6, superior al de aquellas consideradas para el convenio 2013, que fue de 435 intervenciones.
- Se realizó el análisis de la oferta y demanda, por tipo de unidad médica, de las instituciones participantes (SS, SES, IMSS e ISSSTE) para 2013, a partir del cual se identificaron intervenciones en 17 entidades federativas como potenciales de intercambio.

Como parte del proceso de mejora continua de este programa (intercambio de servicios) se solicitó de manera oficial a las instituciones públicas del Sector Salud la actualización del instrumento Manual de Lineamientos para el Intercambio de Servicios.

### Interculturalidad en Salud

En el marco de la Política Intercultural en Salud, se difundió el Modelo Intercultural para la Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas y Afro-descendientes (MIASPIA) en programas de promoción de la salud, prevención del alcoholismo y trabajo con jornaleros agrícolas.

Se capacitó en el enfoque intercultural con el apoyo de la Dirección General de Tecnologías de la Información a personal de salud de los estados de Zacatecas, Guerrero, Hidalgo, Estado de México, Puebla, Durango, Chihuahua y Tamaulipas, a fin de impulsar la acreditación de unidades de primer nivel, hospitales comunitarios, hospitales pediátricos y Unidades Médicas Móviles (UMM).

Se promueve en el IMSS-Oportunidades, la Cruz Roja Mexicana e instituciones de asistencia privada como en la asociación “Un Kilo de Ayuda”, la adopción de los lineamientos de interculturalidad.

Se consolidó la implantación del Modelo de Atención a las mujeres en el parto con enfoque humanizado, intercultural y seguro, en hospitales de cuatro entidades federativas: “Centro de Orientación Familiar y Atención a la Salud Hospital Temascalcingo”, Estado de México; “Guadalupe y Calvo” y el “Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud de Guachochi”, Chihuahua; “Hospital Integral de la Guajolota” de Durango; “Hospital

General de Tula” y el “Hospital Obstétrico de Pachuca”, Hidalgo.

En relación con la implementación de nuevos enfoques en materia de prevención en el SNS, se logró la inclusión del modelo de ejercicio saludable “Qi Gong”, en la oferta de “Servicios de Salud de la Jurisdicción Sanitaria No. 3” en Monterrey, Nuevo León.

Asimismo, la Escuela Nacional de Homeopatía del Instituto Politécnico Nacional aprobó los protocolos de investigación para el tratamiento de pacientes con Parkinson con medicina homeopática e impulsa la investigación en “Plantas medicinales y hongos de Hidalgo: aprovechamiento sustentable y conservación, como estrategias para mejorar la calidad de vida”, con el propósito de fortalecer el cuadro básico de remedios herbolarios en coordinación con la Universidad Autónoma del estado de Hidalgo.

### Caravanas de la Salud

El Programa Caravanas de la Salud, al momento del periodo del informe, cuenta con 1,568 UMM que dan cobertura a 1,081 municipios y 23,737 localidades, en beneficio de 3.98 millones de personas.

Al mes de agosto de 2014, se han transferido 416.6 millones de pesos a las entidades federativas para la operación de las UMM adquiridas por la federación, en específico para el pago de servicios personales, viáticos y gastos de camino para personal directivo de las coordinaciones estatales y el aseguramiento de las UMM.

Se realizaron 11.2 millones de acciones, de las cuales 2.4 millones corresponden a atenciones médicas con acciones del CAUSES y 8.8 millones a acciones de promoción y prevención.

### 2.2 Dirección General de Información en Salud

La Dirección General de Información en Salud (DGIS) es la unidad administrativa encargada de promover el establecimiento de un Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), así como de instaurar el Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud, entre otras atribuciones.



En ese sentido, con la finalidad de fortalecer la calidad de la información, derivado de las reformas a la Ley General de Salud publicadas en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 24 de abril de 2013, y en las que se adicionó el certificado de nacimiento en la fracción I BIS del Artículo 389 como certificado para fines sanitarios, el 24 de abril de 2014 se publicó en el DOF el Decreto por el que se adicionan diversas disposiciones al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Artículos 90 Bis 1 al 90 Bis 4. Dicha reglamentación apoya la protección de derechos de la niñez, como son la identidad y la salud.

En cuanto al Padrón General de Salud (PGS), se consolidó el padrón de asegurados con la integración de la información de las principales instituciones de salud públicas federales con cerca de 97 millones de beneficiarios activos; detectando aproximadamente 14 millones de personas con más de un servicio de salud.

De igual manera se inició la integración del padrón de profesionales de la salud en contacto directo con el paciente, y como resultado, la identificación de cerca de 619 mil profesionales que laboran en las diversas unidades médicas que prestan servicios de salud pública en el país. Uno de los beneficios de este padrón es conocer con certeza el establecimiento de salud en el que labora el profesional.

En septiembre de 2013 la DGIS inició el Procedimiento de Evaluación de la Conformidad de la Norma Oficial Mexicana (NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud). Se han llevado a cabo siete verificaciones, como efecto de las mismas, se certificaron cuatro Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud del Expediente Clínico Electrónico (ECE).

También se trabajó en la actualización de la guía para el reporte de información de Egresos Hospitalarios y se elaboró la guía para el reporte de información del Padrón de Profesionales de la Salud.

Por otra parte, se ha iniciado la implementación del certificado electrónico de nacimiento (CeN) en el estado de Colima y Estado de México, lo cual se formalizará a través de convenios de colaboración con cada entidad federativa. También, se han realizado acciones de capacitación de personal tanto médico como administrativo. Cabe destacar que el CeN registra datos de salud de las personas

creando así la historia de los eventos en salud desde el nacimiento e incorporación a los expedientes clínicos electrónicos, lo anterior como principio del establecimiento de la identidad en salud.

En junio de 2014, mediante la conformación de un grupo de trabajo con miembros del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud (CTESS), del Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades (CEMECE) y representantes de tres entidades (Distrito Federal, Jalisco y San Luis Potosí), se realizaron tres reuniones para la revisión quinquenal del formato del Certificado de Nacimiento con miras a la actualización del modelo 2015.

Con el fin de conocer adecuadamente la capacidad instalada en cuanto a establecimientos de salud, plantillas de personal, recursos físicos y equipo médico de las instituciones públicas de salud, se realizó la actualización de información referida a 2013. En este sentido, se integró información de 22,235 establecimientos de salud, de los cuales 20,846 son de consulta externa, 1,340 son hospitales y 49 son establecimientos de asistencia social y apoyo. A partir de ello, se realiza la integración de informes nacionales e internacionales relativos a personal, camas, consultorios y equipo médico existente.

Asimismo, se realiza la actualización de la información estadística anual de 2013 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 Secretaría de Salud y de los Servicios Estatales de Salud. A diciembre de 2013, se registraron 15,155 unidades médicas, de las cuales 14,981 se reportaron en funcionamiento y 174 pendientes de entrar en operación. Durante julio de 2014 se realiza la actualización del primer semestre de 2014, con el fin de obtener datos definitivos en septiembre de 2014.

En cuanto a la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES), se realizan actualizaciones de manera mensual; se difundió el cierre de establecimientos en operación a diciembre de 2013 y cortes mensuales hasta el mes de junio de 2014. A partir de mayo de 2013 se implementó a nivel nacional un desarrollo web de CLUES que permite la actualización y consulta del catálogo en línea. Al 1 de junio de 2014 se tienen registrados 30,480 establecimientos, de los cuales 27,896 se encuentran en operación, 2,410 están fuera de servicio y 174 pendientes de entrar en operación.

Cabe destacar que se ha avanzado alrededor de un 80% en la integración de la georreferencia de todos los establecimientos de salud del sector público en operación con equipamiento asociado, el cual permite conocer la localización exacta de los mismos (unidades médicas, de apoyo y de asistencia social), identificando de manera puntual el tipo, cantidad, distribución y pertenencia de los establecimientos a nivel localidad, lo cual facilita la planeación, monitoreo y registro de información de manera armonizada e integral.

Por otra parte, se cerró el año estadístico 2013 del Subsistema de Información en Prestación de Servicios (SIS), contando a partir de mayo de 2014 con cifras definitivas por mes y unidad médica. El total de consultas reportadas en la Secretaría de Salud y Servicios Estatales de Salud fue de 124,436,984; mientras que las consultas especializadas fueron 17,918,480 y de planificación familiar 6,118,178.

Se captó, integró y difundió la información de egresos hospitalarios 2012 y 2013, con información de 720 unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud, 339 del IMSS, 147 del ISSSTE, 79 de IMSS-Oportunidades, 31 de SEMAR y 21 de PEMEX con un total de 5,641,719 egresos hospitalarios para 2012. Mientras que para 2013 se integró la información de 720 unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud, 341 del IMSS, 144 del ISSSTE, 79 del IMSS-Oportunidades, 31 de SEMAR y 23 de PEMEX con un total de 5,658,137 egresos hospitalarios.

También se integró un total de 1,638,738 intervenciones quirúrgicas, 10,041,694 urgencias médicas y 522,699 lesiones y causas de la violencia correspondientes a 2013 en la Secretaría de Salud.

En el caso del Subsistema de Información de Nacimientos (SINAC), para la información 2013 se logró una cobertura total, con respecto a las estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), del 98% y la cobertura oportuna (captación un mes posterior a su ocurrencia) alcanzó 74%.

En lo que respecta a la información de defunciones, dentro del marco de la Reingeniería del Subsistema Estadístico y Epidemiológico de Defunciones (SEED), por primera vez se llegó a una cobertura total de 90% en 2013, al contrastar con lo estimado por el CONAPO; de igual manera para este año la cobertura oportuna mejoró 27% con respecto al año pasado. 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 permite disminuir el tiempo de acopio y recuperar información de muertes que no fueron inscritas en el Registro Civil.

Por otra parte, se llevó a cabo la coordinación de los grupos interinstitucionales que la DGIS tiene a su cargo: CTESS y 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 y una reunión extraordinaria en el segundo semestre de 2013, mientras que en 2014 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, con apoyo de la OPS/OMS en América Latina, impartió 20 cursos al interior de la república a 832 personas sobre codificación con la CIE-10 y la CIE-9/MC, en el exterior se capacitó a un total de 98 personas sobre el uso de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) en Ecuador, y tres cursos de la CIE-10 en República Dominicana, Nicaragua y Chile. Además, con sede 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 Sistema Nacional de Salud.

En coordinación con la OPS/OMS, el CEMECE ha tenido un papel fundamental en la Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información (RELACISIS); en colaboración con el Centro Argentino para la Clasificación de Enfermedades se desarrolló e impartió en varios países de la región un curso virtual para capacitar en la CIE-10, así como un curso virtual para el correcto llenado del Certificado de Defunción, cuya prueba piloto está próxima a realizarse; además, entre 2013 y 2014, como parte de la transferencia del Sistema de Codificación Automatizado de Causa Básica a los países miembros de la RELACISIS, se realizó con apoyo del INEGI una capacitación sobre su manejo, así como diversas pruebas relacionadas con la implementación en estos países.

En cuanto a la Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas, en 2013, por undécimo año consecutivo, el CEMECE coordinó su ejecución en todo el país con el objetivo de corregir los errores de clasificación y mejorar la calidad de la información de estas defunciones, además, se publicó el informe correspondiente a 2011.

Para concluir las actividades más relevantes del CEMECE es importante resaltar la participación de sus miembros en distintos foros: reunión sobre las estimaciones de mortalidad materna realizadas por el Grupo Interagencial (organizada en noviembre 2013 por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe -CEPAL- en Santiago de Chile), reunión de mitad de año del *Mortality Reference Group* y del *Education and Implementation Committee* (auspiciada en abril de 2014 por la OPS/OMS en Washington, DC) y reunión anual de la Red WHO-FIC (convocada por la OMS en octubre 2013 en la ciudad de Beijing, China). Cabe resaltar que en esta última reunión México fue designado país sede de la Reunión Anual de la Red WHO-FIC en 2017, lo cual constituye un gran orgullo y compromiso.

De acuerdo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), se actualizaron en el Sistema de Información de los ODM las cifras de los indicadores de mortalidad infantil, cobertura de vacunación y Razón de Mortalidad Materna; además, como parte de las actividades en el Comité Técnico Especializado en el Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (CTESIODM) en el que la DGIS funge como vocal, en septiembre de 2013 se llevó a cabo la publicación del Informe de Avances 2013, en colaboración con la Oficina de la Presidencia, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, el Centro Nacional de la Salud de la Infancia y la Adolescencia y el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.

En febrero de 2014, como parte de los trabajos del CTESIODM, la DGIS convocó a un taller de trabajo con el objetivo de plantear una propuesta de indicadores para la Agenda Post 2015, el resultado final fue una lista de 50 indicadores que abarcan diversas problemáticas de salud pública, tales como salud mental, enfermedades crónico-degenerativas, salud infantil y materna, así como acceso a los servicios de salud. Esta propuesta se presentará ante la Organización de las Naciones Unidas como una iniciativa mexicana para la Agenda Post 2015.

Por otro lado, dentro del Comité Técnico Especializado de Población y Dinámica Demográfica (CTEPDD) en el que la DGIS participa como vocal, se llevaron a cabo trabajos en torno al diseño de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), con esto se consiguió la incorporación de preguntas relevantes para el Sector Salud, referentes al tema de mortalidad infantil y nacimientos.

La DGIS, como representante del Sistema Nacional de Salud en el Comité Técnico Especializado de Información Estadística y Geográfica de Desarrollo Social (CTEIEGDS), en cumplimiento con el plan de trabajo del mismo, concretó la incorporación de tres nuevos indicadores clave al Catálogo Nacional de Indicadores: proporción de niños menores de cinco años con insuficiencia ponderal, gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud, y porcentaje de hogares con gasto catastrófico en salud por quintil de ingreso.

En octubre de 2013 se publicaron las estimaciones de la población, desagregada por derechohabientes y no derechohabientes para el periodo 2010-2015 a nivel municipal. Estas estimaciones se hicieron con base en las Proyecciones de Población vigentes del CONAPO y en el cuestionario ampliado del Censo de Población y Vivienda 2010, además se logró desagregar en grupos de edad quinquenal a la población a nivel municipal publicada por el CONAPO por grandes grupos de edad para el periodo 2010-2018.

Derivado del acuerdo establecido en el CTESS para el cambio de fuente utilizada en el cálculo de indicadores de mortalidad de niños menores de cinco años y razón de mortalidad materna, así como en todos los indicadores que consideren a los nacidos vivos, se realizaron talleres para la capacitación de las áreas de estadística estatales, la Secretaría de Salud e instituciones del Sistema Nacional de Salud con el objetivo de proporcionarles los conocimientos necesarios que les permitan calcular sus propios indicadores con base en la metodología de ajuste aprobada para tal fin.

### 2.3 Dirección General de Evaluación del Desempeño

La Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED) tiene entre sus principales atribuciones: coordinar las evaluaciones de los programas prioritarios de salud, desarrollar acciones para evaluar el funcionamiento de las unidades de atención médica y evaluar el desempeño de los

sistemas de salud. Las acciones realizadas por la DGED son las siguientes:

De diciembre de 2013 a marzo de 2014, se coordinó la integración de los apartados de salud para el Primer Informe de Ejecución del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND), con el objetivo de informar sobre las acciones y resultados del PND en materia de salud. Durante el mes de noviembre de 2013, se concluyó la elaboración del informe de Rendición de Cuentas en Salud 2012, instrumento que reporta los logros alcanzados en la implantación del Programa Sectorial de Salud 2007-2012 y los avances en las metas correspondientes a los Objetivos de Desarrollo del Milenio en esta materia. En ese sentido, se iniciaron los trabajos de formación del documento que darán cuenta de los cumplimientos del Programa Sectorial de Salud 2013-2018, para el periodo 2013.

De enero a mayo de 2014, se construyeron los Indicadores de Resultado correspondientes al año 2012 para su difusión. Estos indicadores fueron aprobados desde el año 2002 por el Consejo Nacional de Salud y tienen como propósito informar sobre la situación que guardan los objetivos intermedios o instrumentales de los sistemas de salud vinculados con las condiciones de salud, disponibilidad y accesibilidad, calidad técnica e interpersonal, aceptabilidad, eficiencia, sustentabilidad y anticipación. Los principales usuarios de estos resultados son los Servicios Estatales de Salud del país. Además, durante junio y julio de 2014 se llevó a cabo la revisión y actualización de estos indicadores para el periodo 2001-2011 conforme a las nuevas Proyecciones de Población 2010-2050 del CONAPO, a fin de validar los datos históricos.

Durante julio de 2013 se difundió el reporte de seguimiento de metas 2012 del Programa Nacional de Salud 2007-2012 (PRONASA 2007-2012). Los objetivos del documento son: i) dar a conocer los cumplimientos obtenidos con la implantación de las estrategias y líneas de acción que les competen a las unidades administrativas de la SS involucradas; ii) identificar los retos y factores que inciden negativamente en el cumplimiento de sus compromisos, iii) brindar evidencias que permitan ajustar o reorientar las acciones y esfuerzos de manera oportuna. En el mismo sentido, en febrero de 2014 se actualizó la página web de la DGED para incluir el seguimiento de las metas del PROSESA 2013-2018, con la información actualizada hasta ese momento.

Con el fin de dar cumplimiento al “Acuerdo 01/2013 por el que se emiten los Lineamientos para dictaminar y dar seguimiento a los programas

derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018”, durante marzo y abril de 2014, la DGED participó con diversas unidades de la Secretaría de Salud, en la definición e integración de las metas intermedias de los indicadores establecidos en el PROSESA 2013-2018.

También se colabora activamente en el CTESS, cuyo propósito es consolidarse como la instancia de participación, consulta y colaboración de las dependencias y entidades de la administración pública federal, y demás actores involucrados en los sistemas nacionales de estadística y de información geográfica relacionados con el Sector Salud. De igual manera, la DGED forma parte del CEMECE, en la promoción y uso correcto de las Clasificaciones Internacionales de la OMS, entre las cuales se encuentran la CIE, CIF y la CPM.

En el periodo de este informe, la DGED coordinó las siguientes evaluaciones externas:

1) Programa de Caravanas de la Salud en localidades de alta y muy alta marginación con población indígena, en el cual se analizaron las condiciones de salud en estas localidades, utilizando la ENSANUT 2012. Además se visitaron 60 localidades con una proporción de 40% o más de población indígena en las entidades de Chihuahua, Estado de México, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Yucatán, en donde se aplicó una encuesta que contenía mediciones de hemoglobina glicosilada, tensión arterial, peso y talla en niños menores de cinco años, mujeres entre 10 y 59 años de edad y adultos de 40 años y más. Se recolectó información de 1,083 hogares en los cuales se interrogó a un total de 2,133 residentes del hogar. Además, con una estrategia cualitativa, se evaluó la suficiencia, eficacia y oportunidad de los procesos operativos del programa, para lo cual se realizaron 61 entrevistas semiestructuradas y se conformaron tres grupos focales con personal de las Unidades Médicas Móviles (UMM), y 64 a usuarios de los servicios de las Caravanas de la Salud en las entidades federativas del Estado de México, Puebla y Oaxaca. Esta evaluación consideró los siguientes campos operativos:

- Procesos
- Cobertura efectiva
- Calidad de la atención en salud
- Interculturalidad del programa
- Telemedicina

2) Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) del Sistema de Protección Social en Salud, mediante el cual se realizaron visitas a 25 Centros

Regionales de Alta Especialidad, de los cuales dos de estos corresponden a Organismos Públicos Desconcentrados (Hospital Civil de Guadalajara y Hospital Universitario de Monterrey), distribuidos en 16 entidades federativas (Aguascalientes, Baja California, Distrito Federal, Durango, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Michoacán, Nuevo León, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Tabasco, Veracruz y Yucatán). Lo anterior corresponde a 25 unidades médicas. Además, se realizaron entrevistas a médicos, enfermeras o trabajadores en contacto con las pacientes en la unidad; se revisaron los expedientes clínicos para recuperación de información relacionada con procedimientos realizados; se efectuaron visitas domiciliarias a pacientes seleccionados; y se verificaron bases de datos de mortalidad y vinculación con los resultados de los trazadores clínicos de cáncer de mama, cáncer cervicouterino y leucemia linfoblástica aguda. Para esta evaluación se consideraron los siguientes análisis:

- Sobrevida
- Gasto del FPGC
- Componente gerencial

3) Centros de Salud con Servicios Ampliados y Centros Avanzados de Atención Primaria a la Salud, en el que se analizó el funcionamiento de este tipo de centros para valorar si este modelo de atención puede constituirse en una propuesta generalizable que contribuya a mejorar el desempeño de los servicios de atención primaria bajo la administración de los gobiernos estatales. El estudio consideró una muestra de 25 unidades con las características de interés, en las cuales se aplicaron listas de cotejo, revisión de expedientes clínicos y una encuesta a usuarios. Como principales resultados se encontró variabilidad entre los estados y al

interior de los mismos, en materia de desempeño. Existen unidades con un excelente equipamiento, efectivamente valoradas como centros de atención avanzada por sus usuarios. Sin embargo, hay otras unidades que replican las deficiencias de los centros de salud tradicionales, como la falta de horarios extendidos o problemas con el abasto de medicamentos y equipo.

En mayo de 2014 se publicó el Manual de Indicadores para la Evaluación de Servicios Hospitalarios, el objetivo del documento es brindar apoyo a los responsables de evaluación en las 32 entidades federativas mediante la definición de un marco conceptual para la evaluación de servicios de salud; asimismo, se sugiere presentar un conjunto de propuestas concretas de indicadores que pueden aportar información para la toma de decisiones en la operación de las unidades de atención.

Por otro lado, con la finalidad de mejorar el impacto de los ejercicios de evaluación de servicios, además de fortalecer la cooperación con las entidades federativas, la DGED coordinó el desarrollo de cuatro reuniones regionales para la integración de un grupo de trabajo en materia de evaluación de servicios de salud. Estas reuniones se efectuaron en Morelos, Campeche, Aguascalientes y Nuevo León y, al final de las mismas, se logró contar con la participación de las 32 entidades federativas y de directivos hospitalarios. Como resultado de estas reuniones, se sentaron las bases para un esquema uniforme de monitoreo de hospitales en las 32 entidades federativas, así como para la constitución de un grupo de trabajo en la materia. Con estos elementos se integrará un nuevo manual de evaluación, con carácter operativo, en el que se espera establecer un marco uniforme para la evaluación de servicios de salud en el país.



En ese sentido, se llevó a cabo la Reunión Nacional de Evaluación del 27 al 29 de agosto con el objeto de dar a conocer a los representantes de planeación y evaluación de las entidades federativas la perspectiva de las actividades de evaluación en la presente administración, así como compartir experiencias estatales en la materia y generar acuerdos que promuevan el uso de los resultados del monitoreo y evaluación a nivel estatal.

Por otro lado, se llevó a cabo el diseño de tres proyectos de evaluación: la “Evaluación 2014 de la Estrategia de Implantación de las Guías de Práctica Clínica en el Sector Salud”, el “Monitoreo de indicadores de calidad en hospitales” y la “Encuesta 2014 para el seguimiento de los indicadores del PROSESA 2013-2018”. Este diseño consistió en la integración de los términos de referencia que normarán la ejecución de los proyectos, los estudios de mercado correspondientes y la integración de la documentación necesaria para efectuar el proceso de contratación, mediante el cual se determinará el proveedor a cargo de la ejecución de los mismos.

Se espera que las actividades de estos proyectos comiencen en agosto del presente año. Entre junio y agosto de 2014, 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 del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 en lo que concierne al Sector Salud.

De acuerdo con el Programa Anual de Evaluación (PAE), publicado por el Consejo Nacional de Evaluación del Desarrollo Social (CONEVAL), la Secretaría de la Función Pública (SPF) y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), se ha dado cumplimiento a lo establecido en el calendario de ejecución del PAE 2013 y a lo que va del año 2014. En este sentido, se elaboraron 19 fichas de evaluación y monitoreo de los programas coordinados por la Secretaría de Salud.

Por otro lado, se participó en las mesas técnicas de aprobación de los indicadores de las Matrices de Indicadores de Resultados (MIR) como enlace y comentarista de los siguientes programas: Comunidades Saludables (S037), Unidades Médicas Móviles (S200), Sistema Integral de Calidad en Salud (S202), Programa de Fortalecimiento a las Procuradurías de la Defensa del Menor y la Familia (S250) y Programa de Desarrollo Comunitario “Comunidad DIFerente” (S251).

## 2.4 Dirección General de Calidad y Educación en Salud

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) conduce la política nacional con el objetivo de elevar la calidad de los servicios de atención médica y asistencia social, la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud, asimismo, la elaboración de Normas Oficiales Mexicanas (NOM) en las materias de su competencia.

Con el propósito de disminuir la variabilidad en los procedimientos de atención médica y mejorar la calidad técnica de los servicios de salud, de septiembre de 2013 a junio de 2014 se realizaron acciones presenciales de difusión de las Guías de Práctica Clínica (GPC) en 29 entidades federativas. Dichas guías han sido integradas en 10,301 unidades de los servicios de salud de las entidades federativas dentro de su programa de Educación Médica Continua, y 6,085 han realizado cursos y talleres a través de los gestores de calidad de las unidades de salud.

De septiembre de 2013 a agosto 2014 se implementó el Modelo de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente en 360 hospitales del Sector Salud (de 423 de mediana y alta complejidad) para promover la aplicación de intervenciones seguras y altamente costo-efectivas. Para el aprendizaje de prácticas seguras, se otorgaron asesorías técnicas, y en dos diplomados virtuales se capacitó a 417 gestores de calidad en 18 entidades federativas.

Además, de septiembre de 2013 a junio de 2014 se asociaron 13 unidades a “Calidad de los Servicios de Odontología”, sumando un total de 693.

A fin de estandarizar el cuidado de pacientes con heridas (pie diabético, quemaduras y úlceras venosas o por presión), iniciaron operación 87 Clínicas de Heridas. En ese sentido, se capacitaron en la materia más de 900 profesionales de la salud, con el objetivo de homologar las capacidades. De septiembre de 2013 a agosto de 2014 se capacitaron más de 1,500 profesionales de enfermería del Sistema Nacional de Salud en terapia de infusión y se inauguraron 12 clínicas de catéteres, dando un total de 251 clínicas. De igual manera, se estableció un vínculo de coordinación con COFEPRIS para mejorar la seguridad en el proceso de medicación por parte del personal de enfermería.

Al primer cuatrimestre de 2014, se cuenta con 13,478 Avales Ciudadanos en 12,883 unidades del sector. A agosto de 2014 se han entregado 78 mil

Cartas Compromiso para la mejora de la Calidad y el Trato Digno a los usuarios, cumpliéndose los compromisos establecidos en 62% de las cartas. Por otra parte, se ha realizado una contraloría social en 158 de las 169 unidades ganadoras de Acuerdos de Gestión. En ese sentido, a agosto de 2014 se cuenta con 2,798 Gestores de Calidad: 1,808 en primer nivel de atención, 712 en segundo y tercer nivel, y 278 Gestores Jurisdiccionales.

El Modelo de Gestión para la Atención de Quejas, Sugerencias y Felicidades (MANDE) se encuentra en más de 8,204 establecimientos médicos. En el último cuatrimestre de 2013, se registraron 16,880 quejas de las cuales se resolvieron 10,862, a la par, se recibieron 7,736 felicitaciones y 5,031 sugerencias de mejora por parte de los usuarios.

Derivado de las convocatorias de financiamiento del Sistema Integral de Calidad en Salud 2014, se recibieron 925 Proyectos de Gestión de 553 unidades de primer nivel de atención y 372 de hospitalización; 166 Proyectos de Capacitación, 26 de Investigación y 14 Foros Estatales de Calidad con la participación de los Servicios de Salud de 31 entidades federativas, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Por primera ocasión participaron la Secretaría de Marina (SEMAR) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales del Gobierno y Municipio del Estado de Baja California.

En el primer cuatrimestre de 2014, como mecanismo de evaluación en la implantación de estrategias de mejora, 10,826 unidades médicas del Sector Salud reportaron resultados de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), cifra que representa un incremento de 901 unidades en relación con el último cuatrimestre de 2013. En esta materia, el Comité Nacional por la Calidad en Salud acordó que la DGCES propondrá indicadores de calidad sectoriales a fin de homologar su reporte y periodicidad en cada institución.

En cuanto al proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud, de marzo de 2004 a julio de 2014 se han acreditado 11,343 establecimientos para las acciones del CAUSES, incluidas 301 UMM del Programa Caravanas de la Salud y 836 establecimientos para intervenciones del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Cabe resaltar que, únicamente, de enero a junio de 2014 se han acreditado 35 establecimientos de primer y segundo nivel para las intervenciones del CAUSES y 11 servicios del FPGC.

A junio de 2014 se ha confirmado la adherencia de 5,482 establecimientos médicos de los Servicios de Salud de las 32 entidades federativas al proceso de evaluación del expediente clínico denominado Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC). Con el fin de contar con los resultados individualizados de la evaluación obtenida por cada unidad médica, durante diciembre de 2013 se creó una aplicación informática que permitirá monitorear de manera cuatrimestral el nivel de calidad del modelo en los ámbitos local, jurisdiccional, estatal y nacional.

Se encuentran asociadas al modelo de Prevención y Reducción de la Infección Nosocomial (PREREIN), 268 unidades médicas (141 de primer nivel y 127 de segundo nivel) al primer semestre de 2014, lo cual representa 67.33% de avance con respecto a la meta de 398 unidades.

A junio de 2014 se realizaron 11 visitas de supervisión a las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) de las que resultó la emisión de 11 dictámenes anuales aprobatorios para que continúen con su funcionamiento.

A través del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, se publicaron las Normas Oficiales Mexicanas en materia de Atención Médica Pre hospitalaria, Servicio Social de Pasantes de Medicina y Estomatología y de Asistencia Social Alimentaria a Grupos de Riesgo. Además, se continúa con el desarrollo del Programa Nacional de Normalización (PNN) del presente año.

En relación al Programa Hospital Seguro ante Desastres, de septiembre de 2013 a junio de 2014, se capacitaron 80 trabajadores como evaluadores hospitalarios y se ha supervisado y evaluado 525 establecimientos para la atención médica del SNS.

En la promoción llevada a cabo en el 2013 del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud se otorgaron 11,631 estímulos: 2,404 médicos, 7,046 enfermeras, 290 odontólogos, 743 químicos, 421 trabajadores sociales y 728 correspondientes a otras disciplinas. En la promoción de 2014 se encuentran en evaluación 14,746 profesionales de la salud.

De septiembre de 2013 a agosto de 2014, se establecieron acuerdos de colaboración con la

OPS para identificar criterios de homologación del Observatorio de Recursos Humanos para la Salud en México y el Observatorio Regional.

Con el fin de contribuir a la mejora de los procesos sustantivos de las unidades administrativas a nivel central, en el periodo que abarca el Informe, el Subcomité de Capacitación Técnico Médico aprobó 58 eventos de capacitación con costo (98% de los solicitados), en los que participaron 858 trabajadores de base y confianza del área médica, paramédica y afín.

Por otro lado, en septiembre de 2013 se realizó el XXXVII Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) para el cual se elaboraron y validaron 5,843 reactivos nuevos y se calibraron 8,506 reactivos del banco existente. Sustentaron el examen 25,323 médicos y se seleccionaron en el proceso ordinario 6,939; se realizaron 3 proyectos de evaluación de la seguridad de la información 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 en los procesos.

El Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Estomatológicas (ENARE) se aplicó a 591 sustentantes (9.08% más que 2012) y fueron seleccionados 39 nacionales y 4 extranjeros para 14 sedes.

En relación con el internado médico y servicio social de medicina y carreras afines se programaron 30,605 campos clínicos. Asimismo, se asignaron 3,327 campos clínicos para servicio social en estomatología en agosto 2013 y 2,315 en febrero 2014. En los ciclos febrero y agosto 2013-2014, se encontraban realizando Servicio Social de Enfermería 32,006 pasantes (24,243 en la SS; 4,132 en el IMSS; 751 en el ISSSTE; 217 en el DIF; 2,663 en otras instituciones). En el posgrado, se asignaron 9,300 campos clínicos para residencias médicas en 134 unidades hospitalarias de los Servicios de Salud de los Estados, de los que egresaron 2,247 especialistas; en 26 unidades hospitalarias se encuentran 404 médicos extranjeros realizando cursos de especialización. Se programaron 1,449 especialistas del último año de su formación para realizar rotación de campo en 132 unidades hospitalarias.





## 2.5 Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Con la misión de satisfacer las necesidades de gestión y evaluación de tecnologías para la salud mediante la asesoría, la coordinación de esfuerzos sectoriales, la generación, integración y divulgación de información, el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC-Salud) elaboró, entre el 1 de septiembre de 2013 y el 31 de agosto de 2014, nueve asesorías sobre efectividad,

seguridad y eficiencia de tecnologías para la salud, a solicitud de autoridades del Consejo de Salubridad General y de la Secretaría de Salud.

En este sentido, el indicador del porcentaje de recomendaciones emitidas en materia de Evaluación de Tecnologías para la Salud, adoptadas por los tomadores de decisiones en el periodo mencionado, tuvo un valor de 85.7%, superando 5.7% la meta programada (80%), como lo muestra el cuadro siguiente:

**CUADRO I. PORCENTAJE DE RECOMENDACIONES EMITIDAS EN MATERIA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS PARA LA SALUD ADOPTADAS POR LOS TOMADORES DE DECISIONES 2013-2014**

INDICADOR <sup>1/</sup>	UNIDAD DE MEDIDA	PERIODO	
		2012-2013	2013-2014*
Porcentaje de recomendaciones emitidas en materia de Evaluación de Tecnologías para la Salud adoptadas por los tomadores de decisiones	Recomendaciones adoptadas/recomendaciones emitidas x 100	85.7%	85.7%

1/ La periodicidad de este indicador es semestral

FUENTE: Elaborado con datos del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Secretaría de Salud, 2012-2014

\*Septiembre de 2013 - agosto de 2014

De septiembre de 2013 a agosto 2014, se realizó el Diplomado a distancia de Evaluación de Tecnologías para la Salud, con 70 funcionarios inscritos, pertenecientes al Consejo de Salubridad General (CSG), Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Este Diplomado llevó a cabo tres reuniones presenciales para presentar los trabajos realizados a lo largo del diplomado virtual, la primera, los días 27 y 28 de noviembre de 2013, con la asistencia de 70 alumnos. La segunda, los días 6 y 7 de mayo de 2014, y la tercera, el 30 de junio y 1 de julio, ambas con una asistencia de 62 alumnos. El objetivo de este diplomado fue contribuir en la formación de profesionales del Sector Salud en Evaluación de Tecnologías en Salud que faciliten la toma de decisiones relacionadas con la incorporación, uso o retiro de tecnologías utilizadas en los servicios de salud.

Durante el mismo periodo, se realizó la evaluación de los aspectos clínicos, económicos y sociales de tres intervenciones para la salud: tamizaje de cáncer cervicouterino, tamizaje de cáncer de mama

y tamizaje de cáncer de próstata, con el objetivo de establecer las acciones más costo-efectivas para la detección de esas patologías.

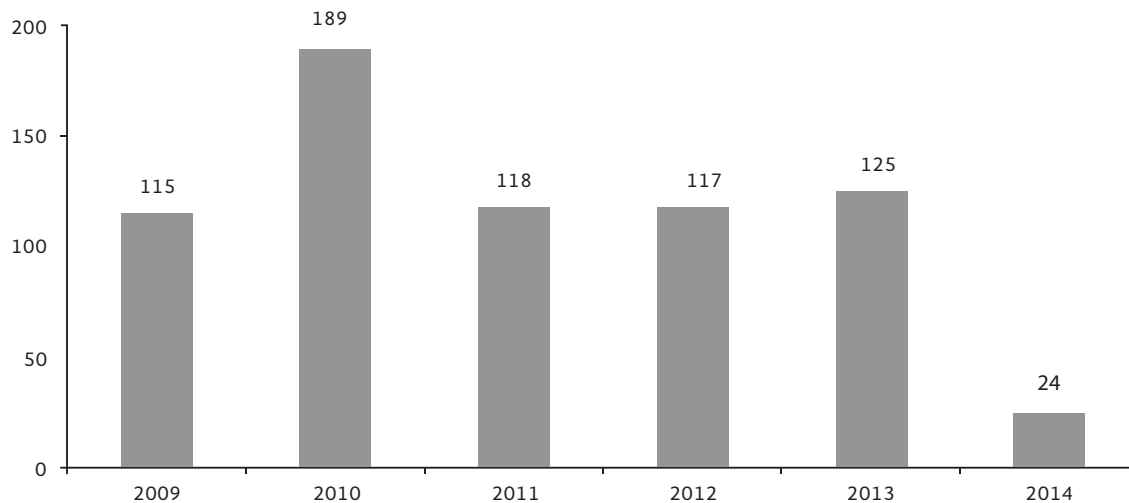
Referente a los mecanismos implementados para homologar la calidad de los servicios de salud, durante el periodo del 1 de septiembre de 2013 al 31 de agosto de 2014, el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica (CNGPC) autorizó 63 Guías de Práctica Clínica (GPC) para sumar un total de 688 guías publicadas en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica (CMGPC). En este mismo periodo, se actualizaron 28 GPC, que sumadas a las 113 anteriores dan un total de 141 GPC.

Al mes de agosto de 2014, han participado 324 profesionales de la salud capacitados en medicina basada en evidencia en la conformación del catálogo. Se puede afirmar que el CMGPC cuenta con 301,726 consultas nacionales e internacionales durante el mismo periodo. En la gráfica siguiente, se desglosan las 688 GPC por año de publicación.

GRÁFICA 1. NÚMERO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA POR AÑO DE PUBLICACIÓN

**688 GPC PUBLICADAS, 2009-2014 <sup>1/</sup>**

(Número de guías)



<sup>1/</sup> Para el último año las cifras están al mes de julio  
FUENTE: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

Se debe resaltar que la implementación de programas de Telesalud facilita el acceso de los usuarios a la atención médica, por lo que el PROSESA 2013-2018 incorpora acciones para fortalecer dicha modalidad, creando modelos de atención médica a distancia, incrementando la red de atención de Telemedicina e incorporando su uso en zonas de población que vive en situación de vulnerabilidad.

En apoyo a la Estrategia Digital Nacional, al mes de junio de 2014, se cuenta con 504 unidades médicas que otorgan servicios de Telesalud en el país, de esta forma, se fortalece la infraestructura para soportar dichos servicios.

Para lograr el crecimiento de los proyectos de Telesalud a nivel nacional, CENETEC-Salud apoya la implementación de los proyectos a través de asesorías, recomendaciones y dictámenes técnicos, por lo que de septiembre de 2013 a junio de 2014, se han realizado en total 19 asesorías a las entidades federativas de Coahuila, Distrito Federal, Jalisco (2), Nuevo León, Querétaro, San Luis Potosí, Tabasco, Tlaxcala, Yucatán y Zacatecas (2). También en instituciones de salud: Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey, Secretaría de Desarrollo Social, Instituto Nacional

de Enfermedades Respiratorias, DGPLADES-Caravanas de la Salud y CEFERESOS.

En conjunto con la Comisión Nacional de Seguridad y el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, se ha trabajado para la implementación de un programa piloto de atención médica a distancia en cuatro Centros Federales de Readaptación Social.

Con el fin de instrumentar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud, se realizaron cuatro modelos de telesalud: atención médica a distancia, equipamiento para teleeducación en salud, equipamiento para telemonitoreo mediante dispositivos móviles, y equipamiento para teleradiología.

Para fortalecer el intercambio de experiencias y mejores prácticas, se ha capacitado a aproximadamente 94 profesionales de la salud pertenecientes a diversas instituciones del Sistema Nacional de Salud, entre ellas, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y Servicios Estatales de Salud (SESA), mediante el curso virtual "Modelo Operativo de la Teleconsulta en Telemedicina" en colaboración con la OPS.

En ese sentido, en el marco del Congreso Nacional de Telesalud llevado a cabo en la ciudad de Zacatecas en septiembre de 2013, se capacitaron 500 profesionales de la salud en temas afines.

Cabe mencionar que para el seguimiento e implementación de los programas de Telesalud en entidades federativas se cuenta con 28 Coordinadores Estatales en la materia.

En la misma línea, conforme a las atribuciones conferidas en el Artículo 41 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y en apego al Programa Sectorial de Salud 2013–2018, se tiene en su Objetivo 5, “Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud”, de lo cual se desarrollaron las Cédulas de Especificaciones Técnicas y los Modelos de Equipamiento Médico, como herramientas que se utilizan a nivel intersectorial que permiten una mejor toma de decisiones en la selección de los dispositivos médicos. Partiendo de la referencia de que en el periodo 2007 a 2013 se generaron 373 Cédulas de Especificaciones Técnicas para 106 tecnologías diferentes y 36 modelos de equipamiento médico, en el periodo del 1 de septiembre de 2013 al 31 de agosto de 2014, se generaron y actualizaron 15 Cédulas de Especificaciones Técnicas.

A fin de mejorar la planeación y optimización de recursos financieros para la incorporación de equipo en las unidades de atención a la salud, los Certificados de Necesidad de Equipo Médico

(CDNEM) y los Dictámenes de Validación de Equipamiento Médico (DVEM) se han posicionado como instrumentos necesarios para la autorización de otorgamiento de dichos recursos financieros.

Con el antecedente de que en el periodo comprendido entre 2007 y 2013 se otorgaron 74 CDNEM por un valor superior a 1,500 millones de pesos, en el periodo del 1 de septiembre de 2013 al 31 de agosto de 2014 se han atendido 38 Dictámenes de Validación de Equipo Médico y 14 Certificados de Necesidad de Equipo Médico, que representan un monto superior a los 200 millones de pesos.

De igual forma, se impulsó el proyecto de Centros Estatales de Ingeniería Biomédica en los Servicios Estatales de Salud (SESA) para mejorar la gestión de equipo médico en las entidades federativas y con ello la prestación de servicios de salud. Al 31 de agosto de 2014, son 29 las entidades que cuentan con un responsable de gestión.

Como último elemento de las acciones para establecer una planeación y gestión interinstitucional de recursos (infraestructura y equipamiento) para la salud, se promovió la creación de un Grupo Interinstitucional de Equipo Médico y Telesalud, conformado por la Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE y SEDENA. De octubre de 2013 a la fecha se han realizado seis reuniones, compartiendo información sobre bases de datos de equipo médico.





### 3. SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD



Con la finalidad de contribuir al cumplimiento de las estrategias y líneas de acción establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, relacionadas con la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, la Subsecretaría fortaleció las acciones de rectoría, normatividad, capacitación, supervisión y seguimiento del ejercicio de los recursos transferidos a las entidades federativas por las unidades administrativas correspondientes.

Destacan dentro del periodo de referencia las acciones orientadas hacia el cumplimiento de los compromisos nacionales e internacionales, con particular énfasis en los Objetivos de Desarrollo del Milenio; salud materna y perinatal; planificación familiar y la atención de obesidad y *diabetes*, uno de los principales problemas de salud pública que enfrenta el país.

En ese sentido y en seguimiento a las prioridades establecidas en el PROSESA por la Dra. Mercedes Juan, Secretaria de Salud, se elaboró la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la *Diabetes*, dada a conocer por el C. Presidente de la República el 31 de octubre de 2013 y en la que se coordinan e integran los esfuerzos del gobierno, el sector privado y la sociedad civil en la prevención y atención de estos padecimientos y sus factores de riesgo. Asimismo, la Estrategia ha sido replicada y adaptada para su instrumentación en las 32 entidades federativas para que cada una contribuya al logro de las metas nacionales establecidas para 2018.

Con respecto a otros programas de acción específicos de prevención y promoción de la salud, se enfatizan las acciones realizadas en materia de planificación familiar, salud sexual y reproductiva en los adolescentes, prevención y atención de la violencia familiar y de género, igualdad de género en salud, cáncer en la mujer y en la infancia, vacunación, prevención y control de enfermedades transmisibles, incluyendo VIH, sida, tuberculosis, dengue y paludismo, entre otras. Además, se

resalta la consolidación de logros alcanzados para reducir la mortalidad infantil y en menores de cinco años, así como avanzar en la eliminación de la lepra y la oncocercosis.

### 3.1 Dirección General de Promoción de la Salud

Durante el periodo de informe se incorporó la promoción de la salud en todas las políticas públicas, con el propósito de incluir la salud como un criterio en las decisiones de política en todos los sectores.

#### Promoción de la Salud Escolar

- Con el propósito de contribuir a hacer de las escuelas entornos que favorezcan y mejoren la salud de las niñas, niños y jóvenes, se certificaron 9 mil 693 escuelas como promotoras de la salud. Además, se realizaron 8,692,093 acciones preventivas y de detección de problemas frecuentes en salud, lo que permitió que 710,487 alumnas y alumnos fueran referidos a las unidades de salud.
- Se terminó con la actualización de la Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-2013, Promoción de la Salud Escolar, la cual fue publicada en diciembre de 2013, instrumento que contribuye a fortalecer el trabajo intersectorial en el ámbito escolar. El propósito central de la normativa es la promoción de la salud y la prevención de enfermedades a partir del reconocimiento, control y modificación de los determinantes de la salud de los escolares.
- Se diseñó la Red Mexicana de Escuelas Promotoras de la Salud con la asesoría de la Organización Panamericana de la Salud, esta herramienta virtual pretende contar con información actualizada sobre la salud de los escolares, facilitar el intercambio de conocimientos y experiencias de profesionales vinculados a la promoción de la salud en las escuelas, tanto del Sector Salud como de educación.
- A partir de 2014, se participa en el Grupo Interinstitucional para la Prevención de Conductas de Riesgo en Estudiantes de Educación Media Superior, que coordina la Subsecretaría de Educación Media

Superior de la Secretaría de Educación Pública, cuyo objetivo central es dirigir y potenciar las acciones que promuevan la salud y prevengan enfermedades relacionadas con la sexualidad y las adicciones en estudiantes.

### **Prevención y Control del Sobrepeso, Obesidad y Diabetes**

- En respuesta al acuerdo establecido por la Conferencia Nacional de Gobernadores (CONAGO) en su sesión del 14 de febrero de 2014, se apoyó a las entidades federativas para la elaboración e instrumentación de las 32 estrategias estatales, con la finalidad de generar documentos acordes al contexto de salud pública prevaliente en cada una de ellas. El acuerdo incluyó la participación de los sectores público, privado y social con respeto a los postulados de la Estrategia Nacional.
- Se apoyó la campaña “Chécate, Mídete, Muévete” del Sector Salud para difundir mensajes informativos y fomentar la adopción de estilos de vida saludables.
- Se creó el Programa de Alimentación y Actividad Física, con el fin de generar acciones específicas en promoción de alimentación correcta y práctica de actividad física en la población durante el ciclo de vida. Su operación inició en todo el país con el diseño de procedimientos para la promoción de la lactancia materna y la alimentación complementaria, el rescate de la cultura alimentaria tradicional y el consumo de agua simple potable. Se desarrollaron materiales educativos sobre estos temas y se gestionó la compra de unidades móviles de promoción de la salud como apoyo a estas acciones.
- Se logró la certificación de 295 comunidades como saludables para el periodo de enero a agosto de 2014; se logró evaluar 159 proyectos municipales, 16.1% adicional en comparación al mismo periodo en 2013.

### **Prevención y Promoción de la Salud de los Migrantes**

- La Secretaría de Salud, de manera coordinada con la Secretaría de Relaciones Exteriores y la Secretaría de Gobernación, ha organizado eventos que favorecen la atención de los migrantes: las Semanas Nacionales de Migración, la Semana Binacional de Salud y el Programa de Repatriación al Interior de México.
- Se brindaron 470,355 consultas médicas a migrantes con Atención Integrada de Línea de Vida (AILV), lo que representa 1.4% más con respecto al mismo periodo del año anterior.
- Se realizaron 21,092 talleres de promoción de la salud.

- Se certificaron 48 albergues de jornaleros agrícolas como entornos favorables para la salud, 4.1% más con respecto al mismo periodo del año anterior.

### **Promoción de la Salud de la Población Indígena**

- Se generó la línea de acción denominada “Promover la entrega de servicios de promoción de la salud a la población indígena con pertinencia cultural en lingüística”, con la participación de diversos programas e instituciones de la Secretaría de Salud y otras dependencias del Gobierno Federal; en un esfuerzo intersectorial para promover la salud de este grupo en condiciones de vulnerabilidad y contribuir así a alcanzar lo establecido en la meta nacional de lograr un México Incluyente. Se ha iniciado el proceso de certificación de promotores en los estados de Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Veracruz y Puebla.
- Se diseñaron, implementaron y evaluaron cuatro cursos-talleres de fortalecimiento de competencias laborales en promotores de la salud hablantes de lengua indígena en Chiapas, Oaxaca, Guerrero y Puebla.
- Se logró la certificación de 38 promotores de salud en el Estándar de Competencia ECO 196 Promoción de los Programas Públicos de Salud en la Población Hablante de Lengua Indígena, pertenecientes a los estados de Chiapas, Oaxaca, Guerrero y Puebla.

### **Cartillas Nacionales de Salud**

- Del 1 de septiembre de 2013 al 31 de agosto de 2014; 60,041,033 de las personas que demandaron una consulta recibieron al menos cinco de las intervenciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades de las que se registran en la Cartilla Nacional de Salud, lo que representa el 48.8%.
- De la población beneficiaria en atención integrada de línea de vida, 2,783,212 corresponde a mujeres embarazadas, 610,403 a mujeres en etapa de puerperio, 2,603,540 a población indígena y 474,236 a población migrante.
- Alrededor de 58,975,984 personas que asistieron a consulta durante el periodo mencionado, presentaron la Cartilla Nacional de Salud (casi el 50% de las consultas otorgadas); esto refleja que la población participa cada vez más en el cuidado de su salud y se ha favorecido el derecho a ejercer la atención a la salud.

### **Entornos y Comunidades Saludables**

- Se han certificado 14,174 entornos como favorables para la salud, incluidos los espacios de recreación

que ascienden a 214, así como 262 comunidades certificadas como saludables.

- De enero de 2013 a agosto de 2014, se han formado 258,829 agentes y procuradores de salud, con énfasis en la capacitación de mujeres embarazadas. En suma, 72,518 padres y madres de menores de cinco años que habitan en los municipios incluidos en la Cruzada Nacional contra el Hambre.
- Durante 2014, se incrementó el espacio de influencia y se fortaleció la imagen de la Red Mexicana de Municipios por la Salud, mediante la generación de asambleas donde se gestaron resoluciones con fuertes implicaciones en salud pública, ya que se han comprometido las partes involucradas en acciones con impacto en la salud de la población; lo anterior ha tenido eco en el Consejo Nacional de Salud.

### 3.2 Dirección General de Epidemiología

- La Dirección General de Epidemiología (DGE) avanzó en el fortalecimiento de la interacción entre sus dos Direcciones Generales Adjuntas y lo consolidó mediante la inauguración de las nuevas instalaciones del Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica (InDRE). Lo anterior garantiza que el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) continúe siendo un actor fundamental en la toma de decisiones en Salud Pública y garantice diagnósticos altamente confiables que permitan identificar los agentes causales de los brotes, epidemias o pandemias, así como emitir alertas tempranas en el contexto nacional e internacional.
- Se fortaleció la formación de recursos humanos especializados en la vigilancia epidemiológica, a través de la graduación de 10 alumnos de la residencia en epidemiología, nueve de ellos a través del programa de Graduación Oportuna de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), obteniendo cuatro residentes la mención honorífica. Se instaló el Comité Académico, realizándose cuatro sesiones con el objetivo de revisar y modificar el “Programa de Especialización en Epidemiología 2014-2017”. Se impartieron siete diplomados extramuros y un curso dentro de la DGE relacionados con la Vigilancia Epidemiológica (VE), contribuyendo al fortalecimiento de las capacidades técnicas del personal operativo en actividades de VE.
- El Centro Nacional de Enlace de México para el Reglamento Sanitario Internacional (CNE-RSI), en cumplimiento de los artículos 7 y 44 de dicho reglamento, ha notificado potenciales Emergencias de Salud Pública de Interés Internacional (ESPII), como

han sido: la detección y confirmación de *Vibrio cholerae* 01 Ogawa toxigénico; el informe sobre la solicitud de información de influenza para la temporada 2013-2014; la verificación de la situación de cólera en el municipio de Suchiate, Chiapas; el informe sobre el brote de enfermedad diarreica aguda en el crucero “Crown Princess” en el recinto portuario de Ensenada, Baja California, así como el caso de paludismo por *Plasmodium falciparum* en una turista originaria de Estados Unidos de América que se encontraba vacacionando en Los Cabos, Baja California Sur. Además participó en el monitoreo de la plataforma del subgrupo de trabajo de alerta y reporte temprano de la Iniciativa de Seguridad Global en Salud (GHSI por sus siglas en inglés).

- Durante el primer semestre de 2014, se consolidó la figura de los Centros Estatales de Enlace para RSI (CEE-RSI) como un mecanismo de verificación y evaluación de los eventos en el nivel local, que pudieran ser notificados a la OPS por el CNE-RSI. Además el CNE-RSI compartió con la oficina regional de OMS/OPS el informe de monitoreo epidemiológico con motivo de la Copa Mundial FIFA 2014 en Brasil.
- En septiembre de 2013, la DGE, a través de la Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria (UIES), fungió como Centro de Operaciones de Emergencia participando en la coordinación para las acciones de emergencia ante los ciclones tropicales Ingrid y Manuel.
- Se elaboraron y publicaron en la página electrónica oficial de la DGE los avisos epidemiológicos y preventivos de viaje para sarampión, poliomielitis y enfermedad por virus de Chikungunya.
- Se inició el abordaje de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes mediante los trabajos de coordinación para el establecimiento del Observatorio Mexicano de Enfermedades no Transmisibles (OMENT), con la elaboración del Documento Conceptual y el Documento Línea de Base.
- Se coordinó la integración de la información de mortalidad materna con la participación en 10 visitas de asesoría estatal y dos visitas de supervisión para el seguimiento a la instrumentación de la Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas. En este tema se participó en el foro internacional “Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna”; así como en el foro nacional para la revisión del Programa de Acción Específico del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y el Comité Nacional de Salud Materna y Perinatal.



- Se realizaron 13 sesiones del Grupo Técnico Institucional del Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE): 11 ordinarias y dos extraordinarias, esto incluye 39 reuniones de grupos de trabajo. También se mantuvo el foro nacional de difusión y coordinación “Pulso Epidemiológico”, mediante 37 sesiones de periodicidad semanal, se celebró una Reunión Anual de Fortalecimiento de la Capacidad de Respuesta del Sistema Nacional de VE; se atendieron 120 solicitudes de información del Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos, y se diseñaron e implementaron los sistemas de información en tiempo real de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de Cólera y Enfermedad Febril Exantemática.
  - Se evaluó la calidad de los sistemas de vigilancia epidemiológica mediante la elaboración de los indicadores de evaluación específicos de las enfermedades transmisibles, asimismo, se realizó el cierre anual 2013 de dengue, fiebre hemorrágica por dengue, enfermedades prevenibles por vacunación, VIH, sida, sífilis congénita, micobacteriosis, paludismo, cólera, influenza y rabia.
  - Se dio atención y seguimiento de brotes de padecimientos transmisibles, se apoyó con capacitación operativa para la VE de tuberculosis, enfermedad febril exantemática, parálisis flácida aguda, cólera y atención de brotes. Se coordinó la investigación de casos de sarampión presentado entre turistas extranjeros que visitaron la isla de Cozumel, y se coordinó y asesoró el control del brote de cólera en Tlaxcoapan, Hidalgo, ocurrido en junio de 2014.
  - Se amplió la cobertura institucional del Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes, con la participación del ISSSTE, IMSS, PEMEX y unidades privadas, y se realizó la prueba piloto de los formatos de los Registros Nacional y Poblacional de Cáncer.
  - En el caso del componente epidemiológico del Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones (SEED), se desarrolló una herramienta electrónica para la notificación de la mortalidad activa conforme a la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, la cual está vigente desde el mes de enero de 2014.
  - Durante el último trimestre de 2013 inició operaciones a nivel nacional la nueva plataforma del Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica (SUAVE), que incluye 142 padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica. Se publicaron los anuarios de morbilidad de 2012 y actualmente se continúa elaborando los anuarios 2013.
  - En relación a la Red Hospitalaria para la Vigilancia Epidemiológica (RHOVE), la cual está integrada por 426 hospitales del Sector Salud, se actualizó el manual de operación para la vigilancia hospitalaria. Se realizó una actualización del módulo de infecciones nosocomiales en la plataforma del SINAVE la cual se encuentra en prueba piloto. Actualmente se trabaja en la modificación de la NOM-045-SSA2-2005 para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
  - Se elaboraron los lineamientos generales de evaluación de las Encuestas Nacionales de Salud, así como también se creó un sitio en la página de internet oficial de la DGE para el registro de proyectos de encuestas. Hasta el momento se han recibido tres solicitudes de aprobación de proyectos de encuestas nacionales, de los cuales dos han sido evaluados con un dictamen aprobatorio mientras que uno continúa en proceso de evaluación.
  - En cuanto a la vigilancia por laboratorio, en 2014 se está llevando a cabo la primera fase de la supervisión a las 31 entidades federativas para cinco enfermedades prioritarias en salud pública: cólera, tuberculosis, influenza, dengue y VIH. A la fecha, se han evaluado 17 Laboratorios Estatales de Salud Pública (LESP), de los cuales, Chiapas y Chihuahua lograron obtener el reconocimiento a la competencia técnica y se estima que para agosto de 2014, se concluirá la primera etapa de supervisión de los 31 LESP y comenzará la segunda etapa de seguimiento a los planes de acción correctiva que envíen los LESP para su seguimiento y posible reconocimiento.
  - El índice de desempeño actual de la Red de Laboratorios de Salud Pública al cierre de 2013 es de 86.46, ubicándolo en un nivel satisfactorio y un promedio nacional de cobertura analítica con 24.26 de los 27 diagnósticos del Marco Analítico Básico en las 31 entidades federativas de la República Mexicana. De igual forma, 21 de las 31 entidades federativas cubren el 90%, por lo que se tiene una cobertura de 67.64% a nivel nacional, lo que está 0.64% por arriba de la meta estimada para 2014. Lo que nos aproxima a la meta planteada para 2018 (lograr que por lo menos el 70% de los Laboratorios Estatales de Salud Pública cubran el 90% del marco analítico básico del manual para la Evaluación del Desempeño Técnico).
- En relación con la cobertura diagnóstica, la meta programada para el ciclo 2013 y 2014 es procesar el 95% de las muestras recibidas en los LESP, al cierre de 2013 se cubrió en un 100%, así como en el primer trimestre de 2014. En relación con la oportunidad, la meta programada para el ciclo 2013 y 2014 es procesar el 90% de las muestras aceptadas en tiempo, al cierre de 2013 se cerró con una oportunidad de 97.9%.

### 3.3 Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

El Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) es responsable de determinar políticas y estrategias nacionales en materia de programas preventivos de salud, urgencias y desastres en salud, y enfermedades crónico-degenerativas, para la adecuada atención de la población.

- Debido a su magnitud y gravedad, el sobrepeso y la obesidad se han convertido en un problema importante de salud pública en México, por lo que para atender a la población afectada en el país, el 31 de octubre de 2013 se lanzó en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, la “Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la *Diabetes*”. El 24 de julio de 2014, se realizó el lanzamiento simultáneo de las 32 Estrategias Estatales para fortalecer y asegurar la instrumentación y adaptación regional y local de la Estrategia Nacional.
- La prevalencia por lepra se mantiene en México por debajo de un caso por cada 10 mil habitantes, lo que cumple con los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para considerar al país en etapa de eliminación de este padecimiento como problema de salud pública.
- México se mantiene dentro del estándar recomendado por la OMS en el tratamiento de personas con tuberculosis sensible (85%) con una medida de éxito de 87.1%.
- Durante las dos Semanas Nacionales de Salud Bucal efectuadas, se beneficiaron más de 12 millones de personas y se extendió la aplicación del Esquema Básico de Prevención en Salud Bucal a más de 98% de usuarios de servicios odontológicos de salud.
- Se atendieron en total 1,584 emergencias en salud, 95 por desastres y 1,489 por brotes. Se realizaron 12 operativos en respuesta al paso de los ciclones tropicales Fernand, Ingrid, Manuel, Raymond, Sonia, Amanda, Boris y a una baja presión, así como por los frentes fríos 12 y 20. Se controló un brote de cólera y se brindó atención a población expuesta a una fuente radiactiva de cobalto 60 que fue robada.
- En abril de 2014, se confirmó la eliminación de la transmisión de oncocercosis en el foco sur de Chiapas, lo que sumado a la confirmación de la eliminación que México ya tenía en los focos de Oaxaca y norte de Chiapas, lo hace elegible para que la OMS, previa

verificación, le conceda la certificación en 2015 como país libre de oncocercosis.

- El número de casos de paludismo descendió de 699 a 336 (51.9%) y el área afectada se redujo de 346 a 208 localidades (39.9%), mediante la eliminación de criaderos del vector y el tratamiento oportuno a casos y convivientes; con lo que se avanza en la eliminación de la transmisión en el país.
- De septiembre de 2013 a agosto de 2014, México se mantuvo sin casos de rabia humana transmitida por perro y otras especies, para lo que se brindó atención médica profiláctica a 81 mil personas agredidas y se indicó el inicio de tratamiento antirrábico en 17 mil (21.3% de personas agredidas).

#### Programas de Acción Diabetes, Obesidad-Riesgo Cardiovascular y Adulto Mayor

- En 6,792 Grupos de Ayuda Mutua Enfermedades Crónicas (GAM-EC) se han atendido 159,605 pacientes y 85% de sus integrantes (5% más que en el periodo anterior) son mujeres que brindan a sus familias educación sobre estilos de vida saludables.
- En 101 Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (UNEMES-EC) se atendieron 30 mil pacientes en alto riesgo cardiometabólico para prevenir o postergar la aparición de complicaciones, reducir la saturación hospitalaria y los gastos de atención. En estas unidades se cuenta con 250 grupos preventivos que impulsan planes individualizados de actividad física y nutrición dirigidos a personas en riesgo por padecer actualmente prediabetes, sobrepeso o hipertensión arterial.
- Se realizaron 34.2 millones de detecciones de enfermedades crónicas, 10.7 millones pertenecen a *diabetes* y 11 millones a hipertensión arterial. En el mismo lapso ingresaron a tratamiento 114,700 pacientes con *diabetes* y 126,978.
- Se llevaron a cabo 10.3 millones de detecciones de obesidad y 2.2 millones de dislipidemias, lo que representa un incremento de 0.6% y 31% respecto al periodo anterior.
- Se aplican actualmente los cuestionarios: “escala de depresión geriátrica” y “mini-mental”, “detección de caídas” e “incontinencia urinaria” en los servicios de salud, con la finalidad de mejorar la atención de los adultos mayores.

### Programa de Acción Para la Eliminación de la Lepra

- Los casos de lepra registrados entre septiembre de 2013 y agosto de 2014, disminuyeron 11% respecto al periodo de septiembre de 2012 a agosto de 2013.
- Las actividades del programa se han intensificado en 19 municipios con prevalencia de tasas mayores a 1 caso por cada 10 mil habitantes.
- Se gestionó con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la donación de tratamiento para casos nuevos y prevalentes de lepra.

### Programa de Acción Tuberculosis

- Se difundió de forma oficial la modificación que actualiza la NOM-SSA2-006-1993, para la prevención y control de la tuberculosis.
- Se compraron medicamentos de segunda línea para casos con farmacoresistencia.
- México participó con 11 trabajos de carácter técnico-científico en la 44ª Conferencia Internacional de Tuberculosis realizada entre el 30 de octubre y el 3 de noviembre de 2013 en París, Francia, y fue sede internacional de reuniones regionales para “jefes del programa de tuberculosis”, “Laboratorios Nacionales de Tuberculosis”, “Laboratorios Supranacionales de Tuberculosis”, y otra referente a comorbilidad: “Tuberculosis-VIH, sida”. Todas estas se efectuaron entre el 23 y 29 de mayo de 2014.

### Programa de Acción de Salud Bucal

- Con asesoría de la OPS, en junio de 2014, inició el Proyecto Salud Oral y Factores de Riesgo (SOFAR), que el CENAPRECE realiza en forma conjunta con la Secretaría de Salud de Tlaxcala para incluir la salud bucal en las consultas de atención primaria en comunidades con vulnerabilidad y acceso limitado al servicio de odontología.
- Se otorgaron más de 9 millones de consultas odontológicas y la consulta subsecuente tuvo un incremento de 9% respecto al periodo anterior. Se realizaron más de 100 millones de acciones preventivas a escolares y preescolares y 56.8 millones de actividades curativo-asistenciales intramuros, lo que representa 6.8% más de lo realizado entre septiembre de 2012 y agosto de 2013.

### Programa de Acción Urgencias Epidemiológicas y Desastres

- Debido a la presencia de los ciclones Ingrid y Manuel, se participó con Operativos Federales de Salud en la protección de 4,439,921 habitantes de 13 entidades federativas.
- Se participó en Ecuador en la 4ª Sesión de la Plataforma Regional para la Reducción del Riesgo de Desastres de las Américas (PR14), organizada por la Oficina Regional de la UNISDR para las Américas y en la Reunión Regional de las Américas, organizada por la OPS.
- Se identificaron 187 casos de cólera en el Distrito Federal (3), Hidalgo (159), Veracruz (14), Estado de México (9) y San Luis Potosí (2). De septiembre a diciembre de 2013 se desarrolló el Operativo para la Prevención y Control del Cólera en la Región Huasteca (Hidalgo, Veracruz y San Luis Potosí).

### Programa de Acción Vectores

- Se registraron 45,690 casos de dengue, cifra que refleja una reducción del 25% respecto al periodo anterior.
- La letalidad se ha mantenido en menos de 1% derivado de la vigilancia entomológica con ovitrampas, que permite identificar las áreas de riesgo y atenderlas con acciones integrales de control.
- En agosto de 2013, se declaró “Emergencia Sanitaria por Dengue” en Tabasco y se fortaleció el apoyo federal para controlar el brote.
- Al mes de junio de 2014, se confirmaron 594 casos de enfermedad de Chagas; los centros estatales de la transfusión sanguínea y bancos de sangre alcanzaron cobertura de 99% en tamizaje de donantes para prevenir la transmisión transfusional y prenatal de la enfermedad y en 2014 por primera vez se asignó recurso financiero para las acciones tendientes a eliminar la transmisión vectorial.
- A junio de 2014, se registraron 256,197 casos de intoxicación por picadura de alacrán y se distribuyeron 385 mil dosis de antídoto para garantizar el tratamiento en todos los casos. En el periodo, se ha dado tratamiento específico a los 384 casos registrados de leishmaniasis distribuidos en nueve entidades federativas (Campeche, Chiapas, Nayarit, Quintana Roo, Oaxaca, Sinaloa, Tabasco, Veracruz y Yucatán), lo que constituye un avance con respecto al periodo anterior en el que se trataron 613 casos de 810 diagnosticados (76%).

### Programa de Acción Rabia y Otras Zoonosis

- En dos Semanas Nacionales de Vacunación Antirrábica Canina y Felina, se promovió la inmunización de animales de compañía en las que se aplicaron 18 millones de dosis, y adicionalmente se esterilizaron quirúrgicamente 500 mil perros y gatos.
  - Debido a que persisten casos de rabia canina en Chiapas, está en marcha un operativo para control de foco rábico, en apoyo al Plan de Contingencia de Prevención y Control de Rabia en Tuxtla Gutiérrez.
  - En Baja California, Baja California Sur, Coahuila y Sonora se ensaya una metodología de control de garrapatas trasmisoras de rickettsiosis en perros, y en Durango y Nuevo León se efectúan “operativos para el control de la garrapata café del perro, transmisora de esta enfermedad”.
  - En Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Durango, San Luis Potosí, Sinaloa y Sonora, se lleva a cabo un plan de trabajo conjunto con el Instituto de Investigación de Ciencias Veterinarias de la Universidad Autónoma de Baja California para monitoreo de microorganismos del género Rickettsia en perros y garrapatas de lugares donde se sospecha que existe el problema.
  - Se realizaron 555,308 pruebas de tamiz para detección de brucelosis.
- Para 2013 la cobertura con esquema completo de vacunación en los niños menores de un año de edad fue de 83.7%, con más de 35 puntos porcentuales por arriba de la cobertura de 2012.
  - Para agosto de 2014 la cobertura estimada con esquema completo de vacunación en los niños menores de un año de edad es de 85%.
  - Durante la 3ª Semana Nacional de Salud, llevada a cabo en octubre de 2013, se aplicaron más de 7 millones de dosis de todas las vacunas, logrando 98% de la meta programada. Se dio continuidad a la aplicación de vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) a todas las niñas de quinto grado de primaria y a las niñas de 11 años no escolarizadas, con un logro en la aplicación de la primera dosis por arriba de 92%.
  - En la 1ª Semana Nacional de Salud 2014, realizada en febrero, se aplicaron más de 12 millones de dosis de todas las vacunas, con un cumplimiento de 97% en la meta programada.
  - La cifra preliminar de la 2ª Semana Nacional de Salud 2014, que se realizó en mayo, reporta la aplicación de más de 12 millones de dosis de todas las vacunas, con un logro de 97% de la meta programada. Además, se aplicó la segunda dosis de la vacuna VPH a todas las niñas de quinto grado de primaria y a las niñas de 11 años no escolarizadas, con un logro en la aplicación por arriba de 90%.
  - A través del Programa permanente se han aplicado más de 24 millones de dosis de todas las vacunas, del 1 de enero al 31 de agosto de 2014.

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

#### Programa de Vacunación Universal

El Programa de Vacunación Universal se lleva a cabo mediante dos estrategias: actividades permanentes y acciones intensivas. Las actividades permanentes se desarrollan durante todo el año y se centran en cubrir los esquemas básicos de vacunación.

Por su parte, las acciones intensivas se reflejan en las Semanas Nacionales de Salud y tienen como propósito lograr el control epidemiológico de determinadas enfermedades prevenibles por vacunación en un breve periodo. Los resultados obtenidos desde septiembre de 2013 hasta agosto de 2014, fueron:

- En 2013 la cobertura con esquema completo de vacunación en los niños de un año de edad fue de 85.3%,
- De enero a agosto de 2014, la cobertura estimada con esquema completo de vacunación en los niños de un año de edad fue de 86%.

#### Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia

El impacto en la disminución de las tasas de mortalidad por Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) e Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) obedece a las acciones específicas que se han realizado, abarcando los componentes de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno, así como la evaluación del desarrollo y estimulación temprana, prevención de accidentes en el hogar y atención de urgencias pediátricas en el primer nivel de atención, acciones dirigidas al recién nacido y acciones preventivas de nutrición en la infancia, detección temprana de alteraciones sexuales congénitas ligadas a cromosomas, así como estrategias transversales a todos estos componentes, como son capacitación en atención integrada en la infancia y supervisión. En tal sentido, los datos y las actividades principales fueron:

**Mortalidad:** De enero a diciembre de 2013, se observó una reducción porcentual respecto a 2012 de 2.3% en la tasa de mortalidad infantil, 2.5% en la tasa de mortalidad en menores de cinco años, 3.3% en la tasa de mortalidad por Enfermedades Diarreicas Agudas y 3% en la tasa de mortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas, disminución derivada del conjunto de acciones de atención integrada en el menor de cinco años.

Se mantuvieron activos los Comités de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia en 26 entidades federativas. De enero a mayo de 2014 se tienen activos 28 comités.

En cuanto a sesiones de análisis de mortalidad, en el periodo de septiembre-diciembre 2013, se logró el 85.3% de las 164 sesiones programadas. De enero a junio de 2014, se tiene un avance del 86.8% con relación a las programadas y se implementaron acciones en todos los niveles dirigidas a prevenir y disminuir la mortalidad en los menores de cinco años, mediante el análisis colegiado de las causas de defunción e identificación de eslabones críticos del proceso de atención basada en evidencia epidemiológica y clínica. Cabe destacar que la principal estrategia de intervención es la capacitación del personal médico de las unidades de salud, la que se enfoca a evaluación, clasificación y tratamiento de las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas, así como al Modelo de Atención Integrada con enfoque de calidad.

**Nutrición:** Los Programas de Infancia y Adolescencia dan seguimiento en las 32 entidades federativas para un adecuado control nutricional de los niños, niñas y adolescentes detectados con desnutrición, bajo peso, sobrepeso u obesidad.

**Evaluación del desarrollo y estimulación temprana:** En este rubro, de septiembre de 2013 a agosto de 2014 se evaluaron más de 1.2 millones de menores de cinco años y se capacitaron 1.1 millones de madres y/o cuidadores de menores de cinco años, que acudieron a consulta de niño sano en el primer nivel de atención, alcanzando el objetivo de la detección oportuna de posible riesgo de retraso en el desarrollo.

En coordinación con el Programa de Oportunidades y el Hospital Infantil de México "Federico Gómez", se trabaja en el Modelo de Promoción y Atención del Desarrollo Infantil (PRADI), así como en la conformación de la red de referencia para la atención de niños y niñas con riesgo de retraso en 23 entidades federativas, y en la impresión y

distribución de 25 mil manuales de aplicación de la prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI) a las unidades de salud de primer nivel.

**Capacitación:** Durante el mes de octubre de 2013, se llevó a cabo el 1er Curso-Taller Regional "Temas Selectos de Atención Integrada en la Infancia y la Adolescencia" dirigido a responsables estatales de capacitación, con un total de 45 participantes de 16 entidades de la región centro-norte del país. En junio de 2014 se realizó el 2º Curso-Taller Regional con un total de 48 participantes de las diferentes entidades de la zona centro-sur. En ese sentido se efectuaron dos talleres de Reanimación Cardiopulmonar Básica Pediátrica con 45 y 48 participantes, respectivamente.

De septiembre de 2013 a agosto de 2014, se realizó una capacitación nacional con un total de 53 participantes de las 32 entidades federativas, asimismo se realizaron seis cursos regionales en detección temprana de alteraciones sexuales congénitas ligadas a cromosomas (Síndrome de Turner), con el objetivo de fortalecer la capacitación en el personal de primer nivel de atención, y en los que participaron 332 personas.

El área de adolescencia tiene cuatro estrategias:

1. Grupo de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS): Son grupos formados con población adolescente, entre 10 y 19 años de edad, en las unidades de salud de primer nivel que desarrollan actividades de promoción en su comunidad, principalmente con sus pares. Durante el periodo de septiembre de 2013 a agosto de 2014, se formaron 1,718 GAPS, con lo cual suman 19,112 grupos activos en todo el país, además, se ha acreditado a 23,040 adolescentes en el mismo periodo.
2. Semana Nacional de Salud de la Adolescencia (SNSA): Son acciones intensivas de promoción de estilos de vida saludables a través de la oferta coordinada de servicios de salud entre el sector público y las Organizaciones de la Sociedad Civil. En 2013 la SNSA tuvo como énfasis temático la prevención del sobrepeso y obesidad, en el presente año está dedicado a la prevención y control de VIH y otras infecciones de transmisión sexual.
3. Acciones para la prevención de la violencia y el maltrato en niñas, niños y adolescentes: Las estrategias y líneas de acción se derivan del Plan Nacional para la Prevención de la Violencia y el Maltrato a Niñas, Niños y Adolescentes, articulando la sensibilización y difusión de información a través de cursos de capacitación donde participaron 2,243 responsables de salud del

primer nivel de atención. De septiembre de 2013 a agosto de 2014 se ha desarrollado la metodología de operación orientada a talleres para madres, padres, tutores y adolescentes, así como el diseño de materiales de capacitación para la impartición de los talleres.

4. Grupo de Atención Integral a la Salud de la Adolescencia (GAIA): Es un grupo conformado por los diferentes centros nacionales de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud con el propósito de unificar y fortalecer los distintos componentes de salud dirigidos a la población adolescente. Durante el periodo de septiembre 2013 a agosto 2014, se realizaron cinco reuniones del GAIA a nivel federal y 179 estatales. En el presente año se incorporaron las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

### **Programa de Cáncer en la Infancia y Adolescencia**

El Programa de Cáncer en la Infancia y Adolescencia está encaminado a llevar a cabo acciones de prevención primaria que disminuyan la incidencia de cáncer en la vida adulta, favoreciendo el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de niñas, niños y adolescentes, así como las medidas de prevención secundaria en los casos diagnosticados de cáncer en este grupo etario para mejorar el pronóstico de los pacientes.

Las acciones realizadas de septiembre de 2013 a agosto de 2014 son las siguientes:

- Se realizaron 875 supervisiones a unidades médicas de primer nivel de atención y 20 supervisiones a unidades médicas acreditadas en la atención de pacientes oncológicos pediátricos, con el fin de evaluar el manejo de personas menores de 18 años con sospecha de cáncer o con cáncer.
- 31 entidades federativas mantienen activos los Consejos Estatales para la Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y Adolescencia, responsables de coordinar las actividades estatales.
- Se realizaron 1,863,304 exploraciones de fondo de ojo en menores de cinco años, dirigidas a la detección oportuna de retinoblastoma y tumores del sistema nervioso central.
- Se otorgaron pláticas de sospecha de cáncer a 1,685,992 padres o tutores de mexicanos menores de 18 años.
- Se otorgó capacitación sobre detección de signos y síntomas de sospecha de cáncer en menores de 18 años a 1,928 médicos pasantes y a 2,626 médicos.

### **3.5 Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva**

#### **Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal**

Durante el periodo que se informa, se llevó a cabo la revisión final de la 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 está en espera de las observaciones del área jurídica de la Secretaría de Salud para su revisión final y su publicación. De igual manera, se revisó la NOM-034-SSA2-2002 para la prevención y control de los defectos al nacimiento; misma que está en proceso de publicación. Y de igual manera se generó un número del Boletín "Caminando a la Excelencia".

Cabe destacar que también se elaboró el Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal, y se han actualizado y reimpresso 17 materiales relativos a estos temas.

Por otra parte, a la fecha se lleva un avance de 80% en lo que respecta a la validación de la comprobación de los ejercicios fiscales 2011, 2012 y 2013.

En el periodo que se reporta, se estudiaron 924 muertes maternas en comités establecidos en entidades federativas y se retroalimentó a las unidades para mejorar la calidad de la atención otorgada, como parte de la estrategia para acelerar la reducción de la mortalidad materna.

#### **Programa de Acción Específico Cáncer de la Mujer**

Para fortalecer la detección oportuna de cáncer de mama, del 1 de septiembre de 2013 al 31 de agosto de 2014, se han realizado 877,682 mastografías en el grupo de 40 a 69 años de edad. Asimismo, se ha fortalecido la infraestructura para la evaluación diagnóstica de casos sospechosos con el inicio de operaciones de las Unidades de Especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico de Cáncer de Mama en Tlaxcala y Morelia, con lo cual suman ya 12 unidades de este tipo en el país, y se inició este año la construcción de cuatro unidades más en las ciudades de Culiacán, Sinaloa; Cuautitlán, Estado de México; Monterrey, Nuevo León, y Zacatecas.

De igual forma, para fortalecer la detección de cáncer de cuello uterino se realizaron 1,275,198

citologías y 970,232 detecciones biomoleculares de virus de papiloma humano en el grupo de 25 a 64 años de edad, lo cual suma un total de 2,245,430 mujeres con detección de cáncer de cuello uterino. En el periodo también se instrumentó un nuevo laboratorio de biología molecular en Querétaro para procesamiento de la prueba de VPH, de esta manera se consolida una red nacional de 21 laboratorios.

### **Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción**

Durante el periodo de septiembre de 2013 a agosto de 2014, se elaboró el Programa de Acción Específico Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018, resultado de una amplia consulta entre instituciones públicas de salud, organizaciones de la sociedad civil, instituciones académicas, investigadores y población en general. Este programa tiene como objetivo general contribuir a que la población ejerza su derecho a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el espaciamiento y el número de hijos que desea tener.

Para incrementar el acceso efectivo a servicios de planificación familiar y anticoncepción, se impulsó con recursos del Seguro Popular una compra centralizada de insumos anticonceptivos por un monto de 1,022 millones de pesos, lo que permitirá mejorar la calidad de la atención en unidades de salud y hospitales de la institución al poner al alcance de mujeres y hombres en edad reproductiva 13 opciones anticonceptivas para regular su fecundidad.

De septiembre de 2013 a agosto de 2014, el número de usuarias activas de métodos anticonceptivos registradas en el Sistema de Información en Salud (SIS) es de 3.1 millones, lo que representa una cobertura de 36.6% del total de mujeres unidas de 15 a 49 años de edad, que son responsabilidad de la Secretaría de Salud.

### **Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes**

Con el propósito de favorecer el acceso a información, educación y orientación en salud sexual y reproductiva para adolescentes, entre otros objetivos, se integró el Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018, el cual es referencia obligada para las instituciones públicas de salud. Igualmente, durante los meses de diciembre de 2013 y mayo de 2014

se difundió una campaña nacional de comunicación por radio y televisión dirigida a adolescentes y jóvenes, orientada a la reducción de embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual. En apoyo a esta actividad, los Servicios Estatales de Salud difundieron la campaña a través de televisoras y radiodifusoras locales.

Además, se apoyó con recursos financieros a los Servicios Estatales de Salud para fortalecer la infraestructura y mejorar la plantilla de personal de salud en los 1,095 Servicios Amigables para Adolescentes existentes al inicio de 2014. De septiembre de 2013 a agosto de 2014, el número de usuarias activas de métodos anticonceptivos menores de 20 años de edad registradas en el SIS es de 314.8 mil en unidades médicas de la institución.

### **Programa de Acción Específico de Equidad de Género**

Se elaboró el nuevo Programa de Acción Específico de Igualdad de Género en Salud 2013-2018. Se avanzó en la transversalización de la perspectiva de género en 20 programas de acción específicos y en documentos técnicos, normativos y productos informativos, a partir de lo establecido en el PROIGUALDAD 2013-2018, el PROSESA 2013-2018 y recomendaciones del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR).

Se desarrollaron acciones de sensibilización y capacitación en perspectiva de género en salud para personal de salud, con actividades como el Seminario Internacional de Perspectiva de Igualdad de Género en Salud, con 200 participantes; también se impartieron cursos-talleres dirigidos a 329 participantes. Además, el CNEGSR desarrolló acciones de perspectiva de género en la atención de la salud en 10 entidades federativas con la finalidad de promover acciones afirmativas que posibiliten la igualdad y la no discriminación hacia mujeres ni hombres, por motivo de sexo o género.

Por otra parte, se finalizaron cuatro estudios de: cuentas en salud reproductiva y equidad de género 2003-2012; comparativo de carga de enfermedad entre mujeres y hombres; acciones de atención con perspectiva de género en unidades de salud y estudio cualitativo para la actualización de la guía en salud sexual y reproductiva de mujeres y VIH. Se iniciaron también tres estudios: la actualización de cuentas en salud reproductiva 2013; perspectiva de género en adherencia al tratamiento y control de *diabetes mellitus* en mujeres y hombres, y diagnóstico sobre la atención a la salud mental y

psiquiátrica con perspectiva de género. Además se editó la revista de divulgación “Género y Salud en Cifras”, en su volumen 11 número 2 y 3, y volumen 12, número 1.

Cabe destacar que en 2013 el CNEGSR recibió, por segunda ocasión, la certificación ante la Norma Mexicana para la Igualdad entre Mujeres y Hombres. Es la única unidad administrativa de la Secretaría de Salud certificada por segunda ocasión ante esta norma.

### **Programa de Acción Específico de Equidad de Violencia Familiar**

De septiembre de 2013 a agosto de 2014, en los Servicios Especializados, se ha brindado atención a 219,094 mujeres de 15 años y más, a las que se les proporcionó 463,801 servicios de consejería; asimismo, se brindaron 465,938 atenciones de apoyo psicoemocional, y por último se otorgaron 98,546 atenciones médicas especializadas a mujeres de 15 años y más que vivieron algún tipo de violencia familiar o de género. Los Servicios Especializados brindan apoyo psicológico, atención médica y de trabajo social a mujeres de 15 años y más que viven en violencia severa. Para el año 2014 operan 345 servicios especializados ubicados en unidades de salud de las 32 entidades federativas.

En materia de refugios para la atención de mujeres en situación de violencia extrema, de septiembre de 2013 a agosto de 2014, la Secretaría de Salud coadyuvó en la atención de 1,931 mujeres, 1,662 niños y 1,727 niñas, lo anterior fue posible a través de subsidios a 44 refugios, de los cuales 31 son operados por Organizaciones de la Sociedad Civil y 13 por instituciones públicas. Dichos refugios se encuentran instalados en 26 entidades federativas y proporcionan servicios de: alimentación, hospedaje, atención médica, psicológica, jurídica y de trabajo social, así como capacitación para el empleo.

### **3.6 Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida**

#### **Prevención y Participación Social**

El Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (CENSIDA) ha emprendido acciones con el propósito de fortalecer la participación social en la respuesta nacional ante el VIH y el sida, así como para dar cumplimiento a los compromisos y acuerdos internacionales encaminados a disminuir la propagación del VIH y el sida en México, entre los cuales destacan las siguientes:

Durante el periodo comprendido entre septiembre y diciembre de 2013, se supervisaron 78 proyectos de organizaciones de la sociedad civil que recibieron financiamiento por un monto de 73,143,448 pesos; de igual manera, entre mayo y septiembre de 2014, se otorgarán poco más de 120 millones de pesos para financiar 192 proyectos que, en su gran mayoría, están siendo ejecutados por organizaciones de la sociedad civil e instancias académicas.

Lo anterior significa que entre 2013 y 2014 se están invirtiendo más de 190 millones de pesos -el 90% de lo invertido en los seis años anteriores- para fortalecer la respuesta al VIH, mediante la ejecución de proyectos diseñados y operados por instituciones académicas y organizaciones de la sociedad civil en todo el país.

Como reconocimiento al trabajo de la sociedad civil organizada en la respuesta nacional ante el VIH y el sida, en abril de 2013 se realizó la reunión nacional con representantes de las organizaciones de la sociedad civil, a la que acudieron más de 190 representantes y activistas de 30 entidades federativas.

En ese sentido, se logró reforzar la vinculación institucional y se establecieron canales de comunicación y participación en la respuesta nacional que garantizan a las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad, un trabajo coordinado de todos los actores que participan en la respuesta nacional. Cabe destacar que con la participación de 70 organizaciones de la sociedad civil representativas de todo el país y expertos/as provenientes de la administración pública, instituciones académicas, organismos internacionales, servicios estatales de salud, organismos públicos autónomos y consultores/as independientes, se llevó a cabo en septiembre de 2013, la consulta, discusión y estructuración del Programa Especial de VIH, Sida e ITS 2013-2018.

#### **Atención Integral**

A efecto de cumplir con el objetivo de elevar el acceso y la calidad de la atención integral por personal calificado a todas las personas con VIH y otras ITS, ha ido en incremento el monto correspondiente a medicamentos antirretrovirales (ARV), financiados por el Fideicomiso de Gastos Catastróficos de 2007 a 2013. De 1,140 millones de pesos (1,140,316,207.87) ejercidos en 2007 a 2,115 millones de pesos (2,115,170,387.95) en 2013.

Para el ciclo 2014-2015, se aprobó un presupuesto total para ARV de 2,355 millones de pesos



**CUADRO II. NÚMERO DE PERSONAS EN TRATAMIENTO ARV EN LA SECRETARÍA DE SALUD POR SEXO 2007-2013**

Año	Hombres	Mujeres	Total	Incremento porcentual
2007	17,326	6,088	23,414	
2008	20,551	6,923	27,474	17.3%
2009	24,343	8,125	32,468	18.2%
2010	27,955	9,197	37,152	14.4%
2011	32,245	10,299	42,544	14.5%
2012	37,576	11,858	49,434	16.2%
2013	43,582	13,491	57,073	10.2%
2014*	44,737	1,546	61,283	7.44%

FUENTE: Secretaría de Salud/ CENSIDA. Dirección de Atención Integral. Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de ARV. (SALVAR).\*Proyección a agosto de 2014.

(2,355,684,267.39); de los cuales se destinaron medicamentos para profilaxis de la transmisión vertical del VIH por 814.5 millones de pesos. El número acumulado de personas sin seguridad social que ha recibido tratamiento con antirretrovirales asciende a 57,073 al 31 de diciembre de 2013, y para agosto de 2014 se proyecta que sean 61,283 personas.

En 2014, para dar continuidad a la aplicación de pruebas de CD4, carga viral y genotipos, y asegurar el seguimiento y la correcta prescripción de los medicamentos antirretrovirales, el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos autorizó una inversión hasta por 319.3 millones de pesos.

El Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR), creado para el registro de los pacientes beneficiarios del tratamiento y el proceso de adquisición y distribución de los antirretrovirales, ha estado en constante evolución, para junio de 2014 se continuó con la actualización del sistema con un nuevo módulo para seguimiento puntual de tuberculosis.

Con el fin de elevar la atención de calidad de las personas con VIH, en coordinación con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, se ha dado seguimiento al proceso de acreditación de las UNEMES CAPASITS (Centros Ambulatorios para la Atención y Prevención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual). Hasta el 31 de diciembre de 2013, de los 70 CAPASITS que operan en las 32 entidades federativas, 56 (80%) estaban acreditados. Para el 31 de diciembre de 2013, el número de CAPASITS en operación es de 72, de los cuales 59 han sido acreditados (82%).

Por otra parte, para fortalecer el seguimiento de los casos perinatales, en el mes de junio de 2014, se actualizó el Sistema de Seguimiento de la Transmisión Materno Infantil del VIH-Sífilis (SISTMAI), ahora conocido como el módulo de Gestión, Evaluación, Seguimiento y Tratamiento de las embarazadas y sus hijos Recién nacidos (GESTAR).

### Participación en México Global

En México, del 26 al 28 de mayo de 2014, se llevó a cabo el Primer Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el Continuo de Atención del VIH, cuyo objetivo fue contribuir, con los países de América Latina y el Caribe, a la expansión y sostenibilidad de la respuesta al VIH y en particular de la atención integral.

Del 17 al 19 de diciembre de 2013, se participó en la 33ª Reunión de la Junta Coordinadora del Programa del ONUSIDA.

Del 17 al 21 de febrero de 2014 en la ciudad de Panamá, se participó en el taller de estimaciones Spectrum y Estimaciones de Mortalidad.

Del 21 al 25 de abril de 2014 en Buenos Aires, Argentina, se participó en el Ejercicio de Establecimientos de Metas Regionales para Latinoamérica de la Cascada Continua de Atención y Tratamiento para 2020-2030 en Diagnóstico, Tratamiento y Supresión Viral.

### Monitoreo y Evaluación

Cabe resaltar que de enero a junio de 2014 se concluyó la elaboración del Programa de Acción

Específico de VIH, el Sida e ITS 2013-2018, el cual incorporará las medidas de prevención, atención y apoyo frente al VIH basadas en la evidencia, y promoverá la participación de los principales actores en la respuesta, elaboración, puesta en marcha y seguimiento.

De enero a diciembre de 2013, el CENSIDA destinó recursos por 8.4 millones de pesos para la generación de información estratégica sobre puntos críticos para la epidemia mexicana: 1) causas y determinantes provocan variabilidad en los patrones de mortalidad por sida en las entidades federativas; 2) costo-efectividad de un paquete de estrategias de atención, diagnóstico y tratamiento; 3) causales críticas asociadas a la transmisión vertical del VIH y sífilis congénita, y 4) flexibilidades en el marco jurídico y normativo del comercio internacional, así como de salud pública, para acceder a medicamentos ARV a menores costos.

Por otra parte, de abril a mayo de 2014, se realizó el Informe Nacional de Avances en la Respuesta al VIH y el sida 2014 (con información al cierre 2013), que da seguimiento anual a siete de los 10 objetivos de la Declaración de Compromiso de VIH 2006, a través de 49 indicadores seleccionados.

En cuanto al Primer Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el Continuo de Atención del VIH 2014 (mencionado con anterioridad), se aprobaron metas para la región al año 2020, las cuales fueron las siguientes: que el 90% de las personas que viven con VIH conozcan su estado serológico; disminuir a 10% o menos el porcentaje de personas cuyo primer recuento de CD4 es inferior o igual a 200 cel/mm<sup>3</sup>; incrementar a 90% de las personas elegibles para tratamiento que reciben tratamiento antirretroviral y 90% de las personas en TAR en supresión viral (menor o igual a 50 copias).

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

Durante el periodo de septiembre de 2013 a agosto de 2014, se dio continuidad a las actividades de la Campaña Nacional para la Prevención de Adicciones (CNPA), cuya principal tarea 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 por otra parte, fortalecer los factores de protección que influyen en los estilos de vida saludable.

Entre las acciones preventivas que conforman la CNPA, se encuentran los siguientes proyectos dirigidos a adolescentes y jóvenes, quienes constituyen grupos vulnerables para el consumo de drogas: Mitos y realidades de las drogas, Habilidades para la vida; y también, con la inclusión de perspectiva de género: Recomendaciones para evitar el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en mujeres, a los que se suma una estrategia para el ámbito laboral.

La participación activa de madres y padres de familia como un factor de protección contra el consumo de drogas es uno de los ejes de la campaña, el cual se expresa principalmente en la estrategia denominada “Diez recomendaciones para evitar que tus hijas e hijos consuman drogas”.

Que la comunidad cuente con personas habilitadas para detectar oportunamente el consumo de drogas y poder intervenir a tiempo, es otro de los objetivos de la campaña, el cual se cristaliza a través de la estrategia: Detección, orientación y consejería.

Para operar la campaña y permearla entre la población, se capacitó a más de 29 mil promotores(as) comunitarios en alguno de los proyectos integrales. Los promotores(as) pertenecen a dependencias del sector público, Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) y de la propia comunidad. Después de recibir la capacitación, realizaron actividades preventivas en sus redes que beneficiaron a más de un millón de personas, las cuales se suman al total de 2.5 millones de personas reportadas en el primer año de la actual administración.

Durante este periodo también se participó activamente en la Comisión Intersecretarial para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia de la Secretaría de Gobernación; y se impulsó la colaboración de las OSC en foros de consulta y mesas de trabajo, entre otras actividades efectuadas por los Consejos Estatales contra las Adicciones.

Por otra parte, cabe subrayar que durante el actual periodo se concluirán en total ocho obras de construcción de Unidades de Especialidades Médicas-Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEMES-CAPA) en los estados de Sonora y Zacatecas. De igual manera destaca la habilitación del área de adicciones dentro del Hospital de Psiquiatría “Dr. Gustavo León Mojica García” en Aguascalientes. Mientras que bajo la perspectiva de género, están en proceso de construcción y equipamiento dormitorios para Niñas del Sistema de Atención en Adicciones (SANNAFARM) de Campeche.

Además, se llevó a cabo una campaña de concientización y prevención de las adicciones en medios masivos de comunicación, en cumplimiento de la Instrucción Presidencial 098, con lo que se benefició a 8,296,348 adolescentes a nivel nacional, entre los 10 y 19 años de edad.

Dentro del marco del Programa Nacional para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia (PNPSVD), se ha impactado prioritariamente en 69 municipios, cubriendo a una población de 2,650,812 personas que viven en municipios de alto riesgo.

En el periodo 2013-2014, en los UNEMES-CAPA se atendieron a 12.5 millones de personas, a quienes se les impartieron pláticas de información y sensibilización sobre el impacto en el uso de drogas, así como talleres orientados a padres, niños y adolescentes. Aunado a ello, se aplicaron pruebas de tamizaje en la detección oportuna de jóvenes con factores de riesgo o consumidores experimentales.

En sesiones de intervención y tratamientos breves para adolescentes que inician consumo de alcohol y otras drogas, se brindaron 160,833 sesiones; con 78 mil consultas de primera vez.

En la utilización del instrumento de tamizaje, como apoyo en la detección oportuna de jóvenes en riesgo de consumo, se aplicaron 680,250 pruebas en población adolescente escolarizada; mostrando un incremento de 2.56% con respecto al periodo anterior.

Así también, en el Distrito Federal y el estado de Michoacán, se construye la "Red Hipotálamo", que hará más eficiente el Sistema de Referencia/ Contrarreferencia de pacientes con Trastornos Adictivos, y el cual contempla los tres niveles de atención.

Durante el periodo del 1 de septiembre de 2013 al 30 de agosto de 2014 se estima la atención de 105,420 personas y sus familias a través del Centro de Orientación Telefónica (COT), cuyo objetivo es atender llamadas de toda la República Mexicana de manera gratuita y confidencial sobre el tema de adicciones, con la finalidad de informar, orientar y realizar referencias efectivas y oportunas, acordes con las necesidades de la población a establecimientos del Directorio Nacional del CENADIC.

Por otro lado, durante el periodo de septiembre a diciembre de 2013, se realizaron 211 visitas a establecimientos que brindan Servicios de Atención y Rehabilitación de Adicciones, de los cuales 74 obtuvieron reconocimiento oficial de funcionamiento por parte del CENADIC, dicha acción protegió a cerca de 7,500 sujetos internados en el periodo anual reportado. Además, durante el año 2014 se ha impulsado la colaboración COFEPRIS-CONADIC/CENADIC, con la finalidad de realizar visitas conjuntas que permitan identificar establecimientos que presenten prácticas negativas, llevándose a cabo 90 visitas de supervisión y proyectando realizar un total de 200 visitas durante 2014.

Por último, la Oficina Nacional para el Control del Tabaco realizó múltiples cursos de capacitación en el Modelo de Consejería Breve para dejar de Fumar y sobre la Implementación de Espacios 100% Libres de Humo de Tabaco, en Durango, Campeche, Chiapas, Guerrero, Morelos, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz, Yucatán, Baja California y Nuevo León. Además, fue declarada la Playa San Martín en Cozumel, Quintana Roo, como Libre del Humo de Tabaco. Asimismo se llevó a cabo una campaña nacional en medios radiofónicos y televisivos acerca del efecto nocivo a la salud generado por el consumo de tabaco, con énfasis en población adolescente.



## 4. SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS



La Subsecretaría de Administración y Finanzas (SAF) se encarga de conducir las directrices para la administración y gestión de los recursos materiales, humanos y financieros, con el fin de que las unidades administrativas de la Secretaría de Salud (SS) operen de manera eficaz, eficiente y transparente, bajo la premisa de consolidar el Sistema de Salud Universal. A través de estas directrices, la SAF impulsa la gestión estratégica de los recursos y fomenta el ejercicio eficiente del gasto con el objetivo de fortalecer los programas prioritarios de la Secretaría de Salud y contribuir a garantizar que la población, en particular la que se encuentra en condiciones de vulnerabilidad, tenga acceso a servicios de salud de calidad.

Entre las principales acciones realizadas, en materia de gestión presupuestaria, se coordinaron las actividades institucionales para formular el proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2014, así como la elaboración de diversos informes de rendición de cuentas sobre el ejercicio presupuestal 2013.

De igual forma, con el propósito de mejorar el impacto social en las acciones de la dependencia y optimizar los servicios institucionales, en lo relativo a la contratación de servicios de consultorías, asesorías, estudios, investigaciones y eventos de orden social, como son congresos y convenciones, se promovió la creación del Comité Interno para el uso Eficiente, Transparente y Eficaz de los Recursos Presupuestarios que se indican, el cual fue instalado el 7 de marzo de 2014, con el fin de obtener opiniones técnicas de carácter colegiado que sirvan como base para que la SAF emita los acuerdos de autorización para contratar este tipo de servicios. En el periodo del informe, se han llevado a cabo cuatro sesiones ordinarias y una extraordinaria.

En materia de recursos humanos, se promovió la ordenación y regulación de los procesos de contratación de personal sustantivo, con el fin de desarrollar una fuerza laboral a nivel nacional que satisfaga gradualmente la demanda de los servicios de salud y cuente con las debidas garantías legales de empleo, dignidad, profesionalización y capacitación. En este sentido, se dio inicio a la

primera etapa del proceso de regularización del personal sustantivo en los estados, promoviendo los acuerdos para regular dicho proceso a través de la Comisión Nacional para la Formalización Laboral de los Trabajadores de Salud en las entidades federativas y en sus respectivas subcomisiones estatales.

Por otra parte, en cumplimiento de las disposiciones previstas en el decreto que establece las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público, así como para la modernización de la Administración Pública Federal, se promovió la participación de los hospitales federales de la Secretaría de Salud y de los sistemas estatales de salud, en la compra consolidada de medicamentos 2014 coordinada por el IMSS; además, se impulsó la realización de contrataciones consolidadas plurianuales en diversos servicios requeridos por las unidades administrativas de la Secretaría de Salud.

De igual forma, con el propósito de fortalecer y optimizar la infraestructura física en salud y promover mejoras en los procesos de planeación, financiamiento, construcción de nuevos espacios, bajo una perspectiva de sustentabilidad física y financiera, en el mes de marzo de 2014, se participó en la elaboración sectorial del Programa Nacional de Infraestructura 2014-2018, en el cual intervinieron el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud, proyectando obras de infraestructura en todo el país.

Con el fin de fortalecer los procesos de seguimiento al desarrollo de la infraestructura física, se promovió la creación del Comité Interno para el Seguimiento del Desarrollo de la Infraestructura Física en Salud, el cual fue instalado el 7 de marzo de 2014 con el objetivo de implementar un mecanismo de alto nivel para la toma de decisiones en materia de inversión en infraestructura en salud, tanto a nivel federal como la que se realiza en las entidades federativas y que es financiada con recursos del Seguro Popular y del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF).

A través de dicho Comité, se ha dado seguimiento a la ejecución de los compromisos de gobierno, las obras en proceso en las entidades federativas, las obras de infraestructura en salud del Plan Nuevo Guerrero y del Plan Michoacán, así como la rehabilitación de unidades médicas financiadas con recursos del Fondo de Desastres Naturales (FONDEN).

Derivado de la combinación de los fenómenos meteorológicos Ingrid y Manuel, ocurridos en el mes de septiembre de 2013, a través de la Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física se atendió la emergencia en siete estados de la república, cuya infraestructura en salud resultó con afectaciones.

En materia de tecnologías de la información y comunicaciones (TIC), en el marco de la Estrategia Digital Nacional (EDN) y con el fin de optimizar el uso de los recursos, se impulsó la integración de todos los sistemas y aplicaciones informáticas de las distintas unidades administrativas de la Secretaría de Salud.

Por otra parte, se impulsó la puesta en marcha del programa de jornadas protésicas, de donación de aparatos auditivos y lentes a población vulnerable que carece de seguridad social y que requiere de aparatos protésicos, auditivos y visuales, mediante el otorgamiento de ayudas funcionales en especie, así como también el programa de apoyos a proyectos de coinversión con la sociedad civil.

En cumplimiento de las funciones asignadas a la SAF, se participó en 28 sesiones de los diferentes órganos colegiados de la Secretaría de Salud y de comisiones intersecretariales, destacando entre estas, las realizadas por la Comisión de Administración y Finanzas del Consejo Nacional de Salud, el Comité de Control y Desempeño Institucional, el Consejo de Administración de Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, S.A. de C.V. y su Asamblea General de Accionistas, las sesiones de las juntas de gobierno del Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y de la Lotería Nacional para la Asistencia Pública, así como de las comisiones intersecretariales de Vivienda y de Desarrollo Rural Sustentable.

#### **4.1 Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto**

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

los recursos financieros que garanticen el adecuado funcionamiento de las Unidades Administrativas de Nivel Central (UAC), Órganos Administrativos Desconcentrados (OAD) y Organismos Públicos Descentralizados (OPD), con base en la calidad en el servicio, la transparencia y el compromiso social. Para su desempeño ha organizado su estructura en cinco macro procesos sustantivos y uno de apoyo. Las acciones realizadas en cada macro proceso son:

#### **Diseño y Desarrollo Organizacional**

Con el objetivo de determinar el grupo, grado y nivel de percepciones conforme al desempeño de atribuciones y funciones, se realizaron 119 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. Se registraron las estructuras orgánicas de una UAC, un OAD y un OPD, también, se refrendaron 14 correspondientes a OAD y 24 a OPD.

Asimismo se realizaron tres registros y 38 refrendos de estructuras orgánicas de diversas Unidades Responsables (UAC, OAD y OPD), como se muestra en el siguiente cuadro:

**CUADRO III. REGISTRO Y REFRENDO DE ESTRUCTURAS ORGÁNICAS POR UNIDAD.**

Tipo de Unidad Responsable	Registro	Refrendo
Unidades Administrativas del Nivel Central	1	0
Órganos Administrativos Desconcentrados	1	14
Organismos Públicos Descentralizados	1	24
Total	3	38

Fuente: Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto

Se revisaron y actualizaron las guías técnicas para la elaboración y actualización de manuales de organización específicos y de procedimientos.

#### **Integración Programática Presupuestal**

Se formuló el Proyecto de Presupuesto de Egresos 2014 conforme a las prioridades establecidas a través del análisis de la información de los programas anuales de trabajo de las unidades responsables del Ramo 12 y del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) del Ramo 33. Los esfuerzos se orientaron hacia el fortalecimiento de la gestión para resultados, del Presupuesto Basado en Resultados (PBR), y hacia la implantación del Sistema de Evaluación del Desempeño (SED).

Para el ejercicio fiscal 2014, el presupuesto autorizado al Ramo 12 correspondiente a salud ascendió a 130,264.76 millones de pesos. Este

**CUADRO IV. PRESUPUESTO FEDERAL AUTORIZADO PARA RAMO 12, SEGURO POPULAR Y FASSA DEL RAMO 33 (MILLONES DE PESOS)**

RAMO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Variación %	TCMA
							2009-2014	
Ramo 12 Salud	36,807.80	36,048.60	42,956.00	43,229.40	45,657.60	47,848.30	30.0	5.6
Seguro Popular	48,228.60	53,844.30	62,357.90	70,250.30	76,198.90	82,416.50	70.9	11.3
Ramo 33 FASSA	48,617.80	53,100.10	55,698.70	61,951.40	67,871.10	72,045.20	48.2	8.2
<b>Total</b>	<b>133,654.20</b>	<b>142,993.00</b>	<b>161,012.60</b>	<b>175,431.10</b>	<b>189,727.60</b>	<b>202,310.00</b>	<b>51.4</b>	<b>8.7</b>

Nota: El presupuesto autorizado para el Seguro Popular (subfunción 5 Sistema de Protección Social en Salud) se encuentra distribuido en 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 Sistema de Protección Social en Salud], y Seguro Médico Siglo XXI (S201).

presupuesto incluye los recursos autorizados a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), misma que administra el Sistema de Protección Social en Salud que abarca al Seguro Popular y al Seguro Médico Siglo XXI. El presupuesto de la CNPSS en 2014 fue de 84,128.49 millones de pesos y el del resto del ramo 12 de 46,136.27 millones. Por otro lado, el presupuesto asignado en 2014 a las entidades federativas mediante el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) del Ramo 33 fue de 72,045 millones de pesos, por lo que el monto total de los recursos autorizados para salud en el ejercicio fiscal 2014 fue de 202,310 millones de pesos.

Se actualizó la información de 31 Matrices de Indicadores para Resultados (MIR), que alinearon su objetivo de fin a los objetivos del Programa Sectorial de Salud 2013-2018 y se reportó el seguimiento de un total de 262 indicadores de acuerdo con su frecuencia de medición en el Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (PASHCP).

#### Gestión Presupuestal

Entre septiembre de 2013 y junio de 2014, se tramitaron 6,069 adecuaciones presupuestarias ante la SHCP detalladas en el cuadro V.

**CUADRO V. ADECUACIONES PRESUPUESTARIAS TRAMITADAS POR PERIODO**

Adecuaciones Presupuestarias	2013	2014	Total
Septiembre – diciembre	2,851	0	2,851
Enero – junio	0	3,218	3,218
<b>Total</b>	<b>2,851</b>	<b>3,218</b>	<b>6,069</b>

FUENTE: Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto.

Se realizaron 2,043 trámites correspondientes al área de gestión presupuestal de acuerdo al cuadro VI. Se gestionaron recursos con cargo al programa

Fondo de Desastres Naturales con respecto a eventos correspondientes a las tormentas tropicales Ingrid y Manuel.

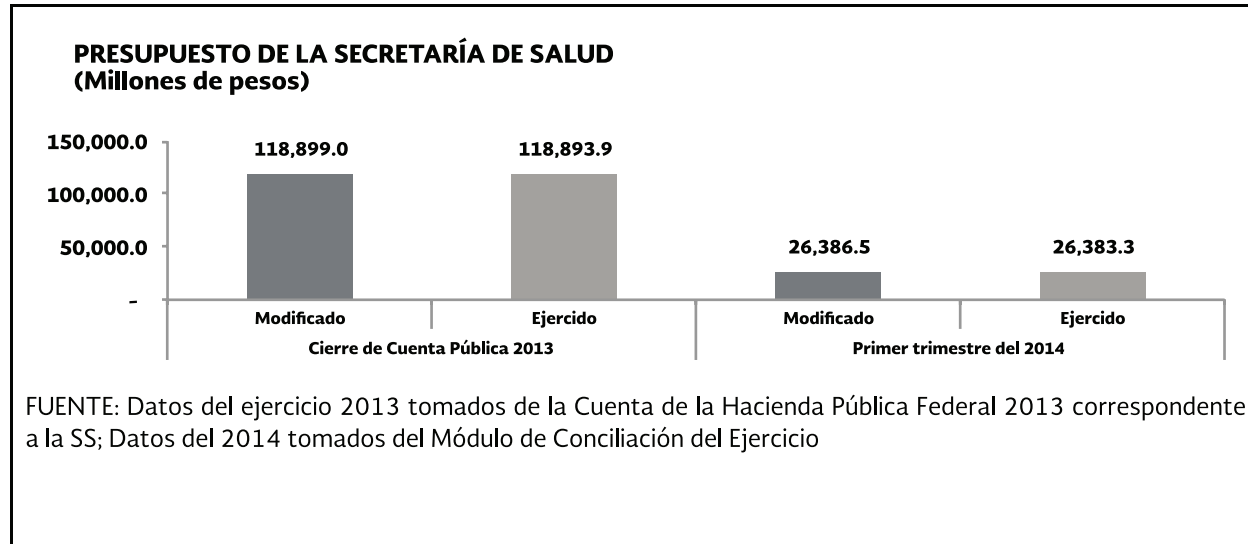
**CUADRO VI. TRÁMITES DE TABULADORES DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN, CARTERA DE PROYECTOS Y PROGRAMAS DE INVERSIÓN, CONTRATOS PLURIANUALES Y CONTRATACIONES ESPECIALES.**

Concepto	Trámites enero-junio 2014
Tabuladores de cuotas de recuperación	36
Cartera de Proyectos y Programas de Inversión	1,627
Solicitudes de Contratos Plurianuales	162
Solicitudes de Contrataciones Especiales	218
<b>Total</b>	<b>2,043</b>

FUENTE: Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto.



GRÁFICA 2.  
PRESUPUESTO DE LA SECRETARÍA DE SALUD (MILLONES DE PESOS)



CUADRO VII. PRESUPUESTO AUTORIZADO Y EJERCIDO, RAMO 12 SALUD (Millones de pesos)

Capítulo	Anual 2013		Septiembre-diciembre 2013		Original 2014	
	Original	Ejercido	Original	Ejercido	Anual	Enero-agosto
Servicios personales	23,042.70	20,835.99	11,593.10	7,654.76	24,276.94	12,465.28
Materiales y suministros	5,602.55	6,868.86	2,031.40	3,687.57	5,752.63	3,059.86
Servicios generales	5,076.54	5,324.52	1,761.83	2,139.01	6,016.68	3,703.69
Transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas	85,598.30	83,929.66	38,545.87	24,750.22	92,229.49	59,603.00
Bienes muebles, inmuebles e intangibles	413.14	444.56	327.91	391.15	494.80	321.23
Inversión pública	2,123.34	1,490.32	495.96	474.62	1,494.22	847.51
<b>Total</b>	<b>121,856.57</b>	<b>118,893.91</b>	<b>54,756.07</b>	<b>39,097.33</b>	<b>130,264.76</b>	<b>80,000.56</b>

<sup>1</sup> FUENTE: Para 2013 Cuenta de la Hacienda Pública Federal y para 2014 Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación (DPEF).

CUADRO VIII. CUENTAS POR LIQUIDAR CERTIFICADAS PROCESADAS (Cuentas por liquidar certificadas)

Tipo de Unidad Responsable	Septiembre-diciembre 2013	Enero-agosto 2013	Total
Unidades Administrativas de Nivel Central	6,411	5,475	11,866
Órganos Administrativos Desconcentrados	5,240	4,224	9,464
Organismos Públicos Descentralizados	21,026	24,077	45,103
<b>Total</b>	<b>32,677</b>	<b>33,776</b>	<b>66,453</b>

FUENTE: Sistema de Contabilidad y Presupuesto (SICOP)

### Control del Ejercicio Presupuestario

Se han tenido reuniones periódicas con las áreas ejecutoras del gasto, lo cual se tradujo en el ejercicio de casi el 100% de los recursos presupuestarios asignados al Ramo 12 en 2013, después de su modificación (Gráfica 2). En cuanto al ejercicio fiscal 2014 se espera que en el periodo enero-agosto se ejerza 61% de los recursos autorizados (80 mil millones de los 130,264 autorizados) como se ve en el Cuadro VII.

Asimismo, se tramitaron en total 66,453 Cuentas por Liquidar Certificadas, detalladas por tipo de unidad administrativa (Cuadro VIII)

### Información Financiera

Se realizó la entrega de los informes sobre la situación económica, las finanzas públicas y la deuda pública, conforme al Cuadro IX.

### Contabilidad y Rendición de Cuentas

En cumplimiento de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, se validaron y registraron en el Sistema de Contabilidad Gubernamental los informes correspondientes a la Cuenta de la Hacienda Pública Federal. De igual modo, se desarrolló el Sistema de Seguimiento Contable de acuerdo con la normatividad contable vigente para el ejercicio 2013.

En cumplimiento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental se atendieron 266 solicitudes de información. Se dio seguimiento a siete auditorías en las revisiones a la Cuenta de la Hacienda Pública Federal.

Se presentó a la Junta de Administración el informe financiero del 25° ciclo del Fondo de Ahorro Capitalizable de los Trabajadores al Servicio del Estado (FONAC).

CUADRO IX. INFORMES ENTREGADOS

Concepto	Septiembre-diciembre 2013	Enero-agosto 2014	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: Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto



## 4.2 Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales

La Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales (DGRMySG) realiza, entre otras actividades, la contratación para la adquisición y arrendamiento de bienes y prestación de servicios de las UAC y OAD de la Secretaría de Salud; formaliza contratos con los proveedores y prestadores de servicios; actualiza el inventario de los bienes inmuebles; integra el Programa Interno de Protección Civil; así como el registro de los bienes muebles, su baja y disposición final, y administra el almacén central de la SS.

Durante el periodo del 1 de septiembre de 2013 y el 31 de agosto de 2014, se realizaron las siguientes acciones relevantes:

### Adquisiciones

En apego al Presupuesto de Egresos de la Federación de los ejercicios fiscales 2013 y 2014, así como a las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos, y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público y sus respectivos lineamientos, se realizó la contratación consolidada de bienes y servicios, con el objetivo de obtener ahorros y mejores condiciones en cuanto a calidad, precio y oportunidad disponibles en un marco de transparencia.

Se realizaron procedimientos de contratación consolidados para el ejercicio fiscal 2014, para la adquisición de vales de despensa de fin de año y de productividad, medicinas y productos farmacéuticos (antirretrovirales), materiales de curación incluyendo anticonceptivos de barrera y material de laboratorio, agua embotellada, y artículos de papelería; así como para la prestación del servicio de fotocopiado y mantenimiento de la flota vehicular, entre otros.

Además, se llevaron a cabo procedimientos de contratación consolidados con carácter anticipado y trianual (ejercicios 2014-2016), teniendo especial relevancia los siguientes: servicio de limpieza integral, 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/o 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 (2014-2017).

Se efectuaron un total de 43 procedimientos de contratación para la adquisición de bienes y servicios, de los cuales 27 fueron licitaciones públicas, nueve invitaciones a cuando menos tres personas y siete adjudicaciones directas derivadas de contratos marco.

Se formalizaron un total de 42 contratos y 254 pedidos derivados fundamentalmente del ejercicio de las modalidades adquisitivas en la DGRMySG y los originados con motivo de la consolidación de medicamentos y material de curación con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

El Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de la SS, sesionó en 14 ocasiones, dictaminando 26 asuntos de excepción a la Licitación Pública. De los asuntos presentados, 19 fueron dictaminados favorablemente, sumando un monto total autorizado de 3,497.91 millones de pesos, de los cuales 2,334.78 millones de pesos corresponden a la adquisición de medicamentos antirretrovirales.

El Subcomité Revisor de Convocatorias de la SS, sesionó en 45 ocasiones y dictaminó 64 proyectos de convocatoria.

### Administración Inmobiliaria

Se realizó la captura de la información correspondiente a los inmuebles federales que el Instituto de Administración y Avalúos de Bienes Nacionales (INDAABIN) reportó en uso de la SS, así como de aquellos que son propiedad de terceros, siendo un total de 301 inmuebles reportados, de los cuales 251 no se encuentran en uso de la Secretaría de Salud, 20 son ocupados por áreas de la Secretaría, 13 derivan de comodato, cuatro de arrendamiento financiero y 13 de arrendamiento puro; lo anterior en el marco del Programa para un Gobierno Cercano y Moderno (PGCM).

### Suministros y Almacén

Se efectuaron siete sesiones del Comité de Bienes Muebles, en las que se obtuvo opinión favorable para la donación de bienes muebles al Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, al Hospital Infantil de México Dr. Federico Gómez, a la Fundación GAD "Grupo de Apoyo a Discapacitados A.C." y al Hospital General Dr. Manuel Gea González.

En cumplimiento del Acuerdo por el que se instruye la constitución, almacenamiento y administración

de una reserva estratégica de insumos para la salud y equipo médico, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 31 de julio de 2013, con el que se abrogó el Acuerdo por el que se establece el Centro de Reacción Hospitalaria para Desastres de la Secretaría de Salud; se transfirieron al Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, las instalaciones, medicamentos y material de curación pertenecientes al centro de reacción.

Se llevó a cabo el Inventario Anual 2013 de Bienes de Consumo y las conciliaciones trimestrales de los mismos sin que se registraran faltantes; igualmente se realizó la conciliación físico-documental de activo fijo, de las UAC y OAD, obteniéndose como resultado 296,313 bienes muebles; información que será asentada en el Libro de Inventarios y Balances de la SS.

Se enajenaron los desechos de bienes muebles que ya no eran útiles para el servicio de las UAC y de los OAD, mediante licitación pública, con lo que se generaron ingresos a la Tesorería de la Federación por 599.1 miles de pesos. Asimismo, se integró, autorizó y publicó el Programa Anual de Disposición Final de Bienes Muebles para el ejercicio 2014, con un estimado de 4,738 bienes muebles.

En el marco del Programa de Muestreo Periódico Permanente se efectuaron, mediante dictámenes y revisiones a los certificados analíticos de medicamentos de los fabricantes, evaluaciones analíticas a 179 claves de insumos médicos adquiridos por la SS.

### Servicios Generales

En noviembre de 2013, en el inmueble sede de la Secretaría de Salud, se realizó un Diagnóstico del Desempeño Ambiental por parte de la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales, en coordinación con el Programa Universitario de Medio Ambiente (PUMA) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), como resultado de ello, la UNAM otorgó a esta Secretaría el distintivo ambiental básico, el cual refiere el cumplimiento de cuatro ejes de acción: energía, agua, residuos y consumo responsable.

### Protección Civil

A fin de continuar con el fortalecimiento de las acciones en materia de protección civil, se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- En octubre de 2013, se realizó la compra de equipo básico de protección civil y bomberos para seis UAC, capacitando a 20 brigadistas en primeros auxilios.

- En septiembre de 2013, se llevó a cabo la capacitación de 11 brigadistas como instructores en protección civil, nivel básico e intermedio por parte del Centro Nacional de Prevención de Desastres; además, durante el mes de julio de 2014, concluirán su formación como instructores 27 brigadistas.
- En noviembre de 2013, se realizó un macro simulacro al interior de esta Secretaría, mediante el que se evacuó a 6,283 personas en 52 UAC y OAD. En el mes de mayo de 2014, se realizó otro simulacro en el que se evacuó a 7,113 personas. En ambos ejercicios se contó con la participación de 977 brigadistas.
- En coordinación con la Secretaría de Protección Civil del Gobierno del Distrito Federal, en los meses de marzo, abril y mayo de 2014, se llevó a cabo el curso nivel básico en protección civil, en el que se capacitó a 73 personas de 52 UAC y OAD; de igual forma, se coordinaron acciones de capacitación con el Escuadrón de Rescate y Urgencias Médicas (ERUM) del Gobierno del Distrito Federal, logrando instruir a 67 brigadistas en atención básica de primeros auxilios.

## 4.3 Dirección General de Recursos Humanos

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

### Creación y Movimientos de Plazas

Con una inversión de 218.6 millones de pesos se crearon 600 nuevas plazas para fortalecer los servicios de salud en los Institutos Nacionales de Salud y los Hospitales Federales de Referencia. Asimismo, para la atención de necesidades específicas, se reubicaron 253 plazas al interior de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad y se modificaron 83 plazas de dichas unidades regionales, a fin de generar condiciones para su debida contratación. Por otra parte, para fortalecer las funciones que desempeña el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE), se otorgaron 28 nuevas plazas a dicho organismo.

### **Incremento de Becas a Pasantes de Medicina, Enfermería, Odontología e Internos de Pregrado**

En cumplimiento de las instrucciones del C. Presidente de la República expresadas el 7 de enero de 2014, durante la celebración del Día de la Enfermera, se actualizó el Tabulador de Becas para Pasantes e Internos de Pregrado mediante un Acuerdo emitido por esta Secretaría, el cual entró en vigor en enero de este mismo año; con lo que se logró beneficiar a 25,961 pasantes: 7,953 de medicina, 10,003 de enfermería y 3,301 de odontología y 4,434 médicos internos de pregrado.

### **Medidas de Austeridad**

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

### **Transparencia**

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

### **Capacitación y Desarrollo de Personal**

Se llevaron a cabo 208 cursos de capacitación técnica-administrativa para servidores públicos de nivel operativo y de mando medio, lográndose un total de 4,068 servidores públicos capacitados.

### **Elaboración del Diagnóstico para la Implementación del Proceso de Formalización Laboral de los Trabajadores de Contrato que Prestan sus Servicios en las Entidades Federativas**

Se llevaron a cabo visitas a los 31 estados del país para revisar *in situ* la situación de los expedientes de los trabajadores con contrato que no cuentan con prestaciones, con el objetivo de realizar un diagnóstico específico sobre este personal reportado por cada entidad al amparo del Artículo 74 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental. A partir del diagnóstico realizado se creó la Comisión

Nacional para la Formalización Laboral de los Trabajadores de Salud en las Entidades Federativas y las respectivas subcomisiones estatales, integradas por representantes de la Secretaría de Salud y del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud. Se revisaron 93,041 expedientes de trabajadores bajo este supuesto, de los cuales 62,027 trabajadores son candidatos a formalizar su contrato.

### **4.4 Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física**

La Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física (DGDIF) es el área de la Secretaría de Salud responsable de contribuir a que se construya, desarrolle, actualice y conserve la infraestructura física en salud de acuerdo con los estándares y normas de eficiencia y eficacia que favorezcan la calidad y cobertura de los servicios de salud.

Sus funciones se alinean con el objetivo 2.3 del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 que está dirigido a “Asegurar el acceso a los servicios de Salud”, específicamente con la línea de acción “Desarrollar y fortalecer la infraestructura de los sistemas de salud y seguridad social”, así como al objetivo 5 del Programa Sectorial de Salud, “Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud”, estrategia 5.3 “Establecer una planeación y gestión interinstitucional de recursos (infraestructura y equipamiento) para la salud”. Estas funciones se llevan a cabo a través de instrumentos de referencia y certificación, ejecución de obra pública en salud, así como conservación y mantenimiento de la infraestructura física.

### **Conservación y Mantenimiento**

En ese contexto, durante el periodo de septiembre 2013 a agosto de 2014 se ejecutaron 42 obras de conservación y mantenimiento de 30 inmuebles de la Secretaría de Salud, lo que representó una inversión de 71.2 millones de pesos, que se destinó a labores de restauración, ahorro de energía, mantenimiento a equipos y maquinaria, mejoramiento de imagen, atención a zonas prioritarias y obras menores que beneficiaron la operación y gestión de unidades médicas y de investigación, así como inmuebles administrativos de la dependencia.

Cabe destacar que en septiembre de 2013 se concluyó, con una inversión cercana a 11 millones de pesos, la restauración y conservación de las oficinas centrales de la SS, ubicadas en la calle de Lieja número 7, cuyo inmueble cuenta con una declaratoria presidencial de monumento artístico.

## Desarrollo de Infraestructura

En materia de obra, durante el periodo de septiembre de 2013 a agosto de 2014, se invirtieron 178.9 millones de pesos en obra para el desarrollo de infraestructura física.

Se concluyó la construcción de dos edificios (uno administrativo y otro de laboratorios), una plaza de distribución hacia las áreas del inmueble y un estacionamiento del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE). Estas instalaciones fueron construidas bajo las normas internacionales aplicables a laboratorios con altos rangos de bioseguridad, lo que hace posible enfrentar cualquier emergencia o desastre ocasionado por patógenos conocidos o desconocidos, sin poner en peligro la seguridad del personal que trabaja en el instituto, la población aledaña y el medio ambiente. Del monto total de inversión para esta obra, durante el periodo de este informe se ejercieron 19.2 millones de pesos.

En una superficie de más de 1,700 metros cuadrados se rehabilitaron las instalaciones de la Comisión de Control Analítico y Ampliación de Cobertura (CCAyAC), con una inversión de 65.4 millones de pesos.

Se concluyó la segunda etapa de la rehabilitación del Hospital Psiquiátrico Samuel Ramírez Moreno con una inversión total de 94.3 millones de pesos.

### Programa del Fondo de Desastres Naturales

Como parte de las acciones de desarrollo de infraestructura, la DGDIF participa en el programa Fondo de Desastres Naturales cuando un evento meteorológico o geológico afecta la infraestructura física en salud en las entidades federativas. La DGDIF se encarga de ejecutar la obra correspondiente al 50% de la aportación federal y deja bajo responsabilidad de los gobiernos estatales la ejecución del restante 50%. Para el periodo que se informa, se autorizaron 100.4 millones de pesos para la rehabilitación de infraestructura dañada y se rehabilitaron 77 unidades médicas en los estados de Guerrero, Colima, Baja California, Tamaulipas, Sinaloa, Veracruz, Hidalgo y Chiapas.

### Acciones Normativas y de Planeación de la Infraestructura Física

Como parte de la estrategia de consolidación y fortalecimiento de un Sistema Nacional de Salud Universal, establecida en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, durante el periodo comprendido entre septiembre de 2013 y agosto

de 2014 se reforzaron las estrategias dirigidas a mejorar los procesos y mecanismos de planeación de la infraestructura física en salud, específicamente bajo la modalidad del Certificado de Factibilidad, que es un instrumento dirigido a calificar aspectos fundamentales de la planeación y diseño de la obra hospitalaria, y que permite determinar parámetros y requisitos mínimos en el desarrollo y construcción de infraestructura física.

Así, entre 2013 y 2014 se emitió un total de seis certificados de Factibilidad para las entidades de Chiapas, Estado de México, Nuevo León, Veracruz y Zacatecas, mientras que se encuentran en proceso de revisión de documentación 20 solicitudes para desarrollar obras nuevas o sustituir infraestructura existente, pertenecientes a las entidades de Aguascalientes, Coahuila, Estado de México, Guanajuato, Guerrero y Puebla.

## 4.5 Dirección General de Tecnologías de la Información

Es función de la Dirección General de Tecnologías de la Información (DGTI) la implementación de una política para aprovechar las oportunidades que brindan las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC). Dicha política se traduce en dos aspectos fundamentales: aumentar la cobertura, el acceso efectivo y la calidad de los servicios de salud, y hacer eficiente el uso de la infraestructura instalada y recursos tecnológicos destinados a las unidades administrativas y órganos administrativos desconcentrados de la Secretaría de Salud, garantizando con ello el uso óptimo de los mismos.

La incorporación estratégica de un portafolio de proyectos adecuado en tecnologías de la información y comunicaciones se tradujo en diversas acciones y resultados relevantes, entre los que destacan los siguientes:

### Infraestructura Informática Centralizada

Dentro del marco del Objetivo 5 del Programa para un Gobierno Cercano y Moderno (PGCM) que propone “Establecer una Estrategia Digital Nacional que acelere la inserción de México en la sociedad de la información y del conocimiento”, y los acuerdos en materia de Tecnologías de la Información y Comunicaciones y de Seguridad de la Información, se concluyó el Proyecto Centro de Datos Institucional, acción que integra a todos los sistemas y aplicaciones de las unidades administrativas y órganos administrativos desconcentrados de la Secretaría de Salud en una infraestructura centralizada, ejemplo de economías

de escala en la operación y la seguridad de la información.

### **Herramienta de Colaboración**

Mediante la implementación de la herramienta de colaboración integrada al servicio de correo electrónico se cuenta con mensajería instantánea, conferencia, presencia y colaboración integral dentro de la Red Institucional de la Secretaría de Salud que abarca aproximadamente a 4,000 usuarios de las UAD y los OAD.

El servicio permite estar en contacto y colaborar de manera rápida y eficiente desde cualquier equipo de la red institucional, y opera integrado al servicio de correo electrónico *Exchange* para hacer uso de los servicios de colaboración y presencia.

### **Plan de Consolidación de Servicios Administrados**

Dentro del marco de la estrategia transversal del PGCM, y para dar continuidad a los servicios de administración y equipamiento de tecnologías de la información de las UAC y los OAD de la Secretaría de Salud, se consolidaron los requerimientos de equipo de cómputo de escritorio y portátil, junto con el equipo de impresión, fotocopiado y escaneo de documentos.

Estos servicios incluyen todo el equipamiento, su administración, mesa de servicio central, mantenimiento preventivo y correctivo, soporte técnico, monitoreo del servicio y la integración al Servicio de Directorio Activo Institucional.

### **Política de Transparencia**

La Unidad de Enlace atendió 4,124 solicitudes de acceso a la información pública, realizó dos actualizaciones a los índices de expedientes reservados, dos al Sistema de Datos Personales y cuatro al Portal de Obligaciones de Transparencia de la Secretaría de Salud.

Para dar cumplimiento a lo mandatado en el PGCM se nombró a la Unidad de Enlace de la Secretaría de Salud como coordinadora de la Política de Transparencia de todo el Sector Salud, con la finalidad de mejorar la transparencia de la información socialmente útil o focalizada de la Administración Pública Federal. En este sentido se homologó la sección de transparencia y sus apartados en las páginas web de las UAC, OAD y OPD que conforman el Sector Salud, se identificaron las necesidades de información de la ciudadanía y se realizó la selección y publicación de la información socialmente útil o focalizada en la sección de Transparencia.

### **Capacitación Orientada**

En materia de tecnologías de la información y comunicaciones se realizaron 251 eventos: 67 de forma presencial, 46 en línea y 138 por videoconferencia. Se impartieron 13 talleres del “Uso Adecuado de los Instrumentos de Control y Consulta Archivística”, y tres cursos de “La Función Pública y la Administración de Documentos de Archivos”. En cuanto a Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, se coordinó la capacitación a través de la red por una cultura de transparencia implementada por el Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos (IFAI). En total, los servidores públicos que participaron en este tipo de capacitación orientada fueron 2,429.

### **Dictámenes Técnicos**

Se emitieron 97 dictámenes técnicos en materia de Tecnologías de la Información y Comunicaciones para las Unidades Administrativas y Órganos Administrativos Desconcentrados.

### **Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones**

En el marco del seguimiento al Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETIC 2014), se recibieron 45 proyectos e iniciativas por parte de las Unidades Administrativas y Órganos Administrativos Desconcentrados, con ayuda del Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud, y tal como especifica el Manual del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información, se incorporaron nueve proyectos a los que se les dará seguimiento para su correcta implementación dentro de esta dependencia para este año. Así también se busca fortalecer la Estrategia Digital Nacional e integrar los proyectos de Tecnologías de la Información y Comunicaciones para el PETIC 2015.

### **Sistema de Administración de Correspondencia**

Se concluyó con la implementación del Sistema de Administración de Correspondencia (SAC), herramienta que facilita la gestión de todos los oficios al interior de la SS y se dio soporte operativo a las 28 unidades que hacen uso de dicho Sistema. Asimismo, se atendieron los requerimientos de publicación de información de los 32 sitios web administrados por la Dirección General de Tecnologías de la Información (DGTI).

### Centro de Documentación Institucional

Se realizó el Diagnóstico Institucional en Materia de Archivos y se puso en marcha el Plan de Desarrollo Archivístico cuyo alcance fue aprobado por el Comité de Información.

Como líder coordinador y cabeza de sector, el Centro de Documentación Institucional (CDI) definió la meta del indicador del archivo de trámite de 27 Unidades Administrativas, 14 Órganos Administrativos Desconcentrados y dos Organismos Públicos Descentralizados, así como lo referente al Archivo de Concentración, esto para dar cumplimiento a las bases de colaboración que derivan del PGCM.

El CDI llevó a cabo 181 asesorías archivísticas a personal de la Unidades Administrativas, cinco opiniones técnicas distribuidas en la Dirección General de Evaluación del Desempeño, la Dirección General de Recursos Humanos, la Dirección General de Comunicación Social, el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia y la Subsecretaría de Integración y Desarrollo, y tres en la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

Se tramitaron ante el Archivo General de la Nación 12,400 kilogramos (310 metros lineales) de documentación semiactiva sin valor institucional y fueron atendidas 52 solicitudes de préstamo de expedientes a las UAC.

En el procesamiento técnico de archivos históricos fueron capturados 2,030 registros, correspondientes a la Serie Registro de Títulos de Médicos Cirujanos y Sección Dirección General de Asuntos Jurídicos del Fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Se incorporó a la página web de la Secretaría de Salud bibliografía digital en materia de archivos, por tratarse de información de carácter público. Se proporcionaron 15,146 expedientes para su revisión y consulta y fueron atendidos 1,673 usuarios en sala de consulta del Archivo Histórico, de los cuales 119 participaron en visitas guiadas.

### 4.6 Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública

La Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública (APBP) tiene entre sus objetivos generar y canalizar recursos a la atención en salud de personas en situación de pobreza carentes de seguridad social, o bien, cuyos padecimientos no están previstos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), mediante el otorgamiento de

apoyos directos o a través de alianzas estratégicas con organizaciones de la sociedad civil sin fines de lucro.

Para la consecución de sus objetivos, la beneficencia pública administra recursos del erario federal, así como un patrimonio de afectación propio conformado por recursos financieros, bienes muebles e inmuebles, y diversos donativos gestionados ante fundaciones, asociaciones y empresas.

Con la idea de utilizar los recursos de forma profesional, eficaz y transparente, se implementaron del 1 de septiembre de 2013 al 30 de agosto de 2014, diversos programas destinados a atender a su población objetivo, ya sea de forma directa con la entrega de ayudas funcionales en especie, la investigación, la entrega en comodato de inmuebles de su propiedad, o bien, apoyando los programas y proyectos de coinversión en materia de salud y asistencia social de las organizaciones de la sociedad civil que participan en la Convocatoria Pública Anual.

Los programas de Ayudas Funcionales en Especie y de Proyectos de Coinversión de la Beneficencia Pública son pieza fundamental en el trabajo que se realiza. Conscientes de las necesidades primordiales a lo largo y ancho de país y de que los programas redundarán en mejores resultados si son utilizados para ayudar a la gente en los lugares en los que habita, al principio de 2014, se firmaron convenios de colaboración con 23 entidades federativas que tienen Beneficencia Pública o áreas homólogas.

### Ayudas Funcionales en Especie

Las ayudas funcionales en especie benefician de forma directa a las personas de bajos recursos que tienen algún padecimiento. Los insumos que requieren para mejorar su salud y calidad de vida se otorgaron mediante los siguientes programas:

El Programa de "Jornadas Protésicas" otorga prótesis de cadera y rodilla a personas que no cuentan con los recursos para hacerse de alguno de estos insumos. Gracias a este programa, 277 personas en diferentes estados del país recibieron prótesis de cadera (147) y de rodilla (130) que requerían para reincorporarse a la vida productiva. Cabe señalar que las alianzas generadas con las beneficencias públicas y sistemas de salud estatales garantizan la debida colocación de las prótesis entregadas, mediante las intervenciones quirúrgicas correspondientes, así como el seguimiento y rehabilitación de los beneficiarios.



Por su parte, el programa “Una Rodada de Vida” contribuyó a la movilidad e independencia de 1,980 personas que se beneficiaron con la obtención de una silla de ruedas.

El programa “Para Oírte Mejor” tiene como finalidad atender discapacidades auditivas. La APBP ayuda a mejorar la audición de personas con escasos recursos con la entrega de auxiliares auditivos y facilita, junto con sus aliados, la obtención de las terapias de adaptación y lenguaje requeridas. Con este programa se entregaron 4,485 auxiliares auditivos, en beneficio de más de 3 mil personas.

El programa “Para Verte Mejor” brinda la oportunidad a las personas más necesitadas del país de recuperar la visión, ya sea mediante la operación del padecimiento de cataratas que disminuyen o nulifican su capacidad visual o bien con la adquisición de lentes. Con este programa se entregaron y colocaron 1,400 lentes intraoculares de tres piezas, en beneficio de alrededor de 1,200 personas. Además de 2,002 lentes, en beneficio del mismo número de personas.

También se implementaron dos programas piloto destinados a la atención de los padecimientos de mujeres y adultos mayores. El programa “Para Sentirme Mejor” ayuda a mujeres víctimas de cáncer de mama a mejorar su autoestima e imagen corporal con la entrega y colocación de prótesis mamarias, ya sea inmediatamente después de la mastectomía, o bien, posterior a su tratamiento. Con este programa de reciente creación, se entregaron y colocaron 53 prótesis, con las que se beneficiaron 35 mujeres. El programa “Para Comer Mejor”, brinda la oportunidad, principalmente a personas de la tercera edad, de contar con prótesis dentales que les permiten la correcta función masticatoria, mejorar el habla y elevar su autoestima. Gracias a este programa fueron beneficiados 50 adultos mayores.

Adicional 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. En el periodo se entregaron 2,033 medicamentos en beneficio de 122 personas, y se apoyó a otras 139 con el resto de los insumos listados.

### **Proyectos de Coinversión**

La relación con terceros favorece la multiplicación de esfuerzos y entrega de ayudas. En ese sentido, la APBP participa con la sociedad civil organizada,

coinvirtiendo en los proyectos y programas que realiza en beneficio de los menesterosos.

En 2013 la APBP verificó la debida realización de proyectos de 22 organizaciones de la sociedad civil, así como el impacto que tuvieron y el buen uso de los recursos de los programas en los que coinvirtió.

Durante 2014, se emitió en el mes de mayo la Convocatoria Pública Anual: mediante esta convocatoria, diversas organizaciones de la sociedad civil sin fines de lucro presentaron proyectos de coinversión en materia de salud y asistencia social. El proceso incluyó la capacitación de 314 integrantes de 273 organizaciones de la sociedad civil. Además, para la entrega de recursos, se evaluó la viabilidad técnica y financiera de los proyectos, a la par que las organizaciones de la sociedad civil fueron sometidas a un estricto proceso de dictaminación.

### **Recaudación de Fondos**

Los donativos gestionados y recibidos son pieza medular para potenciar las ayudas que de forma directa otorga la Beneficencia Pública. Del 1 de septiembre de 2013 al 30 de agosto de 2014, se sostuvieron diversos encuentros con representantes nacionales e internacionales de fundaciones, empresas y asociaciones, con la intención de construir alianzas para la obtención de insumos y recursos económicos.

El trabajo realizado rindió frutos: Durante el periodo en mención, el generoso apoyo de los donantes se materializó en 3,200 despensas, 63,605 cajas de medicamentos, 1,036 millones de insumos médicos, 63 insumos para equipamiento de hospitales, 2 mil sillas de ruedas, 40 prótesis y órtesis, 999 paquetes para recién nacidos, 1,661 pañales, dos camionetas, cinco equipos de telepresencia y 398 piezas de ropa. Lo obtenido sirvió para aliviar las necesidades de mucha gente, incluidas las víctimas de los desastres naturales.

### **Investigación**

Además de apoyar con recursos a la Academia Nacional de Medicina de México, la APBP respaldó la investigación en neurohabilitación que la Universidad Nacional Autónoma de México 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 estados de la República Mexicana.







**5. COMISIÓN  
COORDINADORA  
DE INSTITUTOS  
NACIONALES DE  
SALUD Y HOSPITALES  
DE ALTA ESPECIALIDAD**



Corresponde a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) ejercer las facultades de coordinación sectorial de los Institutos Nacionales de Salud (INSalud), Hospitales Federales de Referencia (HFR) y Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAEs), promover y orientar el desarrollo y la ejecución de proyectos e investigaciones específicas dirigidos a la identificación y modificación de los factores que determinan la incidencia, prevalencia y resultado final de los principales problemas de salud en México, y llevar el registro oportuno de estos.

Además, la CCINSHAE se encarga de evaluar la pertinencia de la infraestructura y equipamiento para la adecuada prestación de servicios médicos de alta especialidad, de investigación y de formación de recursos humanos de alta especialidad en salud; promover mejoras en la atención médica de alta especialidad con base en los resultados de la investigación científica y desarrollo tecnológico, de infraestructura y de sistemas en salud.

Con base en lo anterior, la CCINSHAE coordina el subsector de instituciones dedicadas a la investigación, atención médica de alta complejidad y enseñanza de especialidad. Se encuentra integrada por 13 INSalud, seis HFR, seis HRAEs, los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP), así como por los Centros Nacionales de Trasplantes (CENATRA) y el Centro Nacional de Transfusión Sanguínea (CNTS). Todas estas instituciones son referencia nacional e internacional en sus especialidades y representan a algunas de las más prestigiadas del país.

Bajo la misión de coordinar los INSalud como un conjunto de organismos de medicina de alta especialidad, se ha trabajado para promover su funcionamiento y operación, mediante esquemas de administración, gestión y atención médica uniformes e innovadores. Por lo anterior, de septiembre de 2013 al mes de agosto de 2014, se han llevado a cabo las siguientes acciones:

- La organización y participación activa en 26 sesiones ordinarias y 17 sesiones extraordinarias de Juntas de Gobierno de los INSalud.

- Se coordinaron 54 reuniones con los directores médicos, de enseñanza, personal de las áreas de enfermería, médicos residentes, trabajo social y bibliotecas de los INSalud, que han tenido como objetivo favorecer el pleno desarrollo de las actividades de cada una de las entidades coordinadas en sus diferentes áreas.
- Se emitieron 98 opiniones técnicas y aportación de información sobre iniciativas de reformas y puntos de acuerdo, presentadas por los Diputados y Senadores en materia de salud, con apoyo de los expertos de las entidades coordinadas.

Como resultado del convenio firmado por los titulares de la CCINSHAE y de la COFEPRIS, para certificar a los Institutos Nacionales de Salud como Terceros Autorizados, y poder predictaminar proyectos de investigación que posteriormente serán autorizados por la propia COFEPRIS, en enero de 2014 se establecieron nueve Unidades Habilitadas de Apoyo al Predictamen (UHAPs) en los Institutos Nacionales de Cancerología, Cardiología, Ciencias Médicas y Nutrición, Enfermedades Respiratorias, Neurología y Neurocirugía, Rehabilitación, Salud Pública, el Hospital Infantil de México y en la propia CCINSHAE. Esta estrategia eficientará y agilizará los trámites de autorización de proyectos de investigación, reduciéndose en 66% el tiempo de espera. De abril a junio, la Unidad de Apoyo al Predictamen ha evaluado y emitido dictamen favorable a dos protocolos de investigación, uno de ellos autorizado en menos de 60 días.

En lo que se refiere al plan de respuesta inmediata ante Emergencias Epidemiológicas y Desastres Naturales, se llevaron a cabo acciones periódicas encaminadas a revisar y actualizar el Plan de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Influenza, a fin de reforzar la capacidad de atención hospitalaria ante una contingencia epidemiológica. Durante el brote de influenza que se presentó de octubre de 2013 a marzo de 2014, se brindó atención médica oportuna y eficaz a los pacientes que lo requirieron. Se desarrollaron diversos simulacros, con base en un proyecto específico y la incorporación de informes a la plataforma del Centro Virtual de Operaciones en Emergencias y Desastres.

Para hacer frente a la mortalidad materna se implantó y supervisó el Sistema de Registro para la

Atención de la Emergencia Obstétrica, se integraron al Convenio Interinstitucional en esta materia y se capacitaron 635 médicos y enfermeras en las Guías de Práctica Clínica para la atención del embarazo de alto riesgo, estableciendo una red de colaboración para contribuir en la disminución de la mortalidad materna.

En cuanto a los HRAE, es importante destacar que se brindaron más de 280 mil consultas externas y de Admisión Continua siguiendo la política de “Cero Rechazo”, y cerca de 20 mil egresos, con un promedio de 85% de ellos por mejoría y un promedio para la tasa de infecciones nosocomiales menor a 6%. El HRAE abrió sus puertas en 2013, con un ritmo ascendente durante el periodo que le ha permitido otorgar cerca de 20 mil consultas.

Por otra parte, México fue distinguido como país sede de la región de las Américas por la OMS/OPS para celebrar el Día Mundial del Donante de Sangre, el cual se llevó a cabo el 13 de junio en la Secretaría de Salud, con la presencia de representantes de OMS/OPS, Cruz Roja Internacional y Media Luna Roja, entre otros. Esta distinción fue lograda gracias a los avances del CNTS en la revisión y propuestas de modificación de leyes y el compromiso para que la sangre disponible sea más segura a través de la regionalización de los servicios de sangre para su procesamiento y al aumento del número de donantes voluntarios en algunos estados, así como al compromiso por disminuir la mortalidad materna, en apego a los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La Secretaría de Salud, a través del grupo federal para reducir la mortalidad materna bajo el lema “Sangre segura, para una maternidad segura”, ha logrado abatir la muerte materna por hemorragia.

Además, es importante señalar que actualmente el 100% de los productos sanguíneos que se transfunden en el país son estudiados para los siguientes marcadores de infección: sífilis, VIH tipos 1-2 y virus de hepatitis B y C.

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

la innovación en salud mediante el incremento del registro de nuevas patentes.

## 5.1 Dirección General de Políticas de Investigación en Salud

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

Durante el segundo semestre de 2013 y primero de 2014, se emprendieron acciones con el propósito de consolidar la rectoría nacional en materia de investigación en salud, entre las que destaca la vinculación con otros actores del Sistema Nacional de Salud y del sector social. En cuanto al financiamiento de la investigación, la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), aportaron recursos al Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social (FOSISS); participaron en el establecimiento de las prioridades de investigación en salud y en el proceso de aprobación y seguimiento de los financiamientos.

El 12 de mayo de 2014 se llevó a cabo la vigésima quinta reunión del FOSISS, en la cual se aprobó la Convocatoria 2014 del Fondo, teniendo un monto de 200 millones de pesos para financiamiento. Los resultados se conocerán en octubre de 2014.

Respecto de las acciones para incentivar la investigación en ciencias de la salud, se realizaron reuniones con los Institutos Nacionales de Salud (INSalud), Hospitales Federales de referencia (HFR) y Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAEs) para retroalimentar los resultados del desempeño, reorientar acciones e identificar áreas de oportunidad en materia de investigación en salud. Para ello, desde enero de 2014 se revisaron y actualizaron los formatos de los anexos estadísticos de 13 INSalud, tres HFR y seis HRAE para mejorar la información de cada una de las unidades.

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 de la Secretaría de Salud;

la realización del XIX Encuentro Nacional de Investigadores; la convocatoria del Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social; la convocatoria del Servicio Social en Investigación en Salud de Medicina y la difusión de información relevante relacionada con la investigación en salud.

Para fortalecer y optimizar los procesos de evaluación y seguimiento académico de los investigadores en ciencias médicas, se consolidó en 2013 la herramienta informática del Sistema de Registro Institucional de Investigadores, que permitió realizar la evaluación de ingreso, promoción y permanencia, así como el otorgamiento de estímulos al desempeño; actualmente concentra el *curriculum vitae* de todos los investigadores del Sistema Institucional de Investigadores (SII).

En la convocatoria 2014 de ingreso, promoción y permanencia, se evaluaron 549 investigadores, de los cuales 96 ingresaron, 102 se promovieron y 256 permanecieron; así como 19 no ingresaron, 31 no promovieron y 45 no permanecieron. Como complemento de esta convocatoria se otorgó el Estímulo a la Permanencia para 1,084 investigadores, con un monto total de 99,923,227 millones de pesos; 6 millones de pesos más que el año pasado.

En el primer semestre de 2014, se gestionó la actualización del Reglamento para el Estímulo al Desempeño de los Investigadores en Ciencias Médicas de la Secretaría de Salud, a fin de que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público lo valide y registre.

En el mes de mayo de 2014, se emitió la Convocatoria para el Estímulo al Desempeño de los Investigadores en Ciencias Médicas de la Secretaría de Salud, recibándose 477 solicitudes.

Con respecto al convenio de colaboración establecido con el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, 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, de enero a junio de 2014, se brindó este beneficio al siguiente número de usuarios: 1,374 investigadores; 1,080 estudiantes de especialidad, maestría y doctorado; 4,299 médicos residentes; 602 médicos que realizan investigación; así como a 288 personas que realizan investigación; para un total de 7,463 beneficiados.

Con el objetivo de coadyuvar y mejorar el funcionamiento de los Comités de Investigación de Institutos y Hospitales de Alta especialidad, se

elaboraron y establecieron los lineamientos para la integración y funcionamiento que homologan a estos cuerpos colegiados. Se continuó con el Programa de Becas de Inicio a la Investigación, otorgándose en 2013 y 2014 un total de 250 becas, las cuales son semestrales con posibilidad de prórroga hasta por dos años.

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

- En 2014 el número de investigadores evaluados en el SII suma 1,365, distribuidos de la siguiente manera: 1,269 en los INSalud, 73 en HFR y 23 en HRAE.
- El número de investigadores de la Secretaría que pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores fue de 1,025, los cuales se distribuyeron de la siguiente forma: 951 en los INSalud, 68 en los HFR y seis en los HRAE. Lo anterior ubica a la CCINSHAE en segundo lugar en la totalidad de investigadores pertenecientes al Sistema Nacional de Investigadores (SNI), solo después de la UNAM que registra 3,953 y, en primer lugar, entre las instituciones del Sector Salud, que incluyen al IMSS (288) y al ISSSTE (13).
- Los investigadores en ciencias médicas publicaron en 2013, 2,574 artículos en revistas científicas periódicas y se distribuyeron 2,121 en los INSalud, 376 en los HFR y 50 en los HRAE. La proporción de artículos científicos de alto impacto fue de 63.1% para el mismo periodo. Los artículos publicados en 2014 pueden consultarse en la página: <http://www.ccinshae.salud.gob.mx/2013/publicaciones.html>.

Del 24 al 27 de octubre de 2013 se realizó el XVIII Encuentro Nacional de Investigadores de la Secretaría de Salud. Se recibieron 137 trabajos, de ellos se seleccionaron y presentaron 60 en forma oral (19 del área clínica, 32 de biomédica y nueve de salud pública y ciencias sociales). En cada área se otorgaron los siguientes premios: el mejor trabajo, una tesis de maestría, una de doctorado y un artículo publicado en revistas de alto impacto (de los grupos IV y V de la clasificación cualitativa de los INSalud).

## 5.2 Dirección General de Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud

La misión de la Dirección General de Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud (DGCINS) es la de coordinar a los Institutos Nacionales de Salud (INSalud) como un conjunto de organismos de medicina de alta especialidad, a través de sus directores generales, personal directivo en áreas sustantivas y órganos de gobierno, para promover su funcionamiento y operación, mediante



esquemas de administración, gestión y atención médica uniformes e innovadores. Por lo anterior, se llevaron a cabo con éxito diversas acciones de septiembre de 2013 a agosto de 2014.

Con el propósito de atender la Meta Nacional “México Incluyente” del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, se planteó como objetivo 1 del Programa Sectorial de Salud (PROSESA) el “Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades”, del cual se derivaron los objetivos, estrategias y líneas de acción del Programa de Acción Específico de Medicina de Alta Especialidad (PAEMAE) 2013-2018, acordes con las atribuciones de la DGCINS.

- Se colaboró con la Dirección de Derechos Humanos e Investigación Normativa en la solicitud relativa a acciones realizadas por los INSALUD en materia de derechos humanos.
- Se colaboró con la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos (CGAJDH) en la búsqueda de desaparecidos que solicitan diversas autoridades ministeriales y la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), con la participación de los enlaces de personas desaparecidas de cada una de las entidades coordinadas, a quienes se les requiere para que realicen la búsqueda respectiva en sus registros de atención médica y patología.
- Se participó en el Programa de Capacitación y Asistencia Técnica en la capacitación de la Alerta AMBER, impartido por el *National Criminal Justice Training Center* del *Fox Valley Technical College*, el cual tuvo verificativo del 10 al 12 de diciembre de 2013, en cumplimiento del Convenio de Colaboración en el marco del Programa Alerta AMBER México, en el cual esta Secretaría de Salud ha adquirido compromisos para colaborar dentro de sus atribuciones para la búsqueda y localización de niñas, niños y adolescentes que se encuentren en riesgo inminente de sufrir daño grave a su integridad personal, ya sea por motivo de ausencia, desaparición, extravío, la privación ilegal de la libertad o cualquier otra circunstancia donde se presuma la comisión de algún ilícito ocurrido en territorio nacional.
- En cumplimiento con dichos programas, la DGCINS efectuó la coordinación sectorial de los INSALUD, los cuales han obtenido los logros que se muestran en el Cuadro X durante el periodo que se informa.

Las acciones de coordinación específicas en las cuales la DGCINS ha tenido injerencia se detallan a continuación:

- Coordinación, planeación, seguimiento y evaluación del desempeño de los INSALUD a través de la nueva modalidad de revisiones de carpetas de Junta de Gobierno de los Institutos Nacionales de Salud, con la participación activa y presencial de los Comisarios Públicos, con lo que se evitaron observaciones innecesarias por parte del Comisariato en beneficio de las referidas entidades.
- Se elaboraron 40 Listados de Acuerdos de las sesiones ordinarias y extraordinarias de los INSALUD y se revisaron 29 actas de Juntas de Gobierno de las referidas entidades y de los Hospitales Federales de Referencia, con el propósito de darle formalidad, validez jurídica y seguimiento a los acuerdos adoptados por los referidos Órganos Colegiados.
- Se registró la numeralia de los INSALUD, cuyos indicadores reflejan las principales acciones emprendidas por las entidades coordinadas en sus cuatro rubros principales: administración, enseñanza, investigación y atención médica, lo cual permite analizar sus debilidades y fortalezas.

Otras estrategias y líneas de acción que se desprenden de los Objetivos 1 y 2 del PAEMAE, en beneficio de grupos vulnerables en las que participó activamente la DGCINS son:

- En mayo 2014 se favoreció la atención de pacientes indígenas del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, mediante la localización de una intérprete de lengua mixteca que brindó apoyo a los mismos (mediante el Directorio de Intérpretes Voluntarios de los INSALUD generado en la DGCINS), con el propósito de otorgarles atención médica con respeto a la cultura de estos grupos vulnerables.
- Se favoreció la promoción y el apego a las Guías de Práctica Clínica en los INSALUD.

Las acciones realizadas con respecto al marco legal y normativo en el periodo que se informa, fueron:

- A principios de 2014, como coordinación sectorial se logró que los INSALUD realizaran sus programas anuales, alineados a las metas nacionales.
- Se colaboró en la integración del Manual de Organización Específico de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad y en la conformación y aprobación del Manual de Procedimientos 2014 de esta Dirección General. Ambos manuales son herramientas administrativas vigentes que permitirán el desarrollo

CUADRO X. LOGROS DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD

Hospital Infantil de México (HIM)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se puso en función la Unidad de Rehabilitación del HIM.</li> </ul>
Instituto Nacional de Cancerología (INCAN)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Construcción y equipamiento de la nueva Torre de Hospitalización del INCAN.</li> <li>Realización de la campaña “Un minuto contra el cáncer”.</li> <li>El Director General del INCAN, Dr. Mohar Betancourt, fue nombrado miembro de la Junta de Fiscalización de Estupefacientes, en Viena, del 11 de noviembre de 2013 hasta 2017.</li> </ul>
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (INC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Instalación del Sistema de Almacenamiento y Consulta de Imágenes (PACS).</li> <li>Obtención del premio Ignacio Chávez de Investigación Básica al Departamento de Endocrinología.</li> <li>Trabajo premiado con el Certificado al Mérito en la reunión anual de <i>la Radiologic Society of North America</i>, en Chicago.</li> </ul>
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inicio de operación de la Red de Apoyo a la Investigación (RIA).</li> <li>Apertura de la Clínica de Neurociencias del INCMNSZ.</li> </ul>
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consolidación de la farmacia hospitalaria.</li> <li>Actualización y uso de las Guías de Práctica Clínica.</li> <li>Sede del Programa de Maestría en Ciencias Médicas de la Facultad de Medicina.</li> </ul>
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Publicación del libro de los 50 años del Instituto.</li> <li>Creación de la Unidad de Cultivo de Células Nerviosas.</li> </ul>
Instituto Nacional de Pediatría (INP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ampliación de la Unidad Pediátrica de Hemato-Oncología (UPHO).</li> <li>Firma de 7 convenios con estados y hospitales para Radioterapia con el Acelerador Lineal.</li> <li>Remodelación e inauguración de equipos de Rayos X en 2 salas de imagenología, 1 sala de urgencias y 2 equipos portales.</li> <li>Inauguración de Salas Lúdicas de la Fundación Mark y Módulos de Lectura de PVO.</li> </ul>
Instituto Nacional de Perinatología (INPer)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Creación de la Central de Simulación Clínica.</li> <li>Construcción y ampliación del anexo “B” y remodelación de los edificios “A” y “B” de acuerdo al Plan Maestro del INPer.</li> </ul>
Instituto Nacional de Psiquiatría (INPs)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ingreso de un paciente al programa “Biomarcadores para el diagnóstico diferencial de enfermedades psiquiátricas”.</li> <li>Diseminación de modelos de intervención en adicciones y salud mental.</li> <li>Adquisición del equipo de resonancia magnética digital con 128 canales.</li> </ul>
Instituto Nacional de Rehabilitación (INR)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Protocolo de “Tipos de personalidad de los Médicos Residentes del INR” con avance del 80%.</li> <li>Diseño del Sistema de Tele Rehabilitación.</li> </ul>
Instituto Nacional de Geriátría (INGER)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Remodelación del edificio D.</li> <li>Estudio piloto sobre la dieta de los adultos de 50 años o más en el Distrito Federal.</li> <li>Celebración del seminario y simposio “Dependencia en adultos mayores: de la experiencia internacional a la acción en México”.</li> <li>Congreso de la Sociedad de Geriatras de México.</li> </ul>
Instituto Nacional de Medicina Genómica (INMEGEN)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conclusión del proyecto de investigación “Estudio de Diversidad Genómica en Poblaciones Nativas Mexicanas: Secuencia Completa del Genoma como Recurso de Investigación para Estudios Evolutivos y Aplicados a la Salud”.</li> <li>Establecimiento de la Maestría en Investigación Clínica Experimental en Salud con Orientación a la Medicina Genómica.</li> <li>Convenio de investigación con el Hospital General Dr. Manuel Gea González.</li> </ul>
Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proyecto EXCEED 2016 “Por la excelencia educativa en el INSP”.</li> <li>Internacionalización de la Maestría en Salud Pública (MSP).</li> <li>Operación de la Maestría en Gestión de la Calidad en la Universidad de Murcia, España.</li> <li>Encuesta Nacional de Adicciones 2014.</li> <li>Operación de la Unidad de Laboratorios del INSP.</li> </ul>

eficiente de las funciones que ayuden a cumplir con las metas y objetivos institucionales.

- Se emitieron 98 opiniones técnicas y aportación de información sobre Iniciativas de Reformas y puntos de acuerdo, presentadas por los Diputados y Senadores en materia de salud, con apoyo de los expertos de las entidades coordinadas.
- Se revisó de manera periódica la normatividad publicada en el Diario Oficial de la Federación, aplicable a la Administración Pública Federal, a las entidades paraestatales y de impacto en el Sector Salud en general, haciendo del conocimiento la misma a los INSalud, Hospitales Federales de Referencia y Hospitales Regionales de Alta Especialidad, con lo que se ha promovido la actualización normativa de los mismos en beneficio de su organización y administración.
- Se participó activamente en la realización de propuestas para el Programa Sectorial de Salud y el Programa de Acción Específico de Medicina de Alta Especialidad 2013-2018.
- En enero de 2014 se analizó el cumplimiento de las metas de los INSalud 2013, en función de su presupuesto y proyección de metas institucionales del presente año, de cuyo análisis se emitieron sugerencias encaminadas a la mejora de la administración de las entidades coordinadas.
- Se participó activamente con la Dirección General de Relaciones Internacionales (DGRI) en la emisión de opiniones respecto de algunos acuerdos e instrumentos dentro del ámbito de su competencia, lo anterior en colaboración con los INSalud.
- A partir de julio de 2014, se implementó como uno de los Proyectos Transversales de Mejora la reforma a la Ley de los INSalud.
- Se atendieron 67 solicitudes de información del Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos durante el periodo que se informa, en colaboración con las unidades de enlace de los INSalud.
- Se inició la coordinación del Proyecto de Transparencia Focalizada en los INSalud, como parte del cumplimiento al Programa para un Gobierno Cercano y Moderno Focalizada en los INSalud, como parte del cumplimiento al Programa para un Gobierno Cercano y Moderno (PGCM), el cual instrumenta una de las estrategias transversales del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

- Se implementó el Proyecto de Mejora de Indicadores de Gestión en Medicina de Alta Especialidad, cuyo fin es diseñar, evaluar e instrumentar indicadores de gestión más adecuados, que permitan centrar y mejorar la atención médica de alta especialidad que otorgan las entidades coordinadas, de acuerdo con sus características particulares a la población usuaria.
- Se colaboró con la Dirección General de Políticas de Investigación en Salud (DGPIS) en la revisión de los convenios celebrados entre la Secretaría de Salud y COFEPRIS, CONACYT y CONRICYT.
- Se participó en la elaboración del proyecto de Manual de Integración y Funcionamiento del área de predictamen de protocolos de investigación en seres humanos, en colaboración con la DGPIS.
- A través de las reuniones de Directivos de Enfermería se coordinó la realización del diagnóstico situacional de enfermería de los INSalud (que a su vez da cumplimiento a una de las metas del Programa Anual de Trabajo 2014 de la DGCINS), con el fin de detectar las debilidades y áreas de oportunidad del referido sector, para la implementación de estrategias encaminadas a mejorar la atención de los pacientes de los INSalud.
- Se participó en el Foro Bilateral sobre Educación Superior, innovación e investigación (FOBESII), que se llevó a cabo los días 9 y 10 de junio de 2014 en la Universidad de Arizona, con la asistencia del Dr. Simón Kawa Karasik, Director General de Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud, lo anterior con el propósito de incentivar la investigación técnica, científica y la innovación que permita la formación de capital humano que coadyuve a lograr el desarrollo económico de ambos países.

### **5.3 Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia**

La Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia establece y conduce las estrategias de operación, calidad, mejora continua y desarrollo que permiten el funcionamiento sistemático y eficaz de las unidades siguientes: Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”; Hospital General “Dr. Manuel Gea González”; Hospital Juárez de México; Hospital Nacional Homeopático y Centro de Enseñanza e Investigación Aplicada; Unidad Médico Quirúrgica de Corta Estancia Juárez Centro y Hospital de la Mujer. Las cuales realizan prevención de enfermedades, la promoción de hábitos saludables, y el otorgamiento de atención médico-quirúrgica y

rehabilitatoria de alta especialidad para la población en general. En el ámbito de su competencia realizó, del 1 de septiembre de 2013 al 31 de agosto de 2014, las siguientes acciones enmarcadas en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y el Programa Sectorial (México Incluyente).

### **Modelo de gestión para los Hospitales Federales de Referencia (HFR)**

Los nuevos retos asistenciales han obligado a establecer un modelo de gestión diferente que obliga a comparar el significado del progreso científico y los resultados de la investigación con las necesidades de salud apremiantes; la alta tecnología con la actividad ambulatoria; la investigación molecular y genética con la prevención; la cirugía tradicional con la robótica; el aula de docencia con la telemedicina y el gran compromiso que tienen los jefes de servicio, directivos y líderes frente a la enfermedad.

### **Productividad general**

Los HFR otorgaron 1,487,382 consultas médicas y 209,894 atenciones de urgencia; ingresaron 90,665 enfermos, egresaron 83,832 pacientes por mejoría y se realizaron 98,924 cirugías.

### **Prevención y Promoción de la Salud**

Mediante el Programa “Universidad del Paciente” se fortalecieron acciones encaminadas a la prevención y el control de *diabetes mellitus*, obesidad, hipertensión arterial y cáncer, entre otras, a fin de cambiar el comportamiento de las personas mediante la inducción de estilos de vida saludables que generen una disminución de la demanda de servicios médicos e impulsen la transición, migrando de la medicina curativa hacia la prevención de enfermedades.

### **Obesidad y Diabetes**

El actual Modelo de Gestión para los HFR incluye acciones como el establecimiento de Clínicas de *Diabetes* y *Obesidad*, que brindan atención multidisciplinaria orientada a la prevención, tratamiento y rehabilitación, como parte del manejo integral del paciente con estos padecimientos.

### **Adicciones**

El Hospital General de México y el Hospital “Dr. Manuel Gea González” iniciaron actividades en conjunto con la Comisión Nacional contra las Adicciones a fin de coadyuvar con el proyecto de atención médica en pacientes adictos.

### **Cáncer**

El trabajo desarrollado por los HFR, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento del cáncer, se ha incrementado progresivamente en la medida de la incidencia en los diversos grupos de edad. El Hospital de la Mujer concluyó la instalación de una nueva Unidad de Radioterapia que cuenta con un Acelerador Lineal de alta tasa de dosis para el tratamiento del cáncer, mismo que permitirá asegurar mejores condiciones de calidad en la atención a las pacientes y apoyará a otros servicios de oncología existentes en el área de influencia.

### **Envejecimiento**

El Programa de Atención Integral del Envejecimiento (AIDE) que inició en el Hospital General de México se ha difundido a los demás HFR para que dentro de los servicios de geriatría implementen las acciones necesarias en las unidades de consulta externa, hospitalización y sala de día, para la atención de los pacientes de 70 años y más.

### **Protección Social en Salud**

Los HFR, en coordinación con el Sistema de Protección Social en Salud, han acercado e incrementado progresivamente los servicios médicos de alta especialidad a las personas que no cuentan con seguridad social y padecen enfermedades de alto costo que pueden poner en riesgo su vida y patrimonio familiar.

### **Hospital 100% libre de humo de tabaco**

La Unidad Médico Quirúrgica de Corta Estancia Juárez Centro obtuvo en el mes de mayo de 2014 la certificación por la CONADIC como Hospital 100% libre de humo de tabaco, constituyéndose en la segunda unidad médica certificada en esta materia.

### **Calidad**

Se actualizaron los Comités de Calidad y Seguridad del Paciente para aumentar progresivamente los egresos por mejoría y se implantaron medidas de prevención en cada uno de los hospitales con el propósito de procurar la seguridad del paciente y la cultura de registro de eventos adversos.

### **Trasplantes**

Se realizaron 67 trasplantes de riñón, nueve de hígado y 50 de córnea en el Hospital General de México.

### Redes integradas de Servicios de Salud

La iniciativa de Redes Integradas de Servicios de Salud ha sido adoptada por los HFR a fin de evitar la fragmentación y segmentación de los sistemas, respondiendo a los desafíos más importantes para lograr un acceso equitativo de los ciudadanos a los servicios de salud.

### Telemedicina

En el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” se implementó el proceso tecnológico de la telemedicina a través de la participación organizada de instituciones referentes de pacientes y de instituciones oferentes de programas educativos y consultas de especialidades.

### Auditorías Médicas cruzadas

Se evaluaron dos hospitales: Hospital Juárez de México (Unidad de Terapia Intensiva de Adultos); Hospital General “Dr. Manuel Gea González” (Medicina Interna y Terapia Intensiva Neonatal). Las observaciones detectadas fueron remitidas a las direcciones de los hospitales para implementar acciones de mejora.

### Acreditación y certificación

El Hospital de la Mujer logró la acreditación como unidad resolutoria para el Programa de Emergencia Obstétrica, que permitirá por un lado dar atención a todas las mujeres que cuentan con Seguro Popular y por otro, captar mayores recursos para mejorar la atención.

### Acceso a los servicios de salud

Los HFR participan en el proceso del aseguramiento universal en salud, manteniendo la política de cero rechazo para garantizar el acceso efectivo a los servicios médicos a toda la población, haciendo una realidad el derecho a la protección de la salud.

### Bancos de Leche Humana

Los HFR impulsaron de manera decisiva las buenas prácticas en el Proyecto de Banco de Leche Humana. Debido a la importancia que representa para la alimentación infantil, se han extendido las experiencias exitosas para abrir más bancos.

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

El grupo de entidades descentralizadas que la Dirección General coordina son: el Hospital Regional

de Alta Especialidad del Bajío, de la Península de Yucatán, de Oaxaca, de Ciudad Victoria “Bicentenario 2010”, de Ixtapaluca y el Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas, este último integrado por dos unidades hospitalarias.

Estos hospitales prestan servicios de atención médica, formación y desarrollo de recursos humanos y generación de conocimiento para 16 entidades federativas del país. El desempeño de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad ha sido fortalecido con la coordinación y foros para incrementar la capacidad de gestión hospitalaria, favoreciendo la calidad en la atención y la seguridad de los pacientes, con acciones como las que a continuación se describen: En el marco de la planeación nacional, la Dirección General participó para alinear el cumplimiento del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, integrando diversas estrategias y líneas de acción que se reflejaron en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018.

- Se participó en la propuesta del Programa de Acción Específico de Medicina de Alta Especialidad, centrado en la calidad y seguridad de la atención, en el que se estableció como base de la atención médica y la formación de recursos humanos al conocimiento científico.
- Para incrementar la oferta de servicios de alta especialidad, el uso de la infraestructura pública de las regiones y avanzar hacia un Sistema Universal de Salud, se han formalizado convenios de colaboración para el intercambio de servicios entre cada uno de los HRAE y las delegaciones del IMSS y del ISSSTE, otorgando servicios de consulta, hospitalización, gabinetes y estudios diagnósticos y terapéuticos.
- Se mantuvo la atención médica a la población que en cerca de 90% de los casos pertenece a los niveles socioeconómicos más vulnerables, otorgando servicios de alta especialidad para favorecer el acceso universal sin importar su condición social o laboral.
- En materia de calidad y seguridad del paciente, destaca: i) visitas de seguimiento durante el último trimestre de 2013; ii) revisión a la operación de servicios hospitalarios específicos en el Hospital de Especialidades Pediátricas del CRAE entre julio y noviembre de 2013; iii) se desarrolló el curso-taller Gestión de Riesgos en la Seguridad del Paciente el día 12 de noviembre de 2013 en el Hospital de Especialidades Pediátricas del CRAE de Chiapas.
- En el ejercicio 2014, se desarrolló el Programa de Calidad Efectiva y Seguridad del Paciente en los HRAE, de cuyas principales estrategias destacan i) la

colaboración para celebrar el 1<sup>er</sup> Congreso de Calidad y Seguridad del Paciente del CRAE, celebrado del 28 al 30 de mayo de 2014; ii) en marzo se realizó la 1<sup>a</sup> Reunión de Gestores de Calidad, donde se actualizó en materia de Calidad y Seguridad del Paciente por parte del personal de la DGCES, así como se definieron los compromisos a seguir en el transcurso del año 2014; iii) las visitas de seguimiento a los HRAE iniciadas en el mes de julio de 2014.

- Como resultado del esfuerzo institucional, en el mes de enero, el HRAE de la Península de Yucatán recibió la certificación del Consejo de Salubridad General por tres años, siendo el primer hospital público de ese estado en obtenerla. Por otro lado, los HRAE han acreditado servicios para atender padecimientos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, con lo que la población reduce la necesidad de trasladarse y disminuye el gasto de bolsillo.
- Con la promoción activa de la Dirección General se lograron acciones concretas del Comité de Expertos en Cardiología y Cirugía Pediátrica y del Comité para el Estudio y Atención Integral del Maltrato Infantil. Durante el periodo que se informa ambos Comités lograron crecer y desarrollar sus respectivas estructuras organizativas, manifestándose en la incorporación de nuevas instituciones del Sector Salud, educativo y privado.
- Se realizaron reuniones de carácter nacional con la participación de médicos especialistas provenientes de las zonas de influencia de los HRAE, así como personal adscrito a la CNPSS, a la Suprema Corte de Justicia y a tres ONGs, con experiencia de intervenciones directas en la prevención del maltrato infantil.
- Entre las actividades específicas destacan la consolidación del Registro Nacional de Cirugía Cardíaca Pediátrica que es objeto de un proceso de auditoría por pares, y los avances en el procedimiento de regionalización del riesgo quirúrgico entre los establecimientos de alta especialidad de la Red de Atención a Pacientes con Malformación Congénita del Corazón.
- Respecto al maltrato infantil, se logró la vinculación con el Instituto Nacional de Ciencias Penales con la finalidad de complementar el marco teórico para el análisis de la violencia en la sociedad actual.
- El programa de formación de médicos especialistas para el ciclo académico 2013-2014 tuvo cursos de especialidades troncales y de entrada indirecta, además de cursos de alta especialidad en seis HRAE. En el proceso para el ciclo 2014-2015 se logró un total de 63 médicos de primer año, 67 de segundo y 70 de tercero, lo que da un total de 200 residentes.

Destaca el caso del HRAE del Bajío, que contó ya con estudiantes extranjeros por la excelencia de sus cursos.

- Se continúa con éxito la incorporación de médicos egresados de los INSalud y HFR, lo cual favorece la mejor distribución de este personal en el país. En el caso de personal de enfermería, se han realizado cursos de formación a nivel de especialidad, logrando el reconocimiento como sede de instituciones de educación superior.
- Con el apoyo de la DGCES y en coordinación con los INSalud y HFR, se desarrolló el programa de rotaciones de residentes de las diferentes subespecialidades, adicionales a los residentes provenientes de las diversas instituciones de las redes de servicios regionales. Se estima que al mes de agosto de 2014 rotaron cerca de 300 residentes. Se mantienen los convenios para ofrecer campos para alumnos de pregrado, internado, servicio social y prácticas profesionales de carreras del área de la salud y afines.
- En 2013, la “Revista Evidencia Médica e Investigación en Salud”, obtuvo la indización en el grupo I, lo que constituyó un gran logro a cargo del HRAE de Ciudad Victoria, Tamaulipas. El HRAE de la Península de Yucatán coordina desde enero 2014 el trabajo editorial con la orientación de lograr cumplir con los criterios del CONACYT para las revistas científicas.
- En cuanto a infraestructura de investigación, el HRAE de Oaxaca concluyó el laboratorio de biología molecular; el HRAE de la Península de Yucatán ha habilitado su unidad de investigación; el HRAEV obtuvo un financiamiento de CONACYT para su laboratorio científico y en convenio con la universidad estatal compartirá las cátedras. Todos estos son avances para la investigación regional en busca de las soluciones a los problemas de salud.
- La Dirección General, en colaboración con otras áreas de la CCINSHAE, coordinó reuniones técnicas y condujo procesos a través de reuniones de grupos directivos de atención médica, de operaciones, de enseñanza, planeación e investigación, de enfermería, atención al usuario, bibliotecas y médicos residentes para promover la cultura y los valores institucionales en concordancia con el modelo de gestión de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad.
- A efecto de establecer líneas estratégicas, favorecer su coordinación y la toma de decisiones, se llevaron a cabo nueve reuniones con los directores generales en el periodo de septiembre de 2013 a junio de 2014 y al mes de agosto se realizaron dos más.

- En relación a la colaboración con los órganos de gobierno de cada uno de los HRAE, en el periodo del 1 de septiembre de 2013 al 25 de junio de 2014, se realizaron en tiempo y forma 24 sesiones ordinarias y tres extraordinarias, en las que se participó activamente en su conformación, así como en el análisis y seguimiento de acuerdos.
- Se participó en 20 sesiones de Comités de Control y Desempeño Institucional, cuatro para cada Hospital Regional de Alta Especialidad, asesorando y coadyuvando con el control de riesgos y desempeño institucional.
- En el último trimestre de 2013, se logró la modificación de plantillas de los HRAE del Bajío, Oaxaca e Ixtapaluca, a efecto de adecuarlas a las necesidades hospitalarias en más de 250 plazas que apoyan el fortalecimiento y apertura de nuevos servicios; al mes de mayo de 2014, los HRAE tienen contratados 6,642 empleados, lo que resulta en 93% de plazas ocupadas; dado que prevalece la baja oferta para cubrir algunas vacantes de especialidad.
- Se participa mensualmente en las Juntas de Coordinación del HRAE Ixtapaluca, como apoyo a la Dirección General del HRAE para facilitar el proceso de administración del Contrato de Prestación de Servicios (CPS).
- Esta Dirección General proporcionó orientación permanente a los hospitales bajo el esquema de Contrato de Prestación de Servicios, a fin de asegurar la continuidad en la operación y en los procesos de conciliación derivados de diferencias en la interpretación del Contrato de Prestación de Servicios.

### **5.5 Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea**

El Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea (CNTS) es responsable de proponer las políticas y estrategias nacionales en materia de suficiencia, equidad, oportunidad, seguridad y calidad, así como del uso adecuado y racional de la sangre, componentes sanguíneos y células troncales. Otras de sus atribuciones son las de impulsar la donación voluntaria no remunerada y repetida, así como la de evaluar el desempeño técnico de los servicios de sangre.

Con el propósito de incrementar la seguridad transfusional, el CNTS emprendió las siguientes acciones normativas:

- Propuestas de reforma y adición a la Ley General de Salud:
  - Artículo 112. Disposición para orientar y capacitar a la población en donación de órganos, tejidos y células.

- Artículo 314. Adición de definiciones.
- Artículo 315. Se establece la vigencia sanitaria para los servicios de sangre.
- Artículo 341. Inclusión de nuevos giros de los servicios de sangre y de células troncales, que permitirán la regionalización de los mismos.
- Artículo 342 bis 3. Responsabilidad del Centro Nacional de mantener el Registro Nacional de Sangre y de Células Troncales.

Se realizaron 45 colectas externas de donación de sangre, con un total de 2,850 unidades de sangre colectadas. Se llevó a cabo la Segunda Campaña Nacional de Donación de Sangre Voluntaria y Altruista en las 32 entidades federativas, con más de 2,550 unidades de sangre colectadas en un día.

- En conjunto con el grupo de “Fuerza de Tarea para la Disminución de Muerte Materna” se llevaron a cabo 18 visitas para la mejora continua a servicios de sangre de las unidades resolutorias de atención de la emergencia obstétrica.
- Con el fin de incrementar la diversidad genética del inventario de células progenitoras del CNTS, se formalizaron convenios con los Servicios de Salud de los estados de Chiapas, Aguascalientes y Guerrero.
- Se incrementó el inventario con 80 unidades de células progenitoras para contar con un total de 1,798 unidades disponibles y se entregaron 35 para trasplante de médula ósea.
- Las áreas administrativa, normativa y técnica del CNTS se recertificaron bajo la Norma Mexicana NMX-CC-9001-IMNC-2008; siendo un organismo de la Secretaría de Salud certificado de forma integral.
- Se realizaron cuatro cursos regionales en diferentes entidades del país de medicina transfusional, acumulando un total de 1,200 profesionales de la salud capacitados en la materia.
- Se continúa impartiendo el diplomado a distancia: “Sangre y Componentes Seguros” con el aval académico de la UNAM, y contenidos programáticos de la Organización Panamericana de la Salud. En la sexta generación del diplomado se está capacitando a 40 profesionales de la salud.
- Se celebró el III Simposio Internacional de Banco de Sangre de Cordón Umbilical y Medicina Regenerativa, contando con la participación de 153 médicos especialistas en hematología y trasplante de médula ósea, enfermeras, químicos, técnicos de laboratorio y

profesionales de otras especialidades relacionadas con terapia celular y medicina regenerativa.

- Se concluyó la primera etapa del estudio colaborativo multicéntrico con la Sociedad Internacional de Transfusión Sanguínea y el Instituto Paul Ehrlich de Alemania, para definir estándares bacterianos para detección de contaminación bacteriana en plaquetas, siendo México el único país de América Latina que participa en dicho estudio.
- Se participó en la elaboración del Plan de Acción para el Acceso Universal a Sangre Segura para la región de las Américas 2014-2018 de la Organización Mundial de la Salud en Washington, DC. En seguimiento a dicho Plan, se realizó una reunión de la OPS de Coordinadores de Programas Nacionales de Sangre de Latinoamérica en Buenos Aires, Argentina; cuyas recomendaciones se incluyeron para ser presentadas en la reunión de Secretarios de Salud de la región para su consideración y aprobación en el año 2014.
- A fin de evaluar el desempeño técnico de los servicios de sangre del Sistema Nacional de Salud, en la presente administración se realizó el envío del control de calidad externo a 545 bancos de sangre para las determinaciones analíticas siguientes: i) detección de agentes transmisibles por transfusión, con una participación de 380 bancos de sangre; ii) pruebas de inmunohematología, con una participación de 350 bancos de sangre.
- Se incrementó al 96% la realización de las pruebas para la detección del agente causal de la enfermedad de Chagas (*Trypanosoma cruzi*) en los bancos de sangre del país.
- Se donaron 1,830,000 millones de unidades de sangre en el país, cifra con la que México cumple con la tasa de donación de sangre recomendada por la OPS de 100 donaciones por cada 10 mil habitantes. Aunque el porcentaje global de donación voluntaria y altruista es de 2.75%, se ha registrado incremento de este tipo de donación en más del 50% de los estados, considerando las diferencias entre las entidades federativas. Donde los Centros Estatales de la Transfusión Sanguínea de Chihuahua, Chiapas, San Luis Potosí, Tamaulipas y Quintana Roo, son los que registran las cifras más altas en este tipo de donación (32, 24, 13, 9 y 7.5%, respectivamente).

## 5.6 Centro Nacional de Trasplantes

Ante la necesidad de reglamentar múltiples aspectos relativos a la donación y trasplantes de órganos, tejidos y células con fines de trasplante, se trabajó en la conformación de un reglamento. En

tal sentido, el 26 de marzo de 2014, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes. Respecto a los procesos de donación y trasplante de órganos y tejidos, de septiembre de 2013 a mayo de 2014, se reportaron 1,389 trasplantes renales de donador vivo y 541 de donador fallecido, lo que arrojó un total de 1,827 trasplantes. Se estima que para agosto de 2014 se tendrá un total de 2,680 trasplantes, es decir, 1,932 de donador vivo y 748 de donador fallecido.

Entre los múltiples tipos de trasplantes realizados se reportaron 1,662 de córneas de connacionales y 523 de córneas importadas, mismos que sumaron un total de 2,185. Se estima que para junio-agosto de 2014 se realicen 3,055 trasplantes de córnea, 2,301 y 754 nacionales e importadas, respectivamente.

En lo que corresponde a la donación de órganos y tejidos de personas fallecidas, se reportaron 323 donaciones en muerte encefálica y 863 en paro cardíaco irreversible, lo que dio un total de 1,186 donaciones. Se considera que para junio-agosto de 2014, se alcance un total de 1,627 procuraciones, 440 por muerte encefálica y 1,187 por paro cardíaco irreversible.

En relación a la formación de recursos humanos, se capacitó, a través del Diplomado Universitario para la Formación de Coordinadores Hospitalarios de Donación, a los siguientes profesionales de la salud, como se observa en el Cuadro XI.

## 5.7 Servicios de Atención Psiquiátrica

Los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) son un organismo desconcentrado de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), conformado por el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”, Hospital Psiquiátrico “Samuel Ramírez Moreno”, y por los Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM) Cuauhtémoc, Iztapalapa y Zacatenco; establecimientos que en conjunto representan la más grande institución especializada en salud mental en México, que otorga el mayor número de servicios de atención ambulatoria y hospitalaria.

En el Cuadro XII se presenta el análisis de la gestión pública correspondiente a los periodos de enero a diciembre en series de 2012 y 2013, y de enero a mayo de 2013 y 2014, con su variación.



En el periodo de enero a mayo de 2014, el número total de consultas fue 144,976, y se observó una disminución de 7.3% en comparación a 2013. Esta variación se debió a una mejor planeación y seguimiento del paciente en la consulta subsecuente.

El indicador de egresos hospitalarios tuvo una variación mínima de 7.3% menor entre 2013 y 2014, ya que ha sido constante la oferta y demanda de este servicio. El promedio de estancia hospitalaria fue de 22.6 días, comparado con el año previo, mostró una diferencia de 8.1%; sin embargo, se logró el control del trastorno mental agudo en el tiempo esperado para conseguir el efecto terapéutico del medicamento.

El porcentaje de usuarios satisfechos con el trato recibido tuvo un aumento de 1.6% (de 1,738 a 1,798 usuarios satisfechos). Cabe mencionar que la calidad en la atención es prioridad, por lo que se realizaron programas de mejora en la calidad.

El número de médicos especialistas formados durante 2014 fue de 55, que significó una disminución de 5.2% respecto a 2013. Asimismo, la eficiencia terminal tuvo una disminución de 1.1%.

En el indicador de artículos publicados se observó una variación positiva de 57.1%. Esta variación se debió al incremento en el número de publicaciones. 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.

En el marco del Consejo Interno del SAP, se conformó el Grupo de Expertos en Atención Psiquiátrica, el 6 de marzo de 2014, con el objetivo de emitir opiniones en materia de atención psiquiátrica para la reestructuración de los servicios y avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal.

CUADRO XI. DIPLOMADO UNIVERSITARIO PARA LA FORMACIÓN DE COORDINADORES DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTES, MÉXICO 2013-2014

NÚMERO DE EDICIÓN	FECHAS	SEDE	PROFESIONALES CAPACITADOS
XXI	Septiembre-noviembre 2013	Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM	31 alumnos en total de los cuales 21 fueron médicos, 5 médicos pasantes y 5 profesionales de la salud no-médico
XXII	Febrero-marzo 2014	Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM	40 alumnos en total de los cuales 1 fue médico, 38 fueron médicos pasantes y un profesional de la salud no-médico
XXIII	Marzo-abril 2014	Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM	34 alumnos en total de los cuales 8 fueron médicos, 25 médicos pasantes y un profesional de la salud no-médico

FUENTE: Centro Nacional de Trasplantes

CUADRO XII. RESULTADOS POR INDICADOR

Indicador	Datos Anuales			Enero-mayo		
	Observado		Meta 2018	2013	2014*	Variación % anual
	2012	2013				
Total de consultas otorgadas	362,930	367,139	350,000	156,407	144,976	-7.3
Egresos hospitalarios	5,108	4,783	4,850	2,040	1,897	-7.0
Promedio de días-estancia	21.1	21.8	22.2	20.9	22.6	8.1
Porcentaje de usuarios satisfechos con el trato recibido	97.3	98.2	95	98	96.4	-1.6
No. de médicos formados	49	58	49	58	55	-5.2
Porcentaje de eficiencia terminal	92.5	96.7	92.5	96.7	95.6	-1.1
No. de artículos publicados	36	18	20	8	14	75.0
Artículos publicados en revistas de alto impacto	5	3	8	1	6	500.0

FUENTE: Indicadores Estratégicos, Servicios de Atención Psiquiátrica 2012-2014.

\*Se refiere a datos preliminares de 2014.





## 6. COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS



**D**urante el presente año de labores, la Secretaría de Salud a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), consiguió ubicar a México a la vanguardia en materia de protección contra riesgos sanitarios, al tiempo de brindar a la población más y mejores insumos para la salud.

En el marco del eje rector México Incluyente comprendido en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND), la COFEPRIS, en el ejercicio de sus facultades, ha llevado a cabo diversos programas alineados con los objetivos señalados en este, de manera particular se han realizado acciones relacionadas en función de las siguientes estrategias:

Estrategia 2.3.2. “Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención, un eje prioritario para el mejoramiento de la salud”:

Fortalecimiento de la vigilancia sanitaria en materia de alcohol adulterado, cigarro ilegal, medicamentos ilegales, productos milagro y humo de tabaco.

Como parte del programa de vigilancia permanente contra riesgos sanitarios, la COFEPRIS ubicó diversos productos que constituyen un serio problema para la población, dentro de estos se encuentran:

- Productos del tabaco
- Alcohol etílico y metanol
- Productos milagro

En este sentido, durante el 1 de septiembre de 2013 al 31 de mayo de 2014, la COFEPRIS efectuó aseguramientos históricos de estos productos por un monto de 56,517,959 de cigarrillos y 114,534 litros de alcohol.

Por otra parte, para el caso de productos milagro, durante el periodo de septiembre de 2013 a mayo de 2014, la COFEPRIS realizó 19 operativos de vigilancia que dejaron como resultado el aseguramiento de 397,372 piezas. Dichos productos prometían “curar” graves enfermedades crónicas no transmisibles, como cáncer, *diabetes* e hipertensión, sin contar con las propiedades de un medicamento.

De igual forma, durante el presente año se han desplegado cinco operativos, logrando un aseguramiento de cinco toneladas de medicamentos irregulares, destacando el operativo efectuado en el estado de Jalisco, en el que se incautaron 4.5 toneladas.

Por último, en materia de humo de tabaco fueron suscritos los “Acuerdos de Coordinación para el Ejercicio de Facultades en Materia de Control Sanitario de los Productos del Tabaco”, con los gobiernos del Distrito Federal y de Chiapas. Con la firma de estos acuerdos 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 a zonas exclusivas para fumar; y se amplía el espectro de población protegida contra humo de tabaco.

Estrategia 2.3.3. “Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad”:

Las tormentas tropicales Ingrid y Manuel afectaron la mayor parte del territorio nacional en el mes de septiembre de 2013, registrando precipitaciones históricas. La COFEPRIS concentró toda su capacidad técnica en la atención de estas emergencias mediante un operativo, a fin de evitar brotes epidemiológicos derivados de las condiciones precarias en las que se encontraba la población por las inundaciones. Estas fueron las acciones específicas realizadas y coordinadas por la COFEPRIS: en los estados de Chiapas, Chihuahua, Colima, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Tamaulipas, Veracruz y Zacatecas, se distribuyeron 221,303 frascos de plata coloidal, 14,023.35 kilogramos de pastillas de cloro, se realizaron 17,576 determinaciones de cloro libre residual y se otorgaron 154,348 pláticas de saneamiento básico.

El estado más afectado por estos fenómenos fue Guerrero, en donde, con el apoyo de 131 brigadistas, la COFEPRIS realizó diversas acciones de saneamiento básico, vigilancia y fomento sanitarios, protegiendo a una población estimada de 212,180 personas.

Con la finalidad de fortalecer las acciones y brindar atención de manera oportuna, en este año se instruyó a esta Comisión Federal para continuar participando activamente en los Comités de Protección Civil y de Seguridad en Salud, donde se han establecido las estrategias y acciones coordinadas. Durante el mes de mayo de 2014 se participó coordinadamente con los estados de Michoacán y Oaxaca ante la posibilidad de afectación por el Sistema de Baja Presión con posibilidades de convertirse en tormenta tropical.

En otro sentido, como parte de los esfuerzos del Gobierno de la República para generar información confiable para el consumidor, el pasado 14 de febrero de 2014 se publicaron en el Diario Oficial de la Federación las modificaciones a los Reglamentos de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad y de Control Sanitario de Productos y Servicios.

A través de estos instrumentos normativos, la Secretaría de Salud realizó un ejercicio de homologación con las mejores prácticas internacionales, obteniendo como resultado las siguientes mejores regulatorias:

I. Etiquetado de alimentos y bebidas no alcohólicas.

En este rubro se establecerá la obligatoriedad de que los productores de alimentos y bebidas no alcohólicas incluyan en el etiquetado frontal el contenido calórico del producto distinguiendo la fuente de la cual proviene el mismo.

Con esto, se dota de mayor información al consumidor ya que le dirán de manera clara cuánta azúcar, grasa y sodio contiene el producto que está consumiendo.

De manera paralela a la obligatoriedad del etiquetado frontal se creará un Distintivo Nutrimental, mismo que será otorgado a aquellos productores que así lo soliciten y que cumplan con los estándares nutricionales que para tal efecto emita la Secretaría. Los estándares que serán fijados por la Secretaría de Salud son concordantes con las mejores prácticas internacionales.

II. Publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas.

En esta materia se establece que solo podrán publicitarse en horarios de audiencia infantil aquellos productos que cumplan con los criterios nutrimentales que establezca la Secretaría.

Al respecto, la reforma establece que, como horarios infantiles, deben entenderse aquellos comprendidos entre las 2:30 pm y 7:30 pm de lunes a viernes, y de 7:00 am a 7:30 pm los sábados y domingos.

Con la reforma, México se convierte en un país pionero en materia de etiquetado y publicidad, a través de la incorporación de las mejores prácticas internacionales en el diseño de mecanismos regulatorios transparentes para el consumidor.

Estrategia 2.3.4. “Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad”:

Durante el periodo de septiembre 2013 a julio 2014, en la Estrategia de Liberación de Genéricos para el Ahorro de las Familias Mexicanas del Gobierno de la República, se han liberado 20 sustancias activas que corresponden a 54 nuevos registros de medicamentos genéricos que atienden 71% de las causas de mortalidad en la población mexicana. Estas nuevas opciones de medicamentos permiten generar ahorros acumulados de 6,974 millones de pesos al mercado privado y 5,826 millones de pesos al mercado de compras públicas, lo que se traduce en ahorros totales de 12,800 millones de pesos. De igual manera, la liberación de estos nuevos medicamentos permite el tratamiento de cerca de un millón de pacientes adicionales. De esta forma, el Gobierno de la República, a través de la Secretaría de Salud y de la COFEPRIS, cumple con su responsabilidad de proveer medicamentos accesibles a la población, al mismo tiempo que protege la salud de todos los mexicanos.

Por otra parte, la política de innovación farmacéutica del Gobierno de la República responde a la transición epidemiológica que la población mexicana ha experimentado en las últimas décadas, al pasar de enfermedades transmisibles a enfermedades crónico-degenerativas. Entre septiembre de 2013 y julio de 2014, se otorgaron 35 registros de medicamentos innovadores que atienden 11 clases terapéuticas distintas que representan 64% de las causas de muerte en población mexicana. A través de estos medicamentos innovadores se combaten frontalmente las principales patologías en la población mexicana: cardiovasculares, oncológicas, endócrinas, respiratorias, entre otras. El costo promedio anual de los tratamientos asociados a estos medicamentos supera los 100 mil pesos, mientras que el valor de mercado de los registros emitidos es de aproximadamente 50 millones de pesos.

Durante el periodo comprendido entre el 1 de septiembre de 2013 al 31 de agosto de 2014, la COFEPRIS puso especial énfasis en revisar las condiciones en que se prestan los servicios médicos en diferentes establecimientos, a fin de identificar anomalías y sancionarlas. Bajo esta óptica, la COFEPRIS presentó el 31 de octubre de 2013 ante el Consejo Nacional de Salud, el “Protocolo

de Actuación para la Vigilancia en la Prestación de Servicios de Atención Médica”, con el propósito de que fuese aplicado en las entidades federativas para reducir el riesgo frente a incumplimientos u omisiones de servidores públicos e instituciones en materia de atención médica, y evitar casos futuros de negligencia. Dicho protocolo ya ha sido puesto en operación y a la fecha la COFEPRIS ha impuesto en los estados de Sonora, Oaxaca, Puebla y Morelos, multas hasta por 3,666,362.60 millones de pesos. De manera paralela se han presentado denuncias penales y se ha dado vista a las contralorías estatales para que se establezcan las responsabilidades administrativas correspondientes.

La COFEPRIS tiene entre sus principales objetivos vinculados al cumplimiento de la política farmacéutica, proteger a la población de los riesgos a la salud que representa la exposición al manejo y uso inadecuado de medicamentos, mediante acciones que apoyen la promoción del uso racional de los mismos. Es por ello que a través de acciones como la implementación de la “Estrategia para el Fortalecimiento de la Regulación en Farmacias y Consultorios”, se ha logrado un avance en el cumplimiento de la normatividad por parte de las farmacias y los consultorios adyacentes a las mismas. En este contexto a partir de septiembre de 2013, se inició con esta Estrategia y durante la primera fase se lograron visitar más de 7 mil farmacias a nivel nacional para llevar a cabo la aplicación de la “Guía de Buenas Prácticas en Farmacias y Consultorios”, dando como resultado un cumplimiento promedio de 75%, por parte de dichos establecimientos. Durante la segunda fase, se han realizado 4,246 visitas de verificación, dando como resultado la suspensión de 243 establecimientos. A la fecha, se han visitado 23 entidades federativas y se ha logrado aplicar cerca

de 5,533 Guías, con un promedio de cumplimiento por parte de estos establecimientos de 73.77%. Asimismo, se han distribuido cuestionarios a 75% de los consultorios de las principales cadenas de farmacias, representando 65% de cumplimiento en la aplicación del protocolo de atención médica para pacientes en la consulta privada.

Estrategia 2.3.5. “Promover la cooperación internacional en salud”:

Durante 2012, la COFEPRIS obtuvo el reconocimiento internacional como Autoridad Reguladora Nacional (ARN) de referencia regional en medicamentos y vacunas por parte de la Organización Panamericana de la Salud. Gracias a ello, durante el presente año los registros sanitarios emitidos por COFEPRIS son actualmente reconocidos por Colombia, Chile, Costa Rica y Panamá; sumándose a Ecuador y El Salvador, lo que permite que los registros de COFEPRIS alcancen cerca de 210 millones de pacientes adicionales.

Durante 2013 y 2014 la COFEPRIS fue evaluada por la OMS, a fin de corroborar que la regulación de vacunas en México cumpliera con los más altos estándares reconocidos internacionalmente. El resultado de dicha evaluación es la obtención de la “Declaración de Funcionalidad”, la cual permitirá a México ingresar a un selecto grupo internacional de 28 Agencias Reguladoras de Medicamentos y Vacunas, es decir, únicamente 14% de las agencias homólogas internacionales operan conforme a las mejores prácticas internacionales para fortalecer la capacidad productiva de vacunas y permitir a los productores nacionales acceder a la pre-calificación que otorga la OMS, para la utilización de sus productos en programas de inmunización, no solo en México, sino a nivel mundial.







**7. COMISIÓN  
NACIONAL DE  
PROTECCIÓN SOCIAL  
EN SALUD**



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

La protección a la salud, concebida como un derecho constitucional, se constituye en un elemento prioritario de atención al que contribuye la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, a través de la incorporación a un esquema de aseguramiento público; el Programa Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI), el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) y el Componente de Salud del Programa Desarrollo Humano Oportunidades, asegurando la atención en salud a la población carente de seguridad social. Al mes de junio de 2014, el padrón de beneficiarios del Seguro Popular asciende a 55,601,952 personas.

De acuerdo con el objetivo “Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población” señalado en el Plan Nacional de Desarrollo, corresponde a la CNPSS el cumplimiento de la línea de acción “Otorgar los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud”, presentando los resultados más relevantes de las acciones llevadas a cabo durante el año 2013 por la CNPSS, los cuales se describen a continuación:

En el SPSS, 99.6% de los afiliados tiene carencias. Este segmento se beneficia del régimen no contributivo

que exenta de la aportación de la cuota familiar hasta el decil IV y hasta el decil VII a las mujeres embarazadas y niños menores de cinco años, así como a los beneficiarios de programas de combate a la pobreza residentes en localidades rurales y en localidades con muy alta marginación. A mayo de 2014 los beneficiarios del SPSS que se encuentran dentro del régimen no contributivo ascienden a 55.4 millones de personas. Al formar parte del esfuerzo participativo nacional para canalizar recursos a las personas que tienen carencias en su acceso a la alimentación, se enfocaron los esfuerzos de afiliación a los municipios definidos como prioritarios por la Cruzada Nacional contra el Hambre (CNCH), a junio de 2014 el avance de afiliación en el marco de dicho programa representó un total de 4,259,418 beneficiarios.

Para mejorar las condiciones de vida en materia de salud de la población que radica en esos municipios, se han puesto en marcha diversas acciones, entre las que destacan:

- Implementar a nivel nacional la Estrategia Integral de Atención a la Nutrición (EslAN).
- Para registrar sistemáticamente la entrega de suplementos alimenticios, actualmente 1,209,767 infantes cuentan con la respectiva Tarjeta de Control, así como 230,874 mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, todos ellos beneficiarios de este programa. La introducción de una nueva suplementación para niños de seis a nueve meses de edad y para mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.
- A junio de 2014, la totalidad de las unidades de salud de los 1,012 municipios de la CNCH disponen de nueva suplementación para niñas y niños de seis a 59 meses y para mujeres gestantes y en periodo de lactancia.
- A partir de enero de 2013, se inició la migración progresiva del Paquete Básico Garantizado de Salud, pasando de 13 acciones a las 27 intervenciones de salud pública del Catálogo Universal de Servicios de Salud. Con ello se promueve la eficacia y calidad al ofrecer derechos de protección social a la población, independientemente de la condición laboral. Al mes de junio de 2014, se tiene un avance del 93% en dicha acción.

- Certificación de 23,018 unidades médicas de primer nivel de atención en los municipios de la CNCH.

El Programa de Desarrollo Humano Oportunidades tiene el objetivo de incrementar las capacidades asociadas a la educación, salud y nutrición de las familias registradas, siendo los beneficiarios de este programa, el grupo poblacional que forma parte del objetivo del SPSS del componente en salud para aquellos que no cuentan con ningún tipo de seguridad social. A junio de 2014, la cifra de beneficiarios del SPSS que también cuentan con este programa asciende a 15.9 millones de personas.

- La cobertura estimada del componente de salud de este programa al primer semestre de 2014, fue de 5.8 millones de familias en control, las cuales son definidas como aquellas que cumplieron su corresponsabilidad en salud al asistir a sus citas programadas y a los Talleres para el Autocuidado de la Salud.
- El Programa Seguro Médico Siglo XXI tiene como objetivo reforzar programas dirigidos a la población beneficiaria menor de cinco años, a través de garantizar el financiamiento de la atención médica y preventiva para lograr las mejores condiciones posibles de salud y las mayores oportunidades para que una nueva generación esté más capacitada, preparada y activa.
- En lo que va de la administración se han incorporado 2,517,720 niños menores de cinco años.
- Al mes de junio de 2014 el SMSXXI da cobertura a 5.5 millones de niños.

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

- El CAUSES cubre 100% de las intervenciones del primer nivel de atención y más de 95% de las causas asociadas a egresos hospitalarios del segundo nivel.
- Actualmente tras la incorporación del diagnóstico y tratamiento de cataratas como nueva inclusión, el CAUSES alcanzó 285 intervenciones en salud.

- También se ha incrementado el número de medicamentos que se requieren de acuerdo a las intervenciones incluidas en el catálogo, pasando de 522 claves en 2012 a 609 en 2013 y a 634 en el 2014.

El FPGC, diseñado para cubrir las intervenciones consideradas catastróficas para las familias por su complejidad y alto costo, incluye 59 intervenciones en su cartera de servicios, que contempla 739 servicios de salud.

- Durante 2013 el FPGC validó 168,998 casos, de los cuales se han pagado 157,367 por un monto de 6,699.3 millones de pesos.
- El FPGC ha desempeñado un papel importante en el financiamiento para la adquisición de medicamentos antirretrovirales para la atención del VIH y el sida. Durante 2013 se financiaron antirretrovirales, pruebas de carga viral y CD4 para la atención de 66,675 pacientes, lo cual representó un monto de 2,565.2 millones de pesos.

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

- En 2013 se agregaron 11 intervenciones a este programa, para llegar a 140.
- En 2013, con la cobertura en salud del programa SMSXXI se apoyaron 40,709 casos, mostrando un avance significativo con respecto a los 9,156 casos financiados en 2008.
- A todos los menores beneficiarios del SMSXXI se les debe practicar la prueba tamiz auditivo, alcanzando a octubre de 2013, 392,980 pruebas realizadas a recién nacidos y 242,077 en lo que va del año del 2014.

Para atender las necesidades quirúrgicas de la población que habita las zonas con los niveles más altos de marginación, se cuenta con infraestructura y personal médico voluntario de la Secretaría de Salud y de los servicios de salud de las entidades federativas, con insumos médicos complementarios donados por instituciones privadas. A través de la estrategia Cirugía Extramuros, durante 2013 se desarrollaron 817 campañas que beneficiaron a 72,333 personas con intervenciones por algún procedimiento quirúrgico. De enero a junio de 2014 Cirugía Extramuros realizó 74 campañas, beneficiando a 5,083 personas. El Fondo de Previsión Presupuestal, en su componente de fortalecimiento de la infraestructura física, destina

recursos líquidos para construcción, ampliación, mejoramiento y equipamiento de la infraestructura de salud pública. Durante el ejercicio de 2013, el Comité Técnico de este fondo autorizó 2,805 millones de pesos, orientados a ejecutar 20 acciones de obra por 2,337.8 millones de pesos y 85 acciones de equipamiento por 467.7 millones de pesos, lo que fortaleció las redes de servicio de salud en 47 unidades hospitalarias; 57 centros de salud y un centro de salud con servicios ampliados, situados en 17 entidades federativas.

En 2010 dio inicio el programa Sistema Nominal de Salud/Consulta Segura, y durante 2013 se fortalecieron las acciones en materia de prevención por medio de la Consulta Segura, con el fin de detectar el desarrollo de enfermedades crónicas o diagnosticadas en forma temprana y reducir en el corto, mediano y largo plazos, los costos que genera su atención, tanto en términos económicos como en la calidad de vida.

- A diciembre de 2013 se tenían 27.7 millones de registros de huella y 22.8 millones de Consultas Seguras en las 32 entidades federativas.
- A fin de lograr que los beneficiarios del Seguro Popular reciban servicios de salud en el momento y el lugar que lo requieran, el 23 de octubre de 2009 se firmó el Convenio de Colaboración Específico en Materia de Prestación de Servicios de Salud a los Beneficiarios del SPSS (Convenio 32 x 32).
- Desde el inicio del convenio, y hasta diciembre de 2013, se benefició con este mecanismo a 208,595 personas. Del total de casos, destacan la atención del embarazo, parto, cesárea y puerperio quirúrgico que representaron 30.4% del total de servicios interestatales.
- De enero a diciembre de 2013, se han atendido 55,811 casos interestatales, logro que representó 438.1 millones de pesos.

En cumplimiento con el mandato del Artículo 4º Fracción XXXVI Bis del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, durante el segundo semestre del año 2013, se realizó la Encuesta de Satisfacción de Usuarios del

Seguro Popular, entrevistándose a 25 mil afiliados en los tres niveles de atención médica de las 32 entidades federativas, en las 241 jurisdicciones sanitarias, en 597 municipios y 700 localidades del país.

- Los principales resultados arrojaron que 92.2% de los usuarios se encontraron satisfechos con el Seguro Popular y 89.5% con la atención médica recibida. El 72.2% reportó que mediante el Seguro Popular le fueron proporcionados todos o casi todos los medicamentos recetados; 90.2% manifestó que sí regresarían al mismo lugar donde fueron atendidos. Asimismo, se manifestaron satisfechos o muy satisfechos con la atención del personal médico el 89.5% de los entrevistados.

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

- En 2013 se autorizó en el PEF un importe de 77,530.5 millones de pesos, de los cuales 66,791.9 millones corresponden al Seguro Popular; 2,519.4 millones al Seguro Médico Siglo XXI, y 5,544.2 millones al Componente de Salud del Programa Desarrollo Humano Oportunidades.
- A diciembre de 2013, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud ejerció un presupuesto de 75,920.3 millones de pesos.
- Los recursos federales aplicados en el ejercicio fiscal 2013 para cubrir las transferencias a las entidades federativas por los conceptos de Cuota Social y Aportación Solidaria Federal, ascendieron a 55,554.5 millones de pesos, de los cuales 1,591.4 millones fueron transferidos al Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia para la adquisición de vacunas contenidas en el CAUSES.
- En el ejercicio 2013, las aportaciones por concepto de Cuota Familiar sumaron 87.9 millones de pesos, producto de las familias afiliadas que están bajo el régimen contributivo.





## 8. COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO





Desde hace 18 años, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) es percibida por la sociedad como una institución confiable, en la cual se pueden esclarecer de forma amigable y de buena fe las controversias que surgen entre usuarios y prestadores de servicios médicos. Esta Comisión contribuye a tutelar el derecho a la protección a la salud y a mejorar la calidad en la prestación de los servicios médicos. Los servicios que brinda la CONAMED cuentan con características orientadas a la persona, con calidad en el servicio y bajo el enfoque de procesos, con el objetivo de elevar la satisfacción de los usuarios.

En el periodo del 1 de septiembre de 2013 al 31 de agosto de 2014, la CONAMED atendió un total de 17,680 asuntos relacionados con inconformidades derivadas de la prestación de servicios de salud, de los cuales 9,751 fueron por orientaciones; 4,609 por asesorías especializadas, 1,377 de estas a través de gestiones inmediatas en instituciones de salud y mediante mecanismos alternativos para solución de controversias; 1,707 fueron quejas por conciliación o arbitraje, y se atendieron 236 asuntos mediante dictamen médico institucional relacionados con solicitudes de instituciones de procuración e impartición de justicia y algunos órganos internos de control.

CUADRO XIII. ASUNTOS ATENDIDOS POR LA CONAMED 2007-2014

Concepto	Datos anuales							Septiembre-agosto		
	Observado							2012-2013	2013-2014 E/	VARIACIÓN %
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013			
Total de asuntos recibidos	17,369	14,673	12,574	11,585	14,571	12,850	17,518	16,242	19,519	20.18%
Número de asuntos atendidos	17,298	14,578	12,510	11,659	14,542	12,685	17,240	15,766	17,680	12.14%
Por orientación	10,664	7,390	5,435	4,421	6,225	6,156	9,391	8,827	9,751	10.47%
Por asesoría especializada	4,187	4,596	4,352	4,555	5,299	3,484	4,646	3,766	4,609	22.38%
Por gestiones inmediatas en instituciones de salud	494	553	588	654	915	1,046	1,179	1,063	1,377	29.54%
Se atendieron como queja	1,667	1,734	1,748	1,671	1,794	1,699	1,775	1,852	1,707	-7.83%
Conciliación	840	846	863	852	975	845	918	970	806	-16.91%
Laudo	86	75	72	42	71	91	92	96	81	-15.63%
Otras modalidades	741	813	813	777	748	763	765	786	820	4.33%
Por emisión de dictámenes médicos institucionales	286	305	387	358	309	300	249	258	236	-8.53%

E/ Datos estimados para el periodo septiembre 2013-agosto 2014.

FUENTE: Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Una de las funciones más relevantes en el quehacer de la CONAMED es realizar proyectos de investigación con un enfoque académico y científico, a fin de promover una política de prevención del error y estimular la mejora continua de la calidad de la práctica médica. De septiembre de 2013 a agosto de 2014 se realizaron varias investigaciones en colaboración con diversas instituciones como la UNAM, la OMS y el Instituto Nacional de Salud Pública, entre las que resaltan:

- Identificación de la mala práctica de enfermería a partir de la queja médica.
- Representaciones sociales de la buena atención médica.
- Análisis de la queja médica en pasantes de medicina.
- Estudio antropológico de la queja por morbilidad obstétrica extrema.
- Desgaste de los profesionales de la salud como un determinante de la calidad de la atención médica.
- Diseño, implementación y evaluación de un modelo de intervención para la erradicación del maltrato en las salas de parto.
- Lista de verificación para el parto seguro.
- Farmacoterapia en expediente de queja médica, análisis de 23 casos, 1,438 prescripciones de 468 medicamentos.

- Análisis de errores en la administración de medicamentos por enfermería.
- Eficacia de la práctica de enfermería en la terapia de infusión intravenosa.

En el ámbito de la educación para profesionales de la salud, se impartieron cinco eventos educativos: un curso sobre derecho sanitario; dos cursos para el manejo de la herramienta *hang-out* para la organización de videoconferencias, y dos sobre la Prevención del Conflicto derivado del Acto Médico.

En materia arbitral se impartieron 17 eventos académicos de la CONAMED, dirigidos a médicos, odontólogos, enfermeros y abogados, con los siguientes temas: derechos y obligaciones de usuarios y personal de salud; presentación de casos prácticos; responsabilidad legal en terapia endovenosa; lo que todo profesional de la salud debe saber sobre normatividad jurídica; responsabilidad ética y legal del profesional de la salud; aspectos legales para la práctica del profesional de enfermería neonatal; elementos médicos y jurídicos en la valoración de casos; NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico; los derechos de los usuarios de servicios públicos de salud; las segundas víctimas de los eventos adversos; eventos adversos y eventos centinela, problemas y su responsabilidad jurídica; normativa aplicable a la práctica de la medicina; factores del paciente y la familia en la queja médica; obligaciones y derechos de los profesionales de la salud; modelo de arbitraje médico; arbitraje médico; normativa aplicable a la práctica de la medicina. En materia pericial, se impartieron los siguientes cursos: ética y derecho sanitario; eventos adversos y responsabilidad profesional.



Con el objetivo de difundir el quehacer institucional, se llevó a cabo una campaña sobre el tema de la CONAMED a través de carteles en diversas estaciones del Sistema de Transporte Colectivo Metro de la Ciudad de México; así como en las 45 estaciones con mayor afluencia y circulación de los sistemas de transporte Metrobús y Tren Ligerero. También se difundió un *spot* en video de 30 segundos, transmitido a través del sitio en el portal de internet de la Comisión. Se unificaron las cartas de los Derechos Generales de los Médicos, Odontólogos y Enfermeras, generando un nuevo documento denominado “Carta de los Derechos Generales de los Trabajadores de la Salud”. Se actualizó el contenido de las recomendaciones para el cuidado de adultos mayores y sobre la inducción farmacológica segura del trabajo de parto. Como parte de las acciones incluyentes enfocadas a grupos en situación de vulnerabilidad llevadas a cabo por esta Comisión, se realizó la impresión en Sistema Braille de la “Carta de los Derechos Generales de los Pacientes” para distribuirse en todo el país. Asimismo, se firmaron dos convenios para atender personas en situación de vulnerabilidad, el primero con la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas y con el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas; en este sentido, se tradujeron los Derechos Generales de los Pacientes a diversas lenguas indígenas para su radiodifusión. El segundo convenio de colaboración se celebró con el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) para difundir entre sus usuarios diversos materiales relacionados con sus derechos. Se han celebrado convenios con la Universidad Nacional Autónoma de México, la Universidad La Salle, el Servicio Postal Mexicano y próximamente con la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) para el Programa Oportunidades. También se incorporó a la CONAMED como Grupo Asociado de la Red Mexicana del Centro Cochrane Iberoamericano.

El Simposio CONAMED 2013 “Calidad, ética y exigibilidad en la práctica médica. Su vinculación con la queja médica” se llevó a cabo el 5 y 6 de septiembre de 2013 con sede en la Academia Nacional de Medicina, obteniéndose los siguientes datos: inscritos por internet (1,113), asistentes en internet (554) y registro en sede (329).

Con el propósito de transmitir la experiencia, actividades y atribuciones de la CONAMED, entre septiembre de 2013 y agosto 2014, se impartieron 146 conferencias, con una asistencia de 11,500 participantes, entre los temas impartidos se

encuentran: acto médico y sus implicaciones legales CONAMED, aspectos legales de la práctica médica y mala práctica en enfermería.

Se publicaron cuatro números de la “Revista CONAMED” y un suplemento (con un tiraje de 2 mil ejemplares). De igual manera, se realizaron tres infografías con el contenido de recomendaciones para mejorar la práctica médica sobre influenza, dengue y uso racional de antimicrobianos. Además, en redes sociales se promovieron las campañas públicas sobre cáncer de mama, vacunación, influenza, prevención de obesidad, *diabetes* e hipertensión.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico ha promovido y brindado asesoría para la creación de instituciones análogas en cada una de las entidades federativas de nuestro país; como resultado de estas acciones, actualmente se encuentran en operación 26 comisiones estatales de arbitraje médico en los siguientes estados: Aguascalientes, Baja California, Campeche, Chiapas, Coahuila, Colima, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán. Las atribuciones de estas comisiones estatales son muy similares a las de la CONAMED, sin embargo, por su ámbito de atención, solo se orientan a intervenir en controversias derivadas de la práctica médica de su entidad. Por tal motivo, para brindar la mejor atención a las inconformidades en materia de servicios de salud, se consideró que las comisiones estatales de arbitraje médico homologuen sus servicios con los que proporciona esta Comisión Nacional. El proceso de homologación del modelo de arbitraje médico está encaminado a garantizar a la ciudadanía una atención integral y estandarizada, basada en las mejores prácticas; actualmente, la CONAMED ha suscrito convenios de colaboración interinstitucional con las comisiones estatales de Aguascalientes, Campeche, Coahuila, Colima, Guanajuato, Guerrero, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Sinaloa, Sonora, Tabasco y Veracruz, con la participación de las delegaciones del ISSSTE, del IMSS, así como con diversas unidades médicas de alta especialidad del IMSS en esas entidades federativas. En este sentido, se efectuaron 16 visitas de evaluación a comisiones estatales, con el objetivo de fortalecer la relación entre la Comisión Nacional y las entidades federativas; apoyando el análisis y solución de las dificultades operativas en lo particular en cada estado. También, se promovió la realización de un nuevo convenio de colaboración con el estado de Hidalgo.





## 9. COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA



La Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA) es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, dotado de autonomía técnica y operativa. De acuerdo con su Decreto de Creación (DOF 7/09/2005), tiene como propósito promover la creación de una cultura bioética en México, fomentar una actitud de reflexión, deliberación y discusión multidisciplinaria y multisectorial. Aunado a ello, y de conformidad con la modificación del Artículo 98 y adición del Artículo 41 Bis de la Ley General de Salud, emite criterios normativos en materia de bioética (Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones a la Ley General de Salud 14/12/2011).

Con base en lo anterior, la CONBIOÉTICA contribuye al logro de los objetivos del Programa Sectorial de Salud, a partir de su alineación a la Estrategia 6.5. "Situar a la bioética como política de gestión y de desarrollo del Sistema Nacional de Salud Universal". Esta premisa es la base operativa de la planeación estratégica 2013-2018, la cual busca, entre otros aspectos, fortalecer la aplicación de criterios bioéticos en la atención, investigación y docencia en salud; impulsar la continuidad operativa de la infraestructura bioética nacional; incrementar los vínculos con organizaciones nacionales e internacionales afines, así como instrumentar una estrategia nacional de capacitación, desarrollo académico, divulgación y administración del conocimiento bioético.

Para promover la aplicación de la bioética en los ámbitos de la prestación de servicios y la investigación en salud, los Comités Hospitalarios de Bioética (CHB) y los Comités de Ética en Investigación (CEI) cumplen una función central, ya que atienden los dilemas éticos y bioéticos emergentes en la interacción de los profesionales de la salud, los usuarios de los servicios, sus familiares y la institución responsable.

En el periodo que se reporta, se logró un registro de 373 CHB que dan cobertura a 439 establecimientos. Para valorar su funcionamiento se procedió a la evaluación de 81 de estos comités.

En relación con los CEI, se obtuvo el dictamen favorable de 302 que cubren operativamente a

575 establecimientos. Asimismo, se realizó la evaluación de 143 de estos cuerpos colegiados.

Para ambos comités se impartieron 25 cursos de capacitación, con la participación de mil asistentes aproximadamente y se editaron y difundieron 10 mil Guías Nacionales para la integración y el funcionamiento, 5 mil de cada comité, para promover el conocimiento de sus funciones y áreas de responsabilidad.

En cuanto a la infraestructura nacional en bioética, conformada por las Comisiones Estatales de Bioética, se tiene en el periodo la creación de la Comisión Estatal de Bioética de Quintana Roo, llegando a 29 Comisiones. Como estrategia de interacción se realizaron 40 reuniones virtuales, cubriendo a todas las entidades federativas que tienen Comisiones Estatales.

Por otra parte, las acciones académicas y de vinculación nacional e internacional, realizadas en este periodo, permitieron mantener a México en la vanguardia del escenario internacional.

En el periodo se realizaron 26 acciones de vinculación en donde se abordaron temas relacionados a migración y bioética, divulgación de la bioética y la ciencia, bioética y ciencias penales, entre otros. La participación en estos eventos fue de alrededor de 1,200 asistentes.

En los servicios gratuitos de acopio e información general y especializada que ofrece de manera gratuita la Biblioteca física y virtual del Centro del Conocimiento Bioético de la Comisión, se atendieron a 900 nuevos usuarios llegando a una cifra de 1,679 usuarios registrados.

De igual forma se dio continuidad al programa de divulgación a través de la publicación física y digital de la Gaceta trimestral de la Comisión, conformando los números 9 al 12, relativos a los temas: México 2014, Sede Mundial de la Bioética. Lanzamiento y Proyección; Bioética, migración y salud; y La Bioética y su proyección internacional desde México.

De especial relevancia resultan las acciones que esta Comisión realizó para que México se adhiera



a instrumentos internacionales en la materia, tal es el caso de 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: Convención sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina, promovida por el Consejo de Europa, y que en este periodo se encuentra en revisión del Ejecutivo Federal ante los avances científicos.

El rol de la CONBIOÉTICA ha sido de vital importancia no sólo para clarificar la congruencia de estas normas con la legislación nacional, ya que, además, la adhesión al Tratado genera criterios normativos que contribuirán al cumplimiento del Plan Nacional de Desarrollo en cuanto al objetivo de alcanzar un México Incluyente.

En este contexto, el 23 y 24 de junio el liderazgo de México a través de la CONBIOÉTICA, se fortaleció con la sede de la 10ª Cumbre Mundial de Comisiones Nacionales de Ética/Bioética, en donde participaron 117 representantes de 57 países de las seis regiones establecidas por la Organización Mundial de la Salud, así como organismos internacionales, tales como UNESCO, Consejo de Europa, Comisión Europea, Consejo Internacional de Organizaciones de Ciencias Médicas, entre otros; lo cual representa 80% de incremento en la asistencia, con respecto a ediciones anteriores.

En los trabajos se desarrollaron 30 actividades de análisis y discusión que incluyeron los ejes temáticos: 1. Comités Nacionales de Ética; 2. Ética y nuevas tecnologías en salud; 3. Cobertura Universal en Salud; 4. Investigación y Grupos Vulnerables.

La Cumbre Global se convirtió en una plataforma única para el intercambio de información sobre la labor continua de los Comités o Comisiones de cada país, lo cual representó una oportunidad para el diálogo y la inclusión de la bioética en las agendas nacionales de los países y organismos asistentes.

Además, permitió fortalecer las guías, recomendaciones y pautas que emanan de diferentes organizaciones afines al tema. De esta manera, se cumplió el objetivo primordial de intercambiar estrategias e información para la consolidación de las Comisiones Nacionales de Bioética.

En el marco de estas acciones, del 25 al 28 de junio, la CONBIOÉTICA, en coordinación con la Asociación Internacional de Bioética (IAB por sus siglas en inglés), realizó el 12º Congreso Mundial

de Bioética, reunión que se destaca por ser considerado el evento de mayor importancia en materia de bioética del mundo.

La experiencia fue enriquecedora y logró reunir a investigadores, expertos, estudiosos de la bioética y de las áreas de la salud de todo el mundo. Se desarrollaron propuestas teóricas y metodológicas en materia de bioética, ética en investigación, salud y medio ambiente, logrando una participación récord en la historia de estos eventos internacionales, ya que se superó en casi el doble lo acontecido en la anterior sede de Rotterdam, Holanda, en 2012.

Este importante evento contó con la participación de 1,248 personas inscritas provenientes de 72 países, de las cuales 621 tuvieron presentaciones o ponencias y 579 fueron asistentes que atendieron las actividades. Dentro de los ejercicios académicos destacaron 78 presentaciones gráficas (carteles), 290 presentaciones orales, 50 simposios, 30 conferencias magistrales y 4 actividades satélite.

Para conocer el impacto de las actividades celebradas, es importante destacar el perfil de los participantes, donde 57% fueron mujeres y 43% hombres; 254 fueron miembros de los comités de bioética y ética en investigación/Comisiones Estatales de Bioética; 302 investigadores, 275 profesionales afines a los servicios de salud, 224 estudiantes de posgrado, 35 representantes de Organizaciones de la Sociedad Civil y 158 de personas de la sociedad interesadas en la temática.

En el marco del Congreso se llevó a cabo la XLVIII Sesión Ordinaria del Consejo de la CONBIOÉTICA, la cual contó con la participación de destacadas personalidades en el ámbito de la bioética a nivel mundial, quienes trataron los temas: bioética y políticas públicas, programas de educación en bioética y perspectiva bioética en la investigación contemporánea.

El éxito de estos dos eventos de relevancia mundial y los resultados alcanzados en materia de comités y comisiones estatales de bioética, evidencian el esfuerzo que la CONBIOÉTICA ha desarrollado para el logro de los objetivos comprometidos en este periodo; sin embargo, la continuidad de estos avances deberá ser robustecida con la alineación sistemática al Programa Sectorial de Salud, para el cumplimiento de programas y acciones que, por un lado, consolidarán las metas alcanzadas y, por otra parte, promoverán una nueva dimensión y proyección social de las tareas de la Comisión Nacional de Bioética.

2<sup>DO</sup> INFORME DE  
LABORES  
2 0 1 3 - 2 0 1 4







**10. SECRETARIADO  
TÉCNICO DEL  
CONSEJO NACIONAL  
DE SALUD MENTAL**



El Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (STCONSAME) es el órgano encargado de dictar el contenido de las políticas públicas y estrategias nacionales en materia de atención a los problemas de salud mental, así como de llevar a cabo la planeación, supervisión y evaluación de los servicios correspondientes.

La misión del STCONSAME es mejorar y ampliar los servicios de salud mental, consolidando el Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, el cual se orienta a incrementar la calidad de los servicios y que estos sean otorgados con calidez y pleno respeto a los derechos humanos de los usuarios.

Para ello, se plantea una Red de Servicios Comunitarios que debe ser parte de la Red de Salud General, y que contempla las áreas de promoción y prevención, atención primaria, hospitalización, rehabilitación psicosocial y reinserción social.

El objetivo de la Red es lograr la transición hacia una desinstitucionalización a través de la creación de estructuras comunitarias más eficientes y de calidad, de acuerdo a estándares internacionales de respeto y garantía a los derechos humanos de los usuarios.

Hacia el logro de tal propósito, durante este periodo se han realizado las siguientes acciones:

En colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se capacitó en la “Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada”, a capacitadores de los estados de la región sur-sureste (Campeche, Chiapas, Guerrero, Morelos, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán).

En el periodo de reporte, 13 entidades federativas tienen personal preparado para reproducir la capacitación en 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 sobre las que la Guía trabaja. Hasta el momento se han capacitado 790

médicos de centros de salud tan solo en la región sur-sureste.

Por otro lado, las 42 UNEME-CISAME del país se encuentran funcionando de manera óptima. Estas son unidades especializadas de atención ambulatoria que forman parte de la Red de Servicios que integra el Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental. 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.

De igual manera, se han realizado esfuerzos para que la hospitalización de usuarios de salud mental se lleve a cabo en hospitales generales, cabe mencionar que en este periodo Yucatán se sumó con la habilitación de camas para niños en el Hospital de la Amistad Corea-México.

Este año se transfirieron, vía Ramo 12, 19.5 millones de pesos a 24 entidades federativas para realizar acciones del programa de Rehabilitación Psicosocial e Invierno Sin Frío en los Hospitales Psiquiátricos y Villas de Transición Hospitalaria. Esta inversión representa un incremento de poco más de 37% con respecto a 2013, y de un poco más de 52% con respecto a 2011.

Cabe destacar que los Programas de Rehabilitación Psicosocial e Invierno Sin Frío tratan de dignificar la situación de los usuarios que se encuentran hospitalizados en las unidades de la Secretaría de Salud y de colaborar con la reinserción de estos en la sociedad.

A la fecha se ha establecido una Evaluación de los Hospitales Psiquiátricos en las entidades federativas en las cuales se ha aplicado la Cédula de Supervisión para Hospitales Psiquiátricos a 10 unidades en nueve entidades federativas: Oaxaca, Puebla, Distrito Federal, Chiapas, Jalisco, Chihuahua, Tabasco, Veracruz y Durango. Dicha Cédula es un instrumento diseñado por el STCONSAME para evaluar las condiciones en que se encuentran las unidades hospitalarias del país.

Dentro del marco del Programa Nacional para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia,

se ha establecido como prioridad el diseño e implementación de acciones preventivas dirigidas a las familias que son víctimas de violencia social. Dichas acciones han sido desarrolladas tomando en cuenta las particularidades de la región y las características y/o necesidades de la población.

Asimismo, en la Primera Sesión Extraordinaria del Comité Consultivo de Normalización 2013, fue presentado el Programa Nacional de Normalización 2014, quedando inscrito el tema: Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-025-SSA2 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.

Durante el periodo se ha trabajado en el Programa de Acción Específico: Salud Mental 2013-2018 (próximo a publicarse). Este es el instrumento técnico referencial a través del cual el Secretariado

Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental dicta las estrategias y líneas de acción para llevar a cabo la operación en los tres niveles de atención, incluyendo los indicadores para la planeación de recursos que coadyuven a implementar cada una de las intervenciones.

El Programa de Acción Específico se elaboró siguiendo los lineamientos del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, así como el manual de procedimientos del mismo modelo para su implementación homogénea en la República Mexicana.

Estas acciones están correlacionadas al Programa de Acción sobre Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud y con los mandatos de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.



**11. SECRETARIADO  
TÉCNICO DEL  
CONSEJO NACIONAL  
PARA LA PREVENCIÓN  
DE ACCIDENTES**





El Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (STCONAPRA) es la unidad administrativa de la Secretaría de Salud responsable de dirigir la política nacional en materia de prevención de accidentes, así como de coordinar la implementación de estrategias y acciones tendientes a disminuir la morbilidad y la mortalidad como consecuencia de las lesiones accidentales.

En alineación al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y al Programa Sectorial de Salud 2013-2018, durante el periodo de septiembre de 2013 a agosto de 2014, el STCONAPRA realizó diversas acciones para la prevención de lesiones y muertes, así como de promoción de iniciativas de seguridad vial, dado que, por su impacto y magnitud, las lesiones provocadas por accidentes de tráfico de vehículo de motor son un problema de salud pública en nuestro país. De acuerdo con cifras oficiales, este tipo de lesiones fueron en 2012 la octava causa de muerte con una tasa de 14.5 defunciones por cada 100 mil habitantes y representan la primera causa de muerte en niños entre cinco y 14 años; y la segunda en jóvenes de entre 15 y 34 años de edad.

Una prioridad para el STCONAPRA es el fortalecimiento de los Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes (COEPRA), en este sentido se realizó una reunión nacional con responsables estatales del programa y secretarios técnicos de los COEPRA de las 32 entidades federativas, logrando precisar los objetivos y estrategias del Programa de Acción Específico de Seguridad Vial, estableciendo las acciones a seguir para su implementación inmediata en todo el país.

Asimismo, se dio continuidad a los trabajos de asesoría para la instalación, desarrollo y funcionamiento de los observatorios estatales de lesiones; destacando la participación del STCONAPRA en las reuniones para la operación de los observatorios del Distrito Federal, Morelos, Guerrero, Coahuila e Hidalgo; así como en la elaboración del Informe 2014 de la Situación de la Seguridad Vial en México, el cual sirve como referente para generar los reportes de los observatorios estatales. Al cierre del periodo que se informa, se cuenta con 19 observatorios estatales instalados mediante acuerdos de colaboración entre las instituciones locales involucradas.

Por otra parte, del 8 al 9 de mayo de 2014, se llevó a cabo en la Ciudad de México la Reunión Anual de Responsables de los Programas Estatales de Accidentes, donde se informó sobre la incorporación a los observatorios estatales de la medición de los principales factores de riesgo para la seguridad vial.

La Estrategia Nacional de Alcoholimetría implementada con el objetivo de establecer una política pública de alcance nacional, enfocado a disminuir la ocurrencia y gravedad de las lesiones como consecuencia de accidentes de tránsito asociados al consumo del alcohol, opera en las entidades y municipios considerados prioritarios por su alta incidencia de accidentes viales. El STCONAPRA, en coordinación con los responsables estatales para la prevención de accidentes, puso en marcha, durante 2013, diversas acciones logrando al cierre del año contar con la participación de 100 municipios. Además, se publicó el Protocolo para la Implementación de Puntos de Control de Alcoholimetría con el objetivo de homologar la actuación de las diversas instituciones de tránsito, vialidad o seguridad pública.

En el tema de capacitación en seguridad vial que coordina el STCONAPRA, se realizaron 12 cursos de Formadores en Seguridad Vial con el objetivo de fortalecer los conocimientos, capacidades y habilidades en materia de seguridad vial de los participantes, a fin de que puedan replicar la información a nivel local. Las entidades participantes fueron: Distrito Federal, Chiapas, Tlaxcala, Guerrero, Quintana Roo, Puebla, Hidalgo, Coahuila, Campeche y Sonora, logrando sumar 360 nuevos Formadores en Seguridad Vial en el país.

Se efectuaron más de 5 mil pláticas de sensibilización en seguridad vial en 28 entidades del país para alcanzar una población meta de más de 300 mil. En dichas entidades, de 2010 a la fecha se han capacitado 31,972 Promotores en Seguridad Vial, sumando ya un total de 549,644 personas sensibilizadas en seguridad vial.

La atención adecuada, oportuna y de calidad de los Primeros Respondientes es fundamental al momento de ocurrir un accidente o desastre, ya que son ellos los que inician el proceso de atención

médica. Ante esto, el STCONAPRA ha fomentado en todo el país la realización de cursos de capacitación que han permitido contar en tres años con 1,575 instructores y 72,225 primeros respondientes.

Por otra parte, se realizaron dos talleres de Auditoría en Seguridad Vial en los estados de Puebla y Baja California Sur 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. Con los 60 auditores, capacitados en dichos cursos, suman ya un total de 1,105 auditores viales en el país.

Es de destacar que en el Distrito Federal, desde noviembre de 2013 a junio de 2014, se han realizado 29 auditorías de seguridad vial en diversas intersecciones y tramos de alta peligrosidad con el objetivo de reducir la siniestralidad en los accidentes de tránsito y prevenir lesiones y muerte. En la realización de este trabajo, se contó con el apoyo de la Secretaría de Seguridad Pública, la Procuraduría General de Justicia del DF, el Instituto de Geografía de la UNAM, el Centro de Experimentación y Seguridad Vial en México y el Instituto de Políticas para el Transporte y el Desarrollo.

En el marco del Gabinete Turístico y la Campaña de Vacaciones de Semana Santa 2014, se participó en las reuniones de trabajo y se brindó información sobre las acciones que coordina este STCONAPRA con las entidades federativas en materia de campañas de comunicación social y de atención prehospitalaria. Asimismo se destacó, en distintos medios de comunicación, la importancia de la prevención de accidentes en el hogar y en la vía pública con motivo de las vacaciones de Semana Santa.

En materia de normatividad se ha promovido la adecuación, en la diversidad de ordenamientos que abordan el tema de seguridad vial, de la prevención de los factores de riesgo para los usuarios de las vías públicas en concordancia con las recomendaciones dadas por la Organización Mundial de la Salud y Naciones Unidas. Destaca el trabajo realizado con las autoridades del estado de Jalisco donde se logró la publicación de la Ley de Movilidad y Transporte

en Seguridad Vial así como su reglamento, y se participó en el desarrollo de protocolos de acción dirigidos a orientar a los agentes de tránsito en la aplicación de la norma. De igual forma, se participó a través de la Dirección de Prevención de Accidentes de los Servicios de Salud de Nuevo León, en la conformación de un capítulo de seguridad vial como parte del reglamento de tránsito operante en los municipios de la ciudad de Monterrey.

Durante el primer trimestre de 2014, se brindó asesoría a diversos municipios en la adecuación de sus reglamentos de tránsito para fomentar, a través de estos, los hábitos de seguridad vial y la prevención de los factores de riesgo. Se destaca el trabajo hecho con los municipios de Gómez Palacio, Lerdo y Durango del estado de Durango, y los de Tuxpan y Martínez de la Torre en el estado de Veracruz.

En el plano internacional, se participó en reuniones de trabajo para dar continuidad al Sistema Mesoamericano de Salud Pública, particularmente en lo relacionado al Programa Mesoamericano de Seguridad Vial; se representó a México ante la Asamblea General del Observatorio Iberoamericano de Seguridad Vial que se llevó a cabo en la ciudad de Antigua, Guatemala, del 23 al 24 de abril de 2014; se coordinó la Reunión de Consenso para la Integración de la Información para el III Informe Mundial de la Situación de la Seguridad Vial con la presencia de la Organización Panamericana de la Salud con sede en Washington, DC, y más de 40 asistentes de instituciones públicas y privadas; se colaboró en una investigación que realizan el Departamento de Tránsito, la Fundación del Hospital General y la Universidad Federal de Minas Gerais, en Brasil, aportando la experiencia mexicana en temas de normatividad y prevención de accidentes de tránsito relacionados con el consumo de alcohol.

Finalmente, el STCONAPRA realizó de octubre de 2013 a julio de 2014 el Programa de Acción Específico 2013-2018, desarrollando diversas reuniones de trabajo dirigidas a la integración de cada uno de los componentes.



## 12. CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL



El Consejo de Salubridad General (CSG) generó el Acuerdo para el Desarrollo y Funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SINACEAM), publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 13 de junio de 2008.

De esta manera, a través de la Dirección General Adjunta de Articulación, promueve, coadyuva y desarrolla la cultura de calidad, así como la seguridad que se brinda a los pacientes mediante acciones de certificación de establecimientos de atención médica, impulsando a las instituciones participantes a mantenerse competitivas.

La Certificación de Establecimientos de Atención Médica es un proceso voluntario que consiste en tres etapas inscripción y autoevaluación; auditoría y dictamen:

- El nivel de participación entre instituciones públicas y privadas se puede dimensionar con los datos siguientes: Desde la implantación de la Certificación por parte del CSG, al 31 de marzo de 2014, han logrado la Certificación de 1,192 establecimientos de atención médica.
- En el periodo comprendido de septiembre de 2013 a marzo de 2014, se dictaminaron 86 establecimientos de atención médica, de los cuales, 58.1% fueron privados y 41.8% públicos, de estos últimos, la Secretaría de Salud representó 22.2% y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) 77.8%. Lo anterior representa un aumento en la participación del sector público de 36.8%, respecto al periodo anterior.
- Actualmente hay 233 establecimientos en Proceso de Certificación, de los cuales, 83.3% pertenecen al sector privado y 16.7% son públicos.
- De septiembre a diciembre de 2013, se realizaron 31 auditorías, mientras en el periodo enero a agosto de 2014, la información preliminar disponible a junio distingue 91 auditorías, dando un total de 122 auditorías en el periodo del presente Informe.

En investigación y desarrollo de indicadores, métodos y estándares de evaluación de la calidad, desde 2008 los estándares se homologaron

con los de *Joint Commission International* (JCI), integrándose la Cédula de Evaluación de Hospitales, que incluye los requisitos de seguridad de los pacientes, calidad de la atención médica, seguridad hospitalaria, normatividad vigente y políticas nacionales prioritarias. Se aprobaron los Estándares para la Certificación de Unidades de Atención Estomatológica, vigentes a partir del 1 de enero del año en curso.

En el periodo que cubre el Informe se han realizado las siguientes actividades de difusión del modelo del Consejo de Salubridad General para la atención en salud con calidad y seguridad: ocho sesiones de resolución de dudas, seis videoconferencias, 20 cursos-talleres del modelo del Consejo de Salubridad General para la atención en salud con calidad y seguridad, 20 ponencias en congresos o actividades académicas, seis cursos de formación de auditores, un curso de recertificación, tres talleres de herramientas de calidad, y se realizó una ceremonia de entrega de certificados y reconocimientos de auditores.

### Articulación con Otras Instituciones y Organizaciones

- Además del trabajo con la *Joint Commission International*, el Consejo de Salubridad General tiene un convenio con la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), con el propósito de fortalecer la formación de personal de salud y facilitar que los egresados cuenten con las competencias que el proceso de certificación de establecimientos de salud exige.
- Se otorgó asesoría a la UANL para la incorporación de los indicadores internacionales de certificación al plan de estudios de la licenciatura de enfermería, estando en proceso las licenciaturas de psicología, medicina y odontología.

### Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud

Otra de las funciones sustantivas del CSG es la elaboración, actualización y difusión del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud (CBCISS).

La Dirección General Adjunta de Priorización es la encargada de dirigir la Comisión Interinstitucional del CBCISS y se encarga de evaluar las solicitudes por parte de las instituciones públicas o privadas que sometan a su consideración actualizaciones o modificaciones al mismo. Lo anterior con base en criterios de transparencia, eficiencia e incorporación de evidencias relacionadas con los avances de la ciencia y tecnología en medicina, y con el fin de fomentar la calidad, así como el uso racional de los insumos en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud. Para el caso del Cuadro Básico de Insumos se realiza para el primer nivel de atención y en el caso del Catálogo de Insumos se elabora para el segundo y tercer nivel. El proceso de actualización se realiza en tres etapas: valoración, evaluación y dictamen, dando respuesta al total de solicitudes recibidas por parte de las instituciones públicas y privadas, cuya cifra varió como se observa en el Cuadro XIV.

**CUADRO XIV. NÚMERO DE SOLICITUDES DE INCLUSIÓN O MODIFICACIÓN AL CUADRO BÁSICO DE INSUMOS Y CATÁLOGO DE INSUMOS, PERIODO 2007– 2014**

Concepto	Datos anuales							2014
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Solicitudes recibidas	182	149	122	65	200	290	230	36

FUENTE: Base de datos del Secretariado Técnico de la Comisión.

Entre septiembre y diciembre de 2013 las solicitudes se distribuyeron como se muestra en el Cuadro XV.

**CUADRO XV. PROCEDIMIENTOS REALIZADOS SEPTIEMBRE – DICIEMBRE 2013, SEGÚN TIPO DE INSUMOS**

Comité Técnico Específico	Recepción y valoración	Evaluación	Dictamen procedente
Medicamentos	35	28	18
Material de curación	19	7	4
Auxiliares de diagnóstico	2	2	0
Instrumental y equipo médico	5	1	0
<b>Totales</b>	<b>61</b>	<b>38</b>	<b>22</b>

FUENTE: Base de datos del Secretariado Técnico de la Comisión.

Del total de solicitudes, 61.5% pasaron a la etapa de evaluación y 58% obtuvieron el dictamen de procedencia.

Los resultados preliminares del periodo enero-agosto 2014, se muestran en el cuadro XVI.

**CUADRO XVI. PROCEDIMIENTOS REALIZADOS ENERO-AGOSTO DE 2014, SEGÚN TIPO DE INSUMOS**

Comité Técnico Específico	Recepción y valoración	Evaluación	Procedentes
Medicamentos	25	19	9
Material de curación	5	2	2
Auxiliares de diagnóstico	2	2	-
Instrumental y equipo médico	4	2	-
<b>Totales</b>	<b>36</b>	<b>25</b>	<b>11</b>

FUENTE: Base de datos del Secretariado Técnico de la Comisión.

Del total de las solicitudes dentro de este periodo de 2014 (36), 69% pasaron a la etapa de evaluación y 44% se dictaminaron procedentes.

### **Comisión para Definir Tratamientos y Medicamentos Asociados a Enfermedades que Ocasianan Gastos Catastróficos**

Por último, con el propósito de establecer una red de protección social que garantice el acceso al derecho a la salud, el Consejo de Salubridad General, a través de la Comisión para Definir Tratamientos y Medicamentos Asociados a Enfermedades que Ocasianan Gastos Catastróficos, realizó las siguientes acciones:

- Aprobó la actualización de 17 protocolos técnicos de atención a enfermedades que ocasionan gastos catastróficos, ver Cuadro XVII.
- Actualizó la categoría VI “VIH y el sida” del Listado de Enfermedades que Ocasianan Gastos Catastróficos para incluir otras enfermedades crónicas. Se le denominó Categoría IV “VIH y sida” y otras infecciones crónicas con el fin de incluir la hepatitis C.
- Excluyó del Listado de Enfermedades que Ocasianan Gastos Catastróficos la enfermedad cataratas seniles a fin de que pueda ser retomado por el Catálogo Universal de Servicios de Salud e incrementar el acceso a tratamiento.
- Los proyectos que esta Comisión tiene en proceso son: la actualización de los protocolos técnicos de tumor de Wilms, neuroblastoma, sarcoma de Ewing, tumores endodermiales y germinales del Sistema Nervioso Central,

tumor neuroectodérmico primitivo y enfermedad de Hodgkin, el desarrollo de los protocolos genéricos de antiemesis, neutropenia y fiebre, mucositis, lisis tumoral, nutrición parenteral y cuidados paliativos. Además

de la evaluación para la determinación de esclerosis múltiple e hipertensión arterial pulmonar y Síndrome de Guillain-Barré para determinar si son enfermedades que ocasionan gastos catastróficos.

**CUADRO XVII. PROTOCOLOS TÉCNICOS ACTUALIZADOS DE ENFERMEDADES QUE OCASIONAN GASTOS CATASTRÓFICOS 2012**

Categoría	Enfermedad
Categoría I. Diagnóstico y tratamiento del cáncer (menores de 18 años)	Leucemia linfoblástica aguda de alto riesgo
	Leucemia linfoblástica aguda (menores de 1 año)
	Leucemia linfoblástica aguda de muy alto riesgo
	Leucemia linfoblástica aguda de riesgo habitual
	Osteosarcoma
	Linfoma no Hodking
	Leucemia mieloide crónica
	Síndromes mielodisplásicos
	Sarcomas de partes blandas. Rabdomiosarcoma
	Leucemia mielocítica aguda M3
	Leucemia mielocítica aguda M3 excluyente
Categoría I. Diagnóstico y tratamiento del Cáncer (adultos)	Cáncer de colon y recto
	Cáncer de ovario epitelial
	Cáncer de pulmón
Categoría III. Enfermedades cerebrovasculares	Hemorragia subaracnoidea
Categoría V. Rehabilitación a largo plazo	Enfermedad de Gaucher Tipo I y II
Categoría VIII. Trasplantes	Trasplante Renal Pediátrico

FUENTE: Base de datos del Secretariado Técnico de la Comisión.







## 13. PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES



El programa IMSS-Oportunidades es administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social que contribuye a garantizar el derecho a la protección de la salud, de manera gratuita, a los mexicanos que carecen de seguridad social y viven en condiciones de marginación. Brinda cobertura a 11.8 millones de personas, 85% de las cuales habita en localidades de alta y muy alta marginación.

**CUADRO XVIII. PRESUPUESTO AUTORIZADO  
2013-2014**

Concepto	Ejercicio fiscal (cifras en pesos)	
	2013	2014
Ramo 19: Aportaciones a Seguridad Social	8,800,000,000	9,319,300,000
Ramo 12:Salud 1/	1,100,513,300	1,050,382,405
<b>TOTAL</b>	<b>9,900,513,300</b>	<b>10,369,682,405</b>

FUENTE: Unidad del Programa IMSS-Oportunidades, 2012-2013.  
1/ Recursos correspondientes al componente salud del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

Con base en lo dispuesto en la Ley General de Salud, IMSS-Oportunidades es un programa administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social que contribuye a garantizar el derecho a la protección de la salud, de manera gratuita, a los mexicanos que carecen de seguridad social y viven en condiciones de marginación. Brinda cobertura a 11.8 millones de personas, 85% de las cuales habita en localidades de alta y muy alta marginación.

Con base en lo dispuesto en la Ley General de Salud, IMSS-Oportunidades es un prestador de servicios del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), por lo que entre septiembre de 2013 y junio de 2014 se han desarrollado las siguientes acciones:

- Se dio continuidad al proceso de acreditación con la garantía de calidad en unidades médicas del Programa, con un avance de 78% respecto al total de hospitales rurales.
- Se signaron nuevamente convenios de colaboración con los gobiernos de Chiapas y Oaxaca para la

prestación de servicios de salud a los afiliados al SPSS en esas entidades. Esto ha permitido la transferencia de recursos a IMSS-Oportunidades para reforzar la plantilla de personal y mejorar las condiciones de operación de sus unidades médicas.

- Se dio inicio a una campaña permanente de promoción para afiliarse a los beneficiarios de IMSS-Oportunidades al SPSS. Actualmente 5.2 millones tienen póliza de afiliación a dicho Seguro, lo que facilita la portabilidad del servicio.
- Se firmó el convenio para dar cobertura a niños de hasta cinco años afiliados al Programa Seguro Médico Siglo XXI. Ello ha permitido que los hospitales acreditados de IMSS-Oportunidades se integren a la protección social en salud para este grupo de edad.
- Se incorporó la figura del aval ciudadano como mecanismo de contraloría social y participación ciudadana para la mejora continua de la atención, con la instalación de 2,408 avales en 58% de las unidades médicas.

IMSS-Oportunidades está alineado a los objetivos de la Cruzada Nacional contra el Hambre con una presencia en 675 de los 1,012 municipios incorporados a la Cruzada, a través de 40 hospitales y 2,335 unidades médicas de primer nivel; infraestructura que cubre a 7.6 millones de personas. Uno de los proyectos emprendidos es el de Nutrición al Adulto Mayor, destinado a gestionar apoyos y promocionar el cuidado informal a cargo de adolescentes. A junio de 2014 se atendió a 1,119 adultos mayores y 373 adolescentes forman parte de la Red Comunitaria de Cuidadores de Adultos Mayores.

El Programa ha fortalecido la coordinación en los ámbitos federal, estatal y municipal; en 2013 se firmó un convenio con la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, lo que permitirá ampliar la infraestructura de IMSS-Oportunidades en zonas indígenas. Por otra parte, se formalizaron 60 convenios de coordinación con presidencias municipales, 44 pertenecientes a la Cruzada Nacional contra el Hambre.

IMSS-Oportunidades atiende a cerca de 4 millones de indígenas, por lo cual implementó el modelo intercultural en salud con la capacitación de 5,773 trabajadores (29% de la plantilla laboral). Adicionalmente comenzó la integración del Catálogo Nacional de Terapeutas Tradicionales con el registro de 1,844 médicos (72% de avance).

### **Atención a La Salud y Acción Comunitaria para la Salud**

IMSS-Oportunidades sustenta su operación en el Modelo de Atención Integral a la Salud, el cual vincula los servicios médicos con la participación voluntaria de los propios beneficiarios, a través de intervenciones en salud pública, atención médica y acciones comunitarias. Los resultados mas relevantes, entre septiembre de 2013 y junio de 2014, se muestran en el Cuadro XIX.

**CUADRO XIX. PRODUCTIVIDAD MÉDICA**

NÚMERO	SERVICIOS MÉDICOS
16,981,265	Consultas
88,297	Intervenciones quirúrgicas
93,242	Partos
196,443	Egresos hospitalarios
7,934,559	Estudios de laboratorio
302,661	Estudios de rayos X
81.6% de ocupación hospitalaria, con promedio de tres días estancia.	

FUENTE: Unidad del Programa IMSS-Oportunidades.

En materia de vacunación se contribuyó al control de enfermedades en los sectores más pobres del país con la aplicación de 5.4 millones de dosis en niños menores de ocho años; y 415,721 dosis de toxoide tetánico diftérico a mujeres en edad fértil para mantener el control del tétanos neonatal. Respecto a las acciones preventivas de la influenza, en la temporada invernal solo se confirmaron 113 casos en el ámbito del Programa.

Con la finalidad de contribuir al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para reducir en 75% la tasa de mortalidad materna registrada entre 1990 y 2015, el Programa ha desarrollado un modelo de atención con enfoque preventivo y anticipatorio, conformado por la reducción de embarazos de alto riesgo, la prevención de complicaciones en el embarazo y parto; y el manejo efectivo y oportuno de urgencias obstétricas.

La tasa de muerte materna disminuyó de 37.3 por 100 mil nacidos vivos estimados por CONAPO en 2012, a 23.0 en 2013, equivalente al 38.3%. Entre las acciones que favorecieron este resultado se encuentran:

- Incorporación de 293,385 mujeres al uso de un método anticonceptivo.
- Promedio de siete consultas por embarazada.
- Derivación oportuna de 1,295 mujeres sin seguridad social con complicación obstétrica a hospitales del IMSS régimen obligatorio.

Esta disminución también fue posible por la interrelación con 7,031 parteras, quienes atendieron 6,013 partos; realizaron 2,882 derivaciones para atención del parto institucional; 10,659 del puerperio y 10,090 de recién nacidos. Para apoyar su trabajo se capacitó a 1,212 parteras, y se realizó el Encuentro Nacional por la Lactancia Materna en Morelia, Michoacán, que contó con 900 de estas voluntarias.

Además, a través de los voluntarios de salud y agentes comunitarios en salud del Programa, se lograron efectuar 217,383 derivaciones de adultos y adolescentes a unidad médica para la adopción de algún método anticonceptivo; y 224,604 de embarazadas para control prenatal; 8,801 derivaciones para atención del parto, y 68,468 de puérperas.

Para favorecer la salud de la población que habita en zonas lejanas, el Programa operó 67 albergues comunitarios en los que brindó hospedaje y alimentación gratuita, resultando beneficiadas 331,911 personas, 28% de ellas embarazadas y puérperas; 13% pacientes diversos y 59% acompañantes.

Otro problema de salud pública que afecta a las mujeres de zonas rurales es el cáncer cervicouterino, en el que IMSS-Oportunidades se ha consolidado en dos estrategias preventivas: vacunación contra el virus del papiloma humano y detección oportuna. Las acciones de tamizaje permitieron identificar a 10,265 pacientes con lesión premaligna o infección que fueron referidos a su atención especializada. Adicionalmente, se llevó a cabo la aplicación de 195,701 dosis del biológico contra el citado virus a niñas de 5° año de primaria o de 11 años no escolarizadas.

Dada la importancia para el país de una adecuada formación de la población de 10 a 19 años, IMSS-Oportunidades cuenta con 3,668 Centros de

Atención Rural al Adolescente (CARA), donde se capacitó a 152,465 jóvenes en temas de salud sexual y reproductiva, sobrepeso, obesidad, violencia y adicciones.

Ante la transición epidemiológica por la que atraviesa el país, IMSS-Oportunidades ha fortalecido las acciones preventivas de enfermedades crónico-degenerativas como la *diabetes mellitus* y la hipertensión arterial. En este periodo ingresaron a tratamiento y control 11,534 personas con *diabetes* y 12,526 con hipertensión.

Si bien se observa el impacto de dicha transición, también persiste la prevalencia de enfermedades relacionadas con la pobreza, como la tuberculosis y el dengue. Las confirmaciones de fiebre por dengue disminuyeron de 1,071 a 817 casos con una tasa de incidencia de 7.87 por 100 mil beneficiarios. La fiebre hemorrágica por dengue también registró un descenso, con 347 casos confirmados y una tasa de 3.34 por cada 100 mil beneficiarios, contra 370 confirmaciones y una tasa de 3.56 en el periodo anterior.

A través del programa de prevención y control para la tuberculosis, IMSS-Oportunidades identificó 615

casos nuevos con una incidencia de 5.2 casos por 100 mil beneficiarios. La tasa de curación mejoró al pasar de 81.7% en 2007 a 85.6% en junio de 2014. Los voluntarios de la red comunitaria derivaron a 24,158 tosedores sospechosos de tuberculosis pulmonar a la unidad médica y 1,134 personas recibieron apoyo para concluir su tratamiento.

En materia de acciones de salud pública, destaca la participación de 2.3 millones de familias en vigilancia y cuidado del agua para consumo humano; disposición sanitaria de excretas; disposición adecuada de basura y desechos; y control de fauna nociva y transmisora.

El Programa cuenta con una red de más de 4 mil unidades médicas en el primer nivel de atención y 79 hospitales que proporcionan las especialidades básicas. Con el objetivo de acercar los servicios de tercer nivel, se efectuaron 13 Encuentros Médico Quirúrgicos, 10 en municipios de la Cruzada Nacional contra el Hambre. En ellos se valoró a 10,266 personas y se realizaron más de 3 mil procedimientos quirúrgicos en las especialidades de oftalmología, ginecología oncológica, cirugía reconstructiva, cirugía pediátrica y urología.





**14. SISTEMA  
NACIONAL PARA  
EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE  
LA FAMILIA**





El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) es el Organismo Público Descentralizado con patrimonio y personalidad jurídica propios, como lo establece el Artículo 172 de la Ley General de Salud. El Artículo 28 de la Ley de Asistencia Social le confiere el carácter de Coordinador del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada. La asistencia social comprende acciones de promoción, previsión, prevención, protección y rehabilitación.

El SNDIF, conjuntamente con las entidades federativas y organizaciones de la sociedad civil, lleva a cabo 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.

A través del Programa de Desarrollo Comunitario Comunidad “DIFerente”, se contribuye a mejorar las condiciones de vida de la población en condiciones de marginación, a través de la formación de Grupos de Desarrollo que implementen proyectos comunitarios; del mejoramiento de Espacios Alimentarios y del apoyo a familias con menores de seis años, con carencia alimentaria.

En el periodo de septiembre de 2013 a agosto de 2014, a través de la Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria (EIASA), conformada por cuatro programas que operan con recursos federales Ramo 33 Fondo V.i., se obtuvieron los siguientes resultados:

- En materia de Desayunos Escolares, se participó en la distribución de 915,424,212 desayunos, en beneficio de 5,326,421 niñas y niños en promedio al día.
- Para atender a Menores de Cinco Años en Riesgo no Escolarizados, se distribuyeron 79,412,546 raciones alimenticias que beneficiaron a un promedio diario de 401,149 menores.
- A través de la Asistencia Alimentaria a Familias en Desamparo, se distribuyeron 1,763,887 despensas, con lo que se apoyó a 321,230 familias de 761 municipios.

- Como parte de la Asistencia Alimentaria a Sujetos Vulnerables, los Sistemas Estatales del DIF (SEDIF) distribuyeron 8,341,602 despensas, en apoyo a 823,318 beneficiarios.

En la Estrategia Integral de Desarrollo Comunitario “Comunidad DIFerente” al cierre del ejercicio fiscal 2013, se apoyó a los Sistemas Estatales DIF para la capacitación de 18,441 personas, que de acuerdo a sus reportes, corresponden a 2,818 hombres y 15,623 mujeres, quienes se integraron a 1,399 proyectos de desarrollo comunitarios.

En 2013, el SNDIF, en coordinación con los Sistemas Estatales DIF, contribuyó en la estrategia de la Cruzada Nacional contra el Hambre, con la aprobación de 31 proyectos y la firma de 31 convenios, mediante los cuales se abrieron 2,258 espacios alimentarios construidos, rehabilitados y/o equipados, que permitieron beneficiar a 216,964 personas.

En materia de discapacidad, a través del Programa Prestación de Servicios en los Diferentes Niveles de Atención a la Salud, que para 2014 cambió su denominación a Servicios de Atención a Población Vulnerable, se impartieron 4,566 pláticas de orientación e información a las que asistieron 85,344 personas; se otorgaron 728,569 consultas médicas y paramédicas; se realizaron 38,671 valoraciones para la detección de discapacidad, 1,764,750 sesiones de terapia física, ocupacional y de lenguaje, y se atendieron 45,157 personas de primera vez en terapia rehabilitatoria.

De septiembre de 2013 a agosto de 2014, se entregaron 33,400 credenciales en 37 módulos que integran el Sistema de Registro del Programa de Credencial Nacional para Personas con Discapacidad, ubicados en las 32 entidades federativas, cifra superior en 5% con relación al mismo periodo anterior, lo que permite identificar a las personas por tipo de discapacidad, a fin de brindar más y mejores servicios. De igual manera, se continuó con la difusión de los derechos de las personas con discapacidad a través de 26 pláticas a las que acudieron 1,160 asistentes.

Con relación al Programa Formación y Desarrollo Profesional de Recursos Humanos Especializados

para la Salud en el campo de la rehabilitación, se impartieron tres cursos, uno a nivel de posgrado para la formación de 47 médicos especialistas en medicina de rehabilitación y dos a nivel licenciatura. En este Programa se encuentran en formación 425 estudiantes de terapia física y 43 de terapia ocupacional, distribuidos en los centros de rehabilitación del Distrito Federal, Puebla, Toluca, Ciudad Victoria, Chetumal y Guadalajara.

A través del Programa para la Protección y Desarrollo Integral de la Infancia, el SNDIF apoya a las entidades federativas con subsidios federales y acciones de capacitación, para contribuir a reducir la situación de riesgo psicosocial y problemáticas específicas de las niñas, niños y adolescentes. Los resultados son los siguientes:

- En materia de atención a la primera infancia, se encuentran en operación 544 Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil en 191 municipios, donde se atendieron a 39,644 niñas y niños y 1,884 Centros de Asistencia Infantil Comunitarios en 552 municipios que atendieron 74, 976 niñas y niños.
- En Salud del Niño, 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, se realizaron capacitaciones sobre seis estrategias de la Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida; se capacitaron a 102 Promotores Multiplicadores y 364 orientadores, a través de 50 cursos, en beneficio de 90,083 niñas y niños, 260,879 adolescentes y 64,714 adultos.
- Respecto a la prevención de Embarazo en Adolescentes, se realizaron diversos talleres nacionales, pláticas, conferencias preventivas y canalizaciones estatales a través de 126 promotores y 252 orientadores, lo cual benefició a 27,259 niñas y 449,451 adolescentes, así como a 17,200 adultos.
- Se encuentra en proceso de desarrollo un Modelo Nacional para la Prevención y Atención del Embarazo en Niñas y Adolescentes, integrado por macroacciones de atención y prevención en tres vertientes: la adolescente, su familia y su comunidad, contemplando estrategias en las esferas de salud física y emocional, educativa y laboral; estrategias de fortalecimiento de redes de apoyo familiares y sociales; comunitarias de formación y promoción; así como de gestión interinstitucional y vinculación con otras instituciones públicas y privadas.
- Para promover y difundir los derechos de las niñas, niños y adolescentes, se realizaron 14,848 pláticas, 67 ferias, 162 foros, 79 campañas y 207 desfiles, con lo que se informó sobre el tema a 390,643 niñas, niños y adolescentes; y 40,379 adultos. Se contó con 17 mil “DIFusores” locales, 1,400 municipales y 30 estatales, y se capacitó a 42,185 niñas, niños y adolescentes sobre la Convención de los Derechos del Niño y a 8,773 adultos en el mismo rubro.
- Se celebró el Concurso de Proyectos Comunitarios Infantiles “Ejerciendo mis Derechos”, con la participación de 1,408 niñas, niños y adolescentes de entre 10 y 17 años de edad, en el que se registraron 136 proyectos de 27 entidades federativas, con temas como violencia, acoso escolar (*bullying*), adicciones, discriminación, cuidado del medio ambiente, nutrición adecuada, limpieza, cuidado de parques recreativos, la lectura, la falta de afecto y atención, la discapacidad. El resultado fue de 10 proyectos ganadores, en los que se manifiesta su capacidad para organizarse en el marco de sus derechos y realizar cambios en su favor y de su comunidad.
- Para atender la problemática de Niñas, Niños y Adolescentes en Situación de Calle, se implementaron 86 proyectos educativos y de atención especializada, diseñada y operada por 37 Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) y nueve entidades federativas, en beneficio de 10,551 niños y adolescentes.
- En la temática de Prevención y Atención a Niñas, Niños y Adolescentes Migrantes y Repatriados No Acompañados, se atendió a más de 22,600 menores a través de la red de módulos y albergues de tránsito localizados en las fronteras norte y sur del país.
- Para la Prevención, Atención, Desaliento y Erradicación del Trabajo Infantil, se realizaron acciones preventivas y de atención en 484 municipios de 27 entidades federativas, en las que se atendió a 163,713 niñas y niños en riesgo de incorporarse a actividades laborales, así como a 83,541 niñas, niños y adolescentes trabajadores y 118,513 familias; se otorgaron 3,488 apoyos económicos para promover la permanencia o reinserción en el ámbito educativo.
- En torno a la Atención de la Explotación Sexual Infantil, se realizaron 38 campañas y 4,554 eventos en materia de prevención, en los que participaron 123,699 niñas y niños, así como 46,995 adultos; se brindó atención a 2,382 niñas y niños en riesgo y se canalizaron 172 niñas y niños víctimas, mediante diversas acciones en 240 ciudades de 22 entidades federativas.
- Con relación a la Promoción del Buen Trato, se benefició a 132,613 niñas, niños y adolescentes, 60,644 madres, padres, tutores y cuidadores de 2,043 familias, mediante acciones en materia de prevención de las conductas agresivas, malos tratos y violencia

social, en los 663 municipios pertenecientes a 27 entidades del país.

- Para la desnaturalización de la violencia en el ámbito familiar y comunitario, en mayo de 2014 se puso en marcha el piloto de una estrategia para la prevención de acoso escolar (*bullying*) desde la perspectiva familiar y comunitaria, se formaron siete promotores multiplicadores estatales y ocho promotores comunitarios municipales de seis estados de la República, los cuales serán responsables de supervisar la metodología para la implementación de la Red Comunitaria en una colonia de un municipio seleccionado por entidad en un lapso de seis meses.

La participación del SNDIF en el Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras, permitió que en el periodo de septiembre de 2013 agosto 2014, se otorgaran capacitaciones de nivel básico a 729 responsables de las estancias y a 4,848 asistentes y de nivel inicial a 95 responsables y 95 asistentes. En materia de capacitación complementaria, se impartió el taller de alimentación a 7,500 responsables; 7,500 auxiliares de cocina y se capacitó a 150 responsables en el taller Crecer con Ellos y 150 en el de Formación de Facilitadores.

Además, se realizaron 2,400 acciones con fines de certificación en el estándar de competencia EC0024 Cuidado de las Niñas y los Niños en Centros de Atención Infantil a personal responsable de las estancias infantiles.

Se realizaron 50,071 visitas de supervisión y seguimiento a todas las estancias infantiles en operación, así como la aplicación de 25,756 entrevistas a madres y padres de familia, mediante la "Encuesta de Satisfacción de Beneficiarios", cuyo resultado permitió diagnosticar la percepción de los padres respecto al servicio que ofrecen las estancias infantiles, base para desarrollar una mejora continua.

Al cierre de 2013, con el Subprograma Fortalecimiento a las Procuradurías de la Defensa del Menor y la Familia, se logró identificar 117 albergues públicos y 805 privados, así como 25,700 menores albergados, de los cuales se beneficiaron 24,917 niñas, niños y adolescentes, con la reintegración de 3,228 niñas, niños y adolescentes a su familia nuclear, la obtención de 6,054 actas de nacimiento, 1,142 juicios de pérdida de patria potestad y 307 procedimientos de adopción y 14,186 estudios psicológicos, de trabajo social, pruebas de ADN, entre otros.

Se impartieron 12 Cursos de Inducción y se realizaron 23 boletines de personas extraviadas en coordinación con los DIF Estatales y el Centro de Apoyo a Personas Extraviadas y Ausentes (CAPEA), también se canalizaron a 307 personas a los Sistemas Estatales y Municipales DIF con el objeto de brindar apoyo social y jurídico, también se practicaron 14,186 estudios psicológicos, de trabajo social, pruebas de ADN, entre otras.

Para 2014, el Subprograma Fortalecimiento a las Procuradurías de la Defensa del Menor y la Familia se convirtió en Programa Presupuestario sujeto a Reglas de Operación, y al amparo de este se obtuvieron los siguientes resultados:

- Se realizaron las ediciones XXVIII y XXIX del Taller de Procuradores de la Defensa del Menor y la Familia, con temas como: comunicaciones judiciales directas, la suplencia de la queja en materia familiar, la importancia de la especialización en derechos sobre la protección de la infancia y adopción internacional. Así como también las mesas de trabajo denominadas: Campaña Nacional para Prevenir y Atender el Maltrato Infantil, Regularización Jurídica de Menores, Convención de la Haya en Materia de Adopción, Maltrato Infantil, Juicios en Materia Familiar, Apoyo social y Jurídico en Coordinación con las Procuradurías de la Defensa del Menor y la Familia (PDMF) y Registro de Menores.
- Se regularizó la situación jurídica de 80 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, se implementaron mecanismos para mejorar los procesos y en coordinación con los SEDIF y los tribunales superiores de justicia de las entidades federativas, se realizaron diversas acciones a fin de revisar criterios para homologar, en lo posible, el marco normativo; así como estandarizar los procedimientos correspondientes. Asimismo, se llevaron a cabo cinco adopciones nacionales, se atendieron 37 solicitudes de adopción nacional y se brindaron 558 asesorías nacionales en la materia. En cuanto a las adopciones internacionales, se recibió una solicitud de adopción internacional, se proporcionaron 81 asesorías internacionales y se recibieron 47 informes postadoptivos del extranjero.
- Se atendieron 282 reportes de maltrato infantil y se brindaron 2,291 asesorías jurídicas presenciales en materia familiar de primera vez, 30 asesorías por correo electrónico y 256 vía telefónica. También se impartieron 16 pláticas en temas de prevención y atención de maltrato infantil y violencia familiar, a las que asistieron 2,571 personas.

A través del Programa de Atención a Personas con Discapacidad, se realizaron acciones para promover el deporte de alto rendimiento de las personas con discapacidad, entre estas los XL Juegos Nacionales Deportivos sobre Silla de Ruedas, bajo el eslogan "Por una inclusión plena de las personas con discapacidad". En el marco de la celebración del Día Internacional de las Personas con Discapacidad, se realizó la Expo Inclusión 2013, en Mérida, Yucatán, para difundir a la ciudadanía los apoyos y servicios a favor de las personas con discapacidad, así como promover su inclusión social y su inserción al desarrollo en condiciones de igualdad, asegurando el goce pleno de todos los derechos humanos y libertades.

A través del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable, en su vertiente Atención a Personas y Familias en Desamparo, se otorgaron subsidios por 64,563,605 pesos para la ejecución de proyectos de los SEDIF y las Organizaciones de la Sociedad Civil con actividades orientadas a la asistencia social y a la realización de obras y acciones enfocadas al fortalecimiento de la infraestructura, equipamiento y formación (investigación, capacitación y profesionalización), para promover el desarrollo integral de las niñas, niños, adolescentes y adultos mayores en situación de vulnerabilidad.

Dentro del mismo subprograma, a través de la línea de acción Protección a la Familia con Vulnerabilidad,

se otorgaron 253 apoyos en especie; 1,469 apoyos económicos temporales que beneficiaron aproximadamente a 122 personas; y 5,710 apoyos para atención especializada, con los cuales se atendió mensualmente a 476 personas en 28 Instituciones de OSC con las que se tienen convenios: 14 de estas instituciones atienden niñas, niños y adolescentes; seis a adultos jóvenes; y ocho a adultos mayores; además se otorgaron 31 auxiliares auditivos a la población.

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 1,711,672 servicios asistenciales a un promedio de 312 menores. En los Centros Nacionales Gerontológicos y Casas Hogar para Ancianos se otorgaron de septiembre de 2013 a agosto de 2014 1,422 mil acciones de atención médica, psicológica y de trabajo social para adultos mayores, con lo que se benefició a un promedio de 455 adultos mayores.

Otra de las vertientes es la modalidad de Atención de Día, en la que se brinda atención diurna a las personas adultas mayores, proporcionándoles servicios de alimentación, actividades recreativas y sociales, así como asistencia médica, psicológica y de trabajo social, entre otras. Estos servicios se proporcionaron a un promedio de 81 adultos mayores.









# 15. CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL





Centros de Integración Juvenil, A.C. (CIJ) tiene como objetivo contribuir a la reducción de la demanda de drogas con la participación de la comunidad a través de estudios, investigaciones y capacitación en materia de adicciones mediante programas de prevención y tratamiento con equidad de género y basados en la evidencia para mejorar la calidad de vida de la población.

De acuerdo a los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, la Institución ha implementado programas preventivos y de tratamientos de rehabilitación y control de adicciones con la finalidad de atender el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas en la población.

La institución cuenta con una red de atención de 115 unidades, las cuales se encuentran operando en todo el país, conforme a los siguientes criterios:

- En zonas de atención prioritaria y de alto riesgo para el consumo de drogas, se encuentran funcionando 101 CIJ.
- Para la atención hospitalaria, se cuenta con 12 unidades ubicadas en Baja California, Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Guerrero, Nuevo León, Sinaloa, Zacatecas, Jalisco y Estado de México. En estas dos últimas, se cuenta con dos unidades por entidad.
- Para las personas con problemas por el consumo de heroína, se tienen dos unidades de tratamiento especializadas ubicadas en Ciudad Juárez y Tijuana.

Los resultados obtenidos en los programas de prevención y tratamiento, así como los correspondientes a enseñanza e investigación, además de acciones que permiten la coordinación nacional e internacional con otras instituciones afines, se presentan a continuación:

### Programa de Prevención

El Programa Preventivo “Para vivir sin adicciones” de los CIJ, busca contribuir a la creación de una cultura de 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 activa de la comunidad.

Los CIJ diseñan 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. El programa comprende tres modalidades de prevención: universal, selectiva e indicada. La prevención universal está dirigida a la población en general y busca fortalecer los factores protectores y disminuir o modificar los factores de riesgo para el inicio del consumo de drogas. La prevención selectiva se enfoca a la población en mayor riesgo de consumo, que puede ser identificada con base en factores biológicos, psicológicos o ambientales (estudiantes con bajo rendimiento escolar, hijos de alcohólicos, víctimas de violencia doméstica y sexual). La prevención indicada se encuentra dirigida a grupos con sospecha de consumo y/o de usuarios experimentales o que presentan factores de alto riesgo de adicción.

Entre septiembre de 2013 y agosto de 2014 se realizaron un total de 437,619 acciones con una cobertura de 8,478,060 personas, lo cual representa un avance de 9.2% y 37.1% respectivamente, en relación al periodo anterior. En prevención universal, se implementaron las estrategias de información, orientación y capacitación, logrando los siguientes resultados:

- En la estrategia de información preventiva se realizaron 131,641 sesiones informativas y de sensibilización, principalmente dirigidas a alumnos, maestros y padres de familia de los distintos niveles de enseñanza, así como a población en general, logrando una cobertura de 5,205,237 personas. Esto implica que 61.4% de las personas fueron atendidas por el programa en el contexto escolar.
- En orientación preventiva se realizaron 42,488 acciones en niños, adolescentes, adultos jóvenes y padres de familia, alcanzando una cobertura de 253,091 personas.
- En capacitación preventiva se efectuó un total de 83,790 capacitaciones dirigidas a trabajadores, docentes, personal de salud y líderes comunitarios, impactando a 30,021 personas.

A través de las modalidades de prevención selectiva e indicada se implementaron 20,828 acciones, con una cobertura de 133,733 personas.

Se llevaron a cabo 158,872 actividades de movilización comunitaria (jornadas y eventos comunitarios), con las que se promovió la participación de la comunidad en las tareas preventivas y en la conformación de redes sociales en materia de adicciones, impactando a 2,855,978 personas que representaron 33.7% de las personas atendidas por el programa.

### **Programa de Atención Curativa**

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

La modalidad de consulta externa comprende tres niveles: el primero responde al plan primera respuesta y está dirigido a personas que han tenido poco contacto con las drogas; en el segundo nivel, la consulta externa básica está dirigida a que los pacientes logren la abstinencia, la mantengan y consigan su reinserción social. Para ello, estos o sus familiares asisten una o dos veces por semana 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. En total, se otorgaron 390,657 consultas externas a más de 78,700 pacientes de primera vez y familiares, lo que no representó una variación significativa en relación al periodo del año anterior (1.7% y 0.9%, respectivamente).

**Hospitalización:** el tratamiento residencial comprende, en primer lugar, la aplicación de un plan para estabilizar los síndromes de desintoxicación 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 abarca un mes de internamiento, mientras que la estancia media tres meses. Las unidades de hospitalización atendieron 2,424 pacientes, registrando 1,767 egresos y 657 personas que continuaron su tratamiento. Respecto al año anterior, hubo un incremento de 1.9% en cuanto a los pacientes atendidos.

**Tratamiento para personas que consumen heroína:** en el periodo se atendieron a 610 personas; los objetivos del programa de mantenimiento y deshabituación con metadona son interrumpir el ciclo de intoxicación-síndrome abstinencia, disminuir el consumo de otros opiáceos ilícitos, el riesgo de muerte por sobredosis y las conductas de riesgo.

**Tratamiento para dejar de fumar:** se implementa en consulta externa y comprende el consejo médico (pláticas informativas) para motivar a los consumidores de tabaco a que se incorporen al tratamiento, el cual consiste en terapia de reemplazo de nicotina, prescripción de algún fármaco y terapia cognitivo conductual. A través del llamado Consejo Médico, se atendieron 31,925 personas, de las cuales 3,500 ingresaron a tratamiento. Por otro lado, se efectuaron 17,071 espirometrías (pruebas de capacidad pulmonar) en eventos informativos y de detección, con el objetivo de canalizar a personas de la comunidad, insertas en el ámbito laboral, escolar o institucional a tratamiento para dejar de fumar; así como a pacientes en etapa diagnóstica y de tratamiento.

### **Programa de Investigación**

Se desarrollaron 35 proyectos de investigación centrados en epidemiología, factores de riesgo y contextuales del uso de sustancias y evaluación de programas de atención del uso de sustancias.

Se concluyeron 17 estudios en las líneas de investigación epidemiológica, psicosocial, cualitativa y evaluativa; se publicó un artículo en revista especializada; uno más está aceptado para su publicación; 11 se encuentran en dictamen; y tres en elaboración.

En publicaciones institucionales de divulgación se publicaron tres artículos; se generaron 29 reportes internos; se presentaron ocho ponencias; y ocho carteles en congresos nacionales e internacionales.

### **Programa de Enseñanza**

El área de enseñanza capacitó, actualizó y formó a 1,467 profesionales de la salud de Centros de Integración Juvenil y de otras organizaciones afines, a través de 84 actividades académicas que incluyen cursos, diplomados con reconocimiento universitario y estudios de posgrado, como la Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones y la Maestría en Terapia Familiar con énfasis en adicciones con Perspectiva de Género.

Entre las temáticas abordadas se encuentran: terapia familiar y de grupo para la atención del consumo de drogas y la violencia familiar; tratamiento para dejar de fumar; tratamiento para pacientes consumidores de marihuana; intervención médica para erradicar el consumo de cocaína y crack; estrategias en la prevención del consumo de drogas, a través de la participación juvenil, campañas de comunicación y desarrollo de habilidades para la vida; análisis de género en mujeres con problemas de consumo de drogas y alcohol.

El área de documentación científica proporcionó a través de los servicios de la Biblioteca Virtual en Adicciones, Biblioteca Central y bibliotecas locales de CIJ, un total de 70,700 consultas bibliográficas.

#### **Actividades de Coordinación Nacional**

Se firmaron 120 convenios, de los cuales tres son de carácter nacional, uno tiene cobertura en el Distrito Federal y 116 a nivel local. A través de estos, se concretaron actividades de prevención universal, selectiva e indicada en todos los niveles del sector educativo, en el Sector Salud, social, justicia y laboral. Se conformaron cuatro Alianzas de Mujeres en: Zacatecas, Nuevo León, Sinaloa e Ixtapa-Zihuatanejo; y una Alianza de Jóvenes contra las Adicciones y la Violencia en el Estado de Sinaloa.

#### **Actividades de Coordinación Internacional**

Durante el periodo de septiembre a diciembre de 2013, los eventos más destacados en los que participó la institución se mencionan a continuación: Se asistió al Quincuagésimo Cuarto Periodo de Sesiones de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), en la ciudad de Bogotá, Colombia; al Encuentro Subregional Centroamérica, México y República Dominicana; a la Conferencia Internacional en

Trabajo Transcultural sobre Drogas; y al 15° Congreso Internacional “Políticas públicas para la atención de adicciones”. Durante este último se emitió una declaración a favor de la prevención de las adicciones y en contra de las drogas, denominada Declaración Cancún, que fue apoyada por casi 700 personas; además, se firmó una Carta de Intención con la Red Iberoamericana de Organizaciones No Gubernamentales que trabajan en Drogodependencias (RIOD).

En el periodo de enero a agosto de 2014, se participó en el Encuentro de Redes de Investigación América Latina-Unión Europea sobre políticas públicas basadas en la evidencia, en Madrid, España. La titular de CIJ asistió como parte de la delegación mexicana al 57° periodo de sesiones de la Comisión de Estupefacientes en Viena, Austria. También se asistió al 4° Foro Mundial Contra las Drogas, organizado por la Federación Mundial contra la Drogas (WFAD), en Estocolmo, Suecia; y al Quincuagésimo Periodo Ordinario de Sesiones de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), efectuado en Washington, DC, y se participó en el Taller de Formación Ejecutiva para la Implementación de la Política de Drogas bajo limitaciones presupuestarias y medidas de austeridad, organizado por el Grupo Pompidou, en la ciudad de Budapest, Hungría.

Se asistió a la reunión del Consejo Ejecutivo de la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas (WFTC por sus siglas en inglés), efectuada en Nueva York, Estados Unidos. La institución fue invitada por la Organización de los Estados Americanos (OEA) y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), para asistir a la reunión “Formación para el trabajo coordinado entre organismos de cooperación internacional de la sociedad civil organizada”, que se llevó a cabo en Cartagena de Indias, Colombia, y de la cual se generó el documento denominado “Declaración de Cartagena de Indias”.





**16. LABORATORIOS  
DE BIOLÓGICOS  
Y REACTIVOS DE MÉXICO  
S.A DE C.V**



Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México S.A. de C.V. (BIRMEX) es la empresa paraestatal encargada de desarrollar, producir, comercializar y distribuir las vacunas, sueros y biológicos utilizados para los programas de inmunización en el país, actividades que se apegan al Programa Nacional de Salud, garantizando una adecuada protección contra amenazas epidemiológicas. Asimismo, fortalece la capacidad de respuesta ante emergencias de salud, asegurando la producción nacional de reactivos, vacunas y otros dispositivos médicos estratégicos para la seguridad nacional.

En cumplimiento con estos objetivos, BIRMEX enfoca sus esfuerzos a fortalecer su capacidad de producción, ampliar la cobertura y mejorar la colocación de biológicos en el mercado, para alcanzar las metas de los programas de salud en pro del bienestar de la población con productos que cumplen los más estrictos estándares de calidad exigidos por la regulación vigente; aunado a lo anterior, la empresa siempre busca mantener su salud financiera.

Después de concluir con la remodelación de la planta de producción en el Instituto Nacional de Higiene, y de cumplir con todos los requisitos que las Buenas Prácticas de Fabricación exige, se inició, al igual que en el Instituto Nacional de Virología, la gestión ante la autoridad sanitaria para obtener el reconocimiento a través de la certificación correspondiente, proceso que concluyó de manera exitosa para ambas plantas en noviembre de 2013 y marzo de 2013, respectivamente.

Por otro lado, ejes rectores como la Organización Mundial de Salud han destacado el papel relevante de BIRMEX como empresa productora de vacunas y han empujado para que esta paraestatal se convierta en una surtidora global de vacunas. Después de conseguir las mencionadas certificaciones, BIRMEX encauza sus acciones para conservarlas y lograr la precalificación de dicha Organización con miras para internacionalizarse.

Las acciones realizadas y los resultados logrados del 1 de septiembre de 2013 al 31 de agosto de 2014, son las siguientes:

Se continúa con las acciones en la planta para la fabricación de la vacuna contra influenza en México, misma que ya se encuentra en la etapa final de construcción, habiendo recibido comentarios satisfactorios en las visitas por parte de la OMS y de representantes del socio comercial; además, BIRMEX ya cuenta con el registro de marca para la vacuna de influenza que será producida en su totalidad en nuestro país.

En lo referente a la comercialización, en el periodo mencionado se colocaron en el mercado nacional más de 84 millones de dosis, que corresponden en su mayoría (69%) a vacunas virales, como vacuna antipolio, seguido de vacunas bacterianas como Toxoide tetánico-diftérico (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, coadyuvando en la prevención y control de enfermedades inmunoprevenibles.

En el periodo reportado, la producción de biológicos ascendió a 56.3 millones de dosis, de las cuales 45 millones corresponden a vacunas virales, 10.8 millones a vacunas bacterianas y se fabricaron casi medio millón de frascos de faboterápicos empleados para el tratamiento de intoxicaciones ocasionadas por ataques de víbora y alacrán. Esta producción surtió las vacunas necesarias para las semanas de vacunación de la Secretaría de Salud.

Por otro lado, en materia de actividades que permiten dar seguridad de la calidad de los productos y del control de los procesos de fabricación, BIRMEX realizó trabajos en materia de calificación y validación. Se calificaron 219 equipos, 43 sistemas y se validaron 62 procesos con recursos propios.

Con respecto a actividades analíticas, se verificó la calidad de las materias primas y de los productos de los diferentes procesos que incluyen los productos intermedios, realizando un total de 9,713 pruebas, adicionalmente se efectuaron 81,078 pruebas a Sistemas Críticos que permiten asegurar la calidad de estos en la producción, como el caso del agua de grado inyectable. Adicionalmente se aprobaron 17 validaciones de métodos analíticos. Internamente, BIRMEX evalúa su desempeño a través de auditorías, que también aplican a aquellos proveedores y



prestadores de servicio, lo cual permite integrar los Sistemas de Calidad de la Entidad. Durante este periodo se realizaron 71 auditorías internas y 18 a proveedores

Otras actividades realizadas en materia de calidad incluyen el seguimiento a planes de acciones preventivas y correctivas, controles de cambio, seguimiento a quejas, investigación de desviaciones, entre otras.

Por último, el área de investigación y desarrollo de BIRMEX lleva a cabo diversos proyectos encaminados a la mejora de productos o procesos actuales, desarrollo de nuevos productos, y a la vinculación científica y académica con otras instituciones en México y otros países. 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.

- a. Vacuna antipoliomielítica oral trivalente de BIRMEX (un año): Estudio clínico de seguridad/inmunogenicidad indispensable para exportación y precalificación por la OMS (cinco a ocho años); metodologías ya estandarizadas por BIRMEX.
- b. Vacuna contra influenza en embarazadas (cinco meses): En colaboración con INAP, con financiamiento del CONACYT.
- c. Faboterápicos de BIRMEX: Veneno de serpiente estándar (uno a tres años) para mejora de faboterápico antiviperino.
- d. Vacuna antipoliomielítica oral bivalente de BIRMEX (18 meses): Estudio clínico indispensable para registro de la COFEPRIS, y para exportación y precalificación por la OMS (cinco a ocho años); metodologías ya estandarizadas por BIRMEX.
- e. Toxoide tetánico-diftérico (Td) de BIRMEX (dos a tres años): Estudio clínico indispensable para registro de la COFEPRIS y para 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, con el objetivo de que el material que ahí se genere pueda ser utilizado en estudios clínicos. La infraestructura lograda permitirá el desarrollo de varios proyectos y no es exclusivo de uno solo.

- a. Planta piloto en el Instituto Nacional de Higiene.

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

- a. Vacuna antipoliomielítica oral bivalente (18 meses): Uso dictado por la OMS. Cambio en 2016.
- b. Vacunas antipoliomielíticas orales monovalentes (tipos 1, 2 y 3), (tres a cinco años): Uso dictado por la OMS. Cambio en 2016.
- c. Vacuna DPT (18 meses): *Pertusis* células completas aprovechando línea de producción de Td.
- d. Vacuna DPaT (dos a cuatro años): *Pertusis* acelular aprovechando línea de producción de Td.
- e. Vacuna Tdpa.
- f. Vacuna contra influenza en cultivo celular (tres a cinco años): Transferencia tecnológica de SK Chemicals (KOR).
- g. Vacuna Sabin IPV y Combinadas (cuatro a siete años): Sabin IPV: Transferencia tecnológica de INTRAVACC (HOL). Combinadas: desarrollo propio y con socios.
- h. Faboterápicos: Antiviperino con Ac. Caprílico (un año). Mejora en la plataforma de producción. Transferencia tecnológica a producción.
- i. Vacuna contra Morfina-Heroína (MTT): En colaboración con el Instituto Nacional de Psiquiatría. Con financiamiento del CONACYT.



# ANEXOS ESTADÍSTICOS



CUADRO I. ESPERANZA DE VIDA AL NACER  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2013

ENTIDAD FEDERATIVA	ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS)		
	Total	Hombres	Mujeres
Nacional	74.5	71.7	77.4
Aguascalientes	75.6	73.2	78.0
Baja California	73.6	70.1	77.2
Baja California Sur	75.8	73.2	78.6
Campeche	75.0	72.2	78.0
Coahuila	75.2	72.9	77.7
Colima	75.6	73.1	78.3
Chiapas	72.5	69.5	75.6
Chihuahua	71.5	67.5	75.8
Distrito Federal	75.8	73.5	78.3
Durango	74.8	71.6	78.2
Guanajuato	75.1	72.7	77.6
Guerrero	72.5	69.1	76.1
Hidalgo	74.1	71.7	76.6
Jalisco	75.2	72.5	78.0
México	74.9	72.4	77.5
Michoacán	74.3	71.5	77.2
Morelos	75.2	72.4	78.2
Nayarit	74.5	71.5	77.6
Nuevo León	75.6	72.6	78.7
Oaxaca	72.5	69.5	75.7
Puebla	74.5	71.5	77.6
Querétaro	75.1	72.5	77.9
Quintana Roo	75.3	72.9	78.0
San Luis Potosí	74.3	71.5	77.2
Sinaloa	74.6	71.1	78.3
Sonora	75.0	72.1	77.9
Tabasco	74.4	71.6	77.4
Tamaulipas	75.2	72.5	78.2
Tlaxcala	74.8	72.3	77.5
Veracruz	73.8	71.2	76.4
Yucatán	75.3	72.8	77.9
Zacatecas	74.8	72.1	77.7

FUENTE: CONAPO, 2013. Proyecciones de la Población de México, 2010-2050

**CUADRO II. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL.  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2012**

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA <sup>1/</sup>	CÓDIGO CIE-10 <sup>2/</sup>	DEFUNCIONES	TASA <sup>3/</sup>
	Total	A00-Z99	601,259	513.7
1	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46)	109,052	93.2
	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	73,847	63.1
2	Diabetes mellitus	E10-E14	85,002	72.6
3	Tumores malignos	C00-C97	73,134	62.5
4	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	37,414	32.0
	Accidentes de tráfico de vehículos de motor	V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9	16,956	14.5
5	Enfermedades del hígado	K70-K76	33,289	28.4
	Enfermedad alcohólica del hígado	K70	12,534	10.7
6	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	31,871	27.2
7	Agresiones (homicidios)	X85-Y09	25,862	22.1
8	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	J44	18,531	15.8
9	Neumonía e influenza	J09-J18	15,719	13.4
10	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	A33, P00-P96	14,389	12.3
	Hipoxia intrauterina, asfíxia y otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal	P20-P28	7,510	6.4
	Mal definidas		10,644	9.1
	Paro cardíaco	I46	0	0.0
	El resto		146,352	125.0

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 2012. CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050

**CUADRO III. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2012**

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA <sup>1/</sup>	CÓDIGO CIE-10 <sup>2/</sup>	DEFUNCIONES	TASA <sup>3/</sup>
	Total	A00-Z99	30,136	1,328.1
1	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	A33, P00-P96	14,965	659.5
	Hipoxia intrauterina, asfixia y otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal	P20-P28	7,816	344.4
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99	7,037	310.1
	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	Q20-Q28	3,640	160.4
3	Neumonía e influenza	J09-J18	1,230	54.2
4	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	1,051	46.3
	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	87	3.8
5	Septicemia	A40-A41	602	26.5
6	Enfermedades infecciosas intestinales	A00-A09	592	26.1
7	Infecciones respiratorias agudas, excepto neumonía e influenza	J00-J06, J20-J22	465	20.5
	Bronquitis y bronquiolitis agudas	J20-J21	230	10.1
8	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46)	411	18.1
	Enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón	I26-I51 (excepto I46)	403	17.8
9	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	351	15.5
10	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	168	7.4
	Mal definidas		641	28.2
	Paro cardíaco	I46	0	0.0
	El resto		2,623	115.6

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/ 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 2012.

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 <sup>1/</sup>  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2012

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA <sup>2/</sup>	CÓDIGO CIE-10 <sup>3/</sup>	DEFUNCIONES	TASA <sup>4/</sup>
	Total	A00-Y98	6,364	71.5
1	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	1,488	16.7
	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	486	5.5
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99	988	11.1
	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	Q20-Q28	561	6.3
3	Tumores malignos	C00-C97	490	5.5
	Leucemias	C91-C95	250	2.8
4	Neumonía e influenza	J09-J18	436	4.9
5	Enfermedades infecciosas intestinales	A00-A09	354	4.0
6	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	202	2.3
7	Septicemia	A40-A41	186	2.1
8	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46)	152	1.7
	Enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón	I26-I51 (excepto I46)	140	1.6
9	Agresiones (homicidios)	X85-Y09	143	1.6
10	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	G80-G83	124	1.4
	Mal definidas		102	1.1
	Paro cardíaco	I46	0	0.0
	El resto		1,699	19.1

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 2012.

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 V. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD ESCOLAR <sup>1/</sup>  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2012**

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA <sup>2/</sup>	CÓDIGO CIE-10 <sup>3/</sup>	DEFUNCIONES	TASA <sup>4/</sup>
	Total	A00-Y98	6,242	27.7
1	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	1,612	7.1
	Accidentes de tráfico de vehículos de motor	V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9	772	3.4
2	Tumores malignos	C00-C97	982	4.4
	Leucemias	C91-C95	548	2.4
3	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99	412	1.8
	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	Q20-Q28	195	0.9
4	Agresiones (homicidios)	X85-Y09	322	1.4
5	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	G80-G83	317	1.4
6	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	X60-X84	208	0.9
7	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46)	180	0.8
	Enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón	I26-I51 (excepto I46)	154	0.7
8	Neumonía e influenza	J09-J18	161	0.7
9	Epilepsia	G40-G41	105	0.5
10	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	104	0.5
	Mal definidas		79	0.4
	Paro cardíaco	I46	0	0.0
	El resto		1,760	7.8

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas la cual permite establecer comparaciones a lo largo del tiempo, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas. Se excluyeron muertes de residentes en el extranjero

1/ 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 2012. CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050



**CUADRO VI. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD PRODUCTIVA<sup>1/</sup>  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2012**

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA <sup>2/</sup>	CÓDIGO CIE-10 <sup>3/</sup>	DEFUNCIONES	TASA <sup>4/</sup>
	Total	A00-Y98	227,521	299.9
1	Diabetes mellitus	E10-E14	32,578	42.9
2	Tumores malignos	C00-C97	31,434	41.4
3	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46)	25,777	34.0
	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	17,571	23.2
4	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	25,014	33.0
	Accidentes de tráfico de vehículos de motor	V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9	13,379	17.6
5	Agresiones (homicidios)	X85-Y09	22,728	30.0
6	Enfermedades del hígado	K70-K76	20,066	26.5
	Enfermedad alcohólica del hígado	K70	9,041	11.9
7	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	7,409	9.8
8	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	X60-X84	4,880	6.4
9	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	B20-B24	4,719	6.2
10	Insuficiencia renal	N17-N19	4,559	6.0
	Mal definidas		1,591	2.1
	Paro cardíaco	I46	0	0.0
	El resto		46,766	61.7

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas la cual permite establecer comparaciones a lo largo del tiempo, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas. Se excluyeron muertes de residentes en el extranjero

1/ 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 2012.

CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050

CUADRO VII. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD POSTPRODUCTIVA<sup>1/</sup>  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2012

NUMERO DE ORDEN	CAUSA <sup>2/</sup>	CODIGO CIE-10 <sup>3/</sup>	DEFUNCIONES	TASA <sup>4/</sup>
	Total	A00-Y98	329,374	4,389.3
1	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46)	82,301	1,096.8
	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	56,046	746.9
2	Diabetes mellitus	E10-E14	52,340	697.5
3	Tumores malignos	C00-C97	40,206	535.8
	Tumor maligno de la próstata	C61	5,236	69.8
	Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	C33, C34	4,389	58.5
	Tumor maligno del hígado y de las vías biliares	C22	3,782	50.4
4	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	24,119	321.4
5	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	J44	16,741	223.1
6	Enfermedades del hígado	K70-K76	12,872	171.5
7	Neumonía e influenza	J09-J18	9,973	132.9
8	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	7,837	104.4
9	Insuficiencia renal	N17-N19	7,088	94.5
10	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	6,049	80.6
	Mal definidas		8,064	107.5
	Paro cardíaco	I46	0	0.0
	El resto		61,784	823.3

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/ 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 2012.

CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050

CUADRO VIII. MORTALIDAD EN LA INFANCIA POR ENTIDAD FEDERATIVA <sup>1/</sup>  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2012

ENTIDAD FEDERATIVA	MENORES DE 1 AÑO		MENORES DE 5 AÑOS	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
Nacional	14.5	11.9	17.5	14.6
Aguascalientes	9.6	10.6	12.5	13.4
Baja California	14.8	13.1	18.6	16.6
Baja California Sur	10.1	10.7	12.1	12.9
Campeche	19.0	13.8	21.2	16.6
Coahuila	14.6	10.8	16.7	12.5
Colima	13.0	8.7	15.2	11.0
Chiapas	14.5	12.3	20.6	18.1
Chihuahua	14.8	11.5	18.7	15.7
Distrito Federal	13.9	12.8	16.0	14.5
Durango	13.8	12.6	15.7	14.5
Guanajuato	12.7	10.2	14.7	11.8
Guerrero	16.5	13.7	21.0	17.7
Hidalgo	15.8	12.8	18.8	16.5
Jalisco	12.8	9.9	15.1	11.9
México	16.7	13.4	19.0	15.2
Michoacán	13.2	11.0	15.7	12.9
Morelos	13.6	10.5	16.5	12.7
Nayarit	10.4	10.9	13.4	14.2
Nuevo León	10.8	9.1	12.3	10.8
Oaxaca	15.7	13.8	21.9	19.1
Puebla	18.5	14.7	21.8	17.5
Querétaro	13.7	10.5	15.6	12.4
Quintana Roo	13.9	9.3	15.8	11.4
San Luis Potosí	14.1	11.1	17.8	13.3
Sinaloa	10.7	9.3	12.7	11.2
Sonora	13.7	12.7	16.1	14.8
Tabasco	15.6	12.4	18.6	14.7
Tamaulipas	14.1	10.4	16.3	12.5
Tlaxcala	17.4	12.4	19.5	14.9
Veracruz	15.5	12.4	19.3	16.6
Yucatán	12.2	10.7	14.2	12.8
Zacatecas	12.5	9.8	14.7	11.9

<sup>1/</sup> Tasa por cada mil nacidos vivos ajustados con base en el subsistema de información sobre nacimientos (SINAC) base de datos de defunciones 1979-2012 y los nacimientos ajustados de la base de datos del Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC).

NOTA: 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 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, 1995-2012 /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

NOTA: Se excluyen residentes en el extranjero.

<sup>1/</sup> 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 1995-2012. 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, 2012 /1**

ENTIDAD FEDERATIVA	EDAS			IRAS		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Nacional	8.5	8.9	8.0	20.0	21.3	18.6
Aguascalientes	7.1	3.1	11.3	5.5	4.6	6.4
Baja California	6.4	8.5	3.4	13.4	15.0	11.7
Baja California Sur	4.6	5.9	3.1	10.7	8.9	12.5
Campeche	9.7	11.8	7.4	10.9	7.1	14.9
Coahuila	3.3	3.6	3.0	5.6	5.8	5.3
Colima	1.6	0.0	3.2	14.4	12.7	16.0
Chiapas	35.5	37.4	33.6	42.1	44.4	39.8
Chihuahua	9.8	12.4	7.1	19.7	18.1	20.8
Distrito Federal	4.9	4.8	5.0	30.0	32.2	27.6
Durango	4.2	2.3	6.1	10.2	9.4	11.1
Guanajuato	5.8	5.5	6.1	9.0	10.3	7.6
Guerrero	12.5	11.7	13.3	16.0	16.4	15.5
Hidalgo	7.0	6.5	7.6	10.4	16.6	3.8
Jalisco	6.0	6.9	5.0	11.2	12.4	10.0
México	8.4	9.3	7.5	40.4	42.9	37.7
Michoacán	6.6	6.2	6.9	14.5	15.9	13.0
Morelos	5.3	3.4	7.2	10.0	11.5	8.4
Nayarit	11.5	5.2	18.2	17.7	19.0	16.3
Nuevo León	1.6	1.3	1.9	4.6	6.3	2.8
Oaxaca	15.7	19.0	12.2	25.9	33.6	17.8
Puebla	10.8	11.7	9.9	28.4	28.0	28.7
Querétaro	5.4	6.3	4.4	12.9	11.6	14.3
Quintana Roo	5.5	6.7	4.2	8.9	12.1	5.6
San Luis Potosí	6.0	9.6	2.3	11.7	7.4	16.2
Sinaloa	2.2	2.2	2.3	7.8	5.8	9.9
Sonora	6.0	5.1	6.9	13.5	13.9	13.1
Tabasco	8.8	6.0	11.8	18.1	20.6	15.4
Tamaulipas	2.2	1.9	2.6	3.5	3.7	3.3
Tlaxcala	4.0	4.7	3.3	20.9	25.1	16.4
Veracruz	7.5	7.8	7.3	18.5	19.7	17.1
Yucatán	10.6	12.4	8.6	14.8	12.4	17.3
Zacatecas	3.3	2.6	4.0	13.1	15.4	10.7

NOTA: Se excluyen residentes en el extranjero.

<sup>1/</sup> Tasas por cien mil niños menores de 5 años.

FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2012.

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, 2012

CAUSA	CÓDIGO CIE-10	DEFUNCIONES	RMM / 1
Total	A34, B20-B24, D392, F53, M830, O00-O95 Y O98-O99	960	42.3
Aborto	O00-O06	79	3.5
Hemorragia obstétrica	O44-O45, O67, O72	183	8.1
Infección puerperal	O85-O86	22	1.0
Edema, proteinuria, trastornos hipertensivos en embarazo, parto y puerperio (toxemia)	O10-O16	239	10.5
Parto obstruido	O64-O66	6	0.3
Causas obstétricas indirectas	O98-O99	243	10.7
Otras causas maternas	A34, B20-B24, D392, F53, M83, O21-O43, O47-O63, O68-O71, O73-O84, O87-O95	188	8.3

NOTA: No se incluyen las defunciones maternas tardías (O96 y O97)

<sup>1/</sup> 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 2012.

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, 2012**

ENTIDAD FEDERATIVA	RMM <sup>1/</sup>
Nacional	42.3
Aguascalientes	47.7
Baja California	31.0
Baja California Sur	23.3
Campeche	42.8
Coahuila	34.4
Colima	23.6
Chiapas	60.6
Chihuahua	46.7
Distrito Federal	40.1
Durango	52.5
Guanajuato	34.8
Guerrero	75.9
Hidalgo	37.8
Jalisco	23.4
México	42.7
Michoacán	41.7
Morelos	39.0
Nayarit	45.5
Nuevo León	26.6
Oaxaca	65.3
Puebla	50.6
Querétaro	19.8
Quintana Roo	50.4
San Luis Potosí	40.7
Sinaloa	41.5
Sonora	33.2
Tabasco	34.2
Tamaulipas	26.0
Tlaxcala	59.4
Veracruz	51.0
Yucatán	50.1
Zacatecas	32.0

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 2012.

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.dgjs.salud.gob.mx/descargas/zip/Metodologia.zip>

CUADRO XIII. MORTALIDAD POR CÁNCER CÉRVICO-UTERINO Y POR CÁNCER DE MAMA.  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1995-2012/1

AÑO	CERVICO 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

NOTA: Se utilizaron los códigos CIE 10 C50-CAMA y CIE 10 C53-CACU. Se excluyeron residentes en el extranjero

<sup>1/</sup> 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 - 2012.

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, 2012 /1**

ENTIDAD FEDERATIVA	CÉRVICO-UTERINO	MAMA
Nacional	11.8	17.1
Aguascalientes	12.6	21.1
Baja California	9.8	20.1
Baja California Sur	7.1	19.7
Campeche	13.2	8.9
Coahuila	13.1	23.8
Colima	23.9	22.9
Chiapas	15.9	12.2
Chihuahua	11.5	20.7
Distrito Federal	10.9	22.7
Durango	8.1	18.2
Guanajuato	9.0	16.5
Guerrero	13.7	11.3
Hidalgo	7.9	13.8
Jalisco	10.5	22.2
México	10.7	14.4
Michoacán	14.5	16.8
Morelos	16.1	19.6
Nayarit	10.6	16.0
Nuevo León	8.3	21.8
Oaxaca	15.8	8.4
Puebla	12.3	12.8
Querétaro	10.0	17.1
Quintana Roo	11.4	9.5
San Luis Potosí	10.8	14.8
Sinaloa	8.4	20.6
Sonora	15.1	22.7
Tabasco	10.5	12.6
Tamaulipas	10.8	18.3
Tlaxcala	10.8	12.7
Veracruz	16.0	16.9
Yucatán	14.7	12.4
Zacatecas	7.0	18.0

NOTA: Se utilizaron los códigos CIE 10 C50-CAMA y CIE 10 C53-CACU. Se excluyeron residentes en el extranjero

<sup>1/</sup> 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 - 2012.

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, 1995-2012 /1**

AÑO	DIABETES MELLITUS			ENFERM. ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN			ACCIDENTES DE TRÁNSITO DE VEHÍCULO DE MOTOR		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
1995	35.2	31.2	39.1	40.3	44.5	36.2	14.1	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

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 - 2012.

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 Y POR SEXO. ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2012 /1**

ENTIDAD FEDERATIVA	DIABETES MELLITUS			ENFER. ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN			ACCIDENTES DE TRÁNSITO DE VEHÍCULO DE MOTOR		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Nacional	72.6	72.1	73.1	63.1	71.9	54.6	14.6	23.5	6.1
Aguascalientes	58.2	52.7	63.4	44.4	50.5	38.6	17.3	27.3	7.8
Baja California	53.4	56.0	50.8	57.4	73.1	41.4	6.1	9.5	2.5
Baja California Sur	47.7	49.3	46.1	59.0	78.9	38.2	19.7	29.3	9.7
Campeche	59.6	60.6	58.5	54.9	68.8	41.4	11.4	21.0	2.1
Coahuila	77.5	73.0	81.9	74.6	90.6	58.9	12.2	18.5	5.9
Colima	75.9	73.5	78.2	60.0	70.8	49.0	20.6	35.1	6.3
Chiapas	49.6	43.5	55.5	38.9	44.3	33.8	10.3	17.1	3.8
Chihuahua	62.9	59.8	66.0	83.5	94.3	73.0	17.4	26.4	8.6
Distrito Federal	103.8	112.0	96.2	103.0	107.0	99.3	10.5	15.9	5.6
Durango	60.8	59.7	62.0	75.7	87.7	64.0	22.3	35.2	9.8
Guanajuato	80.8	80.4	81.2	59.4	66.8	52.5	18.5	30.2	7.6
Guerrero	65.9	63.0	68.6	48.8	55.2	42.8	13.5	21.6	5.9
Hidalgo	66.1	65.4	66.8	65.6	72.3	59.3	15.5	23.9	7.5
Jalisco	69.0	70.4	67.8	64.7	72.4	57.4	19.5	31.5	7.9
México	76.3	79.2	73.5	47.7	52.9	42.7	11.2	18.0	4.6
Michoacán	84.1	79.6	88.3	55.8	65.2	47.1	17.3	28.3	7.0
Morelos	82.6	82.9	82.2	60.2	72.4	48.7	12.9	22.4	4.1
Nayarit	58.7	63.2	54.2	57.1	66.5	47.9	26.3	39.3	13.4
Nuevo León	60.6	59.7	61.5	74.6	91.1	58.1	13.0	20.6	5.4
Oaxaca	65.7	60.6	70.4	49.3	53.5	45.5	12.8	21.3	4.9
Puebla	83.4	81.9	84.9	51.1	58.1	44.6	13.6	21.8	5.9
Querétaro	55.8	57.9	53.9	49.3	58.3	40.8	19.3	31.8	7.4
Quintana Roo	41.3	38.0	44.7	28.1	37.1	18.8	11.9	18.7	4.8
San Luis Potosí	59.7	60.1	59.3	63.5	72.7	54.7	16.6	26.7	6.9
Sinaloa	53.9	55.9	51.9	67.9	81.0	55.2	22.2	37.4	7.2
Sonora	57.8	55.5	60.2	89.9	108.2	71.6	22.1	33.9	10.2
Tabasco	78.8	74.8	82.6	47.3	57.8	37.1	25.2	43.8	7.3
Tamaulipas	72.4	70.4	74.4	79.0	94.1	64.2	16.2	25.7	6.8
Tlaxcala	86.6	91.8	81.7	35.3	40.5	30.4	16.0	25.0	7.4
Veracruz	90.6	86.7	94.3	71.8	79.6	64.6	8.7	13.6	4.0
Yucatán	59.3	50.2	68.2	87.0	101.3	73.1	14.4	25.2	4.0
Zacatecas	60.5	61.8	59.3	57.5	65.9	49.6	28.0	43.9	12.9

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 - 2012.

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, 1995-2014**

AÑO	TUBERCULOSIS PULMONAR		PALUDISMO		DENGUE		DIABETES MELLITUS	
	CASOS	TASA <sup>1/</sup>	CASOS	TASA <sup>1/</sup>	CASOS <sup>2/</sup>	TASA <sup>1/</sup>	CASOS	TASA <sup>1/</sup>
1995	17,157	18.7	7,330	8.0	36,029	39.3	272,308	288.2
1996	16,995	18.2	6,293	6.7	35,082	37.6	249,774	260.5
1997	19,577	20.7	4,743	5.0	52,561	55.5	312,892	321.9
1998	18,032	18.7	15,100	15.7	23,267	24.2	336,697	350.0
1999	16,881	17.2	6,402	6.5	22,982	23.4	284,811	285.7
2000	15,649	15.7	7,259	7.2	1,714	1.7	287,180	284.6
2001	16,323	16.2	4,927	4.9	4,643	4.6	294,198	288.1
2002	15,432	15.0	4,605	4.5	13,254	12.9	315,948	305.5
2003	15,055	14.4	3,775	3.6	5,220	5.0	380,332	363.2
2004	14,443	13.7	3,357	3.2	6,243	5.9	404,562	381.8
2005	15,249	14.3	2,945	2.8	17,487	16.4	397,387	370.9
2006	13,813	12.9	2,498	2.3	24,661	22.9	394,360	363.8
2007 <sup>1/</sup>	14,550	13.7	2,357	2.2	42,936	40.6	404,770	368.7
2008 <sup>2/</sup>	15,035	14.0	2,357	2.2	28,015	26.3	396,374	356.1
2009 <sup>2/</sup>	14,856	13.8	2,702	2.5	120,649	112.2	426,802	378.2
2010	15,384	14.2	1,226	1.1	36,740	33.9	420,086	367.7
2011	15,862	14.1	1,041	0.6	15,424	14.1	427,125	369.2
2012	15,858	13.5	833	0.7	65,892	56.4	419,493	358.4
2013	16,080	13.6	495	0.4	105,973	89.5	397,192	335.5
2014*	6,816	5.7	115	0.1	7,736	6.5	200,721	167.7

<sup>1/</sup>Tasa por cien mil habitantes

<sup>2/</sup> 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.

FUENTE: Dirección General de Epidemiología

CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México 2010-2050 y Estimaciones de la Población 1990-2009, ambos con base en el Censo 2010

\* Cifras estimadas a junio de 2014

CUADRO XVIII. COBERTURA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS DE 1 AÑO <sup>1/</sup>  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2013 <sup>p</sup> Y 2014<sup>e</sup>

ENTIDAD FEDERATIVA	PORCENTAJE DE VACUNACIÓN EN NIÑOS DE 1 AÑO* 2013 <sup>p</sup>	PORCENTAJE DE VACUNACIÓN EN NIÑOS DE 1 AÑO* 2014 <sup>e</sup>
Nacional	85.3	86.0
Aguascalientes	98.4	99.0
Baja California	72.6	80.0
Baja California Sur	97.4	98.0
Campeche	99.0	99.0
Coahuila	84.3	85.0
Colima	99.3	99.0
Chiapas	71.2	80.0
Chihuahua	89.3	90.0
Distrito Federal	77.0	80.0
Durango	88.6	90.0
Guanajuato	84.8	87.0
Guerrero	93.3	95.0
Hidalgo	92.6	95.0
Jalisco	87.6	93.0
México	86.2	87.6
Michoacán	89.9	92.0
Morelos	89.3	90.0
Nayarit	95.6	97.5
Nuevo León	85.9	88.0
Oaxaca	82.1	83.6
Puebla	88.9	91.5
Querétaro	87.2	89.3
Quintana Roo	94.5	95.0
San Luis Potosí	86.9	88.0
Sinaloa	97.6	98.0
Sonora	92.5	93.0
Tabasco	98.6	97.0
Tamaulipas	88.0	89.5
Tlaxcala	82.9	84.5
Veracruz	89.7	91.5
Yucatán	95.0	95.0
Zacatecas	99.7	97.0

<sup>1/</sup> Esquema completo de vacunación

\*Datos con base en las Proyecciones de la población 2010-2030 del CONAPO

p/ cifras preliminares.

e/ cifras estimadas al mes de diciembre.

Fuente: Secretaría de Salud.

**CUADRO XIX. PERSONAS AFILIADAS AL SEGURO POPULAR POR ENTIDAD FEDERATIVA  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008-2014**

ENTIDAD FEDERATIVA	DATOS ANUALES							JUNIO		
	OBSERVADO							2013	2014	VARIACIÓN PORCENTUAL
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	PROYECCIÓN 2014			
Nacional	27 176 914	31 132 949	43 518 719	51 823 314	52 908 011	55 637 999	57 300 000	53 287 070	55 601 952	4.34
Aguascalientes	369 410	392 765	416 961	487 946	505 235	538 906	556 650	510 102	538 906	5.65
Baja California	581 575	594 928	797 261	1 143 638	1 150 023	1 146 696	1 167 916	1 141 827	1 146 696	0.43
Baja California Sur	119 958	123 015	164 681	191 983	205 226	219 581	228 885	206 986	219 581	6.08
Campeche	327 980	362 705	416 328	457 529	477 046	498 097	510 107	480 841	495 582	3.07
Coahuila	418 265	469 323	630 000	674 156	686 263	787 319	811 048	693 189	787 319	13.58
Colima	227 421	234 625	275 487	300 203	299 036	294 351	302 091	284 066	294 066	3.52
Chiapas	1 756 549	2 069 736	2 997 900	3 353 506	3 414 767	3 520 349	3 628 088	3 441 430	3 520 349	2.29
Chihuahua	557 374	665 328	1 033 038	1 170 601	1 235 429	1 335 283	1 374 979	1 245 592	1 335 283	7.20
Distrito Federal	773 299	1 108 461	1 744 419	2 300 083	2 480 090	2 896 802	2 956 185	2 613 446	2 896 802	10.84
Durango	317 693	383 101	538 607	715 430	731 202	793 643	822 495	737 584	793 643	7.60
Guanajuato	1 893 335	2 080 049	2 560 975	3 007 993	3 113 394	3 177 092	3 278 863	3 139 497	3 177 092	1.20
Guerrero	1 073 795	1 146 246	1 973 798	2 279 358	2 223 470	2 279 354	2 338 106	2 251 412	2 279 354	1.24
Hidalgo	922 157	1 072 325	1 403 601	1 569 901	1 580 326	1 658 778	1 738 972	1 592 565	1 658 778	4.16
Jalisco	1 455 938	1 710 472	1 967 804	2 757 491	2 772 886	2 974 505	3 121 670	2 800 383	2 965 070	5.88
México	2 718 024	3 371 043	5 826 998	6 566 681	6 612 349	6 989 242	7 201 751	6 670 235	6 989 242	4.78
Michoacán	938 091	1 231 370	1 647 610	2 254 722	2 357 439	2 392 212	2 437 857	2 359 435	2 392 212	1.39
Morelos	541 479	603 442	780 672	949 748	961 830	994 327	1 022 009	968 931	994 327	2.62
Nayarit	370 033	399 759	550 000	625 672	639 166	654 159	681 663	607 233	654 159	7.73
Nuevo León	519 124	611 148	946 529	1 121 425	1 153 896	1 230 221	1 267 964	1 164 589	1 230 221	5.64
Oaxaca	1 291 324	1 547 336	2 069 971	2 620 120	2 634 749	2 692 621	2 757 108	2 639 808	2 692 621	2.00
Puebla	1 453 284	1 571 934	2 188 072	3 123 724	3 141 164	3 219 389	3 358 225	3 166 140	3 219 389	1.68
Querétaro	470 140	515 916	711 236	820 460	850 437	928 481	957 700	858 336	928 481	8.17
Quintana Roo	250 822	315 719	509 134	577 933	604 751	659 111	679 462	610 634	659 111	7.94
San Luis Potosí	764 334	861 518	1 211 402	1 372 389	1 433 095	1 554 799	1 587 064	1 444 599	1 554 799	7.63
Sinaloa	724 208	770 155	1 007 979	1 081 540	1 101 119	1 146 879	1 184 836	1 110 029	1 146 879	3.32
Sonora	537 033	511 152	689 720	834 753	858 320	941 029	964 639	866 152	917 217	5.90
Tabasco	1 192 720	1 259 003	1 381 712	1 531 218	1 555 838	1 584 835	1 619 005	1 531 598	1 584 835	3.48
Tamaulipas	953 306	983 673	1 220 269	1 356 200	1 384 364	1 393 998	1 428 473	1 352 723	1 393 998	3.05
Tlaxcala	492 949	533 082	725 497	766 283	855 136	906 796	930 879	862 046	906 796	5.19
Veracruz	2 057 432	2 392 627	3 620 147	4 090 181	4 113 017	4 318 074	4 430 955	4 143 358	4 318 074	4.22
Yucatán	549 666	618 059	783 368	886 809	931 743	1 003 182	1 024 332	939 176	1 003 182	6.82
Zacatecas	558 196	622 934	727 543	833 638	845 205	907 888	930 023	853 128	907 888	6.42

FUENTE: Padrón Nacional de Beneficiarios.

**CUADRO XX. NÚMERO DE NIÑOS AFILIADOS AL SEGURO MÉDICO SIGLO XXI POR ENTIDAD FEDERATIVA. ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008-2014**

ENTIDAD FEDERATIVA	DATOS ANUALES						SMSXXI JUNIO
	OBSERVADO						2014
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Nacional	1 852 891	2 958 973	4 263 760	5 783 114	6 816 240	5 391 641	5 521 209
Aguascalientes	20 192	33 523	45 939	64 646	76 648	60 683	61 739
Baja California	33 030	53 296	67 245	105 109	120 786	86 005	88 434
Baja California Sur	6 628	12 628	19 706	25 688	30 711	24 525	25 079
Campeche	19 165	28 095	37 844	51 331	59 974	45 992	45 966
Coahuila	34 859	53 435	68 954	78 631	100 037	79 808	81 362
Colima	14 181	20 411	26 117	33 681	39 296	31 547	31 515
Chiapas	112 328	180 602	261 894	349 524	423 223	327 115	332 602
Chihuahua	42 828	66 862	102 975	138 488	169 004	127 219	129 992
Distrito Federal	92 395	160 670	182 917	229 659	255 921	231 789	242 389
Durango	25 182	42 800	62 276	88 104	107 537	87 365	87 965
Guanajuato	109 010	185 118	259 056	359 809	419 038	336 424	342 114
Guerrero	62 247	88 301	146 395	220 365	265 111	221 107	231 836
Hidalgo	51 008	87 793	123 962	155 740	193 168	163 374	162 697
Jalisco	120 649	192 239	248 446	382 048	444 075	336 960	337 867
México	232 076	373 411	588 688	762 948	894 643	715 382	752 532
Michoacán	58 785	105 922	176 651	238 592	278 256	211 451	220 832
Morelos	33 009	44 156	64 786	97 625	113 983	88 337	91 819
Nayarit	23 004	34 690	52 757	69 484	79 239	61 288	59 698
Nuevo León	49 676	78 866	107 359	134 824	155 298	125 510	136 184
Oaxaca	68 926	122 612	184 261	260 840	315 624	248 199	250 904
Puebla	108 227	157 113	225 378	335 771	371 752	312 363	328 739
Querétaro	34 254	49 786	77 216	106 087	132 896	108 771	112 500
Quintana Roo	20 747	42 258	71 706	84 367	97 979	67 167	66 386
San Luis Potosí	44 670	76 404	117 025	163 328	203 770	163 819	160 010
Sinaloa	43 618	70 181	96 917	124 727	148 564	121 021	125 476
Sonora	40 768	58 064	75 858	105 288	128 525	98 201	97 233
Tabasco	54 218	84 066	120 772	163 714	196 581	145 435	147 764
Tamaulipas	59 027	88 965	124 876	155 781	176 839	128 268	131 626
Tlaxcala	33 107	43 182	57 840	85 629	105 288	80 098	81 130
Veracruz	134 836	213 880	314 711	409 169	473 683	362 915	359 994
Yucatán	34 197	52 622	74 966	98 806	115 119	96 007	97 887
Zacatecas	36 044	57 022	78 267	103 311	123 672	97 496	98 938

FUENTE: Padrón Nacional de Beneficiarios.

\* Esta cifra puede variar toda vez que corresponde al número de niños que cumplen con el criterio de ser menores de cinco años.

**CUADRO XXI. MUJERES EMBARAZADAS AFILIADAS AL SEGURO POPULAR  
POR MEDIO DE LA ESTRATEGIA EMBARAZO SALUDABLE.  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008-2014**

ENTIDAD FEDERATIVA	DATOS ANUALES							JUNIO		
	OBSERVADO							2013	2014	VARIACIÓN PORCENTUAL
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	PROYECCIÓN 2014			
Nacional	188 913	568 264	1 407 863	1 755 610	1 818 298	2 070 703	n.a.	1 956 559	2 112 602	8.0
Aguascalientes	1 930	5 012	15 588	20 210	21 945	25 203	n.a.	23 677	25 423	7.4
Baja California	5 082	14 366	34 805	38 220	35 385	34 968	n.a.	35 750	35 844	0.3
Baja California Sur	2 490	4 973	11 522	13 261	13 568	14 502	n.a.	14 324	15 078	5.3
Campeche	1 339	4 119	10 562	13 819	15 295	18 191	n.a.	17 128	19 521	14.0
Coahuila	6 124	15 620	24 173	30 295	33 790	40 799	n.a.	35 477	44 876	26.5
Colima	795	2 042	7 120	8 808	9 760	10 429	n.a.	10 172	10 271	1.0
Chiapas	9 694	28 867	69 156	80 938	81 837	92 810	n.a.	89 192	95 786	7.4
Chihuahua	9 194	21 114	47 881	53 032	53 246	56 895	n.a.	55 836	57 089	2.2
Distrito Federal	3 311	22 360	41 187	49 785	41 143	56 132	n.a.	46 701	63 666	36.3
Durango	4 351	11 924	22 297	28 221	30 738	33 827	n.a.	32 136	34 335	6.8
Guanajuato	12 367	33 997	84 909	101 483	100 648	111 964	n.a.	107 757	114 924	6.7
Guerrero	11 426	32 865	66 362	84 292	82 996	93 226	n.a.	88 189	94 295	6.9
Hidalgo	5 593	16 241	43 964	50 574	52 463	62 551	n.a.	57 601	47 432	-17.7
Jalisco	14 039	37 453	103 000	137 201	143 446	162 488	n.a.	156 460	164 352	5.0
México	7 573	48 394	133 170	178 333	188 259	212 482	n.a.	205 259	224 666	9.5
Michoacán	10 680	32 353	83 485	100 883	100 248	103 113	n.a.	99 708	100 563	0.9
Morelos	3 373	9 297	25 553	33 233	34 465	40 234	n.a.	38 459	42 006	9.2
Nayarit	2 651	6 058	14 348	17 757	17 702	21 164	n.a.	18 108	22 014	21.6
Nuevo León	4 354	14 958	42 975	51 786	54 285	62 714	n.a.	58 229	64 602	10.9
Oaxaca	10 685	29 328	62 885	77 913	84 305	95 388	n.a.	90 176	97 541	8.2
Puebla	9 379	28 800	73 507	98 583	100 035	123 821	n.a.	111 005	129 564	16.7
Querétaro	2 241	8 129	21 599	27 199	30 284	35 138	n.a.	32 768	38 187	16.5
Quintana Roo	3 197	8 865	23 394	28 716	32 271	36 419	n.a.	35 437	37 774	6.6
San Luis Potosí	2 839	10 080	30 576	37 978	42 721	47 315	n.a.	45 148	49 571	9.8
Sinaloa	7 019	16 700	45 028	53 752	55 881	62 995	n.a.	59 698	66 017	10.6
Sonora	5 709	13 967	34 127	40 937	40 905	44 225	n.a.	42 878	42 188	-1.6
Tabasco	5 261	16 304	38 206	51 665	60 564	74 844	n.a.	67 871	80 848	19.1
Tamaulipas	7 162	18 540	41 144	49 581	49 323	57 525	n.a.	54 073	60 680	12.2
Tlaxcala	3 673	8 260	17 404	24 508	28 244	33 010	n.a.	31 296	33 567	7.3
Veracruz	9 226	30 834	91 091	116 712	124 832	142 960	n.a.	135 326	144 539	6.8
Yucatán	2 223	6 996	19 278	22 671	22 500	25 812	n.a.	24 102	27 680	14.8
Zacatecas	3 933	9 448	27 567	33 264	35 214	37 559	n.a.	36 618	27 703	-24.3

FUENTE: Padrón Nacional de Beneficiarios.



CUADRO XXII. PRINCIPALES SERVICIOS PROPORCIONADOS POR LA SECRETARÍA DE SALUD  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2013-2014

SERVICIOS	2013	2014 <sup>e/</sup>	VARIACIÓN PORCENTUAL
Consulta	134,478,678	139,220,154	3.5
Externa general 1/	96,990,013	99,733,805	2.8
Especializada 2/	17,918,480	18,795,070	4.9
De urgencias	10,041,694	10,888,445	8.4
Odontológica	9,528,491	9,802,836	2.9
De planificación familiar	6,118,178	6,204,603	1.4
Hospitalización			
Intervenciones quirúrgicas	1,641,154	1,678,439	2.3
Egresos	2,913,930	3,039,244	4.3
Partos atendidos	1,051,769	1,070,104	1.7

<sup>1/</sup> Se refiere a las consultas que otorgan los médicos generales, pasantes de medicina y personal de enfermería

<sup>2/</sup> Se refiere a las consultas que otorgan médicos especialistas y residentes.

<sup>e/</sup> Cifras estimadas

FUENTE: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud

CUADRO XXIII. RECURSOS HUMANOS, FISICOS Y FINANCIEROS POR ENTIDAD FEDERATIVA /1  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2013

Entidad Federativa	Médicos <sup>2/</sup>	Enfermeras /3	Camas censables <sup>4a</sup>	Unidades de consulta externa <sup>4b</sup>	Aportación al gasto en salud para la población no asegurada (miles de pesos) <sup>5/</sup>	
					Federal <sup>5/</sup>	Estatat <sup>6/</sup>
Nacional	1.6	2.3	0.7	17.9	196,298,723.4	27,537,708.2
Aguascalientes	1.9	2.8	0.7	10.3	2,076,629.7	357,610.0
Baja California	1.4	2.0	0.6	8.3	3,569,281.7	264,329.7
Baja California Sur	2.2	2.8	0.9	17.7	1,214,839.9	172,372.1
Campeche	2.2	2.9	1.1	25.0	2,056,233.3	295,291.8
Coahuila	1.7	2.6	0.9	13.7	2,748,287.9	379,148.5
Colima	2.2	2.8	0.8	24.2	1,641,338.7	24,235.2
Chiapas	1.2	1.9	0.4	34.6	11,919,942.9	126,355.6
Chihuahua	1.4	2.4	0.8	14.9	4,554,227.8	1,654,093.0
Distrito Federal	3.6	4.9	1.8	6.6	22,386,438.0	9,059,131.8
Durango	1.8	2.4	1.0	28.3	3,087,568.9	187,869.8
Guanajuato	1.3	1.9	0.6	11.5	9,817,617.5	1,216,732.0
Guerrero	1.4	1.8	0.5	31.6	7,295,486.3	262,332.3
Hidalgo	1.5	2.1	0.5	32.3	5,743,681.1	242,343.5
Jalisco	1.6	2.2	0.8	13.2	8,832,143.7	1,665,612.2
México	1.1	1.6	0.5	8.8	24,647,062.6	2,463,522.2
Michoacán	1.5	1.9	0.5	22.5	7,081,997.2	60,921.0
Morelos	1.6	2.4	0.6	15.3	3,248,120.5	137,000.0
Nayarit	2.0	2.4	0.6	35.6	2,274,864.1	142,282.2
Nuevo León	1.6	2.2	0.8	13.1	4,151,780.9	305,309.0
Oaxaca	1.5	2.0	0.6	40.4	8,927,741.2	557,756.7
Puebla	1.3	1.7	0.6	18.6	9,305,348.9	244,278.0
Querétaro	1.5	1.8	0.5	15.8	2,924,040.9	326,000.0
Quintana Roo	1.4	2.0	0.6	14.8	2,056,257.7	449,795.6
San Luis Potosí	1.5	2.0	0.9	22.2	4,334,049.0	387,447.0
Sinaloa	1.6	2.2	0.7	17.8	3,954,265.1	702,415.3
Sonora	1.7	2.5	1.0	23.1	3,100,485.9	752,757.3
Tabasco	1.8	2.3	0.7	29.4	5,217,184.9	2,463,226.8
Tamaulipas	1.8	2.6	0.9	16.8	5,480,039.6	1,174,775.0
Tlaxcala	1.7	2.3	0.5	17.1	2,792,120.2	287,746.0
Veracruz	1.4	2.0	0.6	20.8	13,278,925.9	649,947.3
Yucatán	1.8	2.4	0.9	15.8	3,484,888.5	329,121.4
Zacatecas	1.7	2.4	0.6	30.4	3,095,832.7	195,950.0

<sup>1/</sup> Incluye datos de Secretaría de Salud, IMSS, IMSS-Oportunidades, ISSSTE, PEMEX, SEMAR, SEDENA, Unidades médicas Estatales, Municipales y Universitarias. Para los indicadores del gasto se incluyen cifras de la Secretaría de Salud, del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), Gasto Estatal e IMSS-Oportunidades

<sup>2/</sup> Médicos en contacto con el paciente por mil habitantes. Incluye médicos generales, especialistas, odontólogos, médicos pasantes y residentes.

<sup>3/</sup> Enfermeras en contacto con el paciente por mil habitantes. Incluye enfermeras generales, especialistas, pasantes y auxiliares

<sup>4a/</sup> Por mil habitantes.

<sup>4b/</sup> Por 100 mil habitantes.

<sup>5/</sup> El Gasto Federal incluye el gasto de la Secretaría de Salud (Ramo 12), del FASSA e IMSS-Oportunidades.

<sup>6/</sup> El Gasto Estatal en Salud es el aportado por los gobiernos de las entidades federativas.

<sup>p/</sup> Cifras Preliminares

FUENTE: Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS).





# ACRÓNIMOS

<b>AECID</b>	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
<b>AEO</b>	Atención de Emergencias Obstétricas
<b>AILV</b>	Atención Integrada de Línea de Vida
<b>APBP</b>	Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública
<b>ARN</b>	Autoridad Reguladora Nacional
<b>ARV</b>	Medicamentos antirretrovirales
<b>BID</b>	Banco Interamericano de Desarrollo
<b>BIRMEX</b>	Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México S.A. de C.V.
<b>CACU</b>	Cáncer Cervicouterino
<b>CAPASITS</b>	Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual
<b>CAPEA</b>	Centro de Apoyo a Personas Extraviadas y Ausentes
<b>CARA</b>	Centros de Atención Rural al Adolescente
<b>CAUSES</b>	Catálogo Universal de Servicios de Salud
<b>CBCISS</b>	Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud
<b>CCAyAC</b>	Comisión de Control Analítico y Ampliación de Cobertura
<b>CCINSHAE</b>	Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
<b>CDI</b>	Centro de Documentación Institucional
<b>CDN</b>	Certificados de Necesidad
<b>CDNEM</b>	Certificados de Necesidad de Equipo Médico
<b>CECOSAM</b>	Centros Comunitarios de Salud Mental
<b>CEE-RSI</b>	Centros Estatales de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional
<b>CEI</b>	Comités de Ética en Investigación
<b>CEMECE</b>	Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades
<b>CeN</b>	Certificado electrónico de nacimiento
<b>CENADIC</b>	Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones

---

<b>CENAPRECE</b>	Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
<b>CENATRA</b>	Centros Nacionales de Trasplantes
<b>CENETEC</b>	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
<b>CENSIA</b>	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia
<b>CENSIDA</b>	Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida
<b>CEPAL</b>	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
<b>CERT-MX</b>	Centro Nacional de Respuesta a Incidentes Cibernéticos
<b>CERT-UNAM</b>	Equipo de Respuesta a Incidentes de Seguridad en Cómputo
<b>CESSA</b>	Centro de Salud de Servicios Ampliados
<b>CGAJDH</b>	Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos
<b>CHB</b>	Comités Hospitalarios de Bioética
<b>CICAD</b>	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas
<b>CIE-10</b>	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión
<b>CIE-9/MC</b>	Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión, Modificación Clínica
<b>CPM</b>	Clasificación de Procedimientos en Medicina
<b>CIF</b>	Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud
<b>CIJ</b>	Centros de Integración Juvenil, A.C.
<b>CISAME</b>	Centro Integral de Salud Mental
<b>CLUES</b>	Clave Única de Establecimientos de Salud
<b>CMGPC</b>	Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica
<b>CNCH</b>	Cruzada Nacional contra el Hambre
<b>CNDH</b>	Comisión Nacional de Derechos Humanos
<b>CNE-RSI</b>	Centro Nacional de Enlace de México para el Reglamento Sanitario Internacional
<b>CNEGSR</b>	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
<b>CNGPC</b>	Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica
<b>CNPA</b>	Campaña Nacional para la Prevención de Adicciones
<b>CNPSS</b>	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
<b>CNTS</b>	Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea
<b>COCODI</b>	Comité de Control Interno y Desempeño Institucional

---

<b>COEPRA</b>	Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes
<b>COFEPRIS</b>	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
<b>COMERI</b>	Comité de Mejora Regulatoria Interna de la Secretaría de Salud
<b>CONACYT</b>	Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
<b>CONADIC</b>	Comisión Nacional contra las Adicciones
<b>CONAGO</b>	Conferencia Nacional de Gobernadores
<b>CONAMED</b>	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
<b>CONAPO</b>	Consejo Nacional de Población
<b>CONASA</b>	Consejo Nacional de Salud
<b>CONAVE</b>	Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica
<b>CONBIOÉTICA</b>	Comisión Nacional de Bioética
<b>CONEVAL</b>	Consejo Nacional de Evaluación del Desarrollo Social
<b>CONRICYT</b>	Consorcio Nacional de Recursos de Información Científica y Tecnológica
<b>COPOLAD</b>	Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas
<b>COT</b>	Centro de Orientación Telefónica
<b>CPS</b>	Contrato de Prestación de Servicios
<b>CSG</b>	Consejo de Salubridad General
<b>CTEIEGDS</b>	Sistema Nacional de Salud en el Comité Técnico Especializado de Información Estadística y Geográfica de Desarrollo Social
<b>CTEPDD</b>	Comité Técnico Especializado de Población y Dinámica Demográfica
<b>CTESIODM</b>	Comité Técnico Especializado en el Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio
<b>CTESS</b>	Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud
<b>DEDICAM</b>	Detección y Diagnóstico de Cáncer de Mama
<b>DGACPE</b>	Dirección General Adjunta de Coordinación de Proyectos Estratégicos
<b>DGCES</b>	Dirección General de Calidad y Educación en Salud
<b>DGCINS</b>	Dirección General de Coordinación de Institutos Nacionales de Salud
<b>DGCS</b>	Dirección General de Comunicación Social
<b>DGCHFR</b>	Dirección General de Coordinación de Hospitales Federales de Referencia
<b>DGCHRAE</b>	Dirección General de Coordinación de Hospitales Regionales de Alta Especialidad
<b>DGDIF</b>	Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física

<b>DGE</b>	Dirección General de Epidemiología
<b>DGED</b>	Dirección General de Evaluación del Desempeño
<b>DGIS</b>	Dirección General de Información en Salud
<b>DGPIS</b>	Dirección General de Políticas de Investigación en Salud
<b>DGPLADES</b>	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
<b>DGPOP</b>	Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto
<b>DGPS</b>	Dirección General de Promoción de la Salud
<b>DGRH</b>	Dirección General de Recursos Humanos
<b>DGRI</b>	Dirección General de Relaciones Internacionales
<b>DGRMySG</b>	Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales
<b>DGTI</b>	Dirección General de Tecnologías de la Información
<b>DOF</b>	Diario Oficial de la Federación
<b>DVEM</b>	Dictámenes de Validación de Equipamiento Médico
<b>ECE</b>	Expediente Clínico Electrónico
<b>EDA</b>	Enfermedades Diarreicas Agudas
<b>EDN</b>	Estrategia Digital Nacional
<b>EIASA</b>	Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria
<b>EMRUNA</b>	Estrategia Mundial para la Reducción del Uso Nocivo del Alcohol
<b>ENADID</b>	Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
<b>ENARE</b>	Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Estomatológicas
<b>ENARM</b>	Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas
<b>ERUM</b>	Escuadrón de Rescate y Urgencias Médicas
<b>FASSA</b>	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud
<b>FOBESII</b>	Foro Bilateral sobre Educación Superior, Innovación e Investigación
<b>FONAC</b>	Fondo de Ahorro Capitalizable de los Trabajadores al Servicio del Estado
<b>FONDEN</b>	Fondo de Desastres Naturales
<b>FOROSS</b>	Fortalecimiento de la Oferta de Servicios de Salud
<b>FOSISS</b>	Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social
<b>FPGC</b>	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
<b>GAIA</b>	Grupo de Atención Integral a la Salud de la Adolescencia
<b>GAMEC</b>	Grupos de Ayuda Mutua Enfermedades Crónicas
<b>GAPS</b>	Grupo de Adolescentes Promotores de la Salud



<b>GESTAR</b>	Gestión Evaluación Seguimiento Tratamiento de las Embarazadas y sus Hijos Recién Nacidos
<b>GPC</b>	Guías de Práctica Clínica
<b>HFR</b>	Hospitales Federales de Referencia
<b>HIM</b>	Hospital Infantil de México
<b>HRAEs</b>	Hospitales Regionales de Alta Especialidad
<b>HRAEI</b>	Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca
<b>IAB</b>	Asociación Internacional de Bioética (International Association of Bioethics)
<b>IFAI</b>	Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos
<b>IMSS</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>INAPAM</b>	Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
<b>INC</b>	Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
<b>INCAN</b>	Instituto Nacional de Cancerología
<b>INCMNSZ</b>	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
<b>INDAABIN</b>	Instituto de Administración y Avalúos de Bienes Nacionales
<b>INDICAS</b>	Indicadores de Calidad en Salud
<b>InDRE</b>	Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica
<b>INER</b>	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
<b>INGER</b>	Instituto Nacional de Geriátrica
<b>INL</b>	Oficina Internacional Antinarcóticos y de Aplicación de la Ley de la Embajada de los Estados Unidos de Norteamérica ( <i>Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs</i> )
<b>INMEGEN</b>	Instituto Nacional de Medicina Genómica
<b>INMUJERES</b>	Instituto Nacional de las Mujeres
<b>INNN</b>	Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
<b>INP</b>	Instituto Nacional de Pediatría
<b>INPer</b>	Instituto Nacional de Perinatología
<b>INPs</b>	Instituto Nacional de Psiquiatría
<b>INR</b>	Instituto Nacional de Rehabilitación
<b>INSalud</b>	Institutos Nacionales de Salud
<b>INSP</b>	Instituto Nacional de Salud Pública

---

<b>IRA</b>	Infecciones Respiratorias Agudas
<b>ISES</b>	Instituciones de Seguros Especializadas en Salud
<b>ISSSTE</b>	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
<b>ITO</b>	Hospital Infantil Teletón de Oncología
<b>ITS</b>	Infecciones de Transmisión Sexual
<b>JCI</b>	Joint Commission International
<b>JMPP</b>	Programa Conjunto México-Japón
<b>LESP</b>	Laboratorios Estatales de Salud Pública
<b>MANDE</b>	Modelo de Gestión para la Atención de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones
<b>MECIC</b>	Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad
<b>MIASPIA</b>	Modelo Intercultural para la Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas y Afro-descendientes
<b>MIR</b>	Matriz de Indicadores de Resultados
<b>NOM</b>	Norma Oficial Mexicana
<b>OAD</b>	Órganos Administrativos Desconcentrados
<b>OCDE</b>	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
<b>ODM</b>	Objetivos de Desarrollo del Milenio
<b>OMENT</b>	Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPD</b>	Organismos Públicos Descentralizados
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>OSC</b>	Organizaciones de la Sociedad Civil
<b>PAE</b>	Programa Anual de Evaluación
<b>PAEMAE</b>	Programa de Acción Específico de Medicina de Alta Especialidad
<b>PASHCP</b>	Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público
<b>PBAC</b>	Programa, Presupuesto y Administración
<b>PBR</b>	Presupuesto Basado en Resultados
<b>PEF</b>	Presupuesto de Egresos de la Federación
<b>PEMEX</b>	Petróleos Mexicanos
<b>PETIC</b>	Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones
<b>PGS</b>	Padrón General de Salud

---

<b>PGCM</b>	Programa para un Gobierno Cercano y Moderno
<b>PMI</b>	Plan Maestro de Infraestructura en Salud
<b>PNAVS</b>	Premio Nacional de Acción Voluntaria y Solidaria
<b>PND</b>	Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018
<b>PNN</b>	Programa Nacional de Normalización
<b>PNPSVD</b>	Programa Nacional para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia
<b>PREREIN</b>	Prevención y Reducción de la Infección Nosocomial
<b>PROSESA</b>	Programa Sectorial de Salud 2013-2018
<b>PUMA</b>	Programa Universitario de Medio Ambiente
<b>Red WHO-FIC</b>	Red de la Organización Mundial de la Salud para la Familia de Clasificaciones Internacionales
<b>RELAC SIS</b>	Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información
<b>RHOV</b>	Red Hospitalaria para la Vigilancia Epidemiológica
<b>RIOD</b>	Red Iberoamericana de Organizaciones No Gubernamentales que trabajan en Drogodependencias
<b>SAC</b>	Sistema de Administración de Correspondencia
<b>SAF</b>	Subsecretaría de Administración de Finanzas
<b>SALVAR</b>	Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales
<b>SANNAFARM</b>	Sistema de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes Farmacodependientes
<b>SAP</b>	Servicios de Atención Psiquiátrica
<b>SEED</b>	Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones
<b>SEDENA</b>	Secretaría de la Defensa Nacional
<b>SEDESOL</b>	Secretaría de Desarrollo Social
<b>SEDIF</b>	Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia
<b>SEMAR</b>	Secretaría de Marina
<b>SESA</b>	Servicios Estatales de Salud
<b>SHCP</b>	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
<b>SIDSS</b>	Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
<b>SII</b>	Sistema Institucional de Investigadores
<b>SINAC</b>	Subsistema de Información de Nacimientos

---

<b>SINACEAM</b>	Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica
<b>SINAVE</b>	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
<b>SINERHIAS</b>	Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud
<b>SINAIS</b>	Sistema Nacional de Información en Salud
<b>SIS</b>	Subsistema de Información en Prestación de Servicios
<b>SISTMAI</b>	Sistema de Seguimiento de la Transmisión Materno Infantil del VIH-Sífilis
<b>SMS XXI</b>	Seguro Médico Siglo XXI
<b>SNDIF</b>	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
<b>SNI</b>	Sistema Nacional de Investigadores
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Salud
<b>SNSA</b>	Semana Nacional de Salud de la Adolescencia
<b>SNTSA</b>	Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud
<b>SO FAR</b>	Proyecto Salud Oral y Factores de Riesgo
<b>SPF</b>	Secretaría de la Función Pública
<b>SPPS</b>	Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
<b>SPSS</b>	Sistema de Protección Social en Salud
<b>SS</b>	Secretaría de Salud
<b>STCNS</b>	Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud
<b>STCONAPRA</b>	Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes
<b>STCONSAME</b>	Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental
<b>STCNS</b>	Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud
<b>SUAVE</b>	Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica
<b>TIC</b>	Tecnologías de Información y Comunicación
<b>TTA</b>	Tribunales de Tratamiento de Adicciones
<b>UAC</b>	Unidades Administrativas de Nivel Central
<b>UAE</b>	Unidad de Análisis Económico
<b>UCLA</b>	Universidad de California en Los Ángeles
<b>UANL</b>	Universidad Autónoma de Nuevo León
<b>UCVPS</b>	Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social
<b>UHAPs</b>	Unidades Habilitadas de Apoyo al Predictamen

<b>UIES</b>	Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria
<b>UMM</b>	Unidades Médicas Móviles
<b>UNAM</b>	Universidad Nacional Autónoma de México
<b>UNEMES</b>	Unidades de Especialidades Médicas
<b>UNEMES-EC</b>	Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas
<b>UNEMES-CAPA</b>	Unidades de Especialidades Médicas-Centros de Atención Primaria en Adicciones
<b>UNICEF</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
<b>UNISDR</b>	Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres
<b>VDS</b>	Programa de Ventanillas de Salud
<b>VE</b>	Vigilancia Epidemiológica
<b>VIH</b>	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
<b>VPH</b>	Virus del Papiloma Humano
<b>WFAD</b>	Federación Mundial contra la Drogas ( <i>World Federation Against Drugs</i> )
<b>WFTC</b>	Consejo Ejecutivo de la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas ( <i>World Federation of Therapeutic Communities</i> )

## 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

**Rubén Fernando Cano Valle**  
Comisionado Nacional contra las Adicciones

**Rodrigo Reina Liceaga**  
Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social

**Nelly Haydee 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

**Laura Elena Gloria Hernández**

Directora General de Evaluación del Desempeño

**Juan Carlos Reyes Oropeza**

Director General de Información en Salud

**Carlos Gracia Nava**

Director General de Planeación y Desarrollo en Salud

**Juan José Hicks Gómez**

Director General de Políticas de Investigación en Salud

**Bogart Montiel Reyna**

Director General de Programación, Organización y Presupuesto

**Eduardo Jaramillo Navarrete**

Director General de Promoción de la Salud

**Graciela Romero Monroy**

Directora General de Recursos Humanos

**José Genaro Montiel Rangel**

Director General de Recursos Materiales y Servicios Generales

**Hilda Dávila Chávez**

Directora General de Relaciones Internacionales

**Enrique Alberto Sánchez Arciniega**

Director General de Tecnologías de la Información

**Cuitláhuac Ruíz Matus**

Director General de Epidemiología

**Alfonso Peterson Farah**

Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud

**María Virginia González Torres**

Secretaria Técnica del Consejo Nacional de Salud Mental

**Martha Cecilia Hajar 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

**Susana Cerón Mireles**

Directora General del Centro Nacional  
de Equidad de Género y Salud Reproductiva

**María Luisa González Rétiz**

Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

**Julieta Rojo Medina**

Directora General del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea

**Arturo Dib Kuri**

Director General del Centro Nacional de Trasplantes

**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 del sida

**Ignacio Federico Villaseñor Ruiz**

Director General del Centro Nacional  
para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

**Mikel Arriola Peñaloza**

Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

**José Meljem Moctezuma**

Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

**Manuel Ruiz de Chávez**

Presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética

**Gabriel O'Shea Cuevas**

Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

**Carlos Daniel Campillo Serrano**

Director General Adjunto de Servicios de Atención Psiquiátrica

**Máximo Alberto Evia Ramírez**

Titular del Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud



*Segundo Informe de Labores 2013-2014*  
**Secretaría de Salud**  
Se terminó de imprimir el 21 de agosto de 2014  
en Imagen Creativa

Se imprimieron 900 ejemplares.

Esta publicación ha sido elaborada con papel reciclado  
y con certificación de gestión medio ambiental.



MÉXICO  
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

