



6

S E X T O
I N F O R M E
D E L A B O R E S

SALUD

SEXTO
INFORME DE LABORES

SECRETARÍA DE SALUD



6

S E X T O
I N F O R M E
D E L A B O R E S

SEXTO INFORME DE LABORES

SECRETARÍA DE SALUD



ÓTO. INFORME DE LABORES
D.R. © Secretaría de Salud
Lleja 7, Col. Juárez
06696, México, D.F.
Impreso y hecho en México
www.salud.gob.mx

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	7
ESTRUCTURA ORGÁNICA BÁSICA	14
1. ÁREA DEL C. SECRETARIO	15
1.1 UNIDAD DE ANÁLISIS ECONÓMICO	23
1.2 COORDINACIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS	25
1.3 DIRECCIÓN GENERAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL	27
1.4 COMISIÓN NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES	29
1.5 UNIDAD COORDINADORA DE VINCULACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL	31
1.5.1 DIRECCIÓN GENERAL DE RELACIONES INTERNACIONALES	34
1.5.2 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD	36
2. SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD	39
2.1 DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD	43
2.2 DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD	46
2.3 DIRECCIÓN GENERAL DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	48
2.4 DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	51
2.5 CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA TECNOLÓGICA EN SALUD	53
3. SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	57
3.1 DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	59
3.2 CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES	61
3.3 CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA	65
3.4 CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA	67
3.5 CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH/SIDA	69
3.6 CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ADICCIONES	71
4. SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS	75
4.1 DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO	77
4.2 DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES	80
4.3 DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS	82
4.4 DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA	84
4.5 DIRECCIÓN GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	87
4.6 ADMINISTRACIÓN DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA	90

5. COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD	93
5.1 DIRECCIÓN GENERAL DE POLÍTICAS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD	96
5.2 DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD	97
5.3 DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN DE LOS HOSPITALES FEDERALES DE REFERENCIA	99
5.4 DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN DE LOS HOSPITALES REGIONALES DE ALTA ESPECIALIDAD	100
5.5 CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA	102
5.6 CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES	103
5.7 SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA	105
5.8 INSTITUTO DE GERIATRÍA	106
6. COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS	109
7. COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD	117
8. COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO	123
9. COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA	131
10. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL	135
11. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD	139
12. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	143
13. CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL	149
14. IMSS-OPORTUNIDADES	155
15. SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	161

16. CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL	167
17. LABORATORIOS DE BIOLÓGICOS Y REACTIVOS DE MÉXICO	173
ANEXOS ESTADÍSTICOS	179
GLOSARIO	205

PRESENTACIÓN

PRESENTACIÓN

De conformidad con lo establecido en los Artículos 93 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 23 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y 8 de la Ley de Planeación, me permito someter a consideración de esa H. Soberanía el Sexto Informe de Labores de la Secretaría de Salud, correspondiente al periodo comprendido del primero de septiembre de 2011 al 31 de agosto de 2012.

A casi seis años de iniciada la administración del C. Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, Felipe de Jesús Calderón Hinojosa, la Secretaría de Salud ha desarrollado actividades que permiten atender los compromisos de gobierno con responsabilidad, procurando en todo momento la protección de la salud y el bienestar de toda la población. En este empeño, hemos implantado y dirigido las políticas públicas en salud buscando disminuir las desigualdades sociales; prevenir las enfermedades; mejorar y preservar la salud, así como contribuir a la cohesión social y al desarrollo socioeconómico de nuestro país.

Los desafíos en salud identificados en diciembre de 2006 y la visión para solucionarlos, quedaron plasmados y comprometidos en el Plan Nacional de Desarrollo y en el Programa Sectorial de Salud, ambos para el periodo 2007-2012. Con estos documentos rectores, nos dimos a la tarea de establecer estrategias y líneas de acción, así como indicadores y metas específicas verificables que nos permitieran focalizar esfuerzos, evaluar su cumplimiento y rendir cuentas claras a la sociedad, sobre el uso de los recursos públicos asignados y los resultados obtenidos con ellos.

Entre los principales retos en materia de salud destacaban: la falta de protección financiera para poco más de 37 millones de mexicanos que carecían de un seguro de salud; la enorme carga de enfermedad impuesta por los padecimientos crónicos no infecciosos; la falta de acceso a servicios de salud por parte de la población residente en localidades con alta y muy alta marginación; ostensibles brechas en materia de calidad de la atención médica y seguridad de los pacientes; así como la necesidad de fortalecer la cultura de la prevención de enfermedades y reforzar los programas de vacunación y atención a las mujeres, entre los más importantes. Dichos retos fueron enfrentados y al término de esta administración muestran lo siguiente:

En el rubro de protección financiera debemos señalar, con mucha satisfacción, que el compromiso del Gobierno Federal se ha cumplido a cabalidad mediante la afiliación de 37 millones 66 mil personas en el periodo 2007-2012. Esta cifra, sumada al volumen de afiliación alcanzado en los últimos años de la administración pasada, nos permiten afirmar que actualmente casi 53 millones de personas cuentan con los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como Seguro Popular de Salud, con lo cual se ha alcanzado la cobertura universal voluntaria y se ha cumplido con uno de los compromisos más sentidos de la población, tener acceso a los servicios de salud. Con ello, las entidades federativas hoy cuentan con recursos económicos importantes para prevenir y atender las enfermedades que se presentan en su comunidad.

Otros beneficios de esta política financiera vinculada al Seguro Popular, es el programa del Seguro Médico para una Nueva Generación y la estrategia de Embarazo Saludable. El primero fue creado por el Presidente de la República desde el primer día de su mandato, para proteger a las niñas y niños que nacieran a partir del primero de diciembre de 2006, hijos de padres sin seguridad social y que voluntariamente solicitaran su afiliación. Los beneficios para niñas y niños incluyen las principales enfermedades que se presentan en los primeros cinco años de vida. A la fecha, poco más de 6.3 millones de niñas y niños cuentan con la protección financiera de este seguro. Por otra parte, la afiliación al Seguro Popular a través de la estrategia Embarazo Saludable, puesta en marcha en mayo de 2008, ha permitido que las mujeres en proceso de gestación puedan recibir atención médica inmediata y con ello disminuir los posibles riesgos durante el embarazo y el parto por falta de acceso oportuno a los servicios de salud. Desde su creación, con esta estrategia se han incorporado al Seguro Popular un millón 803 mil mujeres en etapa de gestación.

Con el objetivo de cubrir un mayor número de padecimientos, en este periodo, tanto el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), como el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPCGC) se han fortalecido con la adición de acciones de prevención y de otras condiciones de salud. El CAUSES cubre ahora 284 intervenciones y cuenta con 522 medicamentos asociados. Por su parte, el FPCGC pasó de 49 a 57 intervenciones, destacando la inclusión del trasplante de córnea, tumor testicular, enfermedades lisosomales, infarto agudo del miocardio y cáncer de próstata, entre otros. A la fecha, el FPGC ha cubierto la atención médica y el tratamiento respectivo de 120 mil 608 personas.

En los recientes lustros hemos visto aparecer un fenómeno de salud que amenaza la sustentabilidad financiera del sistema y la capacidad de respuesta de nuestros servicios: la carga de enfermedad de los padecimientos crónicos no infecciosos. No podíamos permanecer indiferentes a esta realidad y como gobierno decidimos poner énfasis en la promoción y prevención de las enfermedades, sin que por ello descuidáramos la atención médica en sus tres niveles de atención.

La política de promoción y prevención de la salud se diseñó e implantó considerando la línea de vida de las personas, donde para cada grupo de edad y sexo se establecieron acciones y metas específicas. Asimismo, se construyeron las alianzas imprescindibles con el sector educativo, sociedad civil, empresarial y político, asumiendo que la salud es una responsabilidad compartida y un compromiso de todos. Con estas estrategias se incorporaron a las acciones de promoción y prevención los individuos, las familias, las escuelas, los centros de trabajo y de recreación y, de manera muy relevante, los municipios del país que constituyen las células básicas para la cohesión social y la participación organizada.

A través del programa Entornos y Comunidades Saludables se han incorporado 21 mil 208 localidades, de las cuales dos mil 622 se encuentran certificadas como saludables. Asimismo, forman parte del programa mil 500 municipios y, de ellos, 624 están acreditados como promotores de la salud. En estos espacios se despliegan proyectos vinculados con el manejo de agua limpia y residuos sólidos; control de zoonosis; accidentes; trastornos alimentarios; prevención de enfermedades crónicas, infecciosas y adicciones; y detección de cáncer de mama y cérvico uterino, entre otros.

En alianza con la Secretaría de Educación Pública establecimos el programa Escuela y Salud que a la fecha cuenta con 139 mil 140 escuelas incorporadas, de las cuales 51 mil 729 se encuentran en proceso de certificación e izamiento de bandera blanca y 51 mil 504 fueron certificadas como promotoras de la salud. En estos lugares se realizan acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades tales como: vigilancia nutricional, vacunación y detección de problemas frecuentes de salud, entre otras. A la fecha, se han realizado 97 mil talleres dirigidos a docentes y escolares; 22.7 millones de acciones preventivas; detectando a 7.8 millones de alumnos con problemas de salud, quienes fueron remitidos a las unidades médicas para su seguimiento y control.

En materia de vacunación, en 2011 se alcanzó una cobertura de 95.2 por ciento en los niños de un año de edad con esquema completo de vacunación, cifra que se espera mantener en 2012. Entre los niños y niñas de uno a cuatro años de edad, la cobertura con esquema completo de vacunación se ha mantenido por arriba de 95 por ciento desde 1995, alcanzando en 2011 una cobertura de 98.3 por ciento. Por otra parte, en 2011 se aprobó el esquema de vacuna pentavalente contra rotavirus, se universalizó la aplicación de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) en todas las niñas de 9 años de edad y para 2012 se autorizó su aplicación en niñas de 5° año de primaria. Asimismo, se aprobó la vacunación universal con DTPa en mujeres embarazadas para iniciar su aplicación en 2013.

Respecto de la tasa de mortalidad en niños menores de un año, México ha presentado una notable reducción entre 2007 y 2012, con una disminución de 2.5 puntos al pasar de 15.7 defunciones por mil nacidos vivos estimados (NVE) a 13.2. Por otra parte, la tasa de mortalidad en menores de cinco años se encuentra a 0.2 puntos para alcanzar la meta prevista en 2015, dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio al pasar de 18.5 defunciones por mil NVE a 15.7 entre 2007 y 2012.

En materia de sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial hemos combinado las estrategias de promoción y prevención de la salud con una atención médica más efectiva, donde se ha puesto énfasis

en la práctica del ejercicio físico y la mejora de la nutrición en todos los grupos de edad. Se ha creado una red de ocho mil 115 Grupos de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas (GAM-EC) que atienden a 196 mil 794 pacientes; en 36 de estos GAM-EC está documentado el control de la diabetes, hipertensión o síndrome metabólico sin uso de medicamentos, pero con modificaciones en los estilos de vida.

Respecto de nuestro compromiso de reducir la mortalidad por cáncer cérvico-uterino y de mama, en los primeros cinco años de la administración se emprendieron acciones relacionadas con la vacunación universal contra el VPH y la implantación de la detección de dicho virus con captura de híbridos en las 32 entidades federativas, para lo cual se instalaron 13 laboratorios de biología molecular y se capacitó al personal operativo de los 32 estados. Entre 2007 y 2011 las pruebas de detección del VPH acumulan un total de dos millones 894 mil 328 detecciones. Asimismo, se realizaron 12 millones 32 mil 62 citologías en mujeres de 25 a 64 años de edad. Por otra parte, en el rubro de detección de cáncer de mama, en el mismo periodo se practicaron un millón 876 mil 285 mastografías, de las cuales un millón 101 mil 751 se llevaron a cabo en el grupo de edad de 50 a 59 años.

La atención médica de la población que habita en municipios y localidades con menor índice de desarrollo humano (IDH), así como en localidades con alta y muy alta marginación, fue una de las prioridades del Presidente Felipe Calderón. Para resolver la falta de acceso a los servicios de salud de estas comunidades, en 2007 se puso en marcha el programa Caravanas de la Salud con intervenciones de prevención y cuidados médicos focalizados en los principales problemas de salud de dicha población, y a través de un enfoque intercultural para responder a las necesidades de la población mayoritariamente indígena. La cobertura actual del programa es de poco más de 21 mil localidades ubicadas en mil siete municipios del país con 3.8 millones de personas beneficiadas. Entre 2007 y mayo de 2012 se han incorporado mil 448 unidades médicas móviles, con las cuales se otorgaron seis millones 894 mil 423 atenciones tan solo en el primer semestre de 2012, lo que representa 16.3 por ciento más que en el mismo periodo de 2011.

En materia de calidad de la atención médica hemos desplegado acciones para disminuir el precio de los medicamentos; mejorar el componente de calidad técnica de la práctica médica; facilitar el acceso oportuno a los servicios de especialidad; y en alianza con los prestadores de servicios y la sociedad civil, convertir las unidades de salud en espacios seguros, efectivos y que respondan a las expectativas legítimas de los usuarios.

Con el consenso de las instituciones del sector salud y otros sectores involucrados, en febrero de 2007 se formalizó el Compromiso para Establecer una Política Nacional para Garantizar la Suficiencia, Disponibilidad y Precio Justo de los Medicamentos. En el marco de este compromiso y por Acuerdo Presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de febrero de 2008, se crea la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud. Desde 2008, la Comisión ha realizado los procesos de negociación con la industria farmacéutica de medicamentos con patente vigente, los cuales han involucrado un total de 188 claves y se han obtenido ahorros estimados por 16 mil 162 millones de pesos para las instituciones del sector salud.

Las Guías de Práctica Clínica surgen con el propósito de homologar la atención clínica en las instituciones del sector, con base en la mejor evidencia científica disponible y orientando el uso eficiente de los recursos. Con la participación de todas las instituciones del sector salud, en 2007 se inició el desarrollo y elaboración de las guías clínico-terapéuticas y protocolos de atención. A la fecha contamos con 485 guías que se encuentran disponibles en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, las cuales se han difundido e implantado en todo el Sistema Nacional de Salud.

Para aprovechar de manera eficiente la infraestructura de alta especialidad en el sector salud y fortalecer la oportunidad de la atención médica de los pacientes en estos servicios, la Secretaría de Salud, los servicios estatales de salud y las principales instituciones de seguridad social establecieron el proyecto de Integración Funcional del Sector Salud, el cual permite el intercambio de servicios entre las instituciones. Este proyecto cuenta con un Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios entre las Instituciones del Sector Salud y las Entidades Federativas, así como convenios específicos entre ellas. Se identificaron 376 intervenciones de alta especialidad y 113 intervenciones del CAUSES del Seguro Popular que podrían ser sujetas de intercambio.

Convenios específicos de intercambio de servicios están operando en varias entidades federativas tomando como base los hospitales regionales de alta especialidad. Recientemente se formalizó un nuevo Convenio Específico de Intercambio de Servicios de Salud entre el IMSS, ISSSTE y los servicios de salud de Baja California Sur.

El acuerdo de intercambio entre la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE para la atención de las emergencias obstétricas, vigente desde 2010 como una estrategia para abatir la mortalidad materna a nivel nacional, ha registrado la atención de 964 casos: 566 maternos y 398 neonatales.

Con la alianza entre la Secretaría de Salud, los prestadores de servicios y los representantes de la sociedad civil se ha fortalecido la calidad de la atención médica en las unidades de salud. En materia de seguridad del paciente, hasta mayo de 2012, se contaba con 323, de 398 establecimientos de salud de mediana y alta complejidad, que realizan acciones para reducir o evitar eventos adversos, lo que representa 35.1 por ciento más de la meta sexenal establecida de 60 por ciento. Entre septiembre de 2011 y mayo de 2012 se acreditaron 994 establecimientos para el CAUSES, incluidas 32 unidades médicas móviles del programa Caravanas de la Salud y 168 intervenciones para el FPCCG. A partir de 2012 se inició la acreditación de establecimientos de primer y segundo niveles de salud mental para las intervenciones del CAUSES. De 2004 a mayo de 2012 se acreditaron 10 mil seis establecimientos de atención médica en CAUSES y 851 servicios de alta especialidad dentro del FPCCG, lo que representa un avance de 83.4 por ciento respecto a la meta 2012 de acreditar el cien por ciento.

A mayo de 2012 se cuenta con mil 700 Gestores de Calidad en unidades hospitalarias y 263 jurisdiccionales, lo que hace un total de mil 963 Gestores. Asimismo se cuenta con 10 mil 543 Avaluos Ciudadanos en las 32 entidades federativas, laborando en nueve mil 735 unidades. Del 1° de septiembre de 2011 a mayo de 2012 se instalaron 487 nuevos Avaluos Ciudadanos, los cuales realizaron 19 mil 034 visitas a seis mil 526 unidades. Se emitieron 14 mil 335 sugerencias de mejora en este periodo y para elevar la calidad y el trato a los usuarios, se entregaron nueve mil 707 Cartas Compromiso al Ciudadano.

La Secretaría de Salud ha fortalecido su presencia en el ámbito internacional, mediante la activa participación en diversas reuniones de alto nivel así como foros bilaterales y multilaterales con el fin de compartir experiencias y buenas prácticas alineadas a las prioridades del Gobierno de México. Nuestro país fue sede de eventos internacionales especializados en temas de salud, como el Congreso Mundial de VIH/SIDA (2008), la Influenza A(H1N1) (2009) y la Consulta Regional de Alto Nivel sobre Enfermedades Crónicas Degenerativas y Obesidad (2011). Cabe destacar el Foro Internacional Sustentabilidad de la Cobertura Universal en Salud que tuvo lugar en abril del 2012 y que fue el marco para presentar la Declaración de la Ciudad de México, documento que fue apoyado por 21 países en el que México se ubica como líder de un movimiento internacional a favor de la cobertura universal en salud y en la promoción del derecho a la salud como un derecho humano.

La Secretaría de Salud ha realizado esfuerzos para garantizar servicios de salud y la protección de la salud de los migrantes mexicanos, impulsando acciones binacionales a través del programa de Ventanillas de Salud, que opera en la red de 50 consulados de México en Estados Unidos, lo que ha beneficiado a más de 4.7 millones de personas. Anualmente se ofrecen más de 1.8 millones de servicios en temas relevantes para la salud del migrante como diabetes, obesidad, VIH/SIDA, salud reproductiva, acceso a servicios, salud mental, adicciones, entre otros; algunos de los servicios ofrecidos son orientación y consejería, detección oportuna y referencias. Este esfuerzo se apoya en una red de más de 500 asociados de diversos sectores de salud.

Uno de los mayores esfuerzos del Gobierno Federal ha sido el fortalecimiento de la infraestructura física en salud; al mes de mayo de 2012 la presente administración ha invertido 74 mil 627 millones de pesos en infraestructura física en salud. De éstos, 66 mil 973 millones fueron recursos federales; 6 mil 911 millones recursos estatales; 602 millones, municipales; y 141 millones correspondieron a otras inversiones, principalmente privadas; lo que ha permitido la construcción de mil 179 obras, de las cuales mil 13 son nuevas y 166 corresponden a sustituciones por obra nueva. En el mismo periodo se ha logrado el fortalecimiento de dos mil 446 obras más, lo cual significa la conclusión de tres mil 625 acciones de infraestructura.

Asimismo se encuentran en proceso 894 obras: 108 nuevas, 109 sustituciones por obra nueva y 677 fortalecimientos. En suma, se tienen registradas cuatro mil 519 acciones de infraestructura física en salud, de las

cuales tres mil 415 corresponden a la Secretaría de Salud, 287 al IMSS, 599 al IMSS-Oportunidades y 203 al ISSSTE; así como 13 obras correspondientes al estado de Chiapas, una al Estado de México y una a Querétaro.

En lo que va de la actual administración, los organismos públicos descentralizados que integran a los institutos nacionales de salud, los hospitales federales de referencia y a los hospitales regionales de alta especialidad, así como los órganos desconcentrados que integran la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, hasta el 31 de diciembre de 2011, han invertido seis mil 64.1 millones de pesos en obra nueva, fortalecimiento de obra y equipamiento. El financiamiento ha sido con recursos federales (cuatro mil 124 millones de pesos), Sistema de Protección Social en Salud (mil 315.9 millones) e inversión privada (668.4 millones)

Se mantuvieron las actividades intra e intersectoriales, que permiten la continuidad de los programas, proyectos y procesos comprometidos. Para ello se tuvieron reuniones, seminarios, congresos, giras de trabajo en las entidades federativas, respetando el periodo de la veda electoral establecida. Acciones que refuerzan la consolidación del Sistema Nacional de Salud.

El trabajo en el Consejo Nacional de Salud (CONASA) ha permitido el desarrollo de los programas con decisiones consensadas, ampliando la capacidad de coordinación para la atención de la problemática nacional y local. En el CONASA se participó en las reuniones de los órganos de gobierno de los organismos públicos descentralizados de los servicios de salud en las entidades federativas, dando seguimiento puntual a la aplicación estatal de las políticas de salud y a la coordinación entre el ámbito federal y las entidades federativas. Se realizaron 119 reuniones ordinarias y 12 extraordinarias.

Se han sentado las bases para continuar con los esfuerzos que permitan una mayor reducción de la mortalidad materna e infantil; fortalecer la prevención de las enfermedades transmitidas por vector, como la lucha contra el dengue y el paludismo; prevenir las enfermedades crónico degenerativas a las cuales un mayor número de mexicanos accederán; y para prevenir y atender las enfermedades que aquejan a las mujeres como los cánceres y las enfermedades de transmisión sexual, entre otras.

El personal que integra el sector salud seguirá redoblando esfuerzos para atender la mayor demanda de servicios y que éstos se presten con calidad. Las aportaciones en materia de salud en este sexenio propiciarán una nueva generación de mexicanos, más saludables y con mayores posibilidades de desarrollo.

Señoras y señores legisladores

El presente Informe de Labores da cuenta de las acciones realizadas en el periodo en comento y pone a su consideración, en forma sucinta, lo que se manifiesta en cada uno de sus apartados, donde las diferentes áreas administrativas responsables de la operación institucional informan de algunas de las actividades desarrolladas.

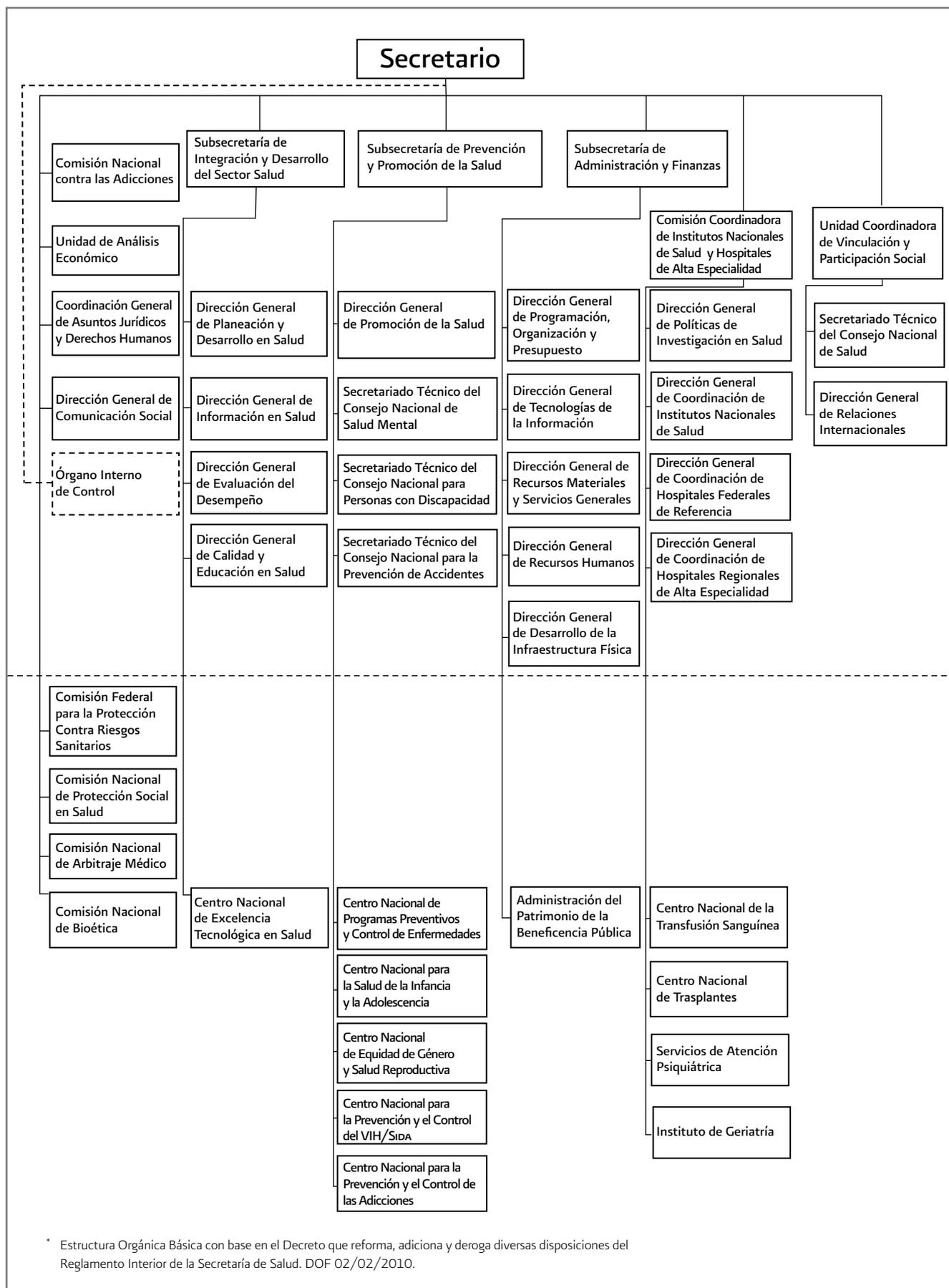
La Secretaría de Salud continúa con su compromiso permanente y solidario de informar y rendir cuentas a ustedes y a la sociedad en su conjunto sobre el estado que guarda la salud de la población, así como de los resultados del ejercicio de los recursos públicos que se le asignan para el desarrollo de sus funciones. La difusión de los avances y los resultados de las actividades que se realizan, hacerlo con transparencia y oportunidad, es nuestro compromiso y una obligación legal que permite coadyuvar a la formación de un México con mejores posibilidades de desarrollo de su población y por tanto del país.

Maestro Salomón Chertorivski Woldenberg

Secretario de Salud

ESTRUCTURA ORGÁNICA BÁSICA *

ESTRUCTURA DICTAMINADA POR LA SECRETARÍA DE SALUD



* 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 DEL C. SECRETARIO

1. ÁREA DEL C. SECRETARIO

Las oficinas del C. Secretario de Salud, en apoyo al desarrollo y cumplimiento de las funciones que le confiere el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud al titular de la dependencia, llevó a cabo distintas actividades, entre las que destacan la atención permanente de las agendas nacional e internacional y la implantación y seguimiento de las políticas y estrategias establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 y el Programa Sectorial en Salud 2007-2012, cuya premisa básica es lograr el desarrollo humano sustentable que permita ampliar las capacidades y libertades de todos los mexicanos para que disfruten de una vida digna. Al respecto, destaca lo siguiente:

Se dio atención a los asuntos relacionados con la operación propia de las oficinas del C. Secretario de Salud, que incluyen acciones relacionadas con el quehacer institucional y la atención de las agendas nacionales e internacionales en materia de salud. Se continuó con la atención de los asuntos sectoriales e intersectoriales, con la participación de los servidores públicos comisionados para ello. Asimismo, la operación administrativa se desarrolló de acuerdo a la normatividad interna y externa.

Se dio seguimiento a los avances del Programa Sectorial de Salud 2007-2012, así como de los programas de acción específicos para el mismo periodo. En este sentido y como complemento a la información que proporcionan las diversas unidades administrativas y que forman parte de este informe de labores institucional, se realizan las siguientes precisiones:

ESTRATEGIA 100x100

Con el propósito de reducir las brechas o desigualdades sociales dentro de los grupos con mayor vulnerabilidad, en la Estrategia 100x100, que apoya a los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano, se han llevado a cabo las siguientes intervenciones focalizadas de salud:

- El Programa Caravanas de la Salud tiene presencia en los 100 municipios considerados en la estrategia, y a través de 243 unidades móviles, atendió a dos mil 407 localidades de difícil acceso, beneficiando a 415 mil 684 habitantes. Se otorgaron 488 mil 399 consultas y 1.1 millones de acciones de prevención y promoción de la salud.
- Se han afiliado al Seguro Popular más de 1.3 millones de personas; en el Seguro Médico para una Nueva Generación 133 mil 15 niños; y en Embarazo Saludable 16 mil 363 embarazadas.
- En el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades a través de los servicios estatales de salud se alcanzó una cobertura de 189 mil familias en control por lo que con respecto a 2010 se observa un incremento de 6 por ciento. También, se atendieron en promedio 93 mil niños menores de cinco años y a más de 22 mil mujeres embarazadas.
- Para la prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores, se registró un fortalecimiento en la detección, diagnóstico y tratamiento de los casos. En la mayoría de los municipios que comprende la estrategia, estas enfermedades continuaron con una incidencia en cero gracias al reforzamiento de acciones que se efectuaron en ciclos donde el riesgo es más evidente y en donde la participación de la comunidad fue fundamental.
- El proyecto comunitario Madrinas Obstétricas, dirigido a favorecer el acceso oportuno de las mujeres embarazadas a los servicios de salud durante el embarazo, el parto y el puerperio a fin de disminuir la mortalidad materna, ha ampliado la cobertura a 54 municipios de Oaxaca, Hidalgo, Puebla, Tlaxcala, Tabasco, Veracruz y Guerrero, con una participación activa de ocho mil 452 madrinas y padrinos que han apoyado a 16 mil 962 embarazadas.
- Para reducir las brechas de salud existentes se realizaron talleres de fortalecimiento de redes sociales de apoyo a la mujer embarazada en Puebla, Guerrero, Durango y Nayarit con la participación de personal de salud y de los ayuntamientos.
- Se dio seguimiento a la estrategia Todas las Mujeres, una Alternativa de Prevención, con la que se implementó la vacunación de las niñas de nueve años contra el virus del papiloma humano y el tamizaje a las mujeres mediante la toma de muestras de VPH, acercando los servicios de salud mediante las caravanas de salud.

ALIANZA POR UN MÉXICO SANO

A cinco años de la puesta en marcha en abril de 2007 de la Alianza por un México Sano, se fortaleció la colaboración entre los sectores público, privado, social y los tres órdenes de gobierno, para que en el ámbito de sus atribuciones, desarrollen acciones específicas a favor de la salud y apoyo a las políticas públicas, en el que se definieron objetivos comunes de salud pública a corto, mediano y largo plazo, por cada uno de los adherentes en el marco de sus seis ejes rectores: aseguramiento universal; prevención y promoción de la salud durante la línea de vida; fortalecimiento de la infraestructura; calidad y calidez en la prestación de los servicios de salud; abasto de medicamentos; y regulación sanitaria pertinente y dinámica.

Se elaboró el Informe de Actividades 2010-2011, en el que se incluyen las acciones que los adherentes a la Alianza han reportado para el período mayo 2010 a abril de 2011 en relación a los compromisos firmados en sus respectivos anexos de adhesión, presentando las acciones realizadas en cada uno de los ejes de la Alianza:

- En prevención y promoción de la salud destacan las acciones realizadas por las diversas fundaciones adheridas, en las que se incluyen las campañas a favor de la salud de Fundación Azteca, Fundación Telmex y FISAC entre otras; las aportaciones económicas de la Fundación Gonzalo Río Arronte por 540 millones de pesos en equipo médico de vanguardia, a fin de modernizar y actualizar las instituciones de salud, así como de la Fundación Chrysler a instituciones de salud por más de cinco millones de pesos. Otras fundaciones como Midete, Mexicana para la Salud Hepática, Candy y Mexicana para la Salud reportaron diversos proyectos y programas que apoyaron a las políticas públicas de salud.
- Un papel muy importante en el desarrollo de las actividades de los institutos nacionales de salud lo llevan a cabo los patronatos. En el cuarto informe de la Alianza se incluyeron acciones que van desde el apoyo a pacientes de escasos recursos, donaciones de equipo y apoyo a infraestructura, así como el apoyo de becas a personal médico, realización de seminarios, programas de capacitación y eventos como conciertos para recaudar fondos.
- Derivado de los compromisos establecidos, se creó la página web www.alianza.salud.gob.mx a través de la cual cualquiera puede inscribirse a la Alianza, se puede consultar información específica de la misma y de las acciones de los adherentes, como un nexo permanente con la sociedad. A fines de 2011, se llevó a cabo la actualización y mejora de dicha página fortaleciendo la calidad, uso y accesibilidad de sus contenidos para beneficio de los usuarios.

PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y RENDICIÓN DE CUENTAS

Durante el transcurso de esta administración se han realizado acciones relevantes en el Programa de Transparencia y Rendición de Cuentas, destacando los siguientes resultados:

PROGRAMA DE CULTURA INSTITUCIONAL

El Programa de Cultura Institucional con Perspectiva de Género tiene como objetivo fortalecer la cultura institucional y mejorar el clima laboral de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal a través de la difusión y capacitación en temas como equidad de género, uso de lenguaje incluyente e igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, homologación salarial, promoción de mujeres en puestos de toma de decisiones, corresponsabilidad entre la vida laboral, familiar y personal, eliminación de prácticas de hostigamiento sexual, entre otras. Como parte de las acciones realizadas para darle seguimiento al programa, se realizaron las siguientes actividades:

- El 17 de agosto de 2011 se instaló el Comité Colegiado para Prevenir y Atender Casos de Hostigamiento y Acoso Sexual en la Secretaría de Salud.
- Durante los días 6 y 20 de septiembre de 2011 se desarrollaron dos reuniones de coordinación con los enlaces responsables del Programa de Cultura Institucional en los órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud, con el propósito de homologar las acciones de cumplimiento y unificar en un sólo plan de trabajo institucional el programa de la Secretaría de Salud.

- Se realizó la captura y entrega del Reporte de Acciones Realizadas en el 2º Semestre de 2011 en el portal del Instituto Nacional de las Mujeres (20 de enero de 2012).
- Del 2 al 14 de octubre 2011, se llevó a cabo en la Secretaría de Salud y sus órganos desconcentrados y descentralizados, la aplicación del Segundo Cuestionario de Cultura Institucional con Perspectiva de Género 2011, a través del sitio: http://cultura_pci.funcionpublica.gob.mx.
- El resultado reflejado en la evaluación de 2011 referente al Diagnóstico de Cultura Institucional se elaboró con un total de 596 encuestados: 205 hombres y 391 mujeres, obteniendo una calificación de 71 puntos de 100 posibles.
- En lo que va de 2012, se han realizado tres sesiones del Comité para Prevenir y Atender los Casos de Hostigamiento y Acoso Sexual en la Secretaría de Salud: una ordinaria y dos extraordinarias.

BLINDAJE ELECTORAL

Con relación al tema de Blindaje Electoral, la Secretaría de Salud atendió los procesos electorales de 2011 y reportó a la Secretaría de la Función Pública las acciones de control interno y capacitación, así como quejas y denuncias, enviando a través del Comisión Nacional de Protección Social en Salud y la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud información relativa al funcionamiento del Seguro Popular y el programa de Caravanas de la Salud en las 16 entidades donde tuvieron verificativo los procesos electorales.

La Secretaría Salud participó en la reunión de las entidades y dependencias de la Administración Pública Federal, llevada a cabo el 7 de septiembre de 2011. Con el fin de dar cobertura y atender esos 16 procesos electorales, se llegó a cuatro acuerdos, mismos que se describen en el cuadro I.1.

CUADRO I.1. ACUERDOS PARA ATENDER LOS PROCESOS ELECTORALES

NÚMERO	ACUERDO	COMPROMISO
1	La FEPADE gestionó ante el Sistema Internet de la Presidencia el <i>banner</i> de ubicación en la página <i>web</i> de cada secretaría para direccionarla con la SEPADE. Se subió el <i>link</i> en la página de la Secretaría en diciembre de 2011.	7 de octubre de 2011
2	Se estableció un mecanismos para las llamadas por conducta delictiva 01800 8 337233. Enviado a la FEPADE.	6 de octubre de 2011
3	Se realizó un inventario de las unidades que tienen salas de comunicación didáctica. Se envió a la FEPADE.	17 de octubre de 2011
4	La FEPADE acordará con la SFP para ver formatos que se aplicarán para su evaluación.	Proceso

FUENTE: Secretaría de Salud, México, 2012.

En 2012 se dio continuidad a la normatividad en materia electoral a través del portal de la Secretaría de Salud, dando seguimiento de las acciones recomendadas para el periodo de elecciones a los órganos desconcentrados y área central de la dependencia. Entre estas acciones destacaron las relacionadas con el control interno: horario laboral de los servidores públicos adscritos, uso adecuado del parque vehicular asignado, uso de bienes inmuebles bajo resguardo, uso correcto de máquinas y equipos bajo resguardo y el ejercicio presupuestal de los recursos. En materia de difusión se dio a conocer la Guía de Responsabilidades Administrativas; ABC de los Servidores Públicos; Normatividad Aplicable en Materia Electoral; y se pusieron a disposición los buzones para quejas y denuncias en áreas de servicios y atención.

PROGRAMAS SECTORIALES.-INDICADORES

Se dio continuidad en la actualización a diciembre de 2011 de la información en el formato de seguimiento a las líneas de acción de los programas sectoriales en materia de rendición de cuentas, transparencia y combate a la corrupción, a través de los indicadores registrados: esperanza de vida al nacer; cobertura anual para la detección del cáncer de mama en mujeres de 50 a 69 años y más; tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 años y más; razón de mortalidad materna; y tasa de mortalidad infantil en los 100 municipios de menor índice de desarrollo humano.

PÁGINAS WEB DE LA SECRETARÍA DE SALUD

En el ejercicio 2011 se establecieron acciones de mejora en las páginas web de la Secretaría como optimización en motores de búsqueda, redes sociales y mecanismos 2.0 y versión móvil del sitio institucional. La evaluación a los sitios web fue realizada por el Sistema de Internet de la Presidencia en el mes de noviembre, obteniendo la Secretaría de Salud una calificación de 9.8. Los órganos desconcentrados también actualizaron sus páginas obteniendo puntajes de 9.2 a 10, lo que establece que los contenidos de las mismas están dentro de los rangos de aceptabilidad de la Administración Pública Federal.

CUADRO 1.2 CONCENTRADO DE CALIFICACIONES DE ÓRGANOS DESCONCENTRADOS Y ÁREA CENTRAL. EVALUACIÓN 2011

EXPERIENCIA DEL USUARIO	ARQUITECTURA DE INFORMACIÓN	IMAGEN INSTITUCIONAL	TECNOLOGÍA	ACCESIBILIDAD	CALIDAD DE SERVICIO	CALIDAD DE CONTENIDOS	EXPERIENCIA DE USUARIOS	TOTAL
	15%	20%	15%	10%	10%	20%	10%	
Administración del Patrimonio para la Beneficencia Pública	1.5	2	1.5	1	1	1.8	1	9.8
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	1.5	2	1.5	1	1	1.8	1	9.8
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	1.5	2	1.5	1	1	1.8	1	9.8
Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea	1.5	2	1.5	1	1	2	1	10
Centro Nacional de Trasplantes	1.5	2	1.5	1	1	1.2	1	9.2
Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA	1.5	2	1.5	1	1	1.8	1	9.8
Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia	1.5	2	1.5	1	1	2	1	10
Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades	1.5	2	1.5	1	1	1.8	1	9.8
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	1.5	2	1.2	1	0.7	1.8	0	8.2
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	1.5	2	1.5	1	1	1.8	1	9.8
Comisión Nacional de Bioética	1.5	2	1.5	1	1	1.8	1	9.8
Comisión Nacional de Protección Social en Salud	1.5	2	1.5	1	1	1.8	1	9.8
Instituto de Geriátrica	1.5	2	1.5	1	1	1.8	1	9.8
Servicios de Atención Psiquiátrica	1.5	2	1.5	1	1	1.8	1	9.8
SECRETARÍA DE SALUD	1.5	2	1.5	1	1	1.8	1	9.8

FUENTE: Secretaría de Salud, México, 2012.

CONTROL INTERNO 2006-2009

Entre septiembre de 2011 a mayo de 2012, la Secretaría de Salud participó con sus tres subsecretarías, áreas centrales y 13 órganos desconcentrados en el Control Interno Institucional, reportando los siguientes avances:

- Al 31 de diciembre de 2011 del ejercicio 2006 se tenían 31 acciones de mejora pendientes de las cuales atendió una; del ejercicio 2007 se comprometieron 173 de las cuales se atendieron ocho; del ejercicio 2008 se tenían comprometidas 512 de las que se atendieron 20; del ejercicio 2009 estaban pendientes de atender 520, atendándose 23 acciones. Es decir, de un total de mil 236 acciones de mejora pendientes de atender se dio respuesta a 52, cerrando 2011 con mil 184.
- A mayo de 2012, del ejercicio 2006 se tenían 30 acciones de mejora pendientes de las cuales de atendieron 12; del ejercicio 2007 se comprometieron 165 de las cuales se atendieron 55; del ejercicio 2008 se tenían comprometidas 492 de éstas se atendieron 92; del ejercicio 2009 estaban pendientes de atender 497, atendándose 95 acciones. Es decir, de un total de mil 184 acciones de mejora pendientes de atender se dio respuesta a 254, cerrando a mayo de 2012 con 930 acciones de mejora pendientes.

CONTROL INTERNO 2010

En el área central de la Secretaría de Salud se realizaron reuniones con las subsecretarías, direcciones generales y el Órgano Interno de Control para la presentación de la evidencia documental de los avances en la implementación de las acciones de mejora en la Secretaría, destacando las siguientes: actualización y difusión de los manuales de organización; difusión de la misión, visión y objetivos institucionales; difusión del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; difusión del Manual de Control Interno; establecimiento de mecanismos de quejas y denuncias; difusión de metas y resultados (informes de gobierno, de labores, de cuenta pública, de ejecución, programas de trabajo y sus avances, entre otros); actualización y difusión de medios de salvaguarda de información y bienes muebles.

En los órganos desconcentrados de la Secretaría, de las 552 acciones de mejora se atendieron 335 de septiembre de 2011 a mayo de 2012, lo que representa un avance de 60.7 por ciento. Dentro de las acciones implementadas destacan:

- Seguimiento de los posibles riesgos que identificaron y que se consideró importante generar acciones que permitieran una mejor operación y control de las operaciones.
- Seguimiento de indicadores y metas de los programas de acción específicos comprometidos para su mejora.
- Implementación de políticas y procedimiento de respaldo de información.
- Implementación de medidas de seguridad en materia de tecnología de la información y comunicaciones (TIC), como respaldos periódicos de información y obtención de licencias de *software* que, en coordinación con la Dirección General de Tecnologías de la Información, se cuenta con un control de otorgamiento de claves y contraseñas.
- Se elaboraron los inventarios de almacenes de activo fijo conciliados con registros contables y sus actas respectivas.
- Se dio seguimiento y difusión de los programas de trabajo.

CONTROL INTERNO 2011

En la aplicación de la Encuesta de Autoevaluación de Control Interno Institucional 2011 con corte al 30 de abril de 2012, participaron en las áreas centrales un total de 367 servidores públicos, distribuidos en tres niveles de control y con un grupo referido a tecnologías de la información, los cuales se distribuyeron de la siguiente manera: nueve en nivel estratégico, 43 en directivos, 303 en operativos y 12 en apoyo de TIC. El resultado fue de 64 por ciento.

PROGRAMA DE LA MEJORA DE LA GESTIÓN

El Programa de Mejora de la Gestión de la Administración Pública Federal pretende realizar acciones con el objetivo de maximizar la calidad de los bienes y servicios que presta la Administración Pública Federal, incrementar la efectividad de las instituciones y minimizar los costos de operación y administración de las

instituciones públicas federales. A partir de ello, en el periodo 2011, seis unidades de la Secretaría desarrollaron 15 proyectos de mejora de la siguiente forma:

- Fase 1 selección de iniciativa, en donde los proyectos fueron inscritos por la institución como propuestas para proyectos de mejora.
- Fase 2 de registros, se presentaron las actividades a realizar a lo largo del proyecto, divididas en etapas según sea la categoría del mismo, registrando las fechas y los responsables para la ejecución de las actividades.
- Fase 3 de avances del proyecto, se capturaron los avances realizados para cada actividad de los proyectos que se registraron en los planes de trabajo.
- Fase 4 ejecución del documento de cierre, en el cual se describieron los beneficios alcanzados, acciones correctivas, plan de aseguramiento de la mejora para el seguimiento de la calidad de los resultados del proyecto, lecciones aprendidas documentando el aprendizaje adquirido por los participantes en las diferentes etapas del proyecto, buscando conformar una base de conocimiento que proporcione información de gran valor para la institución en el desarrollo de proyectos a futuro.

CUADRO I.3 UNIDADES ADMINISTRATIVAS CON PROYECTOS DESARROLLADOS

NÚMERO DE PROYECTOS	UNIDADES
6	Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.
	• Mejora del Proceso de Referencia y Contrareferencia.
	• Mejora del Proceso de Clasificación Socioeconómica de Pacientes.
	• Mejora del Proceso de Capacitación de Cuotas de Recuperación.
	• Mejora del Proceso de Consulta Externa (en particular la consulta de primera vez).
	• Implantación del Expediente Clínico Electrónico.
	• Implementación de la Cita Médica Telefónica o por Internet en las Unidades Médicas.
1	Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.
1	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
4	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.
1	Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
2	Coordinación de Asesores del Secretario.
	• Eliminación y Actualización de Trámites del Registro Federal de Trámites y Servicios.
	• Actualización de Normas Internas Sustantivas de la Secretaría de Salud y sus Órganos Desconcentrados.
15	Total

FUENTE: Secretaría de Salud, México, 2012

Durante el periodo 2011 se concluyeron tres proyectos correspondientes a las siguientes unidades participantes: Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, y de la Coordinación de Asesores del Secretario. Continúan en proceso 12 proyectos con compromiso de término en 2012.

LEY DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL

Durante el periodo en comento, las oficinas del Secretario recibieron de la Unidad de Enlace de la Secretaría, 65 solicitudes para su atención, algunas de ellas referentes a temas generales que debieron analizarse para determinar si correspondía o no atenderse con el siguiente resultado:

- Se turnaron 27 solicitudes para su atención a las áreas correspondientes.
- Se proporcionó información a 34 solicitudes dentro del plazo establecido.
- En una se declaró inexistencia de información.
- Se presentó un recurso del IFAI con resolución favorable y dos con resolución desfavorable.

Los temas solicitados para su atención fueron sobre: viáticos y pasajes, salidas al extranjero, montos salariales, agenda del Secretario de Salud, currículas, contratos, convenios, procedimientos, certificaciones, datos del personal, certificación de documentos, estructura orgánica del personal y acta entrega recepción.

INFORME DE RENDICIÓN DE CUENTAS 2006-2012

Como cumplimiento al Acuerdo para la Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006-2012 y los Lineamientos para la Formulación del Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006-2012, la Secretaría de Salud ha elaborado y entregado a la Secretaría de la Función Pública el cronograma de actividades y las acciones y compromisos en proceso de atención, mismos que se atienden bimestralmente. Al corte, se concluyó la primera etapa del informe, que comprende el periodo del 1° de diciembre de 2006 al 31 de diciembre de 2011.

Por otra parte, se otorga asesoría y seguimiento a la elaboración del informe de rendición de cuentas en los órganos desconcentrados.

COMPROMISOS PRESIDENCIALES (2006-2012)

Por parte de la Red Federal de Servicios a la Ciudadanía de la Presidencia de la República se recibieron en la Secretaría de Salud del 1° de diciembre de 2006 al 31 de julio de 2012 un total de 45 compromisos presidenciales, los cuales fueron adquiridos en eventos, reuniones y giras de trabajo del Presidente de la República. Todos los compromisos adquiridos se han atendido en forma oportuna, logrando concluir 27 de ellos (63 por ciento) y los restantes 18 se encuentran en proceso.

Por otro lado, a 17 Compromisos Presidenciales referentes al Seguro Popular adquiridos en la administración anterior se les dio seguimiento y se concluyeron en 2011, con base en lo establecido en la Ley General de Salud.

1.1 UNIDAD DE ANÁLISIS ECONÓMICO

La Unidad de Análisis Económico (UAE) tiene como funciones desarrollar estudios y análisis económicos, y apoyar a las diferentes áreas de la Secretaría de Salud (SS) en el diseño y conceptualización de políticas de salud, mediante el uso del análisis económico y de las políticas públicas en salud como herramientas para identificar áreas de oportunidad y contribuir a mejorar el desempeño del Sistema Nacional de Salud.

Entre sus principales tareas se encuentra el diseño de instrumentos que permitan optimizar la asignación equitativa de recursos; promover políticas saludables sectoriales e intersectoriales y, fomentar la sustentabilidad financiera del sistema para mejorar las condiciones de salud de la población.

La UAE ha apoyado con análisis técnico-económico a la oficina del C. Secretario de Salud para preparar diversos documentos que se han utilizado en foros nacionales e internacionales por parte del C. Secretario para presentar los efectos positivos de la política de salud en México en términos de cobertura, afiliación, reducción de gastos de bolsillo y catastróficos, indicadores de salud y eficiencia administrativa.

Asimismo, la UAE participó de manera directa en los trabajos de la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y Otros Insumos para la Salud, coordinando el Comité de Evaluación Económica. Durante el proceso de negociación realizado en 2011, emitió recomendaciones en apoyo al equipo negociador, basadas en el análisis económico de los medicamentos. Asimismo, se elaboró un documento que constituye un recuento de las actividades de la Comisión desde su creación en 2008 hasta finales de 2011, dicho documento representó el punto de partida para la revisión del modelo de negociación, al considerarse necesaria la identificación de áreas de oportunidad del proceso llevado a cabo durante los primeros cuatro años de su operación, posteriormente se elaboró una propuesta de ajuste al modelo a fin de fortalecer la capacidad negociadora de la Comisión.

La UAE trabajó en coordinación con el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA) en la evaluación económica de estrategias de vacunación de *Pertussis* en mujeres embarazadas, los resultados se presentaron ante el Consejo Nacional de Vacunación para brindar información que apoyará la toma de decisiones al respecto.

En coordinación con el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), se desarrolló un análisis para estimar el impacto presupuestal que representará la provisión del tratamiento anti-

retroviral en la SS en el corto y mediano plazo. Igualmente, se realizó un análisis de costo-efectividad de los esquemas de tratamiento antirretroviral de primera y segunda línea, así como un análisis de costo-efectividad de estrategias de prevención contra el VIH, para apoyar las políticas nacionales en esta materia.

En coordinación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS), organizó el taller regional Economía de la Prevención de Enfermedades No Transmisibles y sus Factores de Riesgo, en el que participaron países de América Latina y representantes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Como resultado de este taller, se reconoció la necesidad de contar con evidencia sistematizada que pueda ser utilizada como elemento de análisis para la formulación de políticas públicas para promover el control de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo en la región.

También en coordinación con la OPS, se organizó una reunión con diferentes áreas de la SS a fin de analizar la conveniencia en términos económicos y la factibilidad tanto en términos legales como de procesos de adquisición y de control de calidad, de que México adquiera vacunas a través del mecanismo del Fondo Rotatorio de la OPS. Derivado de estas reuniones, se elaboró un documento técnico que resume las ventajas y desventajas de una posible participación de México en dicho mecanismo.

La UAE participó en dos subgrupos de trabajo conformados en el seno del Comité Nacional de Cáncer en la Mujer: Universalización de la Detección del Cáncer de Mama por Mastografía y en el de Financiamiento y Costeo. Los trabajos realizados en estos subgrupos están encaminados a brindar información para la implementación de la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011 para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama. Los primeros resultados se presentaron en la Vigésima Segunda Reunión Ordinaria del Comité Nacional del Cáncer en la Mujer. Adicionalmente, se está trabajando en un análisis de costo-efectividad e impacto presupuestal del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Los resultados apoyarán al proceso de implementación de la actualización a la norma oficial indicada.

Correspondió a la UAE coordinar los trabajos para establecer una metodología común que permita medir la satisfacción de los usuarios de servicios médicos del Sistema Nacional de Salud en los tres niveles de atención, de las tres principales instituciones públicas del país: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y Seguro Popular. Para tales efectos se revisaron las metodologías aplicadas en encuestas previas por cada una de las instituciones, para identificar reactivos comunes y homologar las escalas de medición.

La UAE trabajó en forma coordinada con el Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA) en el desarrollo de una estrategia nacional para fomentar el incremento de los trasplantes de córnea, así como en el costeo del proceso de procuración de órganos, esta estrategia está encaminada a incentivar un intercambio ordenado y consensuado de servicios entre instituciones públicas mediante el cual se apoye la eficiencia en el uso de los recursos públicos disponibles.

En el marco de la pasada contingencia sanitaria por el virus de la influenza A/H1N1, se concluyó el informe final sobre la evaluación del impacto en México de dicho padecimiento, en su versión revisada para el período 2009–2010. Este trabajo, corresponde a una revisión y actualización de la evaluación preliminar realizada en junio de 2009, en la que se actualizó la estimación del impacto financiero de la influenza tanto en el sector salud como en la economía en general.

Con el fin de impulsar las acciones encabezadas por el C. Secretario para lograr el viraje de la atención curativa a la preventiva, y en apoyo al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), la UAE ha dado seguimiento puntual a la implementación del Modelo de Habilidades para la Vida en 31 entidades federativas. El Modelo busca cambiar las actitudes y conductas del personal de salud y de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, a través de una metodología vivencial y participativa en tres ejes: promoción de la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida; prevención de la muerte de cuna acostando al bebé boca arriba y fomento del desarrollo cognitivo a través del juego y estimulación adecuada de los bebés, temas fundamentales en materia de prevención de salud infantil.

La UAE apoyó a la oficina del C. Secretario para preparar su participación en la conferencia Mexico's Social Protection in Health System and Formal Labor Markets, organizada por el Banco Mundial en sus oficinas de Washington DC el 31 de mayo y 1° de junio de 2012. Los trabajos consistieron en la revisión y sistematización de la literatura académica sobre los efectos del Seguro Popular en los mercados laborales, así como la presentación de los principales resultados económicos y de salud del SPSS. En la sesión de conclusiones, el Banco Mundial destacó el impacto positivo del Seguro Popular en la disminución del gasto privado en salud a través de mecanismos financieros que no han generado distorsiones relevantes en la economía mexicana.

Como parte de sus actividades de apoyo a otras dependencias del sector salud, la UAE atendió la solicitud de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) para realizar un estudio sobre los precios de adquisición de 395 claves de medicamentos. Se desarrolló una verificación exhaustiva en las bases de datos de adquisiciones de medicamentos de las instituciones de salud federales –IMSS, ISSSTE, institutos nacionales de salud (INSALUD), servicios de salud de PEMEX– así como de los servicios estatales de salud (SESA) e institutos de seguridad social para trabajadores de administraciones públicas locales. El estudio permitió identificar precios públicos de adquisición de medicamentos para 376 genéricos así como 19 patentados y establecer comparativos entre los precios observados en distintas instituciones.

La UAE, en coordinación con la CNPSS, dio seguimiento a investigaciones desarrolladas por el Centro de Investigación y Docencia Económicas, AC sobre las características de los afiliados al SPSS y los resultados en el gasto en salud. Entre los hallazgos destaca un aumento en la atención cubierta por el Seguro Popular, así como una disminución del gasto en salud de las familias afiliadas tanto en zonas rurales como en zonas urbanas. También en 2011 se apoyó a la CNPSS en el desarrollo del proceso de costeo de intervenciones de salud a ser incluidas en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPCGC).

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

Con el objeto de contribuir a lograr un clima de trabajo adecuado y a desarrollar las habilidades del personal de la SS para atender a los usuarios del Sistema Nacional de Salud, la UAE, en coordinación con el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, coordinó los trabajos de la Dirección General de Tecnologías de la Información (DGTI), la Dirección General de Recursos Humanos y la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos, para poner a disposición del personal, el curso en línea A,B,C, de la Igualdad y la No Discriminación, el cual forma parte del Programa Anual de Capacitación 2012, implantado por la Dirección General de Recursos Humanos.

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, asesora, coordina, supervisa y realiza el análisis y propuestas jurídicas para proporcionar los elementos que consoliden y sustenten las bases del derecho a la protección de la salud, en el marco de las atribuciones del Reglamento Interior de la Secretaría. En el periodo comprendido del 1° de septiembre de 2011 al 31 de agosto de 2012, informamos lo siguiente:

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA CONSULTIVA Y CONTENCIOSA

DIRECCIÓN CONTENCIOSA

En materia civil se representó legalmente a la Secretaría de Salud en 17 asuntos, ocho de los cuales fueron resueltos: tres en sentido favorable y el resto se encuentra en trámite. Se acudió a 75 comparecencias ante juzgados y a la fecha no se han recibido demandas nuevas.

Por otra parte, en materia laboral, se encuentran en proceso 819 juicios; se resolvieron 67 laudos en sentido favorable; se asistió a mil 754 audiencias, y se resolvieron 240 consultas.

En el ámbito penal, se encuentran en proceso de integración 21 averiguaciones previas; se acudió a 109 comparecencias ante el Ministerio Público y juzgados; se resolvieron 32 consultas y dos recuperaciones.

Con relación a lo contencioso administrativo, se encuentran *sub judice* 72 juicios, logrando resolver siete en sentido favorable; se otorgó asesoría jurídica al Consejo de Salubridad General (CSG) en la atención de tres juicios de nulidad; se atendieron 67 requerimientos del Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa y dos del Servicio de Administración Tributaria.

De septiembre de 2011 a agosto de 2012 en materia de amparo se concluyeron 354 juicios, 97.4 por ciento de ellos se resolvieron en sentido favorable; se recibieron 397 nuevas demandas de amparo, en 46 de ellas, se ejerció la representación presidencial. Para su atención se rindieron 593 informes de ley, 455 justificados y 138 previos. Se interpusieron cinco recursos de queja, 10 de revisión y nueve de revisión adhesiva.

Se asesoró al CSG en el seguimiento y atención de dos juicios de amparo, así como a la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud en un juicio de garantías.

DIRECCIÓN CONSULTIVA

Se atendieron mil 454 consultas y solicitudes de opinión, de las cuales se resolvieron 659 relativas a iniciativas, dictámenes y minutas en estudio, presentadas ante el Honorable Congreso de la Unión; se llevaron a cabo 521 consultas relacionadas con diversos temas del marco jurídico sanitario, y se dictaminaron 55 Normas Oficiales Mexicanas.

En apoyo a las actividades sustantivas de las unidades administrativas, órganos desconcentrados y sector coordinado de la SS, y en ejercicio de las atribuciones que confiere el Reglamento Interior para remitir los documentos que requieran ser publicados en el Diario Oficial de la Federación (DOF), se tramitó la publicación de 100 documentos; se elaboraron y registraron 33 nombramientos y se asistió a 225 reuniones de trabajo.

Se llevó a cabo la revisión y dictamen de 84 convenios, 47 acuerdos e instrumentos internacionales y 14 bases de colaboración, en los que la secretaría es parte, tanto en el ámbito nacional como en el internacional.

DIRECCIÓN DE CONTRATOS, DE ADQUISICIONES Y OBRAS PÚBLICAS

En materia de adquisiciones y obra pública, se participó en 112 sesiones de distintos comités y subcomités de la dependencia. Se asesoró en mil 132 asuntos y, se revisaron y elaboraron 41 instrumentos relacionados con proyectos de prestación de servicios para los Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAEs).

DIRECCIÓN DE APOYO TÉCNICO NORMATIVO

Durante el periodo de septiembre de 2011 a marzo de 2012 esta dirección, en calidad de Presidente Suplente del Comité de Mejora Regulatoria Interna, convocó a cuatro sesiones ordinarias, en las que se generaron 18 acuerdos, destacando la aprobación y publicación de 217 normas internas y la actualización de la Normateca Interna en el portal *web*: <http://www.comeri.salud.gob.mx>.

Se asistió como asesores jurídicos a cinco reuniones del Comité Técnico del Fideicomiso del SPSS y a 20 reuniones de trabajo de la Comisión Intersecretarial de Bioseguridad de los Organismos Genéticamente Modificados.

En materia de acceso a la información pública gubernamental, la Presidencia del Comité de Información, a través de la secretaría técnica que recae en esta dirección de área, convocó a 59 sesiones ordinarias y extraordinarias, y resolvió 105 solicitudes de información en términos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

DERECHOS HUMANOS

Con relación a los derechos humanos, se atendieron 22 quejas presentadas ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, de éstas 10 fueron concluidas sin responsabilidad para la SS y las restantes están en

espera de resolución; 148 solicitudes de información en vía de colaboración (búsqueda de desaparecidos); y dos recomendaciones que fueron aceptadas por la secretaría.

Se asistió a 49 reuniones ante el pleno, subcomisiones y grupos de trabajo de la Comisión de Política Gubernamental de la Secretaría de Gobernación (SEGOB). En el marco de los compromisos que México ha adquirido ante la Organización de las Naciones Unidas (ONU), se participó en la integración de tres informes que dan cumplimiento a la Convención sobre los Derechos del Niño, a la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y ante el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial. Asimismo se rindió un informe a la Relatoría Especial de las Naciones Unidas para el Derecho a la Alimentación, sobre las acciones realizadas por la SS en la materia.

Respecto a los asuntos ventilados ante el Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos, se atendieron 65 reuniones.

La participación en la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional, permitió recabar datos para la elaboración del diagnóstico mundial sobre la trata de personas con fines de extracción de órganos, su impacto en la atención médica, así como la identificación de las víctimas.

Se realizaron actividades de sensibilización, capacitación y prevención en materia de trata de personas, las cuales impactaron en el sector salud, en particular en la atención y detección de víctimas, cumpliendo con lo establecido en el Programa Nacional para Prevenir y Sancionar la Trata de Personas. Se integró en el Programa Anual de Capacitación de la Secretaría de Salud el curso ABC de la Igualdad y la No Discriminación.

En materia legislativa, se propuso la homologación de conceptos entre la propuesta de Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Trata de Personas y Delitos Relacionados y lo dispuesto en la Ley General de Salud, específicamente en el tema de extracción de órganos.

Se recibieron mil 449 peticiones en los términos del Artículo 8° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

1.3 DIRECCIÓN GENERAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL

La conducción de la estrategia y del programa de comunicación social de la SS y sus órganos desconcentrados, ha sido avalada por el C. Secretario y ejecutada conforme a la política pública en salud del Gobierno Federal. El mayor logro de la presente administración en materia de salud, se alcanzó con la Cobertura Universal, misión en la que la Dirección General de Comunicación Social fue un factor determinante al difundir en los medios de comunicación nacionales, estatales y regionales el derecho de la población de inscribirse y acceder a la atención y a los servicios médicos del sector público.

Conforme a las atribuciones que le otorga el artículo 19 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, esta Dirección llevó a cabo su actividad con estricto apego a las disposiciones legales emitidas por la SEGOB; con motivo de las elecciones federales, en el periodo que se informa puso especial atención a las establecidas en el Artículo 2 del Código Federal de Instituciones y Procedimientos Electorales (COFIPE).

En coordinación con otras instancias gubernamentales, se implementaron acciones para enfrentar el reto de disminuir los impactos sociales y económicos negativos que ha generado el incremento en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas ilícitas, que representan no solo un problema de salud pública, sino de seguridad nacional.

Entre el 1° de septiembre de 2011 y el 31 de agosto de 2012, se difundieron cinco campañas institucionales, dirigidas tanto a padres de familia como a jóvenes, cuya población es la más vulnerable a las adicciones, dando a conocer los Centros Nueva Vida (CNV) establecidos en todo el país y la red de ayuda a toda la población que lo requiera.

Con el objeto de mantener informada a la población sobre el cuidado de la salud y la prevención de enfermedades, se promovieron las siguientes campañas de difusión: Combate a la Obesidad, Prueba Perinatal del VIH/SIDA, Infraestructura Hospitalaria y Equipamiento Médico, y de Vacunación.

Mediante la comunicación permanente con las unidades administrativas de la secretaría y los representantes de los medios de comunicación se mantuvo la comunicación con todos los sectores de la población a través de:

- Difusión de ocho campañas institucionales
- Emisión y envío de 368 comunicados de prensa
- Concertación de 835 entrevistas con medios de comunicación, tanto del C. Secretario, como con funcionarios de primer nivel de la SS.
- Cobertura de 409 eventos.
- Elaboración de 21 artículos especiales.

El periódico México Sano, órgano interno de información de la SS, se consolidó como el medio idóneo para informar sobre las acciones y programas institucionales y se posicionó de esta manera frente a otras dependencias gubernamentales. En coproducción con la Dirección General de Televisión Educativa, se realizó el programa de televisión México Sano, México Fuerte cuyo objetivo fue llevar hasta los hogares, temas de interés para el cuidado de la salud familiar mediante entrevistas a médicos especialistas.

Como responsable de la imagen institucional, la Dirección General de Comunicación Social brindó atención personalizada a solicitudes formuladas por la ciudadanía en los medios de comunicación para su orientación y acceso a los servicios de salud. En este renglón, del 1° de septiembre de 2011 al 31 de agosto de 2012 se brindaron 826 apoyos a través de los hospitales federales de referencia (HFR) e INSALUD.

Respecto a la comunicación social al interior y exterior de la secretaría, de 2007 a 2011 se obtuvieron resultados ascendentes, sin embargo, debido a las disposiciones del COFIPE, en 2012 se registró un descenso de los mismos. La presencia institucional favorable registrada en los últimos cinco años en los medios de comunicación, no solo se mantuvo, se superó en 1.9 por ciento. En este ámbito, se registraron un total de 17 mil 592 notas, de las cuales solo 6.6 por ciento mostraron tendencias desfavorables.

CUADRO 1.4 FORTALECIMIENTO DE LA COMUNICACIÓN CON LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS PARA INFORMAR CON OPORTUNIDAD Y VERACIDAD SOBRE LAS ACCIONES Y PROGRAMAS INSTITUCIONALES A LA CIUDADANÍA Y AL PÚBLICO EN GENERAL

ACCIÓN	PROYECTOS	
	1° DE SEPTIEMBRE 2010 AL 31 DE AGOSTO DE 2011	1° DE SEPTIEMBRE 2011 AL 31 DE AGOSTO DE 2012
Asesorar a las unidades administrativas para el manejo de la información en situaciones comunes y emergentes.	888	575
Cubrir informativamente los eventos institucionales y giras de trabajo del Secretario y funcionarios de la secretaría.	441	409
Elaborar y enviar boletines de prensa a los medios de comunicación para su difusión.	620	368
Elaborar el periódico México Sano, como el órgano interno de comunicación y consulta.	7	7

FUENTE: Dirección General de Comunicación Social

CUADRO I.5 FORTALECIMIENTO DE LA RELACIÓN CON LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN PARA DIFUNDIR VERAZ Y OPORTUNAMENTE EL ESFUERZO QUE LA SECRETARÍA REALIZA PARA QUE TODOS LOS MEXICANOS TENGAN ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

ACCIÓN	PROYECTOS	
	1° DE SEPTIEMBRE 2010 AL 31 DE AGOSTO DE 2011	1° DE SEPTIEMBRE 2011 AL 31 DE AGOSTO DE 2012
Organizar y realizar conferencias de prensa del Secretario y funcionarios de la institución.	49	11
Promover entrevistas a funcionarios y especialistas de la secretaría.	991	835
Percepción institucional en los medios de comunicación (porcentaje de aceptación)	91.5 (favorable)	93.4 (favorable)

FUENTE: Dirección General de Comunicación Social

En la presente administración, la tarea de la Dirección General de Comunicación Social, constituyó un factor estratégico para combatir la incertidumbre en momentos críticos, impulsar políticas públicas y disposiciones legales en pro de la salud de la población, así como para difundir las directrices que permitieron superar los retos que tuvo que enfrentar la SS. Entre éstos destacó el brote del virus de la influenza A(H1N1), en 2009 y en 2012 el de influenza H7N3 en donde la efectividad de la comunicación permitió obtener la comprensión y colaboración de los distintos actores sociales, fundamental para su control. Con relación a la influenza A(H1N1) México obtuvo el reconocimiento internacional y de las autoridades de la OMS, tanto por las medidas adoptadas como por el manejo mediático de la situación.

1.4 COMISIÓN NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

Corresponde al Comisionado Nacional contra las Adicciones, ejecutar las atribuciones que las leyes otorgan a la SS en materia de prevención y control de las adicciones cuando su atención requiera de la participación y coordinación de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal (APF).

En 2011 se creó la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), así como el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC) y se dotó de mayores recursos a las entidades federativas para enfrentar esta problemática. Es importante destacar que en esta administración se destinaron más de seis mil millones de pesos, lo cual prácticamente triplicó los recursos aplicados en el sexenio anterior para impulsar la prevención y el tratamiento de las adicciones.

Con estos recursos se lograron establecer 335 CNV. Durante el periodo de 2009 a 2011 se atendieron a más de nueve millones 600 mil personas en acciones de prevención y tratamiento, entre las que se encuentran pláticas de sensibilización, sesiones de orientación y consejería, talleres a padres de familia y maestros, entre otras. Asimismo, en 2011 se aplicaron más de un millón y medio de pruebas de tamizaje en estudiantes de nivel medio para detectar a jóvenes con riesgo de consumo y se atendieron a 613 mil 85 personas con problemas de adicciones, a través de intervenciones breves, grupales y prevención de recaídas y, se realizaron más de 140 mil consultas de primera vez para la atención de las adicciones.

Se puso en marcha el Observatorio Mexicano de Tabaco, Alcohol y otras Drogas (OMEXTAD) para dar seguimiento oportuno al Programa de Acción Específico: Prevención y Tratamiento de las Adicciones, así como a los Programas contra la Farmacodependencia y contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas. Estos programas incorporaron la participación de 51 instituciones en seis estrategias, cinco objetivos sectoriales y siete intersectoriales, con más de 45 líneas de acción específicas que han logrado un alto impacto tanto en el ámbito de la prevención, la detección oportuna, la orientación, la consejería, el tratamiento de las adicciones, como en la rehabilitación y la reinserción social.

A través de los Consejos Estatales contra las Adicciones (CECA), se promovió la creación de Comisiones Estatales contra las Adicciones. Entre septiembre de 2011 y agosto de 2012, se establecieron siete nuevas comisiones.

En coordinación con las instancias de procuración e impartición de justicia y del Sistema Penitenciario, durante 2011 se otorgó tratamiento a 105 mil 533 personas consumidoras de drogas quienes se encontraban en conflicto con la ley.

En 2012 durante la Semana Nacional contra el Alcoholismo Compartiendo Esfuerzos, en la que participaron más de 25 instituciones locales y federales, así como 30 CECA, se logró impactar a más de tres millones de personas con la instalación en promedio de cuatro mil módulos de información pública.

En coordinación con las instituciones del sector laboral se elaboraron los lineamientos de la Estrategia de Prevención de Adicciones en el Ámbito Laboral que tiene por objetivo promover una política pública para la atención intersectorial de las adicciones en el sector productivo de nuestro país, mediante la instrumentación de programas preventivos, de tratamiento y de reinserción social para trabajadores que usan, abusan o dependen del consumo de sustancias psicoactivas.

En coordinación con la Secretaría de Educación Pública, la CONADIC y el CENADIC en el marco de la Estrategia Nacional de Escuela Segura, en 2008 se capacitó a 292 mil 494 docentes de secundaria. Durante la segunda etapa de la estrategia, realizada entre 2009 y 2011, se capacitó a 285 mil docentes de primaria. En todos estos esfuerzos merece destacar el papel que ha tenido el IMSS, a través de PREVENIMSS, mediante la capacitación de 114 mil 270 promotores adolescentes en temas de prevención de adicciones.

Uno de los logros más relevantes que ha tenido la presente administración lo constituye la Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida, que se enfoca a la sensibilización e información sobre las consecuencias del consumo; a la prevención selectiva para informar sobre factores de riesgo y protección, impactando desde su inicio en 2008, aproximadamente a más de 17 millones de personas.

La CONADIC coordina la difusión de los beneficios de los modelos de justicia alternativa para personas con adicciones, como una estrategia efectiva de reducción de la demanda de drogas, disminución de los índices de reincidencia delictiva y disminución de la sobrepoblación penitenciaria, así como la rehabilitación de las personas que a causa de su adicción cometieron conductas ilícitas. Lo anterior, brindando asistencia técnica a las entidades federativas, que por sus condiciones procesales, en el marco del sistema acusatorio penal, son factibles de operar este programa, además de contar con la infraestructura de tratamiento que permita brindar estos servicios, como parte integral del modelo. En este contexto, el Juzgado para el Tratamiento de Adicciones de Nuevo León decretó la libertad absoluta de 18 participantes que completaron satisfactoriamente los 18 meses de tratamiento establecidos en el programa.

Para el desarrollo de estos modelos, la Comisión ha fortalecido la comunicación y la vinculación con las instancias del sector público y académico de Estados Unidos y Chile, así como de organismos internacionales como la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) y la Oficina de las Naciones Unidas para el Control de las Drogas y la Prevención del Delito (ONUDD), en términos de asistencia técnica y capacitación.

Con el fin de cumplir los compromisos adquiridos por México en el marco de la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo de Alcohol de la OMS, se elaboró la propuesta de Ley General para Reducir el Uso Nocivo de Alcohol. Asimismo, se planteó un proyecto de iniciativa de modificación de la Ley General de Salud, con la que se amplía el alcance de acción al uso nocivo de alcohol y no solamente hacia el alcoh-

lismo, misma que fue aprobada por la Comisión de Salud de la H. Cámara de Diputados y se turnó a la H. Cámara de Senadores para su revisión y dictamen.

Con estas modificaciones se logra considerar el Uso Nocivo de Alcohol como materia de Salubridad General; proponer sanciones al que induzca, propicie, venda o suministre bebidas alcohólicas a menores de edad o incapaces; que la SS, a través del Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (STCONAPRA) determine los niveles de alcoholemia permitidos en conductores de vehículos y que proponga políticas fiscales y de precios al alcohol.

En el marco de la Iniciativa Mérida, destacan los proyectos que buscan la reducción de la demanda de drogas, entre los cuales se encuentran: la Red Nacional de Transferencia Tecnológica para la Atención de las Adicciones (RENADIC); la Plataforma para interconectar 400 puntos para intercambio de información y capacitación; el Programa Mexicano de Capacitación y Evaluación de Consejeros en Adicciones; la capacitación y acreditación de 600 consejeros en adicciones; la formación de redes comunitarias en ciudades fronterizas de México; la Red de Ensayos Clínicos en Adicciones y Salud Mental en México; la creación de la Unidad de Ensayos Clínicos y el desarrollo de dos protocolos de investigación.

En materia de vinculación internacional, durante el periodo que se informa, destaca la asistencia a las siguientes reuniones internacionales y regionales:

- XIII Reunión del Grupo de Expertos en Reducción de la Demanda de la CICAD, en Washington, DC, del 27 al 29 de septiembre de 2011.
- Visita oficial a México del Embajador Yury Fedotov, Director Ejecutivo de la ONUDD, 29 y 30 de septiembre de 2011.
- 50° Período Ordinario de Sesiones de la CICAD, efectuado del 2 al 4 de noviembre de 2011 en Buenos Aires, Argentina.
- Misión que la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) realizó en México del 11 al 14 de octubre de 2011.

1.5 UNIDAD COORDINADORA DE VINCULACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

Esta Unidad tiene como objetivo principal fungir como vínculo entre la SS y diversos órganos políticos federales y estatales con injerencia en el sector salud, así como convertirse en la instancia promotora de la participación social con capacidad de establecer acuerdos y realizar análisis en materia de participación social que favorezcan a la secretaría y den respuesta en el ámbito nacional o internacional. Esto a través de sus direcciones generales adjuntas, la coordinación del Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud (CONASA) y la Dirección General de Relaciones Internacionales.

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE VINCULACIÓN SOCIAL

Tiene como objetivo propiciar la participación de los órganos legislativos y sociedad civil, para construir los consensos necesarios en la planeación, instrumentación, fortalecimiento y evaluación de las acciones del sector salud.

En el periodo de este informe se trabajó en coordinación con la SEGOB y el Poder Legislativo, para impulsar reformas a la Ley General de Salud que fueron publicadas en el DOF sobre los temas mostrados en el cuadro I.6.

CUADRO I.6 REFORMAS A LA LEY GENERAL DE SALUD PUBLICADAS EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN 2011-2012

TEMA	FECHA DE PUBLICACIÓN
Cirugías estéticas	1° de septiembre de 2011
Guarderías	24 de octubre de 2012
Genoma humano	16 de noviembre de 2011
Trasplantes y hemoderivados	12 de diciembre de 2011
Comité hospitalario de bioética	14 de diciembre de 2011
Investigación en salud	14 de diciembre de 2011
Expediente Clínico Electrónico	16 de enero de 2012
Medicamentos huérfanos	30 de enero de 2012
Terceros autorizados	30 de enero de 2012
Atención geriátrica	30 de enero de 2012
Prescripción de licenciados en enfermería	5 de marzo de 2012
Información en salud en lenguas indígenas	5 de marzo de 2012
Derecho de usuarios de comunidades indígenas	5 de marzo de 2012
Creación del Instituto Nacional de Geriátrica	30 de mayo de 2012

FUENTE: Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social. Secretaría de Salud, 2011-2012.

Se emitieron opiniones institucionales —remitidas al Poder Legislativo a través de la SEGOB— respecto de 175 iniciativas: 56 de la Cámara de Senadores, 117 de la Cámara de Diputados y dos de congresos locales. Así como también, sobre 144 puntos de acuerdo: 73 la Cámara de Senadores, 31 de la Cámara de Diputados y 40 de congresos locales.

Se atendieron 496 peticiones médicas de legisladores. Se actualizó la base de datos de Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) a nueve mil 270 registros. Se realizaron cuatro talleres con Junior League of Mexico City y las secretarías de educación pública federal y del DF, en materia de sobrepeso y obesidad. Se generaron mecanismos de vinculación y fortalecimiento entre las OSC y los INSALUD, a través del Foro de Aproximación realizado en febrero y el Taller de Vinculación con OSC llevado a cabo en junio, en donde se acordó una agenda de complementariedad y un tercer encuentro de análisis de resultados programado para el mes de octubre.

Se presidió el Premio Nacional de Acción Voluntaria y Solidaria (PNAVS) 2011, otorgado el 7 de diciembre de ese año. En 2012 se han realizado cuatro reuniones del comité organizador para la entrega del PNAVS 2012 y se está trabajando para institucionalizarlo en la SS.

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA PARA LA COORDINACIÓN DE LOS SISTEMAS ESTATALES DE SALUD

La Dirección General Adjunta para la Coordinación de los Sistemas Estatales de Salud funge como una de las instancias para fortalecer el carácter normativo de la SS y servir como área de vinculación política entre el C. Secretario y las autoridades estatales de salud.

En el marco de las acciones impulsadas por el Gobierno Federal:

- Se cooperó en la coordinación, atención y seguimiento de la estrategia Todos Somos Juárez, Reconstruyamos la Ciudad. Destacando las acciones con motivo de su segundo aniversario, llevadas a cabo el 17 de febrero de 2012 donde, bajo la coordinación de Presidencia de la República, se estableció un diálogo con jóvenes y consejeros ciudadanos de la estrategia con el objetivo de promover la reconstrucción del tejido social, estrechar lazos entre gobierno y ciudadanía a través del diálogo para fortalecer los vínculos

existentes y fomentar la participación ciudadana. En el marco de dicha estrategia se elaboraron 175 síntesis informativas de Ciudad Juárez y 175 tarjetas con información de las secretarías de salud estatales.

- Se coadyuvó en la coordinación, atención y seguimiento de la estrategia Todos por Acapulco, coordinada por la Presidencia de la República. Dicha estrategia dio inicio el 30 de mayo de 2012 buscando la reconstrucción del tejido social con acciones integrales de cada una de las dependencias involucradas.
- Se impulsó el turismo médico, en el marco del Acuerdo Nacional por el Turismo, a través del fomento en los estados para la conformación de sus consejos consultivos estatales y de la promoción a través de Internet donde se informa sobre los hospitales y unidades médicas certificados por el CSG.
- Se asistió y dio seguimiento a los cuerpos colegiados en los que participa el C. Secretario de Salud y cuya suplencia recae en la titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social (UCVPS), así como a aquellos cuya titularidad recae en esta dirección general.

Durante el periodo de referencia se llevaron a cabo cuatro giras de contingencia, una en octubre de 2011 a Colima para la evaluación de daños ocasionados por el huracán Jova y tres en 2012 a Zacatecas, San Luis Potosí y Aguascalientes para evaluar los daños ocasionados por la sequía. Con relación a los programas sociales implementados por el Gobierno Federal y los gobiernos estatales, se realizaron dos giras a Chihuahua en donde, en el marco de la estrategia Todos Somos Juárez, se realizaron recorridos por el Centro Nueva Vida Altavista, el Hospital Infantil de Especialidades, el Hospital General, el Centro de Salud de la Colonia Senderos del Sol y la UNEME-DEDICAM, además del Hospital Infantil de Chihuahua. En otro tipo de acciones, se presentaron los resultados en adicciones y se realizaron reuniones de evaluación con directores de hospitales de Ciudad Juárez.

Es importante señalar que a partir del 1º de abril y hasta el 1º de julio de 2012, la cantidad de giras y eventos presidenciales se ven limitados por los lineamientos de la veda electoral que el Instituto Federal Electoral impone a los servidores públicos con motivo del proceso de elecciones.

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE COORDINACIÓN DE PROYECTOS ESTRATÉGICOS

Tiene entre sus facultades, proponer y participar en el desarrollo de estrategias que promuevan la participación de los sectores público, social y privado en materia de salud; por lo que durante el periodo reportado, en vinculación con dichos sectores, se realizaron las acciones que permitieron llevar a cabo la Cruzada Nacional por el Uso de la Bicicleta, a fin de promover su uso, combatir la obesidad y crear una cultura de hábitos saludables a través de la actividad física, durante la celebración de dichos eventos se proporcionó material de difusión con información sobre el cambio climático, salud y educación ambiental.

Asimismo, esta Dirección en representación de la SS y en coordinación con la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas y el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas, logró la formalización de dos convenios de colaboración; el primero con la Comisión para difundir una serie de mensajes en lengua indígena, con la finalidad de informar las rutas para el acceso a las unidades medicas móviles y sobre acciones de prevención y promoción de la salud; el segundo para promover el acceso y uso del Padrón Nacional de Intérpretes y Traductores en Lenguas Indígenas en colaboración con el Instituto.

Con la CNPSS, se inició la operación de un programa piloto en tres entidades: Distrito Federal, Estado de México y Puebla denominado: 11 Jugadas por la Salud, dirigido a jóvenes de primer grado de secundaria, con el propósito de promover la activación física a través del ejercicio, sensibilizarlos sobre la importancia de alimentarse sanamente y proporcionar información sobre el cambio climático y educación ambiental.

En colaboración con las Secretarías del Medio Ambiente y Recursos Naturales y Gobernación, la SS a través de esta Dirección, participó en el seminario Derechos Humanos, Salud y Medio Ambiente, en el que se logró reflexionar sobre la importancia de la relación que existe entre dichos temas y de cómo la participación de los diferentes sectores, en el ámbito de su competencia, es fundamental para lograr un equilibrio entre éstos. Los temas centrales del seminario fueron: reformas constitucionales en derechos humanos, medio ambiente, agua potable y saneamiento.

En materia de transparencia y acceso a la información pública gubernamental se coordinó el seguimiento y atención de 63 solicitudes de información pública turnadas a la UCVPS. Respecto a las peticiones que en materia de salud realiza la ciudadanía, a través de la Presidencia de la República, se canalizaron 724 peticiones a las instancias competentes con el propósito de que se brinde la atención debida; de éstas 57 fueron realizadas por presidentes municipales solicitando recursos e infraestructura para brindar atención médica; el resto fueron presentadas por ciudadanos demandando atención médica, medicamentos, apoyo económico o bien solicitando información sobre trámites y servicios en materia de salud y empleo.

DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

Es responsable de administrar los recursos humanos, financieros y materiales, así como de proporcionar los servicios generales y de apoyo que requiera la UCVPS y las áreas que de ella dependen. De septiembre de 2011 a agosto de 2012, realizó las siguientes actividades:

- Coadyuvó a la instrumentación de las políticas en materia de adquisiciones, arrendamientos, servicios y bienes muebles, a través de su participación en los Comités de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de Bienes Muebles de la SS.
- Participó en la atención oportuna de las solicitudes de información presentadas por el Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos.
- Apoyó administrativamente las reuniones del CONASA; a las instancias que organizan las giras del C. Secretario; y a los servidores públicos que participaron, con la representación de la SS, en reuniones y foros internacionales.
- Participó con la Dirección General de Relaciones Internacionales en el Comité de Selección de Becarios Internacionales, para apoyar a los profesionales mexicanos de salud seleccionados para realizar estudios de doctorado en el extranjero.
- Tramitó el pago de cuotas y aportaciones a organismos internacionales como la OMS y Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos.
- Llevó a cabo el mantenimiento preventivo y correctivo del parque vehicular con el que cuenta la UCVPS. Asimismo, realizó mejoras a los sistemas administrativos de gestión, almacén, control de viáticos y peticiones ciudadanas.

1.5.1 DIRECCIÓN GENERAL DE RELACIONES INTERNACIONALES

La Dirección General de Relaciones Internacionales promueve la cooperación internacional entre México y otros países, así como con organismos internacionales, a través de su participación en foros especializados en salud y de la suscripción de acuerdos e instrumentos internacionales.

La estrategia Integral para la Salud del Migrante representa un esfuerzo de corresponsabilidad binacional del Gobierno de México para preservar y mejorar la calidad de la atención de la salud de su población en el exterior con énfasis en la prevención y promoción; entre otras cosas, se busca a través de los Centros Comunitarios en Estados Unidos acercar al migrante y su familia a servicios de salud de primera mano mediante los siguientes programas:

- Ventanillas de Salud. Se proporciona información para incrementar el conocimiento y el uso de los servicios de salud entre la población mexicana que vive en dicho país; difunden programas de prevención y promoción de la salud, a través de ferias de salud, talleres y cursos en la materia. Para septiembre de 2011, se cumplió con la meta de contar con 50 ventanillas en operación, una en cada consulado de México en Estados Unidos. Adicionalmente, el 5 de marzo de 2012 se inauguró la Ventanilla de Salud Móvil en Kansas City, por lo que actualmente operan 51. En el periodo comprendido de septiembre de 2011 a junio de 2012, se atendió y benefició aproximadamente a 548 mil personas. A partir de junio de 2012 se implementó el modelo Segunda Generación de Ventanillas de Salud.

- Inauguración de la XI Semana Binacional de Salud. En octubre de 2011 se logró beneficiar a más de 400 mil migrantes de origen mexicano y se realizaron más de seis mil actividades de prevención y promoción de la salud del migrante.
- Foro Binacional de Políticas Públicas sobre Migración y Salud. Encuentro que se realizó el 4 de octubre de 2011 en San Antonio Texas y al cual asistieron 350 académicos y servidores públicos de ambos países.
- Semana Binacional de Salud Fronteriza. Su objetivo es proporcionar servicios de prevención y promoción de la salud en temas prioritarios para la población en ese territorio. Se atendieron aproximadamente 100 mil personas a través de 144 actividades.
- Programa de Repatriación de Connacionales Enfermos Graves. Se atendieron 57 solicitudes de apoyo de asistencia médica relacionadas con problemas renales, cerebrales y cáncer, entre otros.

México hizo entrega de la Presidencia del Comité Ejecutivo de la OPS durante 2011. Además, participaron técnicos especialistas nacionales en diferentes actividades de capacitación y actualización que fueron convocados por dicha organización, entre las que destacan las siguientes:

Del 1° al 2 de diciembre de 2011, en San Salvador, se llevó a cabo la XXXV Reunión del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA), donde se integró el Consejo de Ministros del Sistema Mesoamericano de Salud Pública (CMSMSP) que se reunió por primera vez el 28 de febrero de 2012 en la Ciudad de México. El 20 de junio del mismo año se llevó a cabo en Tela, Honduras, la segunda reunión del CMSMSP en la cual se trasladó la presidencia *Protempore* del Consejo a México. El Titular de la UCVPS recibió la presidencia en representación del C. Secretario de Salud.

El 19 de octubre de 2011 se recibió una delegación China encabezada por el Vicecomisionado de la Administración Estatal de Medicina Tradicional, con la cual se llegaron a acuerdos específicos respecto a las áreas de oportunidad en materia de cooperación. En el marco de los 40 años de la relación México-China, se realizó la reunión de la Comisión Binacional entre ambos gobiernos en donde se reiteró el interés por parte de la SS de avanzar en acciones específicas en el área de medicina tradicional.

Se firmó la declaración entre el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EU y la Secretaría de Salud para la implementación de las Guías Técnicas para la Coordinación de los Estados Unidos de América y México en los Eventos de Salud Pública de Interés Mutuo, con el fin de coordinar las actividades de respuesta ante los eventos epidemiológicos que involucren a ambos países y la suscripción del Acuerdo entre los Departamentos de Salud y Servicios Sociales y de Agricultura de EU y las Secretarías de Salud y de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación de México para fortalecer las actividades de cooperación en el ámbito de la sanidad de los alimentos para consumo humano, incluidos los alimentos para animales y medicamentos veterinarios utilizados en animales productores de alimentos.

En enero se celebró el Taller sobre Promoción y Estilos de Vida Saludables, en Roma, Italia, en el que participaron directivos de la SS para compartir la experiencia mexicana e identificar acciones de cooperación. En el marco de la Asamblea Mundial de la Salud, se firmó la prórroga por cinco años del Memorandum de Entendimiento entre el Ministerio de Salud de la República Italiana y la Secretaría de Salud de México en materia de salud y ciencias médicas.

Se participó en la Reunión de Alto Nivel sobre Enfermedades No Transmisibles, en Nueva York, durante septiembre de 2011, donde se adoptó una declaración que compromete a los estados miembros de la ONU a integrar políticas multisectoriales en las agendas de salud.

El embajador Yuri Fedotov, Director Ejecutivo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, realizó una visita a México en septiembre de 2011, en donde la SS dio a conocer las acciones sobre el control sanitario de sustancias prohibidas y la reducción de la demanda de drogas e investigación. También se recibió, en octubre de 2012, la visita de la Misión de Alto Nivel de la JIFE, donde se señalaron las acciones que el país realiza en prevención, tratamiento, rehabilitación y fiscalización de drogas.

Destaca la participación de la SS en la OMS durante las actividades siguientes: la Sesión Extraordinaria sobre la Reforma en el Consejo Ejecutivo (noviembre 2011); el 130° Consejo Ejecutivo (enero 2012); el 15° Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo (enero 2012); la 65ª Asamblea Mundial de la Salud (mayo 2012); la celebración de reuniones bilaterales con Estados Unidos, Canadá, Brasil, Indonesia, Italia, Reino Unido, ONUSIDA y el Fondo Mundial, así como también en el 131° Consejo Ejecutivo (mayo 2012).

En diciembre de 2011, se participó en la 12ª Reunión Ministerial de la Iniciativa de Seguridad Global en Salud, en París, Francia, donde se reconocieron los logros y la importancia de esta red para fortalecer capacidades técnicas de preparación y respuesta ante amenazas a la salud pública. En esa reunión, México llevó a cabo encuentros bilaterales con Canadá, Estados Unidos, Francia, Gran Bretaña y la OCDE.

Se organizó la Reunión de Alto Nivel para abordar los Riesgos Sanitarios de la Interfaz Humano-Animal y Ecosistemas (noviembre 2011), en la cual se logró un acuerdo para llevar a cabo el diseño, preparación, promoción y difusión sobre dichos riesgos.

Se participó en la 10ª Reunión del Comité de Salud de la OCDE, donde el país fue elegido para formar parte de la vicepresidencia de dicho Comité (diciembre 2011) y en la 11ª Reunión (junio 2012) para discutir sobre el plan de trabajo del bienio 2013-2014, así como para dar seguimiento a los asuntos prioritarios de la SS en el comité de salud.

En abril de 2012, se organizó el Foro Internacional Sustentabilidad de la Cobertura Universal en Salud: Compartir Experiencias e Impulsar el Progreso, con la presencia de representantes de 21 países y 110 asistentes nacionales. Se adoptó la Declaración de la Ciudad de México ante el compromiso con la cobertura universal.

Se coordinó la participación en el Foro Económico Mundial de Puerto Vallarta, en abril de 2012, con el tema Impacto de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en el Desarrollo y Crecimiento Económico. De igual forma, se participó en el Foro Mundial contra las Drogas en Estocolmo, mayo de 2012, con organizaciones no gubernamentales.

Se gestionó la participación de México en el evento Incluyendo Salud y Desarrollo en la Mitigación y Adaptación en el Cambio Climático y Decisiones en Río 20, en Durban, Sudáfrica, en diciembre de 2011. En preparación de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Desarrollo Sostenible Río 20, en junio de 2012, se coordinó, con el apoyo de OPS, un informe sobre desarrollo sustentable relacionado con los avances en materia de salud a 20 años de la última reunión sobre el tema. Como parte de los logros, se incluyó la salud como una contribución para fomentar el desarrollo sostenible.

1.5.2 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD

Desde su creación el CONASA ha evolucionado en vinculación directa con las necesidades de atención a la población en el ámbito de la salud, respondiendo a la transición que se presenta en la materia, para que el sistema nacional se encuentre a la altura de los retos y necesidades de nuestra realidad. Su misión es consolidarse como la máxima instancia de coordinación y acuerdo en materia de salud entre el Gobierno Federal, los gobiernos de las entidades federativas y las instituciones nacionales prestadoras de servicios de salud, bajo la rectoría de la SS.

Con el objeto de atender temas prioritarios y facilitar la realización de los trabajos del CONASA, se estableció la estrategia con comisiones y grupos de trabajo, teniendo las primeras un carácter permanente y los segundos un carácter temporal. De esta forma, se integraron en la administración 2000-2006, las Comisiones Jurídica y Administrativa, la de Salud Pública, la Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios y el Grupo Permanente de Trabajo del SPSS, sesionando este último un día antes de las reuniones nacionales del Consejo durante el período de diciembre de 2008 hasta marzo de 2012.

El Secretariado Técnico del Consejo coordina las reuniones propias del CONASA, promueve y da seguimiento a los acuerdos que emanan de dichas reuniones, así como a los que resultan en las comisiones permanentes y

grupos de trabajo. A su vez, coordina la interrelación para el fortalecimiento de los servicios de salud e identifica los factores que afectan la operación de éstos en las entidades federativas, además de gestionar las medidas aplicables para su mejora.

Entre septiembre de 2011 y agosto de 2012 se realizaron cuatro reuniones ordinarias nacionales de Consejo, dando seguimiento a 43 acuerdos. En total, en la presente administración se han establecido 675 acuerdos con un cumplimiento de 95 por ciento, entre los que destacan: el control de los brotes de dengue; atención de emergencias obstétricas; mortalidad materna; campaña Mídete; obesidad y enfermedades crónicas, entre otros. Para la conformación de la agenda en 2012, se agruparon los temas por bloques de acuerdo a los ejes temáticos de salud pública, prevención, calidad y homologación, integrándose las comisiones que se muestran en el cuadro I.7.

CUADRO I.7 COMISIONES DERIVADAS DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD

COMISIÓN	COORDINADOR	ESTADOS QUE LA INTEGRAN
Salud Pública	Titular de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.	Campeche, Guanajuato, Jalisco, Hidalgo, Nuevo León, Sonora y el IMSS
Administración y Finanzas	Titular de la Subsecretaría de Administración y Finanzas.	Coahuila, Durango, México, Michoacán, Morelos y Tlaxcala.
Protección Social en Salud	Comisionado Nacional de Protección Social en Salud.	Aguascalientes, Baja California, Chiapas, Nayarit y Tabasco.
Fortalecimiento de la Atención	Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud a través de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.	Chihuahua, San Luis Potosí, Sinaloa, Oaxaca y Puebla.
Comisión de Emergencias Epidemiológicas	Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud a través de la Dirección General del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.	Colima, Distrito Federal, Quintana Roo, Tamaulipas y Veracruz.
Comisión de Rectoría	Titular de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud	Baja California Sur, Guerrero, Querétaro, Yucatán y Zacatecas.

FUENTE: Acuerdo 5/XXI/RNOCONASA/2012 tomado en la XXI Reunión Nacional Ordinaria del Consejo Nacional de Salud, celebrada el día 9 de marzo del 2012 en Valle de Bravo, Estado de México.

El vínculo y la coordinación con los sistemas estatales de salud mediante la participación del Secretariado Técnico del CONASA en las reuniones de los órganos de gobierno de los organismos públicos descentralizados (OPD), constituye una excelente oportunidad para fortalecer los procesos de rectoría de la SS. En esta actividad se da seguimiento puntual a la aplicación estatal de las políticas de salud y a la coordinación entre el ámbito federal y las entidades federativas.

En este rubro, se realizaron 119 reuniones ordinarias y 12 extraordinarias en las que participó personal del Secretariado Técnico del CONASA en calidad de vocal y representante del Gobierno Federal, y se dio seguimiento a los acuerdos sobre temas prioritarios en el contexto de las políticas nacionales de salud. A partir de marzo de 2012 se ha fortalecido la presencia de la Federación con la designación de los subsecretarios, titulares de unidad, comisionados y directores generales como representantes federales ante los órganos de gobierno de los OPD.

Con el apoyo de la OPS, en el marco del Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2007-2012 y con base en los acuerdos del CONASA, el Secretariado Técnico a efecto de fortalecer la rectoría en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, y de los propios sistemas estatales de salud, ha promovido en las entidades la realización del Diagnóstico del Desempeño de las Funciones Rectoras en Materia de Salud, con la finalidad de encontrar áreas de oportunidad para fortalecer la coordinación sectorial, la formación de redes de servicios y la rectoría en materia de salud pública.

Asimismo, el Secretariado Técnico al ser parte de las instancias que reciben las peticiones ciudadanas que son enviadas a la Presidencia de la República y a la SS para que sean remitidas para su atención a las entidades federativas, en el periodo del presente informe, recibió y gestionó dos mil 700 peticiones, haciendo un total de 17 mil 701 en lo que va de la presente administración.

2. SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

2. SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

La Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS), antes Subsecretaría de Innovación y Calidad, cambió su denominación el 2 de febrero de 2010 a fin de dar cumplimiento a los objetivos planteados en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2007-2012 en materia de salud y en el Programa Nacional de Salud 2007-2012, alineándose a la estrategia 7.1 del PND la cual establece consolidar un sistema integrado de salud para garantizar el acceso universal a servicios de alta calidad. Así la SIDSS, con base en lo establecido en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, desarrolla políticas públicas orientadas al fortalecimiento y modernización de los servicios de salud.

En este sentido, para sentar las bases de la consolidación de un sistema integrado de salud, se diseñó el proyecto de Integración Funcional conformado por dos vertientes: la portabilidad y la convergencia. La primera de ellas, consiste en el impulso nacional del Expediente Clínico Electrónico (ECE), el Padrón Universal del Sector Salud, así como un mecanismo de identificación. La segunda vertiente engloba el desarrollo e implementación de Guías de Práctica Clínica (GPC), la Política Nacional de Medicamentos, el Intercambio de Servicios, la Planeación Sectorial de Recursos y la Formación de Recursos Humanos para la Salud.

En 2007 inició el proyecto para definir un marco conceptual para el desarrollo del ECE en las instituciones del sector salud proponiendo la interoperabilidad de sistemas, en este ámbito, a través del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, se logró la aprobación para la publicación de la NOM-024-SSA3-2010 del ECE publicada en el DOF el 8 de septiembre de 2010, en la cual se establecen los lineamientos, objetivos funcionales y funcionalidades con los que deberán contar los productos del sistema del ECE para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud. Con ello, se da inicio al proceso de evaluación y certificación de los sistemas de ECE, además se analizan Planes de Fortalecimiento Tecnológico Estatal para poder ser financiados a través de recursos del Seguro Popular y se proporciona asesoría para el despliegue de los sistemas de ECE institucionales de la SS, IMSS, ISSSTE y servicios de salud de las entidades federativas.

La SIDSS ha participado en las acciones para conformar el Padrón Universal de Beneficiarios del Sector Salud, lo cual implica la depuración de los padrones de las instituciones de salud tomando como referencia la Clave Única de Registro de Población (CURP); aunado a ello, en 2012 se formalizó entre la SS, el IMSS y el ISSSTE el Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Información, el cual apoyará las actividades de la conformación del padrón único de salud.

Las GPC surgen con el propósito de homologar la atención clínica en las instituciones del sector, con base en la mejor evidencia científica disponible y orientando el uso eficiente de los recursos. En 2007 fueron convocadas las instituciones del sector salud para desarrollar guías clínico-terapéuticas y protocolos de atención. A la fecha se han desarrollado un total de 485 guías que se encuentran disponibles en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica; para complementar estas acciones en el mes de junio de 2012 se autorizó en el pleno del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica la estrategia para su difusión e implantación en el Sistema Nacional de Salud.

Con el consenso de las instituciones del sector salud y otros sectores involucrados, en febrero de 2007, se formalizó el Compromiso para Establecer una Política Nacional para Garantizar la Suficiencia, Disponibilidad y Precio Justo de los Medicamentos, a la SIDSS le correspondió encabezar uno de los cuatro grupos dispuestos para dar cumplimiento a dicho compromiso y coordinar la instalación de la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud, creada por Acuerdo Presidencial publicado en el DOF el 26 de febrero de 2008.

La Comisión ha realizado los procesos de negociación con la industria farmacéutica de medicamentos con patente vigente del año 2008 a 2011, los cuales han involucrado un total de 188 claves y se han obtenido ahorros estimados por 16 mil 162 millones de pesos para las instituciones del sector salud. Desde 2009 a la fecha la SIDSS ha asumido el secretariado técnico de esta Comisión y actualmente se encuentra preparando el ejercicio de negociación para la compra de medicamentos en 2013.

Conforme a sus atribuciones, la Subsecretaría dirige la instrumentación de mecanismos innovadores para el fortalecimiento y modernización de los servicios de salud, estas acciones se vinculan con las estrategias de desarrollo de mejores instrumentos de planeación, organización y rendición de cuentas. En este sentido, se coordinó el proyecto de Integración Funcional del Sector Salud, orientado a una prestación más eficiente y equitativa de los servicios de salud, destacando el rubro de intercambio de servicios entre las instituciones del sector público. En primer lugar, se estableció el marco de referencia legal y funcional de dicho proyecto, tomando como modelo la operación de los HRAEs. Al respecto, se generaron convenios marco y se impulsaron instrumentos específicos sobre el intercambio de servicios.

De esta manera la SIDSS desarrolló y gestionó la formalización del Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios entre las Instituciones del Sector Salud y las Entidades Federativas, que tiene por objeto fijar los lineamientos generales para intercambiar servicios de atención médica y establecer las tarifas para la contraprestación de 376 intervenciones de alta especialidad y 113 del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) del Seguro Popular.

En materia de intercambio de servicios de salud se firmó el convenio de colaboración entre la SS, el IMSS y el ISSSTE para la atención de las emergencias obstétricas, como una estrategia para abatir la mortalidad materna a nivel nacional. En él se establecen los lineamientos generales para que en dichas instituciones se atiendan a todas las mujeres que presenten una emergencia obstétrica, sin considerar su afiliación a cualquier esquema de aseguramiento. Asimismo, se formalizó el primer Convenio Específico de Intercambio de Servicios de Salud, entre el IMSS, ISSSTE y los servicios de salud de Baja California Sur, con lo que se inicia la operación formal de este proyecto.

La SIDSS impulsó el crecimiento ordenado de los recursos humanos y físicos para la salud, a través de la planeación de la formación de profesionales de la salud y la operación del Plan Maestro de Infraestructura. Con ello se desarrollaron herramientas informáticas para la optimización de la toma de decisiones y el aprovechamiento de la infraestructura, recursos humanos y equipamiento de unidades médicas en todo el sector salud, coordinando la actualización del Plan Maestro Sectorial de Recursos para la Salud, lo que permite evitar duplicidades en nuevas inversiones y conectar las unidades médicas de las instituciones del sector en forma de redes georreferenciadas de servicios integrales de salud.

Por otra parte, en cuanto a la profesionalización y formación de recursos humanos, se fortaleció el Sistema Nacional de Residencias Médicas con acciones como la aplicación en formato electrónico del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM), logrando transparentar y dar seguridad al proceso. Este formato se aplica desde 2008 y, entre otras ventajas, permite conocer el resultado del examen el mismo día de su aplicación.

Otro elemento fundamental ha sido la promoción y el establecimiento de entrada directa a algunas de las especialidades como Geriatría en el año 2010 y de Neumología y Medicina Nuclear en 2011. Además, derivado de un análisis y diagnóstico de la situación del personal médico y de enfermería de servicio social, se estimó un incremento en las becas de este personal en más de cien por ciento, así como un reordenamiento de las plazas disponibles.

La puesta en operación y el seguimiento de los programas del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) y Caravanas de la Salud permitieron posicionarlos como programas prioritarios de la dependencia.

En 2007 se pone en marcha SICALIDAD como un programa que establece acciones específicas para mejorar la eficiencia, seguridad del paciente y satisfacción de los usuarios de unidades médicas con el obje-

tivo de brindar servicios de salud de calidad. El programa incentiva, a través de estímulos y capacitación, a la prestación de servicios con calidad; apoya a la prestación de servicios con la implementación de acciones específicas como el impulso de Gestores de Calidad, comités de calidad en unidades médicas, Avaes Ciudadanos, así como la acreditación de más de diez mil unidades médicas que prestan servicios a los afiliados al Seguro Popular.

Aunado a ello se impulsaron las campañas sectoriales: Está en tus Manos cuyo lema es una atención limpia es una atención más segura y se enfoca a reducir las infecciones relacionadas con la atención médica; la campaña Cirugía Segura Salva Vidas, la cual pretende sensibilizar y comprometer a los profesionales de la salud para mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos, y la campaña Bacteriemia Cero que tiene por objeto promover el uso adecuado del catéter venoso para reducir en los pacientes el riesgo de contraer infecciones del torrente sanguíneo.

El Programa Caravanas de la Salud se pone en marcha en 2007, su objetivo es llevar servicios de salud a la población que habita en las comunidades más alejadas y dispersas del país para reducir las desigualdades en la prestación de los servicios de salud, mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables, además de promover la adopción del enfoque de interculturalidad en la prestación de servicios de salud, de manera prioritaria en zonas indígenas a fin de alcanzar la meta de brindar cobertura de servicios de salud a 20 mil localidades con el Índice de Desarrollo Humano (IDH) más bajo del país.

Con el objeto de continuar con el fortalecimiento de la infraestructura y equipamiento de las Unidades Médicas Móviles (UMM) de las entidades federativas, se ha coadyuvado en la transferencia de recursos a los estados, con lo que a la fecha el programa opera con mil 448 unidades, logrando una cobertura de más de 21 mil localidades ubicadas en mil siete municipios del país, donde se estima existen 3.8 millones de personas beneficiadas.

A través de la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED), se realiza la evaluación del Sistema Nacional de Salud, de los servicios de salud y de los programas prioritarios de la SS, así como el seguimiento y medición de indicadores específicos para el cumplimiento de las metas establecidas del Programa Nacional de Salud 2007-2012; además la DGED coordina e integra anualmente los informes de Rendición de Cuentas, Informe de Labores, el apartado de Salud del Informe de Gobierno, el Observatorio del Desempeño Hospitalario (ODH) y el Informe de Ejecución, entre otros.

2.1 DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD

De enero de 2007, fecha en que inició el Programa Caravanas de la Salud, a mayo de 2012, se han incorporado mil 448 UMM cubriendo a mil siete municipios y 21 mil 414 localidades, en beneficio de tres millones 830 mil 558 personas. De enero a junio de 2012, se han otorgado seis millones 894 mil 423 atenciones, 16.3 por ciento más que en el mismo periodo de 2011. De las 644 UMM adquiridas con recursos federales, el 87.1 por ciento ha cumplido con los procesos de acreditación.

Derivado de la suscripción de Convenios Específicos de Transferencia de Recursos, durante el ejercicio 2011 se canalizaron 356.2 millones de pesos a las entidades para la operación de 644 UMM adquiridas por la Federación para el financiamiento de servicios personales, viáticos y gastos de camino del personal operativo y directivo de las coordinaciones estatales. En 2012 se autorizaron al programa recursos federales por 410 millones de pesos.

Durante esta administración, la Federación ha adquirido 893 UMM equipadas, 634 para nuevas rutas y 259 para sustitución de unidades que cumplieron su vida útil. Para el 2012, se tiene programado adquirir 133 UMM adicionales, de las cuales 88 serán para la creación de nuevas rutas con las que se atenderán 997 localidades en 65 municipios en beneficio de 125 mil cincuenta y seis personas y 45 más para sustituir las que ya han cumplido su vida útil.

El Plan Maestro de Infraestructura en Salud (PMI) se ha mantenido actualizado a través de variables básicas de infraestructura de las redes de servicios de salud, para que continúe siendo el instrumento rector a nivel nacional que racionaliza la inversión sustentable. Como resultado de esta acción, 26 entidades actualizaron su Plan Maestro y 412 acciones de infraestructura se dieron de baja, lo que implicó una reducción de 7 por ciento de registros.

El Diagnóstico de Salud se implantó como instrumento metodológico en materia de planeación, para incorporar características sociales, demográficas, económicas y epidemiológicas de la población, infraestructura disponible, principales riesgos y daños a la salud, y factores determinantes al proceso de planeación.

Se concluyó el desarrollo de la herramienta *web* SIGPLADESS, que ejecuta análisis de forma dinámica y refleja resultados de manera automatizada sobre un mapa georreferenciado a partir de la información generada por Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Consejo Nacional de Población (CONAPO) y diversas áreas de la SS, apoyando así la toma de decisiones en la planeación de la Infraestructura Física en Salud.

Se automatizó la elaboración y gestión de la solicitud de Certificado de Necesidad en el SIGPLADESS, con lo cual se consolida como instrumento indispensable para acceder al financiamiento federal de infraestructura. De septiembre de 2011 a junio de 2012 se emitieron 377 Certificados de Necesidad para acciones de infraestructura en salud, que sumados a los emitidos de 2007 a 2011, acumulan cuatro mil 535 certificados, 755 anuales en promedio.

Se integró el Mecanismo de Planeación para 2013, en el que se incluyó al total de las entidades federativas, órganos desconcentrados, organismos descentralizados y áreas centrales de la SS registrando un total de dos mil 981 proyectos y programas de inversión de corto, mediano y largo plazo. Este ejercicio de planeación es indispensable para aprovechar al máximo las inversiones en salud. En el análisis y priorización se incorporaron tres elementos esenciales: el estatus de la obra con énfasis en la conclusión de obras iniciadas; la afiliación de beneficiarios del Seguro Popular, cuya prioridad se centró en las zonas con bajo nivel de desarrollo, así como las redes prioritarias de atención, en las que se incluyeron factores como la reducción de la muerte materno infantil, la prevención y diagnóstico temprano de enfermedades crónicas y cáncer, entre otras.

Como parte de los procesos de innovación y de mejora continua, fueron adecuados con aportaciones de las áreas expertas de la SS, los modelos arquitectónicos de las Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES) del Centro Ambulatorio de Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS); Centro de Atención y Prevención de Adicciones (CAPA); Sobrepeso, Riesgo Cardiovascular y Diabetes Mellitus (SORID), ahora llamada EC.

En lo concerniente a lineamientos de planeación de infraestructura se realizó la Segunda Reunión Nacional de Planeación de Infraestructura en Salud 2011, los días 14 y 15 de octubre, para fortalecer los procesos relacionados con el Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud con personal operativo de las áreas de planeación de las entidades federativas. Se impartieron cuatro talleres de inducción con los estados de Nayarit, Oaxaca, Quintana Roo y Tamaulipas. Asimismo, se compartieron experiencias de la atención oncológica con los estados de Quintana Roo y Sinaloa, y se participó en la Cuarta Semana Internacional de Integración y Desarrollo del Sector.

En cuanto al diseño e instrumentación de la Política Nacional de Medicamentos se avanzó en tres acciones sectoriales:

- La sistematización de información sobre medicamentos, a través del desarrollo del Centro Sectorial de Gestión Web de Información sobre Medicamentos (CESMED) que inició operaciones en 2011. El sistema ofrece a 65 entidades e instituciones del sector información sobre áreas de oportunidad, precios y volúmenes comparativos en la compra de medicamentos. En este sistema se recibió 82 por ciento de información de compras y 91 por ciento de planeación.
- La Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) participó activamente en el cuarto proceso de negociación de precios de medicamentos patentados a cargo de la Comisión Coor-

dinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos e Insumos para la Salud. Para este año se negociaron 156 presentaciones con 25 laboratorios y se obtuvo un ahorro directo por 973 millones de pesos (5.8 por ciento del importe total estimado y 51 por ciento más que en 2010).

- Finalmente, se impulsó un modelo de compra pública basado en la coordinación y consolidación de volúmenes de medicamentos.

En el marco de acciones para mejorar el desempeño del Sistema Nacional de Salud, se inscribe el desarrollo del Sistema Institucional de Costos que cuenta desde 2010 con el módulo de percepciones de recursos humanos. Durante el segundo semestre del 2011, en la segunda etapa de desarrollo, se complementó con módulos de contabilidad, depreciación de bienes muebles e inmuebles, costos directos, costos totales y costos promedio de servicios otorgados en unidades médicas de la SS. En 2012 se llevan a cabo pruebas y ajustes a los módulos desarrollados a través del trabajo con una muestra de unidades.

En seguimiento al intercambio de servicios se realizó lo siguiente:

- De enero a mayo de 2012 se registraron 438 casos de Atención a la Emergencia Obstétrica, (246 maternos y 192 neonatales), que sumados a los 526 (320 maternos y 206 neonatales) registrados desde agosto de 2011, fecha en la que inició el sistema de registro, a diciembre de 2011, acumulan 964 casos (566 maternos y 398 neonatales). Estas atenciones oportunas consolidan el esfuerzo sectorial en favor de las pacientes y sientan las bases para la atención integrada.
- En cuanto a intercambio planificado, el 1° de septiembre de 2011 se conformó la Comisión Interinstitucional para la Operación del Acuerdo General de Colaboración de Intercambio de Servicios en el Sector Salud, con participación de la SS, los servicios estatales de salud de Oaxaca y Sonora, la CNPSS, la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), el IMSS e ISSSTE.
- En noviembre de 2011, se aprobaron reglas de operación, líneas de trabajo y estrategias de difusión de dicho Acuerdo. Se publicó en las páginas *web* de las instituciones participantes: el Acuerdo General de Colaboración de Intercambio de Servicios y el Manual de Lineamientos para el Intercambio de Servicios en el Sector Salud. Asimismo, se dio a conocer la liga de acceso a los secretarios de salud, delegados y directores de hospitales.
- Se identificaron 388 intervenciones como potenciales de intercambio, de las cuales 134 son con tarifas nuevas que se adicionan al Catálogo Nacional de Servicios, Intervenciones, Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento.
- Se analizó la oferta y demanda por tipo de unidad médica, de las instituciones participantes a partir de las cuales se identificaron 411 intervenciones potenciales de intercambio en 18 entidades federativas.
- Se generó un modelo de convenio específico de intercambio de servicios y el 15 de junio se firmó el primer Convenio Específico en Baja California Sur.

En relación con la Medicina Tradicional, para propiciar acuerdos de interrelación hacia la disminución de la mortalidad materna, de septiembre 2011 a junio de 2012, se realizaron Encuentros de Enriquecimiento Mutuo entre personal de salud y parteras tradicionales en municipios de Chihuahua, Hidalgo y Chiapas con la participación de 209 personas.

Con respecto al Modelo de Atención Intercultural y Humanizado a las Mujeres en el Embarazo, Parto y Puerperio, a partir de septiembre de 2011 se capacitó al personal médico relacionado con atención obstétrica en hospitales de Campeche, Chihuahua, Distrito Federal, Estado de México, Jalisco, Morelos, Oaxaca, San Luis Potosí, Querétaro y Yucatán. En colaboración con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) se proyectan tres centros de capacitación en este modelo, en el Hospital Ajusco Medio, DF, en Tlalixtac de Cabrera, Oaxaca y en Cd. Valles, San Luis Potosí.

Para la capacitación intercultural al personal de los servicios de salud, de septiembre a octubre de 2011 se realizó el curso virtual Interculturalidad en Salud, para personal directivo y operativo del Consejo Nacional Contra las Adicciones con 102 participantes de todo el país. En 2012, del 9 marzo al 27 de abril, se realizó el 4° Curso Presencial-Virtual para Directivos de la SS, con 42 participantes incluyendo funcionarios de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas y del Instituto Nacional de Lenguas Indígenas.

En el contexto del proyecto Acciones Integrales de Salud en el Municipio de Chilón en Chiapas, la DGPLADES impartió el curso en línea de Interculturalidad en Salud con la participación de 72 funcionarios estatales, jurisdiccionales y de las unidades de salud, y desarrolló el proyecto Acciones Integrales para la Atención a la Salud.

En octubre de 2011 se presentaron en la página electrónica de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud, las guías técnicas para la estructuración de planes de estudio de acupuntura, herbolaria y homeopatía. En noviembre de 2011 se presentaron los resultados de la implantación del modelo de Qi Gong (Chi Kum) en unidades médicas del ISSSTE, DIF e IMSS de la Zona Metropolitana, Estado de México y Morelos.

2.2 DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD

La Dirección General de Información en Salud (DGIS) es la instancia encargada de promover el establecimiento de un Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), útil para la toma de decisiones en políticas públicas en materia de salud.

Derivado de las tendencias internacionales en materia de tecnologías de la información, tales como el uso de redes sociales, *web*, entre otros, basadas principalmente en intercambio de información en ambientes distribuidos y no en la concentración de la información en una plataforma única, la DGIS impulsó iniciativas con el propósito de sentar las bases para que el SINAIS cumpla con los protocolos internacionales de intercambio de información, respetando las inversiones de los participantes de dicho sistema.

Por lo anterior y debido a su complejidad, en noviembre del 2011 se decidió diseñar una estrategia incremental para obtener resultados en el corto plazo y evolucionar paulatinamente con una base sólida, logrando evitar grandes inversiones y hacer más eficiente el uso de recursos. En este sentido, como primer incremento se planea el intercambio de información básica de beneficiarios, afiliados, derechohabientes y profesionales de la salud, buscando que para 2012 se cuente con un Padrón General de Salud que deberá ir evolucionando. Se resaltan tres acciones para el intercambio de información:

1. El 22 de junio de 2012 se firmó el Convenio General de Colaboración entre los titulares de la SS, el IMSS y el ISSSTE con fundamento legal en el Artículo 7 fracción X de la Ley General de Salud. Dicho Convenio tiene como propósito el intercambio de información como requisito indispensable para el intercambio de servicios, logrando con ello la sustentabilidad de la universalidad en la prestación de servicios de salud.
2. Acuerdo Secretarial que, como instrumento jurídico, obliga al intercambio de información a todas las instituciones que presten servicios de salud en el país. Este intercambio se realizará por etapas, la primera corresponde a las instituciones del sector salud del Gobierno Federal; la segunda, previo a la firma del convenio de adhesión, a las entidades federativas; y la tercera al sector privado (éste último solo deberá entregar información, más no se le intercambiará). El proyecto de acuerdo se encuentra publicado desde junio de 2012 en la página *web* de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria (COFEMER), como requisito para que expida la exención de la Manifestación de Impacto Regulatorio y la constancia de publicación del mismo, como requisitos previos para someterlo a firma del C. Secretario de Salud y publicarlo en el DOF.
3. Como resultado de las observaciones del sector salud, a finales de 2011 se iniciaron las modificaciones a la NOM-024-SSA3-2010. Se realizaron 10 sesiones del Grupo de Trabajo Interinstitucional en el que participaron 21 unidades, dependencias y academia. Se realizó una consulta nacional con las 32 entidades federativas y 48 organizaciones públicas y privadas, de la cual se obtuvieron observaciones y comentarios.

Por otro lado, se continuó con los trabajos para actualizar la NOM-040-SSA2-2004, en materia de Información en Salud y su respectiva Manifestación de Impacto Regulatorio. El anteproyecto se encuentra en revisión en la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos.

La DGIS como responsable de coordinar la generación de información ágil, veraz y oportuna, inició los trabajos para el desarrollo de un Centro de Inteligencia en Salud (CISALUD), conceptualizado como un ins-

trumento para brindar información accesible, con calidad y oportunidad por medio de la tecnología y procesos de información eficientes y portables sobre: mortalidad y nacimientos, servicios otorgados, recursos humanos y físicos, gasto en salud, población y cobertura.

Se trabajó para mejorar el uso del Catálogo de la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) para los subsistemas de información que conforman el SINAIS. Este catálogo se ha consolidado como el identificador único para las unidades que prestan servicios de salud a nivel nacional. En 2011 se realizaron actividades relacionadas con el uso e importancia del catálogo con proveedores y usuarios de la información de recursos físicos, humanos y equipo médico a fin de identificar las variables y estrategias que incrementen la calidad y oportunidad de la misma. Se identificaron las necesidades de información de los programas y estrategias nacionales y se definieron los cambios que se incorporarán al portal del Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS). Asimismo, se llevó a cabo un censo de equipo médico en 583 hospitales de los SESA, con el fin de identificar de un listado de 50 equipos, la existencia y estatus funcional de cada uno de ellos.

Con la finalidad de actualizar el Subsistema de Prestación de Servicios (SIS) de la Secretaría de Salud, en marzo del 2012 se iniciaron reuniones con los distintos programas de salud del nivel federal para conocer sus requerimientos. Esta actualización proporcionará a los usuarios del SIS, información para la construcción de indicadores, cumplimiento de metas y toma de decisiones. Se trabajó de manera coordinada con la CNPSS para evitar, desde su origen, duplicidad de esfuerzos en el manejo de la información, incrementado su calidad y eficiencia en el uso de los recursos institucionales.

Se coordinó el trabajo de los grupos interinstitucionales que tiene a su cargo la DGIS como son: el Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud (CTESS) conformado por diversas instituciones del sector y el Centro Colaborador para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS en México (CEMECE). En relación con el CTESS, se realizaron las seis reuniones que se tenían programadas en el año 2011, en 2012, se han realizado tres de las seis reuniones programadas, logrando consensos en materia de información en salud.

El CEMECE en 2011, impartió cursos de capacitación en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, así como de codificación con la Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Revisión (CIE-10) y de la Clasificación de Procedimientos de la CIE-9-MC. Asimismo, se capacitó a 318 médicos del país sobre búsqueda intencionada de muertes maternas. Se implementó el curso *web* sobre Codificación de Información Médica con base en la CIE contando a fines de 2011 con una matrícula de 550 alumnos tanto nacionales como de El Salvador, Honduras, Ecuador, España, Guatemala y Venezuela.

En el ámbito internacional y en colaboración con la OPS/OMS se realizó un curso para formación de instructores de la CIE en Ecuador para participantes de Bolivia y Ecuador, asesorando además a sus codificadores.

En 2011 la DGIS participó en diversos comités técnicos especializados como representante de la SS, a través del desarrollo y seguimiento de planes de trabajo, análisis de normas técnicas y lineamientos metodológicos con el fin de generar información homogénea y comparable en el marco del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica.

En febrero del 2012, el grupo inter-agencias (OMS/UNICEF/UNFPA y Banco Mundial) reconoció el trabajo desarrollado en nuestro país para corregir la subestimación de la mortalidad materna, mediante la búsqueda intencionada y reclasificación de muertes que considera la investigación de los casos confirmados y sospechosos. En la publicación sobre el avance de los países en el cumplimiento de los compromisos del milenio *Trends in Maternal Mortality: 1990-2010*, la estimación para México toma en cuenta este esfuerzo nacional, por lo que las cifras publicadas son consistentes con las que se difunden en nuestro país.

Respecto al Certificado de Nacimiento, se evaluó la implementación del Certificado Electrónico de Nacimiento, que involucra varios cambios en materia de procedimientos para su adopción, obteniendo beneficios a largo plazo tales como el desecho de papel, implementación de los estándares internacionales, mejores prácticas de documentos electrónicos confiables y uso de firma electrónica avanzada para el sector salud.

Mediante el seguimiento a los indicadores de cobertura oportuna para nacimientos a fines de 2011 se alcanzó una cobertura nacional con respecto a las proyecciones del CONAPO basadas en el conteo 2005, de 112.5 por ciento. A nivel estatal, Tabasco, Colima y Baja California Sur presentaron las coberturas más altas, mientras que Quintana Roo y Chiapas no superaron 90 por ciento.

En lo que respecta a la calidad de la información de las defunciones, se han tenido avances importantes debido al impulso del CEMECE, que capacita al personal de estadística de los estados en materia de codificación de la causa básica, así como la búsqueda, estudio y reclasificación de las muertes maternas. Un estudio publicado recientemente por el Institute for Health Metrics and Evaluation basado en algunas unidades médicas del país, reveló un nivel aceptable de concordancia entre el expediente clínico y el registro de las causas en el certificado de defunción. En cuanto a los esfuerzos realizados por la SS para mejorar la calidad de información de mortalidad, el 29 de diciembre de 2011 la DGIS publicó en el DOF el acuerdo que modifica los certificados de defunción y muerte fetal de 2012. Se continúa con el procedimiento para la recuperación de registros de defunciones certificadas con la posibilidad de que éstos sean de manera electrónica. A partir de la tercera copia del certificado de defunción se recupera la información de las defunciones certificadas que no fueron inscritas en el Registro Civil.

Con la implementación de la metodología para la estimación de la tasa de mortalidad infantil la DGIS se alineó con las recomendaciones que hace la ONU. Para 2011 la tasa de mortalidad infantil estimada fue de 13.7 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos estimados (NVE) y para 2012 se estima será de 13.2. Se continuó con la búsqueda intencionada y reclasificación de las muertes maternas, se espera reclasificar alrededor de 120 defunciones de mujeres las cuales no fueron identificadas en un inicio como muerte materna, esperando obtener para 2011 una Razón de Mortalidad Materna (RMM) de 50 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos.

Con el fin de generar información de gasto en salud que permita la comparabilidad en el tiempo y entre países, se incorporó un formato que lo clasifica de acuerdo a las funciones de atención a la salud, con el objeto de obtener datos de cuatro grandes componentes: servicios de atención a la persona; de atención a la comunidad; rectoría y funciones relacionadas con la salud. Lo anterior, permitirá dar respuesta a los requerimientos de información de organismos internacionales como la OCDE, OMS, CEPAL, entre otros. También se trabajó en la conciliación metodológica entre el Sistema de Cuentas en Salud a nivel federal y estatal de la SS y la Cuenta Satélite del Sector Salud del INEGI, lo que ampliará la generación de información del sector.

En lo que se refiere al Sistema Nacional de Expediente Clínico Electrónico, la DGIS emitió su opinión respecto del cumplimiento que los sistemas de diferentes proveedores tienen con base a la NOM-024-SSA3-2010. Por otra parte, en marzo de 2012 la DGIS y la CNPSS dieron a conocer los nuevos lineamientos para la presentación y autorización de proyectos tecnológicos en el marco del Anexo IV del Acuerdo de Coordinación entre los gobiernos estatales, el Distrito Federal y la Comisión.

En relación a la difusión electrónica, se actualizaron los contenidos y publicaciones de las páginas del SINAIS, la DGIS y del CEMECE, así como los cubos dinámicos de información. De igual modo, la DGIS participó en la 4ª Semana Internacional de Integración y Desarrollo del Sector Salud.

Finalmente, en lo referente a información demográfica, la DGIS desarrolló los proyectos Estimaciones de las Tendencias de Vida y Tasas de Mortalidad por Principales Causas de Muerte en México, 2010-2020 y el de Estudio Sociodemográfico con Enfoque en Salud sobre la Población Adulta Mayor que Reside en los Municipios con Menor IDH.

2.3 DIRECCIÓN GENERAL DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

Como parte de las atribuciones establecidas en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud a la DGED le corresponde, entre otras, coordinar la realización de las evaluaciones del desempeño de los sistemas nacional

y estatales de salud; de los programas prioritarios y especiales de salud y de los servicios de salud del sector, así como coordinar las actividades para la elaboración de los informes institucionales. Para dar cumplimiento a estas atribuciones las direcciones de área que la conforman han desarrollado, de septiembre de 2011 a agosto de 2012, las siguientes acciones:

La Dirección de Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud (DEDSS) a partir de noviembre de 2011 efectuó la difusión del Informe Rendición de Cuentas en Salud 2010, instrumento a través del cual la SS continúa fortaleciendo los mecanismos de rendición de cuentas y acceso a la información pública, al someter al escrutinio de la sociedad los avances que ha logrado el sector salud en materia de cumplimiento de las metas estratégicas del PROSESA 2007-2012 y de las correspondientes a los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Como parte de los compromisos con los SESA, la DEDSS les envió, en mayo de 2012, las cifras 2010 de los Indicadores de Resultado, aprobados desde el 2002 por el CONASA. Estos proporcionan evidencias sobre la situación que guardan los objetivos instrumentales o intermedios de los sistemas de salud en los estados en materia de condiciones de salud, disponibilidad y accesibilidad, calidad técnica e interpersonal, aceptabilidad, eficiencia, sustentabilidad y anticipación, información que apoya los procesos de planeación, gestión y rendición de cuentas en los SESA.

Asimismo, y como parte de las acciones en materia de evaluación del desempeño, de febrero a junio de 2012 la DEDSS coordinó entre las unidades administrativas de la secretaría a nivel federal la solicitud de avances 2011 en materia de las metas del Programa Nacional de Salud 2007-2012, ello con el objetivo de generar y difundir, en el mes de agosto, el documento correspondiente, a fin de apoyar la retroalimentación entre las unidades involucradas y fortalecer la rendición de cuentas dentro de la SS.

Con relación a los informes institucionales de la secretaría, a la DEDSS le correspondió coordinar, de enero a marzo de 2012, la integración del Quinto Informe de Ejecución del PND 2007-2012.

A partir de marzo de 2012, a la DEDSS se le encomendó realizar el cálculo actuarial sobre los médicos especialistas que laboran en la SS, como parte de los compromisos establecidos en la XXI Reunión Ordinaria del Consejo Nacional de Salud. El objetivo fue determinar el volumen y características demográficas y laborales de los médicos especialistas que laboran en los SESA y en las unidades bajo el tramo de control de la CCINSHAE, para poder estimar el volumen y velocidad a la que se debe ajustar la plantilla laboral correspondiente a estos trabajadores de la salud, incluyendo la determinación del gasto que ello representaría.

Para lograrlo, la DEDSS coordinó, entre marzo y mayo de 2012, la solicitud de información relacionada con las plantillas de médicos especialistas en las entidades federativas y la CCINSHAE, obteniéndose datos para 24 SESA y para la totalidad de los INSALUD, HFR, HRAEs y oficinas de la Comisión. Con esta información, y a partir de estimaciones realizadas con base en datos de recursos humanos del SINAIS, se construyó la base de datos para la totalidad de las entidades federativas, lo que permitirá realizar el cálculo actuarial comprometido y presentar a finales del mes de julio los resultados obtenidos a funcionarios de la SIDSS, de los SESA y a los de la CCINSHAE. Cabe señalar que por instrucciones del Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud se están realizando los procesos de coordinación necesarios para que al estudio se incorporen los datos de los médicos especialistas de las instituciones de seguridad social.

Por su parte, la Dirección de Evaluación de Servicios de Salud (DESS), que coadyuva con la DGED para cumplir la atribución de coordinar la evaluación de los servicios públicos de salud, concluyó en noviembre de 2011 dos proyectos de evaluación cuyo diseño permitió obtener información relevante en materia de funcionamiento de los servicios de salud, particularmente en lo relacionado con la seguridad del paciente y la oportunidad de la atención.

El primero de estos proyectos denominado Medición de la Prevalencia de Infecciones Nosocomiales en Hospitales Generales de las Principales Instituciones Públicas de Salud, se desarrolló en colaboración con el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Los resultados de este trabajo han sido de utilidad para determinar el éxito de los esfuerzos institucionales para disminuir la frecuencia de infecciones

nosocomiales y para identificar áreas específicas que requieren atención de las autoridades correspondientes, a fin de brindar una atención más segura a los usuarios de los servicios hospitalarios del sector público.

El segundo proyecto de evaluación denominado Tiempos de Espera y Productividad en Rastreadores Clínicos Seleccionados en Hospitales del Sector Público, se ejecutó, mediante convenio de colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y consistió en medir y valorar los tiempos de espera y productividad en rastreadores clínicos seleccionados en hospitales del sector público. Esta evaluación constituye el primer esfuerzo por sistematizar la información relativa al tiempo que los pacientes deben esperar para recibir una intervención electiva en las diferentes instituciones públicas de salud en México y sus resultados permitirán establecer parámetros nacionales que ayuden a garantizar plazos máximos de espera para este tipo de pacientes. Destaca por ejemplo que los tiempos de espera para intervenciones quirúrgicas en México no son diferentes a los reportados en otros países, sin embargo, existen notables variaciones entre instituciones e, incluso, al interior de cada una de éstas.

Con el objetivo de evaluar el desempeño de los servicios hospitalarios del país, en diciembre de 2011, la DESS publicó la sexta edición del ODH. Además de los indicadores que se incluyen de manera tradicional en este documento, la edición 2011 incluyó por primera vez una descripción de la dinámica de los servicios de urgencias, del intercambio de servicios entre las instituciones y un enfoque de calidad que enfatiza elementos como la eficiencia, la pertinencia y la seguridad de los pacientes. Con esta publicación, la DGED contribuye a proporcionar información que permite identificar las áreas de oportunidad, promover el aprendizaje compartido e incentivar la adopción del círculo virtuoso de la medición, evaluación y acción para mejorar los servicios.

Adicionalmente, la DESS tuvo a su cargo la integración del apartado de Salud del Sexto Informe de Gobierno, el cual se entregó a las autoridades correspondientes de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) en el mes de agosto de 2012.

Por su parte, la Dirección de Evaluación de Programas Prioritarios y Especiales de Salud (DEPPES), de septiembre de 2011 a agosto de 2012, coordinó y supervisó la evaluación externa de tres programas de la SS: Caravanas de la Salud (PCS), SICALIDAD y al SPSS, con base en la emisión de los términos de referencia y documentos técnico-administrativos correspondientes que guiaron el desarrollo de dichas evaluaciones, en consenso con los responsables y operadores de los programas.

La Evaluación Externa al Programa Caravanas de la Salud 2011, realizada en coordinación con la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), tuvo como objetivo principal conocer la cobertura geográfica y poblacional del PCS en los 125 municipios prioritarios con menor IDH y en las localidades con alta y muy alta marginación del país, así como medir la utilización de los servicios proporcionados a través de las unidades móviles y equipos itinerantes, y las mejoras en las condiciones de salud de la población objetivo en seis entidades federativas seleccionadas. Esta fue la cuarta evaluación externa realizada al programa, además de las tres Evaluaciones Específicas del Desempeño (EED) y dos de Consistencia y Resultados (ECyR) que fueron coordinadas por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL).

Durante 2011 se llevó a cabo la Evaluación Externa del SICALIDAD, la cual fue ejecutada en coordinación con un equipo de investigadores de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Su objetivo principal fue medir y valorar la adherencia de las instituciones públicas de salud a la política nacional de calidad de la atención y seguridad del paciente, a fin de establecer propuestas que permitan rediseñar las estrategias y establecer procesos de mejora en beneficio de los usuarios de los servicios de salud. Cabe señalar que entre 2007-2011 SICALIDAD fue objeto de tres EED y una ECyR coordinadas por el CONEVAL.

De acuerdo con el modelo integral de evaluación del SPSS señalado en el Artículo 77 bis 6 de la Ley General de Salud y Artículo 75 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, en el segundo semestre de 2011 se concluyó la evaluación externa a este sistema que fue realizada en coordinación con el INSP. El objetivo general de este ejercicio fue evaluar los efectos que tienen los modelos vigentes de gestión y de transferencia de recursos de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud

(REPPS) a las unidades médicas sobre la calidad de la atención proporcionada a los beneficiarios del sistema, la productividad de los servicios y respecto de la protección financiera que ofrece. Cabe señalar que durante la presente administración el CONEVAL ha desarrollado tres EED del SPSS y dos ECyR, generando evidencias sobre el desempeño del mismo.

Es importante destacar que la DEPPES, en coordinación con el CONEVAL, coadyuva para que las evaluaciones de los programas de la SS que forman parte del Programa Anual de Evaluación (PAE), tanto de 2011 como de 2012, cumplan en términos normativos y de calidad con los lineamientos establecidos por dicho organismo. En este sentido durante el periodo de análisis, la DEPPES acompañó y orientó a los responsables de los programas en el desarrollo de las ECyR, realizadas entre septiembre de 2011 y abril de 2012; asimismo continúa trabajando con la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) en la evaluación de procesos y con la CNPSS en la evaluación de costo-efectividad.

A partir de ello, esta dirección de área ha dado seguimiento a los aspectos susceptibles de mejora derivados de los informes y evaluaciones a los programas prioritarios y especiales de salud que se han desarrollado, apoyando, además, a varios de los responsables de éstos en la revisión de las matrices de indicadores de resultado (MIR).

Finalmente, de junio a agosto de 2012, y como cada año, la DEPPES ha conducido los procedimientos y actividades, en coordinación con las unidades administrativas y órganos desconcentrados de la SS, para la integración y difusión del 6° Informe de Labores de la Secretaría de Salud.

2.4 DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

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

En mayo de 2012 se realizó la Octava Sesión Ordinaria del Comité Nacional por la Calidad en Salud. Los principales acuerdos fueron fortalecer las estrategias para incorporar la Currícula de Calidad y Seguridad del Paciente en la formación de los profesionales; realizar la evaluación de la Cultura de Seguridad del Paciente y lanzar en el segundo semestre del año el Observatorio Nacional por la Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente (OCASEP).

En las convocatorias 2012 de Compromisos de Calidad mediante Acuerdos de Gestión y Proyectos de Capacitación, Apoyo a la Realización de Foros Estatales de Calidad e Investigación Operativa, participaron 30 estados, el Distrito Federal, los HFR, ISSSTE, IMSS y DIF. El dictamen se tendrá a finales de junio de 2012.

En materia de Seguridad del Paciente, hasta mayo de 2012, se cuenta con 323, de 398 establecimientos de salud de mediana y alta complejidad, que realizan acciones para reducir o evitar eventos adversos, lo que representó 35.1 por ciento más de la meta sexenal establecida de 60 por ciento, meta alcanzada mediante la difusión de las tres campañas sectoriales propuestas por la OMS: Está en Tus Manos, Cirugía Segura Salva Vidas y Bacteriemia Cero. Se publicó la Lista de Verificación para la Seguridad en la Cirugía (documento técnico); se realizó la primera evaluación para la medición del apego a la campaña sectorial Está en Tus Manos en 100 establecimientos de salud y se difundieron dos videos relacionados con la técnica adecuada de lavado de manos y la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía, con fines de capacitación.

Entre septiembre de 2011 y mayo de 2012 se acreditaron 994 establecimientos para el CAUSES, incluidas las 32 UMM del Programa Caravanas de la Salud, y 168 intervenciones para el FPCGC. A partir de 2012 se inicia la acreditación de establecimientos de primer y segundo niveles de salud mental para las intervenciones del CAUSES. De 2004 a mayo de 2012, se han acreditado 10 mil seis establecimientos de atención

médica en CAUSES y 851 servicios de alta especialidad dentro del FPCGC. Lo que representa un avance de 83.4 por ciento de unidades acreditadas respecto a la meta 2012 de acreditar el cien por ciento.¹

En el primer cuatrimestre de 2012, 10 mil 567 unidades médicas del sector reportaron resultados de Indicadores de Calidad lo que resulta un incremento de 389 unidades con relación al año anterior.

A mayo de 2012 hay mil 700 Gestores de Calidad en unidades hospitalarias y 263 jurisdiccionales, lo que hace un total de mil 963 Gestores; asimismo se cuenta con 10 mil 543 Avales Ciudadanos en las 32 entidades federativas, laborando en nueve mil 735 unidades. Del 1° de septiembre de 2011 a mayo de 2012 se instalaron 487 nuevos Avales Ciudadanos, los cuales realizaron 19 mil treinta y cuatro visitas a seis mil 526 unidades. Se emitieron 14 mil 335 sugerencias de mejora en este periodo y para mejorar la calidad y el trato a los usuarios, se han entregado nueve mil 707 Cartas Compromiso al Ciudadano.

Con relación a las infecciones nosocomiales, se capacitaron tres mil 850 trabajadores de hospitales del sector salud en 17 entidades federativas en 40 cursos-taller, para integrar el Modelo de Gestión de Riesgos de Infección Nosocomial en 238 hospitales públicos, y con ello cumplir la meta a 2012 que es de 60 por ciento. De igual manera, se capacitaron en cursos-taller a personal de salud de 17 entidades federativas en el Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad, con lo que a la fecha se han reportado cuatro mil 487 establecimientos médicos que aplican dicho modelo. Al proyecto Servicios de Urgencias que Mejoran la Atención y Resolución, se han asociado el 65 por ciento de las entidades federativas, Gobierno del DF y CCINSHAE.

Se publicaron en el DOF seis NOM definitivas; cuatro proyectos de respuesta a comentarios y sus correspondientes NOM definitivas y ocho proyectos publicados en consulta pública. Con fines de publicación, se concluyeron ocho anteproyectos. Se enviaron a la COFEMER para dictamen, los lineamientos a los que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas.

Con relación al Programa Hospital Seguro ante Desastres, se capacitaron 350 trabajadores y se cuenta con 317 evaluadores oficiales. Realizaron el ejercicio de autoevaluación para determinar su capacidad resolutive 611 hospitales. Se incrementaron a 408 los hospitales catalogados según el nivel de resolución ante un desastre. En el Plan Sismo, se concluyó la fase II con un total de 52 unidades hospitalarias evaluadas oficialmente distribuidas en seis entidades federativas.

Se emitieron 11 dictámenes anuales aprobatorios a las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) para continuar su funcionamiento. En 2011, se llevó a cabo el segundo Curso de Inducción a los Nuevos Estándares Internacionales y en conjunto con el CSG se realizó el seguimiento al proceso de certificación de los 46 hospitales privados de la red de ISES que lo tomaron.

En la promoción 2011 del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud se otorgaron estímulos a 14 mil 271 trabajadores: tres mil 158 médicos; ocho mil 809 enfermeras; 373 odontólogos; 741 químicos; 477 trabajadores sociales y 713 correspondientes a otras disciplinas.

Se aprobaron los criterios esenciales para la evaluación de nuevos programas de formación en medicina, enfermería, estomatología, psicología, herbolaria, acupuntura y homeopatía, así como optometría nivel licenciatura y auxiliar como guía para los Comités Estatales Interinstitucionales. Se integró la Red de Alianzas Estratégicas para el Funcionamiento del Comité de Estudio de Necesidades de Formación de Recursos Humanos para la Salud.

Para el XXXV Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas se elaboraron y validaron mil 901 reactivos nuevos y se analizaron y calibraron cinco mil 490 reactivos. Fueron seleccionados mil 130 sustentantes en una segunda opción de especialidad. Se realizaron innovaciones funcionales al Sistema Informático Integral del ENARM así como la realización de proyectos de evaluación de la seguridad de la información con

¹ En el año 2011 se ajustó la base de unidades susceptibles de acreditación a 12 mil dos unidades, mientras que el porcentaje calculado en el año 2010, la base era de 10 mil 525.

la colaboración de la Dirección General de Servicios de Cómputo Académico de la UNAM. Las especialidades de Medicina Nuclear y Neumología se implementaron de entrada directa.

Se continuó el trabajo de colaboración con la OPS en relación con el Observatorio de los Recursos Humanos en Salud y se actualizaron seis de sus bases de datos de información sustantiva, así como la co-coordinación nacional del Campus Virtual de Salud Pública, en el cual se pusieron a disposición los objetos de aprendizaje para la capacitación del personal de salud en materia de Prevención de Muerte Materna.

El Subcomité de Capacitación Técnico Médico aprobó 619 eventos de capacitación de diferentes programas institucionales. Se capacitó a servidores públicos de las áreas médicas, paramédica y afín. Se creó la Cédula de Solicitud de Eventos de Capacitación de forma electrónica.

Se programaron 32 mil 138 campos clínicos de internado médico y servicio social de medicina y carreras afines. En el posgrado, se asignaron ocho mil 821 campos clínicos para residencias médicas en 222 unidades de la SS, de los que egresaron mil 626 especialistas de los INSALUD, hospitales de alta especialidad y hospitales de la SS en las entidades federativas; se encuentran en formación 45 médicos en nivel de maestría y 15 en doctorado. Se cuenta con 300 médicos extranjeros ubicados en 25 hospitales de la secretaría realizando cursos de especialización. Se programaron mil 550 especialistas del último año de su formación para realizar el Servicio Social Profesional en 132 unidades de la propia SS.

El Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Estomatológicas (ENARE) 2011 se aplicó a 522 sustentantes (20 por ciento más que en 2010), de los cuales fueron seleccionados 42 nacionales y tres extranjeros para 13 sedes. Se asignaron cinco mil 917 campos clínicos para Servicio Social en Estomatología (16 por ciento más que en 2010). Se implementó el Sistema de Administración en Servicio Social en Salud (SIAS) para Estomatología en 31 estados y el Distrito Federal. Se asociaron un total de 587 unidades de siete estados al Proyecto Calidad y Seguridad en la Atención del Paciente Estomatológico (16 por ciento más que en 2010) y se continuó el impulso del Programa Currículum de Calidad y Seguridad en las Ciencias de la Salud en escuelas y facultades de Odontología, en su mayoría pertenecientes a la Federación Mexicana de Escuelas y Facultades de Odontología.

Para fortalecer la Campaña Bacteriemia Cero se incrementaron 199 Clínicas de Catéteres en unidades de segundo y tercer nivel del Sistema Nacional de Salud, para un total de 212 clínicas bajo responsabilidad de 836 enfermeras capacitadas.

A fin de estandarizar el cuidado de enfermería, se continúa con la capacitación en la metodología para la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería a 10 mil enfermeras. Se publicó el documento Criterios Básicos para las Notas y los Registros Clínicos de Enfermería para documentar evolución del paciente y asegurar continuidad de cuidados de enfermería. El Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE) cuenta con 225 mil 911 registros, que representan un incremento de 11 mil sesenta y seis con relación al año anterior y una cobertura del 75.3 por ciento del total de enfermeras a nivel nacional.

Asimismo, se otorgaron 24 mil 204 campos clínicos para servicio social de enfermería y se presentaron, en tres sesiones ordinarias los avances en el Programa de Acción Específico de la Comisión Permanente de Enfermería 2007-2012.

2.5 CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA TECNOLÓGICA EN SALUD

El CENETEC, acorde con el PROSESA en desarrollar instrumentos de planeación, gestión y evaluación para el Sistema Nacional de Salud, busca contribuir a la mejora de la calidad de la atención mediante la generación y valoración de información relevante para la toma de decisiones. Para lograrlo, se han realizado las siguientes acciones:

Durante el periodo septiembre 2011 y agosto 2012, se realizaron 41 asesorías sobre efectividad y seguridad de las tecnologías para la salud a diversas instituciones, entre ellas: la SIDSS, el CSG y la Comisión

Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud. En este sentido, el porcentaje de adopción de recomendaciones fue de 92 por ciento, superando en un 12 por ciento la meta programada para ese mismo periodo.

Se concluyeron tres guías metodológicas: Guía de Evaluación Económica de Tecnologías para la Salud; Equipamiento Médico y Guía para la Elaboración de Revisiones Sistemáticas, y se realizó el curso-taller sectorial de Evaluación de Tecnologías en Salud, con la participación de 70 asistentes de diversas instituciones del sector.

Destaca la colaboración sobre Políticas de Cohesión Social México-Unión Europea del proyecto denominado Laboratorio de Cohesión Social, en Materia de Evaluación de Tecnologías para la Salud.

CUADRO II.1 PORCENTAJE DE ADOPCIÓN DE RECOMENDACIONES DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS PARA LA SALUD. SEPTIEMBRE 2011 - AGOSTO 2012

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

FUENTE: Elaborado con datos del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Secretaría de Salud, 2008, 2009, 2010, 2011 y 2012.

Los logros sobresalientes en esta materia fueron los siguientes: se concluyó la Metodología de Evaluación de Tecnologías para la Salud; se conformó el Grupo de Trabajo Institucional de Evaluación de Tecnologías en Salud con la participación de los INSALUD y los HFR, y se creó el Grupo Interinstitucional de Evaluación de Tecnologías en Salud conjuntamente con la CCINSHAE, el CSG, la UAE, el IMSS y el ISSSTE.

Para integrar el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el CENETEC creó el Programa de Acción Específico 2007-2012: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, cuyo objetivo es establecer marcos de referencia para la práctica clínica que guíen y orienten las decisiones para mejorar la efectividad, seguridad y calidad de la atención en salud.

Del 1º de septiembre de 2011 a agosto de 2012, se aprobaron, mediante la coordinación sectorial del CENETEC, 137 nuevas GPC, elaboradas por las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud: Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y DIF, acumulando 485 al sumar las 348 generadas entre 2008 y 2011. En estas guías participaron más de dos mil trescientos autores. De esta manera, se superó la meta de incorporar 450 GPC al catálogo en noviembre de 2012, cifra sin precedente en el ámbito nacional e internacional.

Durante la presente administración destacan los siguientes logros: creación del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica, mediante acuerdo publicado en el DOF el 13 de junio de 2008; autorización de la metodología y el modelo editorial consensuado por el sector salud para el desarrollo de las GPC; publicación del Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica en la página *web* del CENETEC, que ha tenido más de 400 mil consultas en los últimos tres años y publicación del Catálogo Maestro en el portal de la OPS <http://new.paho.org/mex/>.

A través de la red de Teleeducación, del 1º de septiembre de 2011 a agosto de 2012, se coordinaron 146 sesiones de teleeducación a distancia por videoconferencia, *streaming* (distribución de audio o video por Internet) y *webex* (servicio de *web* conferencias y soluciones de colaboración), con la participación de siete mil ochenta asistentes virtuales. Además se participó en nueve sesiones internacionales con la University Leonard M. Miller School of Miami. En conjunto, desde septiembre de 2008 al 31 de agosto de 2012 se desarrollaron 480 sesiones en las que se contó con alrededor de 22 mil 525 profesionales de la salud.

Se participó con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en la elaboración de documentos relacionados con mejores prácticas y lineamientos en Telesalud de la Región de las Américas. Con la OPS se colaboró para la creación del curso virtual Módulo Operativo de la Teleconsulta en Telemedicina. El 27 y 28 de abril de 2012 se participó en Ginebra, Suiza, en un evento organizado por la OMS y la Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT) acerca de la estandarización de la e-salud y la interoperabilidad.

Se reactivó el portal e-salud con contenidos interactivos, cuyo objetivo es contar con una plataforma que pueda ser compartida con las instituciones de salud a fin de entregar al público general servicios de información en la materia, contribuyendo a elevar el nivel de bienestar de los ciudadanos y de la salud en general. Desde septiembre de 2011 al 31 de agosto de 2012 el portal ha tenido alrededor de 40 mil visitas.

En materia de capacitación y formación de recursos humanos en Telesalud se llevaron a cabo tres talleres en el 2011: Reunión de Seguimiento del Anteproyecto de la Norma de Atención Médica a Distancia, en septiembre de 2011; Taller de Avances Tecnológicos Aplicados en la Telesalud, en octubre de 2011 y Reunión de Seguimiento al Anteproyecto de la Norma de Atención Médica a Distancia, en octubre de 2011, donde se capacitaron a más de 176 profesionales de la salud. Respecto a 2012, del 27 al 29 de junio se llevó a cabo el 1er. Seminario de Telesalud Región de las Américas con la participación de alrededor de 250 asistentes.

En seguimiento a las actividades vinculadas a la gestión de equipo médico en México, el Centro coordinó cuatro cursos-taller de ingeniería clínica en los estados de San Luis Potosí, Guerrero, Durango y Oaxaca con una asistencia de 357 profesionales, en los que se abordaron temas de actualización para procesos de gestión de equipo médico y habilidades para dar servicio a tecnología hospitalaria, con lo que se apoyó la capacitación a los responsables de la gestión de dichos temas.

CENETEC dio continuidad a los trabajos del Centro Estatal de Ingeniería Biomédica (CEDIB) en el estado de Querétaro y se visitaron los estados de Oaxaca, Guerrero, Baja California Sur, Guanajuato y Campeche para presentar o dar seguimiento a los proyectos de integración. Hasta mayo de 2012 se contaba con 26 entidades federativas con al menos un ingeniero biomédico (o equivalente) como responsable de la gestión de equipo médico a nivel central, quedando pendientes los estados de Quintana Roo, Durango, Jalisco, Colima, Morelos y Tlaxcala.

Con el fin de atender el objetivo de la racionalización de los recursos financieros destinados a equipo médico se elaboraron 54 dictámenes de validación de equipo médico para proyectos de equipamiento financiados con el dos por ciento del Fondo de Previsión Presupuestal del Seguro Popular. Del mismo modo se generaron 13 Certificados de Necesidades de Equipo Médico con respecto a aquellos equipos cuyo costo es superior a un millón 750 mil pesos, lo que permitió una mejor planeación para la óptima utilización de los recursos.

Finalmente, se realizaron 146 asesorías relacionadas con temas de la gestión de equipo médico solicitadas por diferentes instancias de todos los sectores de atención a la salud en México y se generaron 82 cédulas de especificaciones técnicas para 27 tecnologías diferentes.

3. SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

3. SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

3.1 DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Mediante el abordaje de los determinantes de la salud y la entrega de un paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para los migrantes y sus familias el programa Vete Sano, Regresa Sano brinda atención a la salud de los migrantes en los sitios de origen, tránsito y destino, dentro del territorio nacional. Entre el 1° de septiembre de 2011 y el 31 de agosto de 2012, se obtuvieron los siguientes resultados:

- Se brindaron 654 mil 629 consultas médicas a migrantes, superando 19.6 por ciento las reportadas durante el mismo periodo del año anterior. En la presente administración esta cifra asciende a dos millones 875 mil 396 consultas, lo cual representa 99.2 por ciento de la meta que se prevé alcanzar en 2012.
- Se beneficiaron a 496 mil 838 migrantes y familiares a través del Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención, 36.8 por ciento más que en el periodo anterior. A la fecha, un millón 966 mil 138 migrantes y familiares recibieron dicho paquete en localidades de origen y destino migratorio.
- Se realizaron 41 mil 938 talleres de promoción de la salud, 11.9 por ciento más que en el periodo previo. En la presente administración se han realizado 98 mil 386 talleres de promoción de la salud dirigidos a migrantes y sus familiares.
- Se certificaron 21 albergues de jornaleros agrícolas como entornos favorables para la salud, lo cual benefició a 10 mil 450 jornaleros agrícolas migrantes y sus familias; a la fecha se han acreditado 63 albergues beneficiando a 37 mil 350 trabajadores y sus familiares.

El programa Entornos y Comunidades Saludables realiza acciones de capacitación a la población para sensibilizarla y responsabilizarla en el autocuidado de su salud y lograr un efecto multiplicador en los municipios y las comunidades. Promueve al municipio como unidad de análisis y acción, motivando a sus habitantes a realizar proyectos para mejorar las condiciones de salud locales. En la presente administración se apoyaron técnica y financieramente 870 proyectos vinculados a temas prioritarios en salud pública, de éstos 38 por ciento estuvieron relacionados con el mejoramiento del medio ambiente, manejo de agua limpia y residuos sólidos, saneamiento básico y control de zoonosis; 18 por ciento con la prevención de adicciones, accidentes y trastornos alimenticios; 15 por ciento dirigidos a disminuir enfermedades crónico degenerativas; 14 por ciento enfocados a disminuir muertes maternas, cáncer cérvico uterino y de mama; 9 por ciento dirigidos a prevenir y controlar el dengue, paludismo, chagas y alacranismo; y 6 por ciento dedicados a salud bucal, tuberculosis, VIH/SIDA, salud mental, entre otros.

Cabe mencionar que 45 por ciento de los proyectos apoyados establecieron alianzas con otras instituciones, promoviendo la cooperación de otros sectores sociales. Entre 2007 y 2012 se lograron integrar a las Reglas de Operación e Indicadores de Gestión y Evaluación del Programa de Comunidades Saludables, los convenios de coordinación estado-municipio y federación-estado para garantizar la transferencia del recurso al municipio beneficiado.

A la fecha se cuenta con 21 mil 208 localidades incorporadas al programa, de las cuales dos mil 622 están certificadas como saludables, así como mil 500 municipios, de los cuales 624 están acreditados como promotores de la salud.

Al mes de mayo de 2012, la Red Mexicana de Municipios por la Salud contaba con 19 redes estatales. Durante 2011 se incorporaron 860 municipios al programa, se certificaron mil 865 comunidades y 19 mil entornos como saludables.

Debido a que el programa se desarrolla en dos modalidades que se vinculan estratégicamente en la operación: participación municipal y organización comunitaria, se realizan acciones de capacitación a la población para sensibilizarla y responsabilizarla en el autocuidado de su salud, así como para lograr un efecto multiplicador en los municipios y las comunidades.

Durante el primer semestre de 2012, para dar cumplimiento con lo establecido en el Programa Anual de Evaluación 2012 se contrató, coordinó y supervisó la ECyR 2011-2012; se realizó la evaluación bianual del programa por CONEVAL; se llevó a cabo la reunión nacional de responsables del programa para seguimiento y actualización de las acciones; se constituyeron 32 Comités Técnicos Estatales de Comunidades Saludables; se recibieron 379 proyectos municipales, de los cuales se financiaron 132 con 21 temas de salud pública. Asimismo, mediante la revisión y actualización de la NOM-043-SSA2-2005 se consolidó el PROY-NOM-043-SSA2-2011 Servicios Básicos de Salud en Materia Alimentaria. Criterios para Brindar Orientación; junto con el CENSIA, Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) y CNEGySR se desarrolló y validó la guía didáctica dirigida a facilitadores locales para capacitar a los recursos humanos comunitarios y dar seguimiento a los proyectos vinculados a los temas de su responsabilidad.

Con el fin de mejorar la salud de los escolares en el periodo del 1º de septiembre de 2011 a mayo de 2012 se incorporaron al Programa Escuela y Salud 22 mil 149 escuelas; se realizaron 33 mil 535 talleres de promoción de la salud dirigidos a docentes y 582 mil 571 a escolares; se realizaron seis millones 357 mil ocho acciones preventivas (vacunación y detecciones); dos millones 988 mil 63 alumnos recibieron acciones preventivas y 988 mil 202 se detectaron con problemas y se refirieron a las unidades de salud. En las unidades de salud se atendieron 840 mil 905 alumnos; 13 mil 952 escuelas se encuentran en proceso de certificación e izamiento de bandera blanca y nueve mil 250 escuelas están certificadas como promotoras de la salud.

Se llevó a cabo la actualización de la NOM-009 para el Fomento de la Salud Escolar publicada en 1994, hoy Norma para la Promoción de la Salud Escolar, y se firmaron las bases de coordinación SEP-Salud para el establecimiento y ejecución del programa en mayo de 2012.

Con el propósito de disminuir los padecimientos prioritarios de salud pública a través del fomento de una nueva cultura de promoción de la salud, de 2007 a la fecha se reforzó la formación y capacitación del personal, incorporando 29 participantes a la Maestría en Salud Pública con área de concentración en Promoción de la Salud y 134 al Diplomado en Liderazgo en Promoción de la Salud. Asistieron 964 promotores de salud a los cursos de capacitación en modalidad virtual y 10 mil 66 personas a la capacitación presencial de las 32 entidades federativas; se diseñaron 11 guías técnicas sobre los principales problemas de salud pública con base en determinantes de la salud, y se llevó a cabo la Evaluación de Resultados de la Capacitación en Promoción de la Salud para Personal Institucional de los SESA, con la finalidad de identificar cambios en la construcción del concepto de promoción de la salud, así como en el diseño, planeación y ejecución de los programas de salud pública derivados de la capacitación.

Los avances en mercadotecnia social en salud en el periodo de 2009 a la fecha, fueron:

- Implementación de la estrategia de comunicación de riesgos durante la pandemia de influenza A(H1N1) que incluye la elaboración de diversos materiales de comunicación dirigidos a todos los grupos blanco de población e instancias gubernamentales y no gubernamentales con el fin de brindar información consistente, clara, completa, veraz, oportuna y actualizada.
- Se realizó la estrategia de comunicación educativa para dengue y se reprodujeron materiales educativos que se distribuyeron a 19 entidades federativas.
- Se llevó a cabo la campaña 1, 2, 3 Por Mí para promover en los niños de 6 a 12 años la adopción o reforzamiento de la alimentación correcta, consumo de agua simple potable y actividad física.
- Como consecuencia del incremento de casos de influenza en la temporada de frío 2011-2012 se reforzó el lavado de manos frecuente, el estornudo de etiqueta, la higiene personal y del entorno, entre otros. Se distribuyeron materiales educativos a 12 entidades federativas y a los INSALUD considerados como prioritarios para desarrollar acciones de promoción y prevención.

Con el fin de promover la participación de la población sin seguridad social, de 2007 a la fecha se llevaron a cabo talleres comunitarios para el cuidado de la salud a beneficiarios del Programa Oportunidades. A pesar de que en 2012 no se cuenta con presupuesto propio, hasta mayo del presente año se habían realizado 847 mil 423 talleres, lo que representa 435 por ciento de avance con respecto a la meta federal programada de 194 mil 950.

Con la creación de las cartillas nacionales de salud unificadas, a partir de 2009 se han producido 37 millones 800 mil cartillas, de las cuales 95.5 por ciento se distribuyeron a los SESA de la siguiente manera: 8.7 millones para niños de 0 a 9 años; 12 millones para adolescentes de 10 a 19 años; 8.6 millones para mujeres de 20 a 59 años; 3.7 millones para hombres de 20 a 59 años; y 3.1 millones para adultos mayores de 60 años y más. La cobertura pasó de 49 por ciento en 2009 a 83 por ciento en agosto de 2012, cuando la meta para este año es de 84 por ciento.

Es importante mencionar que en 2011 se incorporó al esquema de vacunación de los niños la vacuna contra el rotavirus y en 2012 se incorporó la del virus contra el papiloma humano en la cartilla de los adolescentes.

Con el fin de brindar a las personas y sus familias conocimientos básicos para modificar o reforzar hábitos y conductas favorables a la salud de acuerdo a su entorno físico y social, en el último cuatrimestre de 2011 se validó la libreta de salud, instrumento educativo complementario a las cartillas nacionales de salud en 18 entidades federativas.

Para fortalecer el análisis y desarrollo de la teoría y práctica de la Promoción de la Salud y Educación para la Salud de las Américas, en abril de 2012 se realizó en la Ciudad de México, la 5ª Conferencia Latinoamericana y 4ª Conferencia Interamericana de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, con la participación de mil 395 asistentes de 25 países y de las 32 entidades federativas del país.

En el último año, se fortaleció la infraestructura de las áreas estatales de promoción de la salud, dotándolas de equipos de cómputo, equipos de proyección, pantallas y vehículos para apoyar el trabajo de campo.

Por otra parte, el 25 de enero de 2010 se presentó el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad, que establece como meta revertir la epidemia de estos padecimientos en todas las etapas de vida de la población, a través de acciones tanto a nivel federal como empresarial. A nivel federal, la SS planteó modificar el contenido de los desayunos escolares provistos por el Sistema Nacional y Estatal DIF y el arranque del Programa Cinco Pasos. Por su parte la Secretaría de Educación Pública trabajó en cuatro vertientes: alimentos, conductas saludables, actividad física y venta de alimentos en escuelas. A su vez el sector empresarial se comprometió a aumentar la diversidad en las presentaciones de alimentos, proveer información más clara sobre su contenido nutrimental y hacer ajustes voluntarios en la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas, en especial las que se dirigen a los niños.

Otras acciones realizadas en el marco de dicho acuerdo fueron: la presentación del proyecto de decreto que promueve el fomento para la lactancia materna y amamantamiento exclusivo durante seis meses y alimentación complementaria hasta avanzado el segundo año de vida, otorgando a las mujeres trabajadoras reposos extraordinarios para alimentar a sus hijos o para realizar la extracción manual de leche; se realizaron diversas campañas de comunicación educativa para promover la alimentación correcta, el consumo de agua potable y la actividad física, y se está trabajando con la industria alimentaria para pautar los límites de azúcar convenientes en los productos alimenticios dirigidos principalmente a niños.

3.2 CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES

Derivado del fortalecimiento de acciones de rectoría en las 32 entidades federativas del país, se observaron los siguientes avances en los indicadores de mayor representatividad epidemiológica.

PROGRAMA DE ACCIÓN DE DENGUE, PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR E INTOXICACIÓN POR PICADURA DE ALACRÁN

Con medidas de anticipación y de control a partir de 2008 la tendencia ascendente de los casos de dengue se detuvo y en 2010 se redujo notablemente. En 2011 disminuyeron respecto a 2010 los casos confirmados de fiebre por dengue y fiebre hemorrágica por dengue, en 52 y 24 por ciento respectivamente, lo que superó la meta de reducir 10 por ciento cada año la morbilidad por esta enfermedad. Las defunciones por dengue hemorrágico en 2011 descendieron 20 por ciento respecto de 2010. Hasta agosto de 2012, los casos confirmados se incrementaron 23 por ciento respecto al mismo periodo del año anterior, debido principalmente a la circulación simultánea de los cuatro serotipos que afectó la tendencia y causó brotes en la península de Yucatán desde inicios de 2012.

Se fortalecieron las acciones de rectoría, desarrollo de competencias técnicas y prevención y control mediante ocho reuniones regionales y supervisiones intensivas en los estados con mayor riesgo de transmisión. Se continuó con la implantación de la nueva estrategia de control focalizado integral multidisciplinario y se realizaron dos semanas de intensificación de acciones preventivas, además de operativos de regreso a clases. Se publicó la NOM-032-SSA2-2010 para la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de las Enfermedades Transmitidas por Vector.

Por otra parte el paludismo registró las cifras más bajas en la historia; la cobertura de tratamiento de casos y convivientes es de 100 por ciento. Para 2011, 22 estados estaban libres de la enfermedad. Respecto de 2007, los casos disminuyeron 57.7 por ciento. De enero a agosto de 2012 se reportaron 462 casos de *Plasmodium vivax* que representan 21.4 por ciento menos comparado con la misma semana del año anterior y hubo cero casos registrados por *P. falciparum*. En 2012 las localidades positivas disminuyeron 18.3 por ciento, en comparación con 2011.

En materia de oncocercosis, el foco de Oaxaca completó tres años de vigilancia epidemiológica postratamiento y se ha decretado eliminada la transmisión, la misma categoría en la que entró el foco norte de Chiapas durante 2010. En el foco sur de Chiapas, en 2010 la transmisión se redujo a cero y en 2011 se demostró que la transmisión continuaba interrumpida, por lo que se suspendió el tratamiento en 2012.

En 2011 se registraron 471 casos de *leishmaniasis* con una incidencia de 0.42 casos por 100 mil habitantes en nueve estados, lo que comparado con 2010 (523 casos) significa una reducción de 10 por ciento. Está asegurada la disponibilidad de fármacos para todo caso nuevo.

En 2011 disminuyeron de 17 a 15 las defunciones por picadura de alacrán. En el marco de la estrategia 100 x 100, se capacitó con cursos regionales y estatales a todos los estados y se actualizó la NOM-033-SSA2-2011 Para la Vigilancia, Prevención y Control de la Intoxicación por Picadura de Alacrán.

PROGRAMA DE ACCIÓN CÓLERA

De 2007 a 2012 el cólera se mantuvo bajo control epidemiológico; en los últimos tres años dentro de la búsqueda intencionada de *Vibrio cholerae* realizada en el dos por ciento de los casos de diarrea, solo se detectaron tres casos aislados en Sinaloa, el último se identificó en mayo de 2011 ante lo cual se realizó un operativo preventivo para vigilancia, prevención y control de enfermedad diarreica aguda en todo el país, mismo que se repitió en mayo del presente año por la alerta epidemiológica emitida por la OPS. Asimismo, se concluyó la actualización de la NOM 016 Para la Vigilancia, Prevención, Control, Manejo y Tratamiento del Cólera para su publicación en el DOF.

PROGRAMA DE ACCIÓN URGENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS Y DESASTRES

Entre 2007 y 2012 se atendieron ocho mil 952 emergencias en salud: mil 875 fueron desastres y siete mil 77 brotes. Los desastres más frecuentes se originaron por fenómenos hidrometeorológicos y geológicos, y por enfermedades como las diarreicas agudas, varicela, intoxicación por alimentos, dengue y hepatitis A.

Con el fin de controlar los riesgos y evitar afectaciones en salud pública se efectuaron tres operativos preventivos especiales para seguridad en salud con motivo de los Juegos Panamericanos en Guadalajara, la visita del Jefe del Estado Vaticano y la Reunión Internacional sobre Cooperación y Desarrollo, conocida como G20. Se apoyó a 22 entidades federativas con brigadas, insumos y personal técnico especializado en operativos para la seguridad en salud, que limitaron daños a la salud de la población y evitaron expansión de brotes mayores y aparición de epidemias en zonas afectadas.

PROGRAMA DE ACCIÓN DE SALUD BUCAL

Se capacitaron 429 odontólogos en 30 entidades federativas para el levantamiento de la Tercera Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis Dental en Escolares 2011-2012, se mantuvo vigilancia en el consumo de sal fluorurada en dos mil 296 municipios, con 90.4 millones de beneficiarios, mientras que el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucles reportó alrededor de 250 mil estudios de caso anuales.

Durante las dos semanas nacionales de salud bucal se beneficiaron a más de 12 millones de personas y se extendió la aplicación del Esquema Básico de Prevención en Salud Bucal a más de 98 por ciento de usuarios que acuden a servicios odontológicos de salud. Se otorgaron ocho millones 975 mil 207 consultas a cuatro millones 719 mil 437 pacientes, 3.3 por ciento más que durante el mismo periodo del año anterior. En otras acciones, se aplicaron tres mil 563 tratamientos restaurativos atraumáticos en 50 de los 125 municipios de menor IDH; se proporcionaron más de 99 millones de acciones preventivas a escolares y preescolares; se realizaron 54.7 millones de acciones curativo-asistenciales, 8.4 y 3.6 por ciento más que de septiembre de 2010 a agosto de 2011, respectivamente.

PROGRAMAS DE ACCIÓN DE DIABETES, RIESGO CARDIOVASCULAR Y ENVEJECIMIENTO

Actualmente opera una red de ocho mil 115 Grupos de Ayuda Mutua (GAM) de Enfermedades Crónicas que atienden a 196 mil 794 pacientes. En 2011 fueron acreditados 588 GAM para beneficio de 39 mil 134 personas afectadas con enfermedades crónicas. En 36 GAM está documentado el control de la diabetes, hipertensión o síndrome metabólico sin uso de medicamentos pero con modificación del estilo de vida; ochenta por ciento de los integrantes de los GAM son mujeres que brindan educación de estilos de vida saludables en casa, con lo que son beneficiadas 11 mil 200 familias. Se formaron 234 capacitadores en destrezas para atención del pie de personas con diabetes que replicarán su capacitación con personal operativo de las jurisdicciones.

Están en función 100 UNEME EC que de septiembre de 2011 a agosto de 2012 atendieron a 30 mil pacientes de alto riesgo metabólico para prevenir o postergar la aparición de complicaciones, reducir la saturación hospitalaria y los gastos de atención; además lograron el control en 49 por ciento de pacientes con diabetes y en 70 por ciento con hipertensión arterial. En los pacientes diabéticos que no alcanzaron su control metabólico, se redujeron los niveles de hemoglobina glucosilada entre 1.5 y 3 por ciento, lo que se traduce una disminución del riesgo cardiometabólico.

Setenta y cinco grupos preventivos impulsan planes individualizados de actividad física y nutrición en personas con riesgo de desarrollar alguna enfermedad crónica, como familiares de pacientes y personas en riesgo de hipertensión arterial. En los SESA se realizaron 34 millones 369 mil 763 detecciones y existen 839 mil 316 pacientes en control, 21.3 y 12.8 por ciento más que entre septiembre de 2010 y agosto de 2011, respectivamente. Para atender sobrepeso y obesidad, se elaboró un programa emergente con el consenso de los responsables estatales, la Dirección General de Promoción de la Salud y el CNEGySR.

En el marco del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria se contrataron 269 nutriólogos y 237 activadores físicos; se instrumentó la actividad física en 478 centros laborales y mil 859 entornos escolares; asimismo se realizaron 703 cursos de actividad física para 36 mil 174 personas; hubo nueve mil 560 eventos de orientación alimentaria en los que participaron 65 mil 459 personas y se dio seguimiento de peso corporal a 60 mil 972.

A la fecha operan 94 por ciento de los Comités Estatales de Atención al Envejecimiento; se levantó la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento a través de la cual se detectó el 100 por ciento de personas esti-

madras con depresión y 74.2 por ciento con alteraciones de memoria; se lograron aplicar 91.7 dosis de vacunas anti-influenza y 90 por ciento de las acciones programadas para la Semana de Salud para Gente Grande.

PROGRAMA DE ACCIÓN DE TUBERCULOSIS

Se realizaron cuatro cursos nacionales para fortalecer la capacitación del personal de salud, con una asistencia de más de mil quinientos participantes de todas las instituciones del sector de las 32 entidades federativas. Asimismo, se concluyó la actualización de la NOM-SSA2-006-2011 para la Prevención y Control de la Tuberculosis en el Primer Nivel de Atención para su publicación en el DOF.

Actualmente México tiene una prevalencia de 337 casos de tuberculosis con resistencia a fármacos, los cuales durante los primeros seis meses de tratamiento alcanzan una conversión bacteriológica de 85.9 por ciento; para estos casos se compraron e integraron 152 esquemas de tratamiento.

Se actualizó a 30 líderes clínicos, 13 enfermeras de la red TAES y 32 responsables del programa sobre el manejo clínico gerencial de alta especialidad en el tratamiento de la tuberculosis con resistencia a fármacos, y se actualizó a treinta y dos responsables del programa en el país sobre el sistema de información MACRO TB-MULTIFÁRMACORRESTENTE.

Se detectó 99.5 por ciento de los casos esperados y se mantuvo 85 por ciento de curación, de acuerdo con la meta establecida por la OMS; En el marco del Día Mundial de Lucha contra la Tuberculosis, en marzo de 2012, se llevaron a cabo actividades académicas en las 32 entidades federativas; se establecieron alianzas público-privadas con la Sociedad Mexicana de Neumología y con los estados de Veracruz y Guerrero, y se llevó a cabo la Reunión Nacional de Evaluación del Programa, con la participación de 32 coordinadores estatales.

PROGRAMA DE ACCIÓN DE LEPROA

Según los criterios de la OMS, México mantiene la erradicación de la lepra como problema de salud pública. De septiembre de 2011 a agosto de 2012 se priorizaron actividades de intensificación en 23 municipios en los que prevalecen tasas mayores a un caso por cada 10 mil habitantes; en 28 entidades federativas se reforzaron actividades de vigilancia y control en municipios con casos, lo que permitió identificar 215 casos nuevos en 21 estados, quienes fueron ingresados a tratamiento.

Se capacitaron 403 profesionales de la salud en nueve entidades (Colima, Guerrero, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Tamaulipas, Oaxaca y Chiapas), se realizó un curso-taller sobre el sistema de información en lepra con participación de 27 entidades federativas y en Oaxaca se llevó a cabo la segunda jornada dermatológica para detección de nuevos casos.

Se realizó la Evaluación Nacional del Programa de Lepra con la participación de los 32 responsables estatales; en OPS se gestionó la donación de tratamiento para casos nuevos y prevalentes; se realizaron diez visitas de supervisión y asesoría con prioridad a estados de mayor endemicidad, y se actualizó y distribuyó en las 32 entidades federativas el Manual de Procedimientos en Lepra.

PROGRAMA DE ACCIÓN DE RABIA

Desde junio de 2005, con el fin de mantener a México sin casos de rabia humana transmitida por perro, se brindó atención médica profiláctica a 82 mil 77 personas agredidas y se indicó tratamiento antirrábico a 25 mil 298 (30.8 por ciento).

De septiembre de 2011 a agosto de 2012 se vacunaron 12.1 millones de animales de compañía durante la Semana Nacional de Vacunación Antirrábica Canina y Felina; 2.6 millones de animales en la de reforzamiento; y 2.5 millones en fase permanente, sumando 17.1 millones. Se enviaron 50 mil 913 muestras de perros al laboratorio y se realizaron acciones de control canino en 973 mil 139 animales, de éstos 339 mil 274 fueron esterilizados y 633 mil 865 sacrificados.

En el Estado de México, continúa el seguimiento de un brote de rabia canina, el cual acumuló en el periodo 10 casos, por lo que se han realizado actividades de control del foco rábico. Se publicó la modificación a la NOM-011-SSA2-2011 Para la Prevención y Control de la Rabia Humana y en Perros y Gatos en el DOF.

En otras zoonosis (brucelosis) se realizaron 514 mil 400 pruebas de tamiz para detección del padecimiento y concluyó el período de consulta pública de la NOM 022-SSA2-2010 para la Prevención y Control de la Brucelosis en el Humano, para su publicación en el DOF.

3.3 CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

De acuerdo con los últimos datos oficiales, en 2011 se alcanzó una cobertura de 95.2 por ciento en los niños de un año de edad con esquema completo de vacunación. Para 2012, se tiene una cifra estimada de 95 por ciento, cifras similares a las registradas durante 2007 y 2010.

En los niños de uno a cuatro años de edad la cobertura se ha mantenido por arriba de 95 por ciento desde 1995, en 2001 se incrementó a más de 97 por ciento y desde 2007 se mantienen coberturas por arriba de 98 por ciento. En 2011, la cobertura fue de 98.3 por ciento y para el periodo de enero a agosto de 2012 se estima en 98 por ciento.

De 2007 a 2012, se aplicaron casi 184 millones de dosis de todas las vacunas, de éstas se aplicaron más de 32.4 millones en 2011 y aproximadamente 24.7 millones de enero a junio de 2012, lo que representa un logro en la cobertura de 95.8 y 96.1 por ciento, respectivamente. De enero de 2007 a agosto de 2012 se realizaron un promedio de 82 visitas de supervisión a las 32 entidades federativas con el fin de revisar la operación del Programa de Vacunación Universal.

En 2011 se aprobó el esquema de vacuna pentavalente contra rotavirus, se universalizó la aplicación de la vacuna contra Virus del Papiloma Humano (VPH) en todas las niñas de 9 años de edad, para 2012 se autorizó su aplicación en niñas de 5° de primaria y se aprobó la vacunación universal con Tdpa en mujeres embarazadas para iniciar su aplicación en 2013.

Derivado de los compromisos adquiridos por México en la Cumbre Mundial de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, durante la presente administración se estableció el Programa Nacional de Reducción de la Mortalidad Infantil (PRONAREMI) 2007-2012, el cual tiene como fin disminuir la mortalidad infantil en nuestro país y contribuir a la equidad de atención y acceso a los servicios de salud, principalmente en los municipios con menor IDH. De 2007 a 2012 la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años presentó una reducción de 2.8 puntos al pasar de 18.5 defunciones por cada mil NVE a 15.7.

Respecto de la tasa de mortalidad en niños menores de 1 año, México ha presentado una notable reducción de 2007 a 2012, con una disminución de 2.5 puntos al pasar de 15.7 defunciones por cada mil NVE a 13.2. El cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio establece como meta reducir en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de cinco años entre 1990 y 2015. En 2012, la tasa presentó un avance de 99.2 por ciento de la meta, colocando al país a 0.2 puntos de alcanzar la meta prevista (13.0). Sin embargo, a pesar de la tendencia presentada en la mortalidad de este grupo de edad, aún es necesario impulsar estrategias y acciones focalizadas para aumentar la sobrevivencia neonatal ya que es el periodo de vida en el cual ocurre el mayor porcentaje (aproximadamente 60 por ciento) de los decesos infantiles.

Con relación a las principales causas de muerte en los niños menores de 5 años se encuentran las enfermedades diarreicas agudas (EDA) y las infecciones respiratorias agudas (IRA), ambas prevenibles y de gran relevancia debido a que se asocian a factores de desarrollo social y económico. Sin embargo, entre 2007 y 2010 las tasas de mortalidad por estas causas se han reducido significativamente: por EDA pasó de 14.8 a 8.4 defunciones por cada 100 mil niños menores de 5 años e IRA de 26.7 a 22.9 defunciones por cada 100 mil menores de 5 años en el mismo periodo. Dicha reducción de las tasas de mortalidad se debe principalmente al fortalecimiento de estrategias e intervenciones que la SS ha puesto en marcha a nivel nacional, como es el caso del PRONAREMI, entre otras.

Por otra parte, el Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia (PASA) beneficia a la población de 10 a 19 años de edad, involucrando al sector y a las instituciones públicas y privadas vinculadas a este grupo

poblacional. Su objetivo es mejorar las condiciones de salud del grupo adolescente a través de la prevención de enfermedades, la promoción de estilos de vida saludables y la atención integral de esta población en todas las unidades del sector salud del país. Este programa se sustenta en la conjugación de cuatro enfoques: I) factores protectores de riesgo; II) los derechos de los adolescentes; III) equidad de género, y IV) la promoción de la salud. El PASA está compuesto por cuatro estrategias prioritarias:

1. Grupo de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS). Son grupos formados con población de 10 a 19 años en las unidades de salud de primer nivel, quienes son capacitados en temas de salud principalmente sexual y reproductiva, para que posteriormente desarrollen actividades de promoción en su comunidad básicamente con sus pares. La estrategia GAPS dio inicio en 2008 y actualmente cuenta con mil 400 grupos en todo el país. Para su operación entre 2009-2011 se realizaron 16 cursos regionales para coordinadores GAPS y dos consultas nacionales con sus integrantes. Se cuenta con dos documentos técnicos: Manual para la Promoción y Desarrollo de los GAPS y Lineamientos Estratégicos para la Promoción y Desarrollo de los GAPS.
2. Semana Nacional de Salud de la Adolescencia. Su objetivo es promover estilos de vida saludables entre la población de 10 a 19 años a través de la oferta de servicios, información y orientación. La organización técnica y logística de la semana corresponde a los SESA, bajo el liderazgo del responsable estatal del PASA quien coordina una serie de actividades deportivas, culturales y artísticas, así como foros y talleres. La semana se desarrolla desde 2008 y se ha posicionado como un evento nacional con la asistencia de más de 10 millones de adolescentes en todo el país y con la participación de las instituciones del sector salud y OSC. Para la organización de las actividades se cuenta con los Lineamientos Operativos de la Semana Nacional de Salud de la Adolescencia, mismos que se actualizan anualmente dependiendo del énfasis temático, por ejemplo, en 2011 fue Prevención de Accidentes en Población Adolescente y para 2012 será La Prevención de Violencia entre Pares.
3. Plan Nacional para la Prevención de la Violencia y el Maltrato en Niñas, Niños y Adolescentes. Tiene como objetivo prevenir la violencia y el maltrato a través de la información y sensibilización acerca de las causas y consecuencias que lo originan, promoviendo la crianza, cuidado y educación con afecto y libre de violencia y maltrato en los principales ámbitos donde se desenvuelve este grupo poblacional como la familia, la escuela y la comunidad. En 2010 se conformó el Grupo Técnico de Capacitación para la Prevención de la Violencia y el Maltrato con la participación del Hospital Infantil de México, Pediátrico de Iztapalapa, Instituto Nacional de Pediatría, Psiquiatría y Centro Nacional de Equidad de Género. Para su implementación y difusión entre 2010 y 2011 se realizaron cuatro cursos con la participación de responsables estatales y jurisdiccionales del programa, así como personal directivo y operativo de unidades de primer nivel de atención. Asimismo, se diseñaron y distribuyeron en las 32 entidades federativas trípticos y carteles dirigidos a madres, padres y adolescentes en materia de prevención de violencia y maltrato.
4. Grupo de Atención Integral a la Salud de la Adolescencia (GAIA). Es un grupo conformado por el CENSIA, Dirección General de Promoción de la Salud, CENSIDA, CNEGySR, CENADIC, STCONAPRA y CENAPRECE con el objetivo de unificar y fortalecer los distintos componentes de salud creados dentro de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud dirigidos a la población adolescente, a la vez de mejorar la coordinación federal y estatal en materia de atención integral en salud de este grupo poblacional. Para efectos de dicha coordinación se emitió el Proyecto de Colaboración en Salud Integral para Adolescentes. A partir del 2009 el GAIA federal se reúne de forma mensual y en 2011 se lograron establecer GAIA estatales en 31 entidades con la participación de organismos no gubernamentales (ONG).

En esta administración se realizaron los trabajos correspondientes a la publicación en el DOF de la NOM 047-SSA2-2010 para la Atención a la Salud del Grupo de 10 a 19 Años de Edad, en donde se estipula el protocolo de atención a la salud de los adolescentes en todo el país y para todos los sectores e instituciones que integran al sector salud.

Respecto del Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, entre septiembre de 2011 y junio de 2012, 23 entidades federativas cuentan con consejos estatales de dicho

programa funcionando. Se capacitó a cuatro mil 178 médicos de primer nivel de atención en diagnóstico oportuno de cáncer y a 267 licenciados en enfermería de las unidades médicas acreditadas para la atención de los menores de 18 años con cáncer. Se supervisaron 19 unidades en 13 entidades federativas.

Se elaboraron y distribuyeron, a nivel nacional, 560 mil ejemplares de siete materiales diferentes relacionados con el tema del cáncer en los menores de 18 años, tanto para el personal de salud como para la población general. Se llevaron a cabo dos reuniones nacionales de responsables estatales del programa de cáncer en las que se les capacitó principalmente en el conocimiento y uso de herramientas administrativas para su mejor operación. También se realizaron dos reuniones nacionales con hematólogos y oncólogos pediatras para la revisión y actualización de los protocolos de tratamiento de primera línea y recaída de tumores sólidos y de leucemias.

De 97 acuerdos generados entre 2009-2012 en el Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, 59 están cumplidos, 12 son permanentes y 26 están en proceso.

De 2007 a 2011, se incrementó a 90 por ciento el registro de los casos de cáncer en los menores de 18 años financiados por el Fondo de Gastos Catastróficos. En 2010, el CENSIA transfirió casi 28 millones de pesos a 31 entidades federativas para el fortalecimiento del programa de cáncer y para 2012 se autorizó la transferencia de casi 10 millones a 22 entidades federativas para el mismo fin.

Con información de 64 por ciento de los casos nuevos de cáncer diagnosticados en 2009 y que son atendidos en las unidades médicas acreditadas, la supervivencia global a dos años se estima en 72.7 por ciento, 19 por ciento más a la estimada para los casos nuevos diagnosticados en 2008.

3.4 CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

De 2007 a 2011 se han realizado acciones de sensibilización, capacitación y asesoría para incorporar la perspectiva de género a la atención de la salud, adicionalmente se emitieron recomendaciones técnicas con enfoque de género para documentos normativos y técnicos de los programas prioritarios de salud y se realizaron acciones de difusión del impacto del género en la salud. A partir de 2009 se inició la operación del Programa de Cultura Institucional con Perspectiva de Género en la SS, incluyendo la certificación en la Norma Mexicana para la Igualdad Laboral entre Mujeres y Hombres.

En este contexto, se realizaron 26 cursos de formación de capacitadores en género y salud en el ámbito de los derechos humanos. Entre septiembre de 2011 y agosto de 2012 a través de cuatro cursos, se formaron 838 capacitadores en 30 entidades federativas quienes deben sensibilizar y capacitar al personal operativo de los servicios de salud, y se actualizó a 177 profesionales de los SESA a través de cursos de posgrado.

De 2007 a 2012 se logró incorporar la perspectiva de género en 10 programas de salud. En este periodo, destaca el premio de OPS/OMS a las Mejores Prácticas de Incorporación de la Igualdad de Género en Salud en las Américas obtenido en 2008, a partir de lo cual se internacionalizó el trabajo realizado en talleres y congresos realizados en Trinidad y Tobago, Nueva York, Dubai y Guatemala.

En el mismo periodo se publicaron y distribuyeron 16 números de la revista de divulgación Género y Salud en Cifras a los 32 SESA, en 2012 dicha revista cumplió 10 años de existencia. Se publicó también la estimación anual de gasto en salud reproductiva y equidad de género para el periodo 2006 a 2010.

Con relación al Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género, entre septiembre de 2011 y agosto de 2012, la SS brindó servicios especializados de consejería, apoyo psico-emocional y atención médica a 161 mil 998 mujeres mayores de 15 años, 28.7 por ciento más que las atendidas en el mismo periodo inmediato anterior. Dicho incremento resultó de la aplicación de un mayor número de herramientas de detección (un millón 623 mil 220), así como de actividades de promoción y difusión del derecho a una Vida Libre de Violencia.

De enero de 2007 a la fecha se brindó atención psicológica a 559 mil 759 mujeres, un millón 44 mil 702 servicios de consejería, así como 247 mil 795 acciones de atención médica a mujeres que vivieron violencia. Para ello, operan en unidades de salud de las 32 entidades federativas 284 servicios especializados en atención a mujeres de 15 años y más que viven este tipo de hechos.

La Secretaría de Salud brindó apoyo para la atención en refugios a dos mil 118 mujeres, mil 836 niñas y mil 905 niños que viven violencia extrema, atenciones que superaron en 22.2 por ciento lo reportado el año anterior. A través de estos subsidios se proporcionaron servicios de alimentación, hospedaje, atención médica, psicológica, jurídica y de trabajo social, así como capacitación para el empleo. De enero de 2007 a agosto de 2012 la SS coadyuvó a la atención de nueve mil 90 mujeres, ocho mil 73 niños y ocho mil 119 niñas. En 2012 se celebraron 44 convenios con este fin: 34 con OSC y 10 con instituciones públicas de 25 entidades federativas.

Al finalizar 2011, se tuvo un registro de tres millones 521 mil 856 usuarias de métodos anticonceptivos, lo que representa un incremento de 9 por ciento en comparación con la cifra registrada en 2006. Por su parte, la cobertura de la anticoncepción posevento obstétrico en la SS creció a nivel nacional de 43.2 a 55.5 por ciento de 2006 a 2011.

Debido al incremento en el presupuesto del Ramo 12 apoyo federal de 47 a 100 millones de pesos entre 2009 y 2011, se adquirieron métodos anticonceptivos modernos. Asimismo, en colaboración con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) se compraron entre 2007 y 2010 métodos anticonceptivos, lo que significó un ahorro aproximado de 49 millones 747 mil pesos para las entidades participantes.

Durante 2012 se imprimirán y distribuirán dos millones 535 mil 370 materiales informativos, además de los cuatro millones 755 mil 770 que se han impreso para promover los derechos reproductivos, la gama de métodos anticonceptivos disponibles y la gratuidad del servicio de planificación familiar que se oferta en la SS. En 2011 se realizó una campaña de comunicación masiva con énfasis en prevención del embarazo adolescente.

Es importante señalar que en la presente administración por primera vez se elaboró un Programa de Acción Específico en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. A julio de 2011 se cuenta con un total de 936 servicios dedicados a la atención de esta población; se creó una página *web* con información relacionada con la salud sexual y reproductiva denominada yquesexo.com.mx. En coordinación con la UNAM se actualizó la sala Sexualidad: Vivirla en Plenitud es Tu Derecho del Universum, la cual tiene una afluencia aproximada de 800 mil visitantes anuales.

Las instituciones del Sistema Nacional de Salud en coordinación con el UNFPA diseñaron el Modelo de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en el cual se establecen los criterios mínimos de atención. Actualmente este modelo se encuentra en etapa piloto en Oaxaca, Puebla, Querétaro y San Luis Potosí.

Con el fin de contribuir a la disminución de los embarazos no planeados en la adolescencia y abatir la muerte materna, el personal de los SESA en coordinación con la SEP implementaron una estrategia de capacitación a directivos estatales y regionales, personal docente, alumnos y padres de familia.

Del 1º de enero de 2007 a agosto de 2012, la SS registró 121 mil 466 usuarias activas de métodos anticonceptivos menores de 20 años, lo que representó el 38.5 por ciento de cobertura. A nivel sectorial se redujo la demanda insatisfecha de anticonceptivos en este grupo de edad a 24.6 por ciento entre 2006 y 2009.

Durante los primeros cinco años de esta administración se han emprendido acciones relevantes con el propósito de reducir la mortalidad por cáncer cérvico uterino en mujeres de 25 años y más. Se implementó la vacunación contra VPH iniciando en los 125 municipios de menor IDH, para posteriormente conseguir en 2011 la universalización en niñas de 9 años de edad, en colaboración con el CeNSIA. Asimismo, se implementó la prueba de detección de VPH con captura de híbridos en las 32 entidades federativas, para lo cual se instalaron 13 laboratorios de biología molecular y se capacitó al personal operativo de los 32 estados.

Durante 2012 se han realizado 885 mil 716 citologías en mujeres de 25 a 64 años, que sumadas a los estudios realizados de 2007 a 2011 acumulan un total de 12 millones 32 mil 62. Asimismo, se realizaron 746 mil 283 detecciones con la prueba del VPH que sumados a los estudios realizados entre 2007 y 2011 hacen un total de dos millones 894 mil 328 detecciones. Aunado a esto se implementaron 13 laboratorios de biología molecular para procesamiento de la prueba de VPH.

Con el propósito de incrementar la detección temprana de cáncer de mama con mastografía, priorizando el grupo de mujeres de 50 a 69 años, durante los primeros cinco años de esta administración se diseñaron e implementaron las UNEMES de Detección y Diagnóstico de Cáncer de Mama y la de Unidades Itinerantes de Mastografía. Se desarrollaron proyectos de telemastografía, dos regionales y 11 estatales, y se actualizó y difundió la NOM-041-SSA2-2011 para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama.

De enero a agosto de 2012 se realizaron 268 mil 971 mastografías, de éstas 90 mil 860 fueron a mujeres de 50 a 69 años de edad (51.7 por ciento de la meta anual). En el periodo 2007-2011 se realizaron un total de un millón 876 mil 285 mastografías, de las cuales un millón 101 mil 751 se realizaron en ese mismo grupo de edad.

Con el fin de fortalecer y ampliar la capacidad instalada para la detección y diagnóstico de cáncer de mama se adquirieron, con recursos federales, 31 unidades móviles de mastografía UNEME-DEDICAM; se construyeron 11 unidades en 10 estados; en unidades de primero y segundo nivel se reorganizaron los servicios para facilitar la implementación de mastógrafos, los cuales aumentaron de 165 a 235 para detección y diagnóstico.

Durante el periodo 2007-2011 la tendencia de la RMM ha sido descendente al pasar de 58.6 en 2006 a 50.4 en 2011 (cifra preliminar) con una reducción de 14 por ciento. Esta disminución ha sido producto, en gran medida, de los esfuerzos realizados por la SS para implementar políticas públicas tales como la Estrategia de Embarazo Saludable del Seguro Popular, el Convenio para la Universalización de las Emergencias Obstétricas y la Integración del Equipo de Fuerza de Tarea, el cual pretende fortalecer las redes de atención hospitalaria ante las emergencias obstétricas.

Una de las estrategias más importantes que se implementó durante la presente administración fue la capacitación para la reanimación neonatal. Del año 2000 a la fecha se capacitaron un total de 61 mil 497 profesionales de la salud en la reanimación neonatal. Aunado a ello, en 2011 se implementaron tres marcadores nuevos en tamiz neonatal: galactosemia, fenilcetonuria e hiperplasia suprarrenal. La meta para 2012 es cubrir con esta práctica a un millón 300 mil niños en todo el país, lo que corresponde a 98 por ciento de los recién nacidos responsabilidad de la SS.

En enero de 2012 se reactivaron las sesiones del Subcomité Nacional de Lactancia Materna, así como la estrategia de Hospital Amigo con las nuevas guías y documentos de la OMS, para lo cual se capacitó a 37 personas como evaluadores externos en todo el país.

3.5 CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH/SIDA

México se clasifica como un país con una epidemia de SIDA concentrada, caracterizada por una prevalencia de infección por VIH que se ha difundido rápidamente en subgrupos de la población pero que aún no se establece en la población en general. La prevalencia de infección por VIH se ha mantenido constante, por encima de 5 por ciento en por lo menos un subgrupo de la población e inferior a 1 por ciento entre las mujeres embarazadas de zonas urbanas.

La epidemia de SIDA se concentra en las poblaciones clave: trabajadores sexuales (hombres) con una prevalencia ajustada de 16.6 por ciento; hombres que tienen sexo con hombres (17.2); usuarios de drogas inyectadas (7.06) y trabajadoras sexuales (0.63).

Desde el inicio de la epidemia en nuestro país hasta el 31 de marzo del 2012, en el Registro Nacional de Casos de SIDA se han contabilizado 155 mil 625 casos acumulados, de los cuales 82 por ciento son hombres y 18 por ciento mujeres, es decir, existe una relación hombre/mujer de 4.6 a 1, esta razón se ha reducido a lo largo de la epidemia, pasó de 10.8 en 1985 a 3.7 en 2008, para aumentar a 3.9 en 2009 y 4.2 en 2010, lo que significa que el proceso de feminización de los casos de SIDA se ha detenido y revertido.

En el grupo de 25 a 34 años de edad se concentra el mayor porcentaje de casos de SIDA, seguido del grupo de 35 a 49 años, en tercer lugar de importancia aparecen los jóvenes de 15-24 años de edad. Sin embargo, la tendencia histórica de la epidemia muestra una disminución en la proporción de casos en los grupos de edad más afectados y un aumento sostenido en el grupo de jóvenes.

En el periodo 2007-2011 el CENSIDA realizó la medición del gasto en SIDA en el país de 2006-2009 y para diciembre 2012 contará con las estimaciones 2010-2011, lo cual ha permitido dirigir los recursos hacia las acciones y poblaciones que más lo requieren.

Se han presentado de manera oportuna los avances en torno a la Declaración de Compromiso de VIH/SIDA establecida en 2001; en relación al objetivo del desarrollo del milenio referente a detener y reducir la propagación del SIDA en el año 2015, así como en relación a la Declaración Política sobre VIH/SIDA en la cual los países se comprometen a fortalecer su respuesta ante la epidemia del VIH enfocada al logro del acceso universal a servicios de prevención, tratamiento, cuidados y apoyos.

Se realizaron las siguientes publicaciones: El VIH/SIDA en México 2009-2011, en donde se concentra la actualización del análisis epidemiológico, así como las principales acciones en materia de prevención, atención y monitoreo de esta enfermedad; VIH/SIDA y Salud Pública: Manual para Personal de Salud, segunda edición. Se actualizó como cada año desde 2004 el Boletín del Grupo de Información Sectorial de VIH/SIDA e ITS en la página *web* del CENSIDA, que concentra información sobre las acciones de prevención y atención realizadas por las instituciones del sector salud que conforman este grupo de trabajo pertenecientes al Comité de Monitoreo y Evaluación del CONASIDA. Este boletín constituye la única fuente de información sectorial en VIH/SIDA e ITS.

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, el monto correspondiente a medicamentos antirretrovirales financiado por el Fideicomiso de Gastos Catastróficos pasó de mil 140 millones 316 mil 207.87 pesos ejercidos en 2007, a mil 818 millones 674 mil 838.78 pesos en 2011, lo que representa un incremento de 59.5 por ciento.

En el período comprendido del 1° de septiembre de 2011 al 1° de junio de 2012, el número de personas con VIH que recibieron tratamiento antirretroviral con recursos federales fue de cinco mil 555, 10 por ciento más con relación al mismo periodo del año anterior. El número acumulado de personas sin seguridad social que han recibido tratamiento con antirretrovirales, asciende a 45 mil 256 al 1° de junio de 2012.

En la presente administración, a partir de 2009 se adicionó al acceso a tratamiento antirretroviral, las pruebas de monitoreo de carga viral y CD4, con fuente de financiamiento del Fideicomiso de Gastos Catastróficos. En 2012, 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 autorizó una inversión hasta por 343 millones 913 mil 449 pesos, de los cuales 230 millones 101 mil 485 pesos son para 148 mil 933 pruebas de carga viral; 112 millones 915 mil 764 pesos para 145 mil 886 pruebas de CD4 y 896 mil 200 pesos para 200 genotipos. Esta cifra autorizada para 2012 se incrementó 49.5 por ciento con relación a la otorgada en 2011.

Con la finalidad de mejorar el registro de los pacientes beneficiarios del tratamiento y el proceso de adquisición y distribución de los antirretrovirales, se diseñó el Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR), el cual inició su operación en 2007 con el módulo de prescripciones para facilitar el procedimiento de compra y distribución de los antirretrovirales. El sistema ha estado en constante evolu-

ción, en 2011 se logró tener un mayor control en la cadena de suministro de medicamentos antirretrovirales, mejora en el proceso de control de caducidades y en la consolidación de las claves de acceso; se incorporaron los históricos de esquemas que han tenido los pacientes con VIH/SIDA, así como el histórico de existencias en inventarios; se incluyó el tablero de control que permite contar con información requerida en menor tiempo; se incorporó una mesa de ayuda y se mejoró la comunicación con los usuarios al incluir un proceso automatizado de publicación de mensajes.

Se dio continuidad al programa de transmisión vertical del VIH y Sífilis, con el apoyo del Seguro Popular para contar con pruebas de detección en mujeres embarazadas. En 2011 fue aceptada en el seno del CONASIDA la propuesta preliminar de la estrategia del Programa de Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis Congénita.

Hasta junio de 2012 estaban acreditados 58 por ciento de los 73 servicios de atención integral y 80 por ciento de los 70 centros ambulatorios de prevención y atención del SIDA e ITS que se encuentran en operación.

En el marco de la convocatoria pública para financiar proyectos de las OSC con trabajo en VIH/SIDA y Derechos Humanos, se financiaron 99 proyectos en diferentes categorías destacando los relacionados con mujeres en alta vulnerabilidad que obtuvieron un monto global de 10 millones 994 mil 861 pesos distribuidos en 27 proyectos de 11 entidades federativas. Para 2012 fueron financiados 28 proyectos en diferentes categorías de participación por un monto de 24 millones 744 mil 587 pesos distribuidos en 19 entidades.

Con el objeto de mejorar la implementación de políticas públicas en materia de discriminación y homofobia, se realizaron talleres de capacitación al personal de salud que atiende los CAPASITS a fin de que puedan ser certificados como espacios libres de discriminación, en el marco de los derechos humanos y con perspectiva de género.

En el periodo comprendido entre agosto de 2011 y septiembre 2012, se promocionaron las campañas en medios masivos de comunicación dirigidas a mujeres para la prevención vertical del VIH/SIDA (materno-infantil).

Dentro de las acciones implementadas por el Gobierno Federal se considera fundamental para la prevención de infecciones de transmisión sexual la promoción permanente del uso del condón, especialmente en poblaciones con mayor riesgo y vulnerabilidad para adquirir el VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Se promocionó en tiempos fiscales de radio y televisión una campaña de prevención dirigida a los jóvenes sobre el uso correcto y consistente del condón masculino y se hizo la entrega anual de condones masculinos a las entidades federativas.

Con el fin de fortalecer y modernizar los sistemas de información en materia de VIH y otras ITS en 2011 el CENSIDA lanzó el portal oficial del centro en las plataformas Twitter y Facebook como un canal de contacto directo con la ciudadanía. A la fecha CENSIDA es el cuarto Twitter con mayor impacto en la SS, con más de tres mil seguidores, en Facebook el crecimiento ha sido más lento pero a la fecha se cuenta con aproximadamente 500 seguidores.

3.6 CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ADICCIONES

Con el propósito de lograr la reducción de la demanda de las sustancias psicoactivas, en la presente administración se realizó un gran avance en el fortalecimiento tanto de la infraestructura como de los programas de atención a las adicciones.

En un esfuerzo sin precedentes, se destinaron más de seis mil millones de pesos para realizar las acciones preventivas, terapéuticas y para el desarrollo de diversos proyectos dirigidos a jóvenes de 12 a 17 años, lo que representa más del doble de recursos que los que se destinaron para este fin en el mismo periodo de la administración anterior.

Durante el último año se reforzaron las acciones de la Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida puesta en marcha en 2008 por el Presidente de la República, dicha campaña se enfoca en la sensibilización e información sobre las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas, así como sobre factores de riesgo y de protección mediante recomendaciones para padres de familia, y talleres de crianza positiva y desarrollo de habilidades para la vida en preescolares, niños y jóvenes; además de tareas de detección, orientación y consejería en adicciones.

A través de la campaña se ha orientado a jóvenes, maestros, beneficiarios de programas sociales, conscriptos del servicio militar nacional, personal de salud, personas en comunidades en riesgo y a personal de empresas socialmente responsables. Entre septiembre de 2011 y agosto de 2012 se capacitaron a más de un millón seiscientas mil personas.

En coordinación con diversas dependencias gubernamentales, con los CECA y con las estrategias que componen la campaña Nueva Vida se capacitó a 471 mil 451 personas en las entidades federativas; en coordinación con la SEP se capacitaron 313 mil 231 docentes de secundaria y 288 mil 109 de primaria; mientras que con la SEDESOL se capacitó a 533 mil 566 personas y con la SEDENA se beneficiaron a más de 280 mil jóvenes conscriptos.

A través de los CECA se coordina la aplicación y el seguimiento de las políticas públicas en materia de prevención y tratamiento de las adicciones en el país. En materia de prevención destacan las acciones dirigidas a adolescentes de 12 a 17 años, logrando a agosto de 2012 una cobertura de 10 millones de jóvenes, es decir 83.1 por ciento de la población del país en ese grupo de edad.

En este mismo periodo la implementación de programas de atención a las adicciones se extendió a 884 municipios prioritarios. Asimismo, se brindó atención en adicciones en seis mil 559 unidades básicas de primer nivel de la SS superando la meta de tres mil 923.

Entre septiembre de 2011 y agosto de 2012 el Centro de Orientación Telefónica (COT) atendió 104 mil llamadas de la ciudadanía que buscó algún tipo de ayuda en el ámbito de las adicciones. En lo que va del sexenio se han recibido un millón 297 mil 991 llamadas.

El CENADIC y los CECA tuvieron como uno de sus grandes retos fortalecer el funcionamiento de los Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA) y de los CNV ubicados en 261 municipios prioritarios, mismos que junto con las 113 unidades de Centros de Integración Juvenil (CIJ), GAM y otras organizaciones sociales, públicas y privadas constituyen la red más grande en Latinoamérica para la prevención y atención de las adicciones.

Entre septiembre de 2011 y agosto de 2012 iniciaron operaciones 25 CNV con lo cual se amplió la red a 335. En los CNV se llevaron a cabo 353 mil 73 sesiones de terapias breves para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas así como tratamientos grupales y prevención de recaídas, lo que representó 6 por ciento más que el mismo periodo del año anterior; se efectuaron 11 por ciento más consultas de primera vez, y se realizaron 773 mil 296 pruebas de tamizaje a población adolescente escolarizada para detectar jóvenes en riesgo de consumo, lo que representó un incremento de 52 por ciento con respecto al mismo periodo anterior. Se acreditaron 87 CNV lo que hace un total de 226 centros acreditados.

En el área de tratamiento y calidad en la atención a las adicciones, en 2011 se diseñó y desarrolló el sistema en línea para el Directorio Nacional de Establecimientos Especializados en el Tratamiento de las Adicciones. Entre 2011 y 2012 se censaron 527 establecimientos ambulatorios y mil 773 centros residenciales de tratamiento en todo el país.

Con el fin de asegurar que los centros residenciales cumplan con lo dispuesto en la NOM-028-SSA2-2009 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, se trabajó en dos vertientes: reconocimiento y vigilancia. En la primera, se otorgó reconocimiento a 374 centros de todo el país, entre septiembre de 2011 y agosto de 2012 completaron su proceso 198 centros, con lo que se cumplió la meta sexenal de 572. En la segunda vertiente, con el fin de vigilar el correcto funcionamiento de los centros, a través del CONASA se

crearon en 11 entidades federativas Comisiones Mixtas de Evaluación y Supervisión de los Centros de Tratamiento Residenciales.

Para mejorar el acceso a tratamientos se han otorgado desde el año 2009 subsidios a las entidades federativas para becas de tratamiento. Dada la necesidad social, los subsidios se han incrementado en los dos últimos años pasando de 39 millones 885 mil 830 pesos en 2011 a 131 millones 940 mil en 2012.

Con el objeto de reforzar la formación académica de los profesionales de la salud que laboran en los CNV y de otras instituciones, en el último año, con el apoyo de la Fundación Gonzalo Río Arronte mil 481 profesionales cursaron la especialidad de Promoción de la Salud y Prevención del Comportamiento Adictivo. Asimismo, con la finalidad de mejorar la calidad de la atención de 300 establecimientos de ayuda mutua y mixtos en 19 entidades federativas en conjunto con el Instituto Carlos Slim de la Salud y Fundación Oceánica se capacitó a 800 personas que proveen apoyo terapéutico, y se evaluaron los 300 centros residenciales.

Respecto al programa mexicano de Capacitación y Evaluación de Consejeros en Adicciones CICAD-OEA para la mejora de la calidad de los servicios que se prestan en los centros de tratamiento residenciales públicos, privados y sociales, se realizó un diagnóstico nacional sobre el perfil del personal que opera en dichos centros. Asimismo, se elaboró la Norma Institucional de Competencia Laboral y se evaluó a 600 consejeros en adicciones.

En el marco de colaboración de la Iniciativa Mérida el Gobierno de Estados Unidos donó 17 millones de dólares para hacer posible la RENADIC, una plataforma tecnológica que integra 400 sitios de la red de atención a las adicciones a nivel nacional (334 CNV, 32 CECA, 32 observatorios estatales, la CONADIC y el CENADIC). La infraestructura tecnológica implica más de ocho mil equipos entre computadoras, impresoras, lectores ópticos para las pruebas de tamizaje, teléfonos, equipos de videoconferencia y pantallas. En septiembre de 2012 quedará instalada la red en los 400 sitios favoreciendo la generación de estadística institucional, el intercambio de información, procesos de capacitación y la difusión de las mejores prácticas en la prevención y atención de las adicciones.

Respecto de la reducción del uso nocivo de alcohol, los CNV realizan una labor de sensibilización educativa debido a que éste es la principal causa de atención en los centros en todas las entidades federativas. En coordinación con Alcohólicos Anónimos se realiza anualmente la Semana Nacional de Información contra el Alcoholismo Compartiendo Esfuerzos, a la que asisten más de tres millones de personas por año.

En los aspectos de prevención y tratamiento del tabaquismo se destacan: la creación de la Oficina Nacional para el Control del Tabaco (ONCT) como parte de la estructura del CENADIC; el acuerdo para la formulación, aprobación, aplicación, utilización e incorporación de las leyendas, imágenes, pictogramas, mensajes sanitarios e información en todos los paquetes de productos del tabaco; el establecimiento del impuesto específico a los productos de tabaco en siete pesos por cajetilla, lo que coloca la carga impositiva a dichos productos entre las más altas de América, y la puesta en marcha de la campaña nacional para la promoción de espacios cien por ciento libres de humo de tabaco a través de reconocimientos.

4. SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

4. SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

La Subsecretaría de Administración y Finanzas (SAF) tiene como parte de sus funciones el coadyuvar a fortalecer las actividades sustantivas de los programas y líneas estratégicas de la SS mediante el diseño, instrumentación y evaluación de políticas, normas, sistemas y procedimientos en materia de planeación, programación, presupuestación, contabilidad gubernamental y administración integral de los recursos humanos, materiales y financieros; así como el desarrollo de la infraestructura física en salud de la secretaría, de sus órganos desconcentrados y OPD; actividades que realiza coordinadamente a través de las unidades administrativas adscritas a esta Subsecretaría.

4.1 DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO

La Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP) es responsable de diseñar y operar los instrumentos organizacionales, programáticos, presupuestarios y de rendición de cuentas, así como de administrar los recursos financieros que garanticen el adecuado funcionamiento de las unidades centrales, desconcentradas y OPD, tanto federales como estatales, con base a la calidad en el servicio, actitud de servicio, transparencia y compromiso social. Para su desempeño ha organizado su estructura en cinco macro procesos sustantivos y uno de apoyo. Los logros de cada macro proceso del 1° de septiembre de 2011 al 31 de agosto de 2012 son:

DISEÑO Y DESARROLLO ORGANIZACIONAL

Se registraron las estructuras orgánicas de 19 unidades administrativas y se alinearon a las modificaciones que se hicieron en los decretos que reforman, derogan y adicionan diversas modificaciones al Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, publicados en el DOF el 2 de febrero de 2010 y el 10 de enero de 2011. Se refrendó la estructura de nivel central, 15 de órganos desconcentrados y siete estructuras de OPD.

Se realizaron 20 valuaciones de puestos eventuales y 14 de personal de estructura de unidades centrales y órganos desconcentrados a través del Sistema de Validación de la Valuación y del Nivel del Tabulador (SIVAL), para determinar el grupo, grado y nivel, acorde a las atribuciones y funciones que desempeñan y establecer las percepciones que se otorgan. Se emitió opinión técnica y funcional de 14 contratos de personal por honorarios de las áreas de nivel central.

Se asesoró a las unidades de la Dependencia en la elaboración de manuales, con ello, se concluyó la elaboración y revisión de 54 manuales de organización y 19 manuales de procedimientos, con base en las estructuras 2011. Se están actualizando todos los manuales con base en las estructuras 2012, mismos que deberán concluirse en noviembre de este año.

INTEGRACIÓN PROGRAMÁTICA Y PRESUPUESTAL

Se formuló el proyecto de presupuesto de egresos 2012, conforme a las prioridades establecidas, a través del análisis de la información de los programas anuales de trabajo, se ordenaron y clasificaron los programas y actividades y se integraron y calendarizaron los objetivos, metas e indicadores presupuestarios para evaluar su cumplimiento. Los esfuerzos se orientaron hacia el fortalecimiento de la Gestión para Resultados (GPR), del Presupuesto basado en Resultados (PBR) y a la implantación del Sistema de Evaluación del Desempeño (SED).

Se actualizó y consolidó la información de 26 MIR de la Secretaría de Salud, con un total de 229 indicadores que se reportaron en el Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (PASH), los cuales constituyen la base del proceso de evaluación en los términos previstos por el PAE 2012. Se les dio seguimiento conforme a su frecuencia de medición y se reportaron a la Cámara de Diputados. En este rubro,

destacan 13 indicadores del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF), que forman parte del Informe sobre la Situación Económica, las Finanzas Públicas y la Deuda Pública, al que da seguimiento la Secretaría de la Función Pública (SFP).

Se realizó la carga del Proyecto de PEF en el sistema de la SHCP para su entrega a la Cámara de Diputados, en cumplimiento a la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH).

La Secretaría de Salud, para el ejercicio fiscal 2012, tuvo un presupuesto autorizado de 113 mil 479.7 millones de pesos. Por su parte, los recursos destinados a las entidades federativas mediante el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) del ramo 33 ascendieron a 61 mil 951.4 millones de pesos y el total de recursos autorizados para salud en el ejercicio fiscal 2012 fue de 175 mil 431.1 millones de pesos.

El Seguro Popular, incluyendo el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), ha sido el instrumento financiero que ha permitido la obtención de mayores recursos para la operación de los servicios de salud en los estados, para el año 2012 obtuvo un monto total de 70 mil 250.3 millones de pesos.

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

RAMO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	VARIACIÓN % 2006-2012	TMCA
Ramo 12 Salud	25 218.1	29 542.9	31 709.9	36 807.8	36 048.6	42 956.0	43 229.4	71.4	9.4
Seguro Popular	17 137.4	26 040.3	37 716.2	48 228.6	53 844.3	62 357.9	70 250.3	309.9	26.5
Ramo 33 FASSA	38 980.5	41 572.8	43 995.4	48 617.8	53 100.1	55 698.7	61 951.4	58.9	8
Total	81 336.0	97 156.0	113 421.5	133 654.2	142 993.0	161 012.6	175 431.1	115.7	13.7

NOTA: Presupuesto Autorizado para el SPS más el presupuesto autorizado para Ramo 12 Salud suman el total del presupuesto autorizado al Ramo Administrativo 12 Salud, cifras en millones de pesos.

FUENTE: SS, DGPOP. Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal que corresponda.

En febrero de 2012 se dio inicio al diagnóstico del proceso de integración presupuestal 2012, actividad con la que inicia el proceso de integración programática presupuestaria del ejercicio 2013 y mediante la cual se evalúa todo el proceso del ejercicio inmediato anterior como parte de un ejercicio de mejora continua.

GESTIÓN PRESUPUESTAL

Se tramitaron ante la SHCP tres mil 943 adecuaciones presupuestarias, dos mil 412 en el último cuatrimestre de 2011 y mil 531 en los primeros ocho meses de 2012. Se realizó la conciliación del presupuesto modificado de recursos fiscales y de los flujos de efectivo al cierre de 2011 para la formulación y presentación de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal de ese ejercicio fiscal.

Se recuperaron 565 millones 900 mil pesos de ingresos excedentes de las unidades administrativas y órganos desconcentrados, mismos que permitieron fortalecer la operación de los servicios en las propias unidades y se realizaron los trámites para regularizar 149 millones 600 mil pesos por ingresos de organismos descentralizados, mediante modificaciones a sus flujos de efectivo.

Se gestionaron 29 solicitudes de modificación a los tabuladores de cuotas de recuperación de las cuales 21 fueron autorizadas por la SHCP.

Se registraron o actualizaron 137 proyectos en la Cartera de Programas y Proyectos de Inversión de la SHCP, para llegar a mil 427 programas y proyectos, con una inversión total registrada de tres mil 943.8 millones de pesos, de los cuales mil 487.8 millones correspondieron a recursos fiscales y dos mil 456 millones a recursos del Fondo de Previsión Presupuestal.

Con base en la normatividad, se autorizaron 28 solicitudes para contrataciones plurianuales y se realizó el trámite de 173 solicitudes de licitación anticipada.

Se registraron 13 eventos que afectaron al sector salud distribuidos en seis estados de la república, para los cuales se otorgaron recursos del Fondo de Desastres Naturales (FONDEN), por un monto total de 57 millones 150 mil 129 pesos.

CONTROL DEL EJERCICIO DEL PRESUPUESTO

Se estableció un mecanismo de supervisión, capacitación y asistencia técnica para la operación eficiente y permanente del Sistema de Contabilidad y Presupuesto (SICOP) y del Sistema de Administración Financiera Federal (SIAFF), para procesar los compromisos, reintegros y solicitudes de pago de las unidades responsables de la SS.

El presupuesto anual para 2012 autorizado por la Cámara de Diputados para Salud por concepto del Ramo 12 se incrementó de 105 millones 313 mil pesos en 2011 a 113 millones 479 mil pesos, es decir, 7.8 por ciento respecto al autorizado el año anterior. De septiembre a diciembre de 2011 se ejerció 46.8 por ciento del presupuesto de ese año y para enero-agosto de 2012, se estima ejercer 70 por ciento del presupuesto autorizado (Cuadro IV.2).

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

DESCRIPCIÓN	ANUAL 2011		SEP-DIC 2011		ORIGINAL 2012	
	ORIGINAL	EJERCIDO	ORIGINAL	EJERCIDO	ANUAL	ENE-AGO
Servicios Personales	17 918.2	17 941.3	7 079.0	7 431.7	20 683.0	12 676.2
Materiales y Suministros	6 265.2	5 686.6	2 561.1	2 560.8	4 951.8	3 493.5
Servicios Generales	4 360.8	6 539.8	1 539.4	3 702.1	4 308.6	2 928.0
Subsidios y Transferencias	75 354.5	68 150.9	37 414.9	32 284.9	82 273.9	56 937.9
Bienes Muebles e Inmuebles	293.4	244.2	138.3	157.9	248.8	197
Inversión Pública	1 121.8	1 243.6	366.2	570.9	1 013.7	815.3
Total	105 313.9	99 806.4	49 098.9	46 708.3	113 479.8	77 047.9

FUENTE: SS DGPOP, para 2011 Cuenta de Hacienda Pública Federal y para 2012 DPEF.

Se procesaron 53 mil 135 cuentas por liquidar certificadas, de las cuales 33 mil 191 correspondieron al último cuatrimestre de 2011 y 19 mil 944 al periodo del 1° de enero al 31 de agosto del 2012 (Cuadro IV.3).

CUADRO IV.3 CUENTAS POR LIQUIDAR CERTIFICADAS PROCESADAS

TIPO DE UNIDAD	SEPTIEMBRE-DICIEMBRE 2011	ENERO-AGOSTO 2012	TOTAL
Unidades Centrales	8 022	5 048	13 070
Órganos Desconcentrados	8 681	3 398	12 079
Entidades Coordinadas	16 88	11 498	27 986
Total	33 191	19 944	53 135

FUENTE: SS, DGPOP Sistema de Contabilidad y Presupuesto Ramo 12.

Se tramitaron las altas de los nuevos proveedores de bienes y servicios en el SICOP y en el SIAFF, para mantener actualizados los catálogos de beneficiarios de la dependencia para el último cuatrimestre de 2011 y los primeros ocho meses de 2012.

INFORMACIÓN FINANCIERA

Se realizaron los trámites ante el Sistema de Administración Tributaria (SAT) para atender las solicitudes de autorización para la impresión de recibos de pago en el sistema de facturación electrónica. Se tramitaron las solicitudes de altas de encargos conferidos de agentes aduanales y se apoyó en los trámites del Sistema de Pago Electrónico e5cinco del SAT para el control de las cuotas de recuperación por prestación de servicios.

Se enviaron los informes a la SHCP, SFP, SAGARPA, Presidencia de la República y Cámara de Diputados, establecidos en la LFPRH, su reglamento, decretos del PEF 2011 y 2012 y otras disposiciones en la materia. Se enviaron 26 informes del tercer y cuarto trimestres de 2011 y 33 del primero y segundo trimestres de 2012.

Se dio cumplimiento a la normatividad emitida por la Comisión Intersecretarial de Gasto Público, Financiamiento y Desincorporación para la operación del Sistema Integral de Información SII@WEB a través de la transmisión y monitoreo mensual de los formatos de información presupuestal para el periodo comprendido entre septiembre de 2011 y agosto de 2012.

CONTABILIDAD Y RENDICIÓN DE CUENTAS

Se elaboraron los estados financieros mensuales y la Cuenta de la Hacienda Pública Federal de la dependencia para el ejercicio fiscal 2011. En cumplimiento a la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública se atendieron 306 solicitudes de información relacionadas con aspectos programáticos, presupuestales y financieros.

Se dio seguimiento a las 15 observaciones emitidas por la Auditoría Superior de la Federación y el Órgano Interno de Control (OIC) en las revisiones a la Cuenta de la Hacienda Pública Federal y al Informe de Avance de Gestión Financiera. Se realizó el análisis de la información financiera de los 15 órganos desconcentrados de la SS para su integración y consolidación a los estados financieros.

Se presentó al SAT la relación anual de los contribuyentes por el importe de las operaciones celebradas por concepto de adquisiciones, arrendamientos, servicios y obra pública, prestados por personas físicas o morales a la dependencia.

Se realizó la verificación contable de 16 mil 576 cuentas por liquidar certificadas de las cuales cinco mil 272 corresponden al periodo septiembre-diciembre de 2011 y 11 mil 304 al periodo enero-agosto de 2012.

4.2 DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES

La Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales lleva a cabo, entre otras actividades, los procedimientos de contratación para la adquisición, arrendamiento de bienes y servicios de todas las unidades de la SS; el control y actualización del inventario físico de los bienes inmuebles, así como el registro de los bienes muebles y la administración los almacenes de la SS. En ese contexto, durante el periodo septiembre 2011 agosto 2012, las acciones más relevantes fueron las siguientes:

A través del Almacén Central se recibieron un total de 998 mil 400 impresiones del programa Violencia, y 201 mil 256 unidades de materiales, accesorios y suministros médicos para el Centro de Reacción Hospitalaria para Desastres de la Secretaría de Salud por un importe de cuatro millones 792 mil 442 pesos.

Se llevó a cabo el Inventario Anual 2011 de Bienes de Consumo, así como tres conciliaciones aleatorias en los meses de septiembre y diciembre 2011, y marzo 2012, donde no se reflejaron faltantes.

Se realizó el programa de Escaso y Nulo Movimiento con las unidades administrativas centrales y órganos desconcentrados, para el reaprovechamiento de 204 bienes que se intercambiaron entre diversas áreas de la secretaría.

En el último trimestre de 2011 se integró, autorizó y publicó el Programa Anual de Disposición Final de Bienes Muebles para el ejercicio 2012, y se realizó su ejecución respecto a la recepción de los bienes muebles para disposición final proveniente de diversas unidades administrativas.

Se realizó también, mediante un procedimiento de licitación pública, la venta de 258 unidades vehiculares usadas propiedad de la SS, las cuales ya no resultaban útiles para el servicio de la misma.

Se efectuaron tres sesiones del Comité de Bienes Muebles, donde se obtuvo opinión favorable de sus integrantes en los siguientes casos:

- Donación de dos vehículos y 11 bienes muebles usados al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, y de 22 al Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.
- Comodato de cinco mil 915 bienes en el marco del programa Caravanas de la Salud a diversas entidades federativas.
- Donación de 140 implantes cocleares a favor del Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad (CONADIS).
- Donación de una ambulancia al municipio de San Pedro Tepanatepec, Oaxaca.

En el marco de las disposiciones normativas de protección civil, durante el periodo de enero a junio de 2012, se efectuaron las siguientes acciones:

- Se participó en el desarrollo y aplicación del Plan Sismo y del Plan Anáhuac ante desastres mayores, que coordinan el Gobierno Federal a través de Presidencia de la República y la SEDENA, respectivamente.
- Se distribuyó entre el personal el Plan Familiar de Protección Civil para su aplicación.
- Se diseñó un formato para la inspección rápida de los inmuebles para conocer su situación 15 minutos posteriores a la ocurrencia de un sismo.
- Se participó en el comité para organizar una respuesta rápida ante un sismo en la Ciudad de México, que preside el Gobierno del Distrito Federal.
- Se realizaron simulacros en oficinas administrativas en cuatro inmuebles: el edificio sede ubicado en Lieja 7, Reforma 156, Reforma 450 y Homero 213, así como cuatro simulacros en horario nocturno, dos vespertinos y uno matutino en el Instituto Nacional de Perinatología, además se efectuarán 20 simulacros adicionales, uno en cada instituto nacional de salud.
- Se implementó el Centro de Operaciones de Emergencia en la sala de juntas de la SAF para recibir información vía Internet y telefónica respecto de los desastres o emergencias que se puedan presentar en las instalaciones de SS.
- Se impartieron 35 cursos de capacitación en la aplicación y formación de los programas internos de protección civil de cada uno de los inmuebles y hospitales.
- Se constituyó la Unidad Interna de Protección Civil del inmueble ubicado en Reforma 156.
- Se recibieron 50 programas internos de protección civil, de los cuales 16 se encuentran completos y 34 en proceso de comentarios.

Para el año 2012 se aplicaron medidas de austeridad conforme al Programa Nacional de Reducción del Gasto Público, en este marco se llevó a cabo una reducción de 69 unidades del parque vehicular para contar actualmente con 297 vehículos, lo cual generó ahorros en pago de tenencias, derechos, así como un ahorro de seis mil 519 litros de combustible.

Se inició el servicio de transportación terrestre para personal, entrega y recepción de correspondencia, con un servicio integral de vehículos nuevos que incluye su mantenimiento, sustitución en caso de siniestro o pérdida, aseguramiento, pago de verificación, tenencia y placas.

De septiembre de 2011 a mayo de 2012, se realizaron procedimientos de contratación consolidados, como el de recolección de residuos peligrosos biológico-infecciosos y sólidos no peligrosos; el aseguramiento de bienes patrimoniales y el seguro de responsabilidad profesional para médicos, cirujanos, dentistas, enfermeras y residentes, así como la adquisición de vales de despensa por la cantidad de 596 millones 681 mil 300 pesos como una prestación de fin de año para el personal de la secretaría.

Durante el periodo comprendido entre el 1° de septiembre de 2011 al 31 de mayo de 2012, esta Dirección efectuó un total de 48 procedimientos, de los cuales 12 fueron licitaciones públicas por un importe de 65 millones 834 mil 517 pesos, 12 invitaciones a cuando menos tres personas por un importe de cuatro millones 811 mil pesos y 24 adjudicaciones directas por un total de 638 millones 622 mil 900 pesos. De estos últimos, 15 fueron vía contrato marco.

Derivado del Protocolo de Actividades para la Implementación de Acciones de Eficiencia Energética en Inmuebles, Flotas Vehiculares e Instalaciones de la APF, publicado el 14 de enero de 2010 en el DOF, en febrero de 2011 se autorizó a la SS el Diagnóstico Energético de la Flota Vehicular ante la Comisión Nacional para el Uso Eficiente de la Energía y a nivel central se obtuvo un ahorro en combustible por 7 mil 319 litros.

Por lo que concierne al Comité Interno para el Uso Eficiente de la Energía, se llevaron a cabo dos sesiones en 2011 (agosto y noviembre) y una en el presente año (febrero).

En el Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, se dictaminaron 17 asuntos de excepción a licitación pública por un importe de dos mil 137 millones de pesos, tres de ellos por un importe total de mil 998 millones para la adquisición y abasto de medicamentos antirretrovirales para ser utilizados en los programas del CENSIDA.

Como parte de las acciones de regularización de inmuebles, se concluyó el proceso de donación de los cuatro predios anexos a Lieja 7, por parte de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública (APBP) a favor del Gobierno Federal con destino a la SS.

Con relación al Programa de Transferencia de Inmuebles, se completó el proceso de transferencia de 367 inmuebles de la Secretaría de Salud al estado de Puebla, consecuencia del proceso de descentralización de los servicios de salud.

Respecto de las acciones para la accesibilidad de personas con discapacidad a inmuebles federales, se concluyó el registro de la información al Instituto de Administración y Avalúos de Bienes Nacionales, en consecuencia se iniciaron las acciones para adecuar la accesibilidad en los inmuebles a cargo de la secretaría.

Finalmente, de septiembre de 2011 al 31 de mayo de 2012, se suscribieron por esta Dirección un total de 28 contratos de servicios, cuyo monto ascendió a 139 millones 258 mil 487 pesos, dentro de los cuales se encuentran los correspondientes al servicio de seguridad y vigilancia y el servicio de transportación aérea.

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 para el personal de la SS; definir y administrar el Sistema Nacional de Capacitación y Desarrollo del Personal; coordinar la operación del Sistema Profesional de Carrera y vigilar el cumplimiento de las disposiciones legales en materia laboral, entre otras.

Como reflejo del crecimiento de la cobertura de los servicios de salud y del tipo de servicios, en el periodo 2007-2012, se incrementó el número de plazas sustantivas, como se muestra en el siguiente cuadro:

CUADRO IV.4 PLAZAS DE NUEVA CREACIÓN 2007- 2012

AÑO	ADMINISTRATIVA	MÉDICA	MANDO	TOTAL
2007	1 036	3 416	9	4 461
2008	344	1 368	0	1 712
2009	304	1 161	0	1 465
2012	276	1 152	38	1 466
Total	1 960	7 097	47	9 104

FUENTE: Oficios de autorización de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, emitidos por cada uno de los ejercicios fiscales.

Las plazas de nueva creación se destinaron en su mayoría a los HRAEs, donde el número de trabajadores pasó de mil 284 en 2007 a tres mil 799 en 2011 y a cinco mil 876 en lo que va del presente ejercicio fiscal.

Por su parte, el número de internos de pregrado pasó de dos mil 74 en 2007 a cuatro mil 218 en 2012, en tanto que el de los médicos residentes en el sector central e INSALUD aumentó de mil 541 en 2007 a tres mil 678 en 2012 (considerando los médicos residentes en las entidades federativas el total ascendió a nueve mil 50 en 2012).

En el aspecto salarial, el incremento otorgado al personal operativo y de base que incluye las categorías de las diversas ramas (médica, paramédica, grupos afines y administrativo), registró un incremento acumulado de 28.2 por ciento en el periodo mayo de 2007 a abril de 2012, lo que significa un porcentaje de incremento ponderado de alrededor del 5 por ciento en promedio anual.

En lo correspondiente a la investigación, destacan las siguientes autorizaciones obtenidas para estimular al personal de esta área:

- Autorización del Estímulo a la Permanencia en el Sistema Institucional de Investigadores (SII), aplicable a partir de 2012, beneficiando a poco más de mil profesionistas de esta área.
- Actualización del Estímulo a la Productividad Científica, lo que permitió reconocer la labor de las direcciones de investigación en la producción científica de los INSALUD y HFR.
- Actualización del Reglamento de Estímulos al Desempeño Docente del Instituto Nacional de Salud Pública cuya revisión anterior databa de 1993.

Otro de los programas establecidos para estimular al personal es el correspondiente a la profesionalización, a través del cual, en el lapso comprendido de 2007 a 2012 se habrán beneficiado un total de tres mil 186 personas en las áreas de enfermería, trabajo social y terapeutas.

En el marco del programa de reducción de gasto, en los años 2010-2011, se cancelaron 316 plazas de personal de confianza (operativo, de mando medio y superior), así como dos mil 227 plazas administrativas adicionales debido a la incorporación del personal al Programa de Retiro Voluntario. Asimismo, las plazas eventuales se redujeron en 8 por ciento, al pasar de tres mil 412 en 2009 a tres mil 138 en 2012, con la aplicación de las medidas en las áreas centrales y unidades administrativas de los órganos desconcentrados.

Por otra parte, con la finalidad de dar cumplimiento a lo establecido por la nueva Ley del ISSSTE en lo relacionado a brindar seguridad social a todo el personal, en 2007 se realizó un inventario de plazas contratadas por las entidades federativas en situación precaria. Para regularizar al personal, en 2008 se aceptaron 45 mil 776 casos con tabulador 2007, y en 2009 se incluyeron 22 mil 274 casos adicionales, llegando a un total de 68 mil 50 trabajadores a quienes se les cubren sueldos tabulares, prestaciones de ley (aguinaldo, prima vacacional, previsión social múltiple, pasajes, despensa), seguros (colectivo de retiro y de vida) y seguridad social (ISSSTE, FOVISSSTE, SAR y cesantía en edad avanzada y vejez).

En el mismo tenor, para 2011 el H. Congreso de la Unión autorizó los recursos para actualizar el tabulador al 2010, así como para cubrir seis de las prestaciones previstas en las Condiciones Generales de Trabajo (día de reyes, del trabajador, de la madre, ayuda para tesis, apoyo para compra de anteojos y apoyo para obtener licencia de manejo). Además, en 2012, autorizó recursos para cubrir el regularizable del incremento al tabulador 2011 y la previsión salarial para cubrir el incremento estimado para el año 2012.

En materia de seguros, se obtuvieron ahorros significativos para el personal en distintas contrataciones. Así, para el Seguro Colectivo de Retiro, se obtuvo un costo de prima mensual por servidor público de 21.4 pesos, menor al costo de 54 pesos establecido por la SHCP; mientras que en el Seguro de Responsabilidad Profesional para Médicos, Cirujanos Dentistas y Enfermeras (aplicable también para residentes), el costo mensual de la prima pasó de 41.5 a 33.7 pesos para los médicos y de 28.8 a 14.3 pesos por cada enfermera.

En lo referente al Servicio Profesional de Carrera, entre el 1º de septiembre de 2011 y el 31 de mayo 2012, se realizaron 35 convocatorias públicas y abiertas para 148 plazas de las cuales 80 se ocuparon, 23 se declararon desiertas y 45 están en proceso, con lo cual se logró una ocupación del 77.7 por ciento, que comparado con el periodo anterior refleja un incremento de 6.6 por ciento.

Al amparo del Artículo 34 de la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la APF, en el periodo 2006 a 2011 se ocuparon mil 233 plazas de manera temporal, de éstas 569 se integraron para atender los servicios comprometidos del sector central y las 664 plazas restantes se integraron a los órganos desconcentrados de la SS.

Así también, en relación al Servicio Profesional de Carrera, se evaluó el desempeño anual 2011 de 768 servidores públicos, mismos que obtuvieron una calificación promedio de 85.4 con nivel de desempeño satisfactorio. Se realizaron 510 cursos en los que se capacitó a dos mil 448 servidores públicos, de los cuales 910 son de nivel operativo, 328 de carrera y mil 210 pertenecen a categorías especiales y a la rama médica.

Para mejorar el procesamiento de la nómina se realizó la actualización a los candados establecidos en el sistema electrónico y se desarrolló el sistema de revisión Plantilla Activa, para que las unidades administrativas registren por Internet la suspensión preventiva del pago de su personal, para evitar que se sigan realizando pagos al personal dado de baja.

Asimismo, en materia de automatización, se sistematizó el proceso de solicitud y autorización de licencias por comisión sindical, con lo cual se observó la disminución de los tiempos de respuesta entre las áreas involucradas, así como de errores en la captura de la información, con la ventaja de tener información en línea para que cada unidad administrativa consulte la que le corresponda y realice la validación contra lo registrado en el sistema de nómina. A la fecha se han registrado los datos de dos mil 226 licencias por comisión sindical.

En el aspecto laboral ha sido autorizada y depositada ante el Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje, la normativa vigente que deriva de las Condiciones Generales de Trabajo (CGT) relativa a los reglamentos para controlar y estimular al personal por asistencia, puntualidad y permanencia; para evaluar y estimular al personal por su productividad en el trabajo; de becas; de capacitación; de escalafón; de seguridad e higiene; y de vestuario y equipo, así como el Manual para Prevenir y Disminuir Riesgos de Trabajo.

Con base en la Ley de Premios Estímulos y Recompensas Civiles y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 217 de las CGT vigentes, la secretaría otorgó en 2011, 20 mil 638 medallas, y de acuerdo a las solicitudes recibidas para recompensar el trabajo de servidores públicos que han cumplido entre 20 y 65 años de servicio en el sector público, se tiene previsto entregar 15 mil 995 en 2012. De igual manera, se entregaron premios en efectivo a 591 personas y 10 días de vacaciones a cinco mil 911 trabajadores.

4.4 DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA

La Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física (DGIF) es la unidad administrativa responsable de emitir la normatividad y los criterios para la elaboración de proyectos y trabajos relacionados con la ejecución de obra pública, así como la referente a la conservación y mantenimiento de unidades de atención médica. Esta dirección proporcionó asesoría técnico-normativa, emitió y difundió parámetros e indicadores de referencia para la conservación, ampliación, remodelación y construcción de unidades de salud y generó la actualización del catálogo universal de conceptos y costos de obra para facilitar el proceso presupuestario.

FORTALECIMIENTO DE LAS REDES DE SERVICIOS DE SALUD Y MODERNIZACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA

La DGDIF ha implementado el desarrollo de diversas estrategias que promueven la ejecución de acciones específicas de proyectos de infraestructura de salud, alineadas al PND 2007-2012, al PROSESA 2007-2012 y a los compromisos establecidos en los presupuestos de egresos de la federación correspondientes.

Este fortalecimiento considera la implementación de acciones de infraestructura en tres grandes rubros: obras nuevas, sustitución por obra nueva y fortalecimiento de unidades en operación. Las cuales son desarrolladas para cuatro grupos: Unidades de Primer Contacto, UNEMES, Hospitales y Establecimientos de Apoyo.

En el periodo de enero de 2007 a agosto de 2012, la DGDIF transfirió recursos para mil 18 proyectos de la SS, de los cuales 939 se concluyeron y 79 se encuentran en proceso de ejecución. Para tales proyectos en

beneficio del fortalecimiento de la capacidad de atención médica de las 32 entidades federativas se destinó una inversión total de 28 mil 360.5 millones de pesos, de los cuales 23 mil 288.9 fueron recursos federales, cuatro mil 916.3 estatales, 65.4 municipales y 89.9 de otra fuente de financiamiento (Cuadro IV.5).

CUADRO IV.5 RESUMEN DE UNIDADES TERMINADAS Y EN PROCESO (CIFRAS EN MILLONES DE PESOS)

CONCEPTO	UNIDADES	CAMAS CENSABLES	INVERSIÓN ACUMULADA EN INFRAESTRUCTURA DE SALUD 2007-2012				
			TOTAL	FEDERAL	ESTATAL	MUNICIPAL	OTRA
Terminadas	939	13 734	21 905.1	17 750.9	4 037.2	57.1	59.9
Fortalecimiento	254	9 395	2 730.1	2 497.6	189.2	43.3	0.0
Obra nueva	630	2 735	12 978	10 502.1	2 454.7	9.3	11.9
Sustitución por obra nueva	55	1 604	6 197	4 751.3	1 393.3	4.4	48
En proceso	79	4 573	6 455.4	5 538	879.1	8.3	30
Fortalecimiento	29	2 431	1 525.2	1 234.8	290.4	0.0	0
Obra nueva	31	847	2 555.9	2 414.2	103.4	8.3	30
Sustitución por obra nueva	19	1 295	2 374.31	1 889.0	485.2	0.0	0.0
Total	1 018	18 307	28 360.5	23 288.9	4 916.3	65.4	89.9

FUENTE: Base de datos de proyectos de infraestructura en DGDIF.

En este periodo se concluyeron 630 obras nuevas distribuidas en las 32 entidades federativas, cuya inversión total fue de 12 mil 978 millones de pesos, de los cuales 10 mil 502.1 provinieron de fuentes federales, dos mil 454.7 fueron recursos estatales, 9.3 municipales y 11.9 derivaron de otra fuente de financiamiento.

Destacaron en este rubro la construcción de 53 nuevos hospitales que incrementaron la capacidad hospitalaria de la SS en dos mil 735 camas censables, así como la terminación de 522 UNEMES en sus diferentes modalidades, 44 unidades de primer contacto y 11 establecimientos de apoyo.

En la presente administración la red hospitalaria se vio favorecida con tres HRAEs construidos bajo el esquema de Proyectos para Prestación de Servicios (PPS). El Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío contó con una inversión inicial privada de 776 millones de pesos e inició operaciones el 2 de abril de 2007 con una capacidad de 184 camas censables, 27 consultorios de especialidades, siete salas de cirugía, unidades de apoyo de cirugía ambulatoria, hemodiálisis, oncología así como medicina física y rehabilitación, beneficiando a una población no asegurada de cinco millones de personas.

Asimismo, el 11 de octubre de 2007 se inició la construcción del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria Bicentenario 2010, el cual contó con una inversión inicial privada de 985 millones de pesos, iniciando operaciones el 7 de mayo de 2009. Este hospital cuenta con una capacidad de 100 camas censables, 35 consultorios de especialidades, cuatro salas de cirugía, dos salas de cirugía ambulatoria, hemodiálisis, oncología y medicina física y rehabilitación, con lo que beneficia a una población de 1.9 millones de habitantes.

En noviembre de 2009 en el Estado de México se inició la construcción del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, mismo que contó con una inversión inicial privada de mil 480 millones de pesos e inició operaciones el 8 de marzo de 2012. Este hospital cuenta con 246 camas censables, 88 camas no censables, 36 consultorios de especialidades, 10 quirófanos (cuatro de ellos inteligentes), dos quirófanos para toco-cirugía y una unidad de apoyo, la cual cuenta con dos quirófanos de cirugía ambulatoria, quimioterapia, radioterapia, unidad de rehabilitación, hemodiálisis, así como endoscopia tanto diagnóstica como terapéutica, recursos con los que tiene la capacidad de otorgar servicios de salud a 5.5 millones habitantes del Estado de México y parte de Hidalgo.

Durante la presente administración se iniciaron diversos estudios y proyectos, entre los que destacan los siguientes:

- Proyecto del nuevo edificio de Trasplantes y Nefrología, en el que se contemplan tres niveles de laboratorios de investigación y dos niveles de aulas para la enseñanza.
- Anteproyecto arquitectónico de los prototipos de Laboratorios Fronterizos para la COFEPRIS.
- Elaboración del programa médico arquitectónico del Hospital de la Mujer, así como revisión y observaciones al anteproyecto arquitectónico de la segunda etapa, relacionado con las áreas de urgencias, terapia intensiva, y cirugía.
- Proyecto para la reconstrucción y rehabilitación de una bodega para la creación de un centro de reservas estratégicas para atender situaciones de emergencia.
- Desarrollo del proyecto ejecutivo, especificaciones, presupuesto (catálogo) y normas para la construcción del nuevo Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno.
- Desarrollo del proyecto ejecutivo, especificaciones, presupuesto (catálogo) y normas para la adecuación de las áreas administrativas, consulta externa, ludoteca y urgencias del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.
- Se obtuvo el registro en la Cartera de Programas y Proyectos de Inversión del proyecto Hospital General de Especialidades en Mexicali, Baja California, ante la SHCP. Se encuentra en proceso la autorización y licitación para el desarrollo del hospital, bajo el esquema de PPS, que contará con 120 camas censables y beneficiará a una población 637 mil 677 habitantes, con un costo de inversión estimado de 580 millones de pesos (no incluye equipo médico).
- Se llevó a cabo el desarrollo del proyecto ejecutivo, especificaciones, presupuesto base (catálogo de conceptos) y normas para la remodelación especializada de la Comisión de Control Analítico y Ampliación de Cobertura.

Con la finalidad de mejorar la probabilidad de éxito en el desarrollo de nuevas unidades de salud, la DGDIF implementó un mecanismo de control que permite analizar las condiciones de factibilidad, previas a la autorización de recursos específicos para el inicio de obra, a fin de coadyuvar con los representantes estatales de la secretaría en la mejora continua de las etapas y procedimientos de planeación, particularmente en la fase previa al desarrollo del proyecto, por lo que de septiembre 2011 a agosto de 2012 la DGDIF ha emitido certificados de los proyectos especificados en el cuadro IV.6.

CUADRO IV.6 PROYECTOS CON CERTIFICADO DE FACTIBILIDAD EMITIDOS DE SEPTIEMBRE DE 2011 A AGOSTO DE 2012

UNIDAD MÉDICA	CAPACIDAD FÍSICA	CERTIFICADO DE FACTIBILIDAD
Hospital General con Especialidades Dr. Miguel Silva, Morelia, Mich.	250 camas, 46 consultorios, 14 quirófanos	CF/015/- DGDIF- 2011
Hospital Infantil con Especialidades Eva Sámano, Morelia, Mich.	150 camas, 34 consultorios, 6 quirófanos	CF/016/- DGDIF- 2011
Hospital General en el municipio de Yalajon, Chis.	30 camas, 9 consultorios	CF/DGDIF-017 /2011
Hospital General en Tamaulipas	150 camas	CF/DGDIF-017 /2011
Hospital General en Veracruz	60 camas, 10 consultorios	CF/DGDIF-019 /2011
Hospital General en el municipio de Matehuala, SLP	30 camas	CF/DGDIF-020 /2011
Hospital General en el municipio de Irapuato, Gto.	60 camas	CF/DGDIF025/2012
Hospital General en el municipio de Tecamachalco, Pue.	30 Camas	CF/DGDIF/ 027/2012
Instituto de Ciencias Medicas y Nutrición, México DF		CF/DGDIF/028/2012
Unidad de Especialidades Médicas Detección y Diagnóstico de Cáncer de Mama (UNEME DEDICAM) – SLP	1 consultorio	CF/DGDIF/018/2011
Unidad de Especialidades Médicas Detección y Diagnóstico de Cáncer de Mama (UNEME DEDICAM) – Quintana Roo,	1 consultorio	CF/DGDIF/021/2011
Centro de Salud Urbano en el municipio de Pólvora Guadalupe, SLP	Varian de 2 a 12 consultorios	CF/DGDIF/022/2011
Centro de Salud Urbano en el municipio de Tamasopo, SLP	Varian de 2 a 12 consultorios	CF/DGDIF/023/2011
Centro de Salud Urbano en Sinaloa	2 consultorios	CF/DGDIF-024 /2012
Centro de Salud Urbano en el municipio de Tierra Blanca, SLP	3 consultorios	CF/DGDIF-026 /2012

FUENTE: Proyectos con Certificado de Factibilidad en DGDIF.

En el periodo de septiembre de 2011 a agosto de 2012 se realizaron las asesorías y apoyo técnico siguientes:

- Se formalizó con el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias un Convenio de Colaboración de Apoyo Técnico para la elaboración de los términos de referencia, bases del concurso y evaluación técnica de las propuestas para contar con una supervisión externa del proyecto de construcción y equipamiento de la Unidad de Investigación en Enfermedades Infecciosas y Crónico-Degenerativas.
- Se apoyó al Instituto Nacional de Geriátrica para la elaboración de un plan maestro de ocupación y crecimiento del inmueble ubicado en periférico sur.
- Se proporcionó apoyo técnico al Instituto Nacional de Rehabilitación para ocupar y utilizar la superficie construida, necesaria para el remozamiento e instalación del Centro de Rehabilitación Norte.

Con relación al fortalecimiento y modernización de la infraestructura de los HFR se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- Se puso en marcha el Hospital Juárez Centro, proyecto que comenzó en 2008 con una inversión total de 317.4 millones de pesos.
- La construcción de los edificios de oficinas, el estacionamiento, los laboratorios y la obra exterior del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, mismo que se encuentra en etapa de conclusión. Este proyecto inició en 2008 con una inversión de mil 223 millones 689 mil 832 pesos en registro en cartera.
- Se encuentra en etapa de conclusión la construcción del Hospital Nacional Homeopático edificios A, B y C, así como la rehabilitación del edificio de enseñanza e investigación, el laboratorio y el auditorio. Dicho proyecto contó con una inversión de 701 millones mil 657 pesos en registro en cartera.
- Con una inversión en cartera de mil 120 millones 652 mil 971 pesos se encuentra en proceso de ejecución la construcción de la planta de los Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, SA de CV (BIRMEX) en donde se llevará a cabo la producción de la vacuna contra la influenza.
- Inició en 2011, con una inversión de 248 millones 942 mil pesos en registro en cartera, la construcción del Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno.

4.5 DIRECCIÓN GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

La DGTI es la unidad coordinadora del sistema de documentación institucional y unidad de enlace para la atención a usuarios y difusión de los acervos institucionales, norma los procedimientos conducentes en la materia y tiene la facultad de coordinarse con organismos públicos, sociales y privados, nacionales e internacionales de salud, para el aprovechamiento y optimización de las tecnologías de la información. Del 1º de septiembre de 2011 al 31 de agosto de 2012, esta dirección realizó las acciones siguientes:

Integró el inventario de sistemas de la SS, mismo que incluyó un total de 199 sistemas que fueron registrados en la Comisión Intersecretarial para el Desarrollo del Gobierno Electrónico de la SFP.

Implementó un modelo de operación basado en infraestructura de cómputo centralizado con tecnología virtual. Asimismo, realizó la identificación de necesidades de servicios de telecomunicaciones para las diferentes unidades administrativas de la SS, con la finalidad de consolidarlas y llevar a cabo el proceso para la contratación de los servicios de la nueva red integral de telecomunicaciones para voz, datos y video, que tendrá entre sus principales características: la actualización tecnológica, la adición de puntos de conexión y el reforzamiento del esquema de seguridad.

Esta nueva red contribuirá a la modernización de la plataforma tecnológica en materia de comunicaciones, bajo los mismos estándares de implementación, operación y administración, que permitirán el incremento en la calidad y disponibilidad de los servicios. Además, permitirá dar continuidad operativa a la interconexión de inmuebles a nivel nacional mediante la utilización de tecnología de multiprotocolos, la actualización de toda la plataforma de equipos centrales y de escritorio. De igual forma, ampliará y robustecerá los servicios de voz para permitir a los usuarios contar con herramientas de colaboración institucionales que eliminen el uso de medios externos no seguros y la incorporación de herramientas de última generación que permitirá identificar

de manera preventiva posibles fallas en la infraestructura o incidentes de ataques que afecten la seguridad de la secretaría.

Por otro lado, se implantó el Sistema de Control Documental en el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea (CNTS), el INSP, la DGED, la DGIF y la Coordinación de Asesores de la oficina del C. Secretario.

Se incorporó el servicio Blackberry con una capacidad inicial de 500 usuarios, con lo cual se facilita la comunicación permanente, aún fuera de las instalaciones de la dependencia, a fin de coadyuvar en el ejercicio oportuno de funciones y toma de decisiones. Durante el segundo semestre del 2012 se tiene proyectado incrementar la capacidad a dos mil usuarios.

En los últimos cuatro meses del 2011, fueron emitidos 26 dictámenes técnicos en materia de tecnologías de la información y comunicaciones para las unidades administrativas del sector central y los órganos administrativos desconcentrados, sumando 85 más en lo que va de 2012. En el marco de sus facultades, esta dirección incorporó una guía para la emisión de dictámenes técnicos, con la finalidad de estandarizar el proceso y documentarlo.

La DGTI, propuso las Medidas de Control en el Proceso de Asignación de Servicios de Telefonía Celular, Radiocomunicación e Internet Móvil, para lo cual se solicitaron los requerimientos a las distintas unidades administrativas de la SS y sus órganos desconcentrados, a fin de considerar una contratación consolidada de estos servicios, establecer mecanismos de administración y control de los servicios celulares y de Internet móvil. Esta información permitirá, además, determinar los montos a ejercer, así como el procedimiento por el cual sea recomendable contratar.

En materia de telecomunicaciones se proporcionaron y operaron los servicios de telefonía de voz IP para un total de tres mil 759 extensiones; los servicios de datos, mediante la instalación de seis mil 932 nodos de red en las diferentes unidades administrativas; el servicio de acceso a Internet; el servicio de seguridad perimetral; la interconexión con los 31 estados para las oficinas del Seguro Popular, y el servicio de video conferencia.

En los primeros cinco meses del año en curso, se realizó el levantamiento y análisis de información del proceso de control, seguimiento y atención de las solicitudes de información recibidas por parte del Instituto Federal de Acceso a la Información (IFAI), así como el diseño y creación del prototipo en herramienta, que permitió la implementación y automatización para la gestión de las solicitudes internas del IFAI.

Se realizó el seguimiento de los niveles de servicio de las unidades administrativas y órganos desconcentrados y revisión de las deductivas por los servicios no otorgados en los meses de julio a diciembre del año inmediato anterior y de enero a febrero de 2012, conforme el convenio y anexo técnico referente al servicio de enlaces de telecomunicaciones para conformar la red integral de voz, datos y video de la SS por los años de 2009 a 2012.

Se realizó una investigación de mercado que permitió contar con los elementos técnicos y económicos necesarios para llevar a cabo la modernización de la red de telecomunicaciones en la secretaría, con la finalidad de establecer la viabilidad para la implementación y desarrollo del proyecto denominado Servicio Integral de Telecomunicaciones (SINTEL).

Con el propósito de reforzar el modelo de operación de la infraestructura para proveer el servicio de correo electrónico institucional de aproximadamente tres mil 500 cuentas, se trabajó en un nuevo diseño de arquitectura con niveles de servicio que permitan contar con un esquema de alta disponibilidad.

Para el Diagnóstico de Necesidades de Capacitación se llevó a cabo el concentrado y análisis de la información que permitió crear el Plan Anual de Capacitación 2012.

En materia de transparencia, se recibieron y atendieron hasta el 30 de mayo de 2012, un total de tres mil 210 solicitudes y se atendieron a 70 personas de manera directa en las oficinas de la unidad de enlace.

En cuanto a la supervisión y evaluación de archivos, se emitieron tres dictámenes con opinión técnica para el destino final de material bibliohemerográfico en tres unidades administrativas.

A través del convenio específico con el Fondo de Información y Documentación para la Industria (INFOTEC), que comprende los servicios de valor agregado para el centro de datos, la infraestructura de servidores de la secretaría se trasladó al centro de cómputo de INFOTEC que integra los servicios siguientes: coubicación y hospedaje de servidores; soporte y apoyo en los equipos; servidores; monitoreo del uso de la infraestructura; apoyo en el reinicio de aplicaciones y equipos y, revisión de consumo de procesador por aplicaciones.

Se realizó una ampliación al convenio modificadorio entre la SS y el INFOTEC, con el propósito de dar continuidad a la operación y mantener la disponibilidad de los servicios, al tiempo que se realiza una transición ordenada y paulatina a la Nueva Red Integral de Telecomunicaciones. En el mismo sentido y considerando la finalización del convenio específico de colaboración con el INFOTEC, al 31 de Marzo de 2012, se trabajó en la elaboración del documento denominado Anexo Técnico, para permitir la continuidad del servicio de coubicación y hospedaje, a fin de fortalecer y asegurar la operación de los procesos operativos y estratégicos de la SS, mediante la contratación e implementación del proyecto: Centro de Datos Institucional de la Secretaría de Salud (CEDISA), en un esquema de servicios administrados para la dependencia y sus órganos desconcentrados.

Asimismo, se realizó la solicitud de autorización plurianual para la contratación por 36 meses del proyecto SINTEL, en el que se considera la integración de los servicios en diferentes inmuebles y áreas de la secretaría, 32 distribuidos en el área metropolitana y 32 más en todas las entidades federativas del país, mismo que cuenta con un servicio de enlace punto a punto. Inicialmente se estima la atención de un promedio de siete mil usuarios de datos y cuatro mil usuarios de voz y otros servicios de valor agregado.

De manera importante se desarrolló el componente de normalización para la integración de la base de datos en el módulo de procesamiento de nómina, así como la liberación de la aplicación para el Pago Electrónico de Derechos, Productos y Aprovechamientos en el portal <http://e5cinco.salud.gob.mx>, la cual tiene los siguientes beneficios: elimina el uso de las formas fiscales 5 y 16; evita el desplazamiento hacia las sucursales bancarias y proporciona mayor seguridad al contar con un recibo bancario y su correspondiente sello digital único e inalterable, como comprobante de pago.

Se avanzó en el proceso de configuración e integración de la base de datos 2012 para la operación del Sistema Web de Integración Programática Presupuestal de la Secretaría de Salud. Se trabajó en conjunto con la DGPLADES en la modificación de dos cursos en línea: el de Microsoft Office User (MOUS) con *Office* 2010 y el de Interculturalidad en Salud.

También se integró la Mesa de Servicios para la Atención de Usuarios de la Secretaría de Salud, lo que trae como principales beneficios el contar con un modelo de atención estándar; el seguimiento puntual desde la apertura hasta el cierre del reporte, y la disposición de reportes y estadísticas que permiten identificar áreas de oportunidad para incrementar la calidad en la atención de los servicios de tecnología de la información.

Con el mismo propósito, se diseñó el curso de Inducción a la Secretaría de Salud, el cual fue impartido durante el presente año. En materia de videoconferencias, se llevaron a cabo 222 eventos en 2012, destacando la participación de funcionarios y personal adscrito a la oficina del C. Secretario de Salud, el Hospital Juárez Centro, el Instituto Nacional de Neurología, el Instituto Nacional de Psiquiatría, la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA), el Instituto Nacional de Rehabilitación y la Dirección General de Promoción de la Salud.

Se efectuaron 522 asesorías técnicas a igual número de servidores públicos de la Dependencia en materia de archivos, de conformidad con el Manual Administrativo de Recursos Materiales y Servicios Generales publicado por la SFP. Esta Dirección también proporcionó apoyo al personal de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes (SCT) para el cambio e instalación de teléfonos de la red federal, para lo cual hizo todos los recorridos necesarios para su implementación y para los trabajos de cableado de fibra óptica y Unshielded Twisted Pair.

Destaca la implementación de la Sala para Situaciones de Emergencia de la SAF en el marco del programa de protección civil de la SS. En atención a los contratos de los que esta Dirección es la unidad responsable, se

logró la implementación de un mecanismo de agilización y control que llevó al cumplimiento de los pagos y el consiguiente abatimiento de la demora que se presentaba en los mismos.

La Secretaría de Salud participa con la SCT en la implementación del proyecto de conectividad a Internet mediante el uso de operadores terrestres en 390 sitios, cuya instalación se proyectó para un periodo de tres meses, comprendido del 1º de junio al 31 de agosto de 2012. Al efecto, se implementaron mesas de trabajo en cada estado con representantes estatales de la SS.

Esta Dirección se encuentra en la definición de nuevos procesos que permitirán llevar a cabo la implementación del Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Tecnologías de la Información, Comunicaciones y Seguridad de la Información (MAAGTIC-SI), fortalecido mediante un esfuerzo de administración del cambio.

Con fecha 15 de junio de 2012, la SS formalizó la firma del Convenio de Colaboración en Materia de Información en Salud celebrado con el IMSS e ISSSTE, en el que la DGTI participó en la coordinación de las actividades orientadas a la integración del Padrón General de Salud, entre las cuales se encuentran la entrega de la documentación técnica y componentes para la prueba a dichas instituciones de salud con resultados satisfactorios.

4.6 ADMINISTRACIÓN DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA

El Patrimonio de la Beneficencia Pública (PBP) es un patrimonio de afectación que está conformado por una masa de recursos financieros, bienes inmuebles y derechos que provienen de las siguientes fuentes principales: sucesiones en las que no existía testamento o herederos legítimos, donativos, enajenación o arrendamiento de inmuebles, así como prescripción de saldos en cuentas de depósito o inversión sin movimientos.

La APBP tiene como función sustantiva administrar los bienes, recursos y derechos que integran el PBP, así como el presupuesto federal que le es asignado, en apoyo a programas y proyectos orientados a brindar servicios o realizar acciones de investigación, educación, promoción, prevención y atención en materia de salud en beneficio de población vulnerable, primordialmente aquella de escasos recursos sin cobertura de seguridad social. La APBP se encarga de representar intereses de la beneficencia pública en los que ésta participa.

Entre sus funciones está la de otorgar ayudas funcionales a personas de escasos recursos, sin cobertura por la seguridad social y que están bajo tratamiento o rehabilitación en unidades de salud de la secretaría, y a quienes requieren algún implemento de alto costo para rehabilitarse, superar un problema de salud o, inclusive, salvar la vida.

De septiembre de 2011 a agosto de 2012, se benefició a 385 personas con ayudas funcionales adquiridas con recursos federales, por un monto equivalente a 14.6 millones de pesos. Asimismo, mediante recursos patrimoniales, se apoyó a 61 personas con ayudas funcionales, por un monto total de 2.6 millones de pesos, cumpliendo la meta programada.

A través del esquema de potenciación de recursos se beneficiaron a 299 personas de forma directa y a 414 a través de las beneficencias públicas estatales, obteniendo un total de 713 personas beneficiadas, en los estados de Baja California Sur, Campeche, Colima, Chiapas, Estado de México, Durango, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Sinaloa, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán, Zacatecas y Distrito Federal, con un monto total de 7.86 millones de pesos, de los cuales el PBP participó con 3.77 millones.

Se apoyaron con recursos federales 117 proyectos de coinversión presentados por OSC, con un monto de 36.3 millones de pesos. Asimismo, con recursos patrimoniales se apoyaron nueve proyectos presentados por OSC por un monto total de 12.6 millones de pesos.

A través del esquema de potenciación de recursos con las beneficencias públicas estatales, OSC y diversos agentes multiplicadores se apoyaron 15 proyectos de coinversión, cuyo monto total fue de 5.16 millones de pesos, de los cuales el PBP aportó 1.23 millones.

Por su parte como apoyo a las actividades de filantropía y asistencia social en redes de colaboración, el PBP recibió diversos donativos de la industria farmacéutica, de las organizaciones internacionales y del Banco de México.

Llevó a cabo la depuración de expedientes en base a la existencia de masa hereditaria. Se detectaron 81 sucesiones con masa hereditaria y se dieron de baja 36 expedientes por carecer de interés jurídico. De enero a mayo de 2012, se dieron de baja igual número de expedientes bajo el mismo criterio y en el periodo de junio a agosto de 2012 se encuentran en este mismo proceso 20 expedientes más.

Por otra parte, se tienen dados de alta en el Sistema Integral de Información Jurídica de la Dirección Jurídica y de Patrimonio Inmobiliario cinco mil 250 expedientes de sucesiones sin testamentos, en los que posiblemente tenga interés esta Institución, de los cuales hasta diciembre de 2011 se dieron de baja 69 expedientes, y en cinco de estos se espera la adjudicación de los bienes inmuebles correspondientes.

Al 31 de mayo de 2012 la APBP contaba con un inventario de cinco mil 44 expedientes de sucesiones sin testamentos, de los cuales 58 se dieron de baja y 75 más se encuentran en ese mismo proceso por carecer de interés para la Beneficencia Pública.

Por otra parte, se obtuvieron ocho sentencias de adjudicación a favor de la institución y se proyectó la disminución de las mismas, toda vez que se someterá al Consejo Interno la venta y cesión de los derechos de propiedad de bienes inmuebles adjudicados, por no cumplir con los fines asistenciales de la APBP.

Del 1º de septiembre al 31 de diciembre de 2011, se dieron de baja 20 expedientes conexos a los juicios intestamentarios y en el lapso del 1º de enero al 31 de mayo se dieron de baja 12 expedientes más.

Durante el período del 1º de septiembre al 31 de diciembre de 2011, se presentaron ante la autoridad judicial correspondiente cuatro demandas de controversias de arrendamiento inmobiliario.

Del 1º de enero al 31 de mayo del presente año, se dio inicio a la integración de expedientes para ejercer acciones legales en contra de ocho arrendatarios por incumplimiento de los contratos de arrendamiento respectivos, mismas que se contempló presentar en los meses de junio a agosto de 2012.

De septiembre a diciembre de 2011, se visitaron 158 inmuebles ubicados en el Distrito Federal, seis en el Estado de México, cuatro en Hidalgo y Guerrero, tres en Colima y Morelos, uno en Oaxaca, Tamaulipas, Guanajuato y Coahuila, haciendo un total de 208 visitas con sus respectivas notas informativas, con el objeto de revisar el uso, ocupación y estado físico de los inmuebles a fin de llevar un mejor control y administración de los mismos.

Asimismo, de enero a mayo de 2012, se visitaron 187 inmuebles ubicados en el Distrito Federal, cuatro en el Estado de México, Hidalgo y Guerrero, tres en Colima y Michoacán, uno en Oaxaca, Tamaulipas y Coahuila, para un total de 208 visitas de las cuales se realizaron la misma cantidad de notas informativas.

En el periodo que comprende de junio a agosto de 2012, se programó la visita a 54 inmuebles ubicados en el Distrito Federal, cuatro en el Estado de México, Hidalgo y Guerrero, tres en Colima y Michoacán, uno en Guanajuato, Oaxaca y Coahuila, para un total de 75 visitas con la misma cantidad de notas informativas.

Se ejercieron oportunamente la totalidad de los recursos federales asignados durante 2011. El presupuesto modificado para ese año ascendió a 66.3 millones de pesos, mientras que el presupuesto autorizado para 2012 fue de 117.9 millones, cifra superior en 77.6 por ciento respecto al año anterior. Esto refleja en la integración por tipo de gasto, un incremento de 5.22 millones de pesos en servicios personales, 45.80 millones en ayudas y otras erogaciones y 0.49 millones en el gasto de operación.

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

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

La CCINSHAE tiene como atribución la de coordinar al subsector de instituciones dedicadas a la investigación, atención médica de alta complejidad y enseñanza de especialidad. Se encuentra integrada por trece INSALUD, seis HFR, seis HRAEs, los servicios de atención psiquiátrica (SAP), los centros nacionales de trasplantes y de la transfusión sanguínea. Las instituciones mencionadas son referencia nacional e internacional en sus especialidades y representan algunas de las más prestigiadas del país.

En relación con las actividades de coordinación de estas unidades, la CCINSHAE realizó 24 sesiones ordinarias y siete extraordinarias de las juntas de gobierno de los INSALUD; 12 sesiones ordinarias y una extraordinaria de los HFR; 20 sesiones ordinarias de los HRAEs; y una sesión ordinaria del Consejo Interno del Instituto de Geriátrica. Las sesiones de los órganos de gobierno tienen por objetivo regir la conducción de los hospitales e institutos a fin de que sus actividades estén alineadas a las políticas del sector, enfocándose en las metas que cada uno de sus directores generales han planteado a través de sus programas de trabajo.

Respecto al desarrollo de la infraestructura, se realizaron actividades para la inversión tanto en obra pública como en adquisición de mobiliario y equipo a fin de mejorar la atención médica, enseñanza e investigación en los institutos y hospitales coordinados por la Comisión. Se promovió y coordinó la presentación de proyectos para ser financiados con recursos del Fideicomiso de Protección Social en Salud-Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos-Industria Tabacalera. Se adquirió equipamiento para el Hospital General Dr. Manuel Gea González y el Centro Nacional de Investigación y Atención a Quemados (CENIAQ) del Instituto Nacional de Rehabilitación; se modernizaron los servicios de cirugía del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez y se concluyó la Unidad de Adicciones del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y la Unidad de Oncología del Hospital General de México, con una inversión cercana a los 365 millones de pesos.

Para el fortalecimiento de la capacidad resolutoria de la red hospitalaria de medicina de alta especialidad, se puso en marcha el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca. Este tipo de hospitales proporcionan atención médica de alta especialidad a la población de las entidades federativas en que se ubican, principalmente a la de los niveles socioeconómicos más bajos, logrando disminuir la necesidad de trasladarse a la Ciudad de México para acceder a este tipo de servicios médicos.

Asimismo, se formalizaron diversos convenios de colaboración para el intercambio de servicios médicos entre las unidades coordinadas por la Comisión y las instituciones públicas del sector, en el marco del Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios. Este tipo de convenios busca incrementar la eficiencia de las unidades hospitalarias y facilitar el acceso a servicios médicos de alta especialidad.

En el marco del Programa de Mejora de la Gestión, se dio continuidad a los siguientes proyectos de aplicación en todas las unidades médicas coordinadas: a) cita médica telefónica o por Internet; b) expediente clínico electrónico; c) referencia y contrarreferencia de pacientes; d) consulta externa de primera vez; e) tabuladores de cuotas de recuperación; y f) criterios de clasificación socioeconómica. Los primeros dos proyectos se enfocan a la implementación de nuevos procesos en los hospitales, mientras que los cuatro restantes tienen por objetivo estandarizar y hacer eficientes los procesos existentes para mejorar el acceso a los servicios de salud que proveen las unidades coordinadas.

En el periodo de reporte, el proyecto Criterios de Clasificación Socioeconómica se concluyó e inició la operación del mismo en las unidades médicas coordinadas y fue seleccionado como caso de éxito por la SFP. El proyecto Consulta Externa de Primera Vez se implementó en todas las unidades médicas, mientras que el de Cita Médica Telefónica o por Internet se implementó en cuatro hospitales. El ECE ha tenido un avance menor por las implicaciones técnicas y financieras requeridas para su implementación. Los dos proyectos restantes serán terminados hacia el cierre de la administración actual.

5.1 DIRECCIÓN GENERAL DE POLÍTICAS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

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

Durante el segundo semestre de 2011 y primero de 2012 se emprendieron acciones con el propósito de consolidar la rectoría nacional en materia de investigación en salud, entre las que destaca la vinculación o interrelación con otros actores del Sistema Nacional de Salud y del sector social. En cuanto al financiamiento de la investigación, la SS, el IMSS, ISSSTE y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) aportaron recursos al Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social (FOSISS) participando en la determinación de las prioridades y en el proceso de aprobación y seguimiento de los financiamientos.

De esta forma, el 13 de septiembre de 2011, se aprobaron en la convocatoria FOSISS 2011/01, 91 proyectos por 115 millones de pesos. El 9 de febrero de 2012, se dio a conocer la convocatoria FOSISS 2012/01, con un monto aproximado de 133 millones de pesos disponibles para financiamiento, 12.7 por ciento (15 millones) más que el año anterior. En octubre de 2012, se realizará una reunión en la que se presentarán los resultados de todos los proyectos terminados apoyados por FOSISS de 2007 a 2011.

Con relación a las acciones para incentivar la investigación en ciencias de la salud, se continuaron las visitas a los INSALUD, HFR y HRAEs para retroalimentar los resultados del desempeño, reorientar acciones e identificar áreas de oportunidad en materia de investigación en salud. Desde enero de 2011 se han visitado 12 INSALUD; todos los HFR y cuatro HRAEs, en los que se dio prioridad a la creación de vínculos con centros de investigación locales para establecer sinergias y formar equipos de investigación regional.

Se realizaron 12 reuniones mensuales con los directores de investigación de los INSALUD y HRAEs a efecto de coordinar las acciones sustantivas relacionadas con el Programa de Estímulos al Desempeño de los Investigadores en Ciencias Médicas; el Programa de Ingreso, Promoción y Permanencia; la realización del Encuentro Nacional de Investigadores; la convocatoria del FOSISS; la convocatoria del Servicio Social en Investigación en Salud de Medicina, y la difusión de información relacionada con la investigación en salud.

Para fortalecer y hacer eficientes los procesos de evaluación y seguimiento académico de los investigadores en ciencias médicas, se desarrolló y puso en funcionamiento la herramienta informática del Sistema de Registro Institucional de Investigadores, en cuya primera etapa permitió realizar la evaluación de ingreso, promoción y permanencia, y otorgamiento de estímulos al desempeño 2012. En 2013, será completado para contener el curriculum vitae de todos los investigadores del SII.

Entre 2011 y el primer semestre 2012, se gestionó la actualización del Reglamento para el Ingreso, la Promoción y la Permanencia al SII en Ciencias Médicas de la SS, adicionando el derecho de los investigadores a recibir el Estímulo a la Permanencia como un incremento al ingreso salarial. De esta forma, se equiparó al ingreso de investigadores de otras instituciones.

De septiembre de 2010 a junio de 2012, se han emitido 114 publicaciones del Boletín Informativo de la CCINSHAE y se han realizado 22 mil 502 visitas al mismo, un promedio de 31 consultas al día.

En febrero de 2012, a solicitud de los investigadores y por instrucción del C. Secretario de Salud, se gestionó ante la COFEPRIS, la agilización de trámites para la importación y exportación de reactivos e insumos para los proyectos de investigación registrados ante esta Dirección General.

En marzo de 2012, se gestionó con el Consorcio Nacional de Recursos de Información Científica y Tecnológica (CONRICyT) el acceso a bases de información integradoras para los recursos de información de las editoriales EBSCO y Gale Cengage Learning, para los investigadores de las unidades bajo nuestra coordinación.

Se continuó con el Programa de Becas de Inicio a la Investigación (PROBEI). La beca es semestral con posibilidad de prórroga hasta dos años. Durante el periodo del segundo semestre 2011 y primero del 2012 se beneficiaron con el programa 229 alumnos de los cuales 112 están vigentes. En 2011, con el fin de apoyar los proyectos de investigación de los HRAEs y HFR, fueron aceptados 11 alumnos en el programa.

En la Dirección de Investigación de la DGPIIS radica la Presidencia del Comité para la Formación de Recursos Humanos para la Investigación en Salud (CFRHIS), para que los alumnos de la licenciatura en medicina realicen actividades de investigación durante el año de servicio social; así, en las generaciones agosto 2011 y febrero 2012 se evaluaron 287 solicitudes, de las cuales se aceptaron 216 alumnos (173 provenientes de escuelas y facultades públicas y 43 de instituciones privadas); de ellos, 83 realizan actualmente su servicio social en los INSALUD y HRAEs.

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

- En 2012 el número de investigadores del SII suman mil 410, distribuidos de la siguiente manera: mil 315 de INSALUD, 78 de HFR y 17 de HRAEs.
- El número de investigadores de la SS inscritos en el Sistema Nacional de Investigadores (SNI) fue de 886; los cuales se distribuyeron de la siguiente forma: 824 en los INSALUD, 55 en los HFR y siete en los HRAEs.
- Los investigadores en ciencias médicas publicaron dos mil 84 artículos en revistas científicas periódicas y se distribuyeron mil 773 en los INSALUD, 279 en los HFR y 32 en los HRAEs. Los artículos publicados en 2012 pueden consultarse en la página <http://www.ccinshae.salud.gob.mx/2012/publicaciones.html>.
- Del 26 al 29 de octubre de 2011 se llevó a cabo el 16° Encuentro Nacional de Investigadores de la SS. Se recibieron 149 trabajos de ellos se seleccionaron y presentaron 60 en forma oral, distribuidos de la siguiente forma: 15 del área clínica, 33 biomédica y 12 de salud pública y ciencias sociales. Se premiaron a los tres mejores de cada categoría y los mejores artículos publicados en 2010 en revistas científicas de alto impacto, así como las mejores tesis de maestría y doctorado realizadas durante el mismo año. También se entregaron premios a las mejores tesis de maestría y doctorado realizadas durante 2009 y a los mejores artículos publicados en el mismo año de los grupos IV y V de la clasificación cualitativa de los INSALUD.

Con relación a las Convocatorias de Ingreso, Promoción y Permanencia, y Estímulo al Desempeño, durante el primer semestre de 2012 los INSALUD, HFR y HRAEs sometieron 589 solicitudes, de las cuales 125 investigadores ingresaron al SII, 169 promovieron de categoría, 229 permanecieron en la categoría dictaminada y 66 no ingresaron. Para la Convocatoria de Estímulos al Desempeño se recibieron 367 solicitudes de investigadores, de las cuales 337 fueron de los INSALUD, 26 de los HFR y cuatro de los HRAEs.

5.2 DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD

Dentro de las atribuciones conferidas a la Dirección General de Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud están: someter a la aprobación del titular de la CCINSHAE las políticas, lineamientos, criterios, sistemas, herramientas y procedimientos de carácter técnico en materia de funcionamiento y operación aplicables a los INSALUD; cooperar, en coordinación con la Dirección General de Relaciones Internacionales y otras áreas administrativas competentes, en la celebración de convenios de colaboración con instituciones nacionales y extranjeras; promover, en coordinación con la Dirección General de Comunicación Social, la difusión de logros académico-científicos que por su trascendencia sean de interés de la sociedad; evaluar modelos y mecanismos para la óptima utilización de los recursos asistenciales, docentes, de investigación en salud y tecnológicos con los cuales cuentan los INSALUD; promover esquemas de administración, gestión y operación que mejoren el funcionamiento de los institutos, mediante el desarrollo de sus recursos humanos y técnicos, así como definir sistemas para el control de gestión y evaluación.

En el periodo que se reporta en el presente informe, la certificación de establecimientos de atención médica por el CSG con los nuevos estándares internacionales fue otorgada a los Institutos Nacionales de Cardiología Ignacio Chávez, Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Rehabilitación, Psiquiatría, Perinatología y Pediatría.

El trabajo de campo del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán ha tenido un impacto social al mejorar la calidad de la alimentación de sectores desprotegidos de la sociedad, tarea que se realizó en colaboración con DICONSA, donde se elaboró un padrón de beneficiarios de las despensas familiares en Chiapas y Tlaxcala.

El Sistema de Información sobre Cáncer (INFOCÁNCER), a través de sus tres estrategias logró comunicar a 48 mil 918 personas con efectividad y veracidad toda la información sobre el tema, fortaleciendo la conciencia para la toma de decisiones de los pacientes con esta enfermedad: la página *web* recibió 442 mil 970 visitas, el Centro de Atención Telefónica y el Centro de Información desahogaron 439 mil 254 solicitudes. El Instituto Nacional de Cancerología brindó cursos a 30 instituciones de salud y educativas del país, recibiendo 300 alumnos de instituciones públicas y privadas del DF y de diferentes estados de la república. En el marco del Programa de Mejora de la Gestión, el proyecto de Expediente Clínico Electrónico de este instituto fue postulado para el Premio Nacional de la Administración Pública de la SFP y obtuvo el segundo lugar.

El programa presupuestario Prestación de Servicios en los Diferentes Niveles de Atención en Salud contribuyó, mediante las acciones instrumentadas para atender los problemas que requieren de la medicina de alta especialidad, a otorgar atención con oportunidad, calidad y diligencia (Cuadro V.1).

CUADRO V.1 ASISTENCIA MÉDICA

INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD	CONSULTAS OTORGADAS	EGRESOS HOSPITALARIOS POR MEJORÍA	CIRUGÍAS REALIZADAS	ESTUDIOS DE LABORATORIO Y RADIODIAGNÓSTICO, TC Y MEDICINA NUCLEAR POR ESPECIALIDAD	RADIOTERAPIAS E INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS	QUIMIOTERAPIAS
Hospital Infantil de México, Federico Gómez	192 065	6 498	NR	1 906	NR	NR
Instituto Nacional de Cardiología	107 268	5 667	1 870	1 174 813	3 474	NR
Instituto Nacional de Cancerología	179 913		3 996	1 116 590	46 582	35 981
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición	264 629	NR	4 125	NR	NR	NR
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias	75 941	4 456	NR	NR	NR	NR
Instituto Nacional de Neurología Neurocirugía Manuel Velasco Suárez	89 074	3 002	NR	556 044	1 045	NR
Instituto Nacional de Pediatría	239 622	7 247	5 289	1 287 930	40 230	16 280
Instituto Nacional de Perinatología	136 817	11 641	7 302	507 430	NR	NR
Instituto Nacional de Rehabilitación	258 206	NR	6 621	193 460	NA	NA

FUENTE: Cuenta Pública 2011, página *web* SHCP

Con el apoyo de la CNPSS, se acercó la atención médica de alta especialidad a grupos de mayor vulnerabilidad. A la fecha se han firmado diversos convenios de colaboración, destacando los del Instituto Nacional de Cardiología para el procedimiento malformación congénita del sistema circulatorio; el del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias con implante coclear; el del Instituto Nacional de Pediatría con nueve procedimientos, entre ellos implante coclear y enfermedades lisosomales; el del Instituto Nacional de Perinatología

con insuficiencia respiratoria en neonatos; el del Hospital Infantil de México con cáncer en Infancia y adolescencia; el del Instituto Nacional de Rehabilitación con cataratas e implante coclear; el del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, con cáncer de mama, y el del Instituto Nacional de Cancerología con cáncer de testículo, linfoma no Hodgkin, neoplasias del adolescente, cáncer cérvico uterino y tumores mamarios.

A partir de marzo de 2011 se apoyó el Programa para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, se plantearon cinco metas y se concretaron con el logro de la participación de intérpretes de lenguas indígenas lo que ha permitido tener una atención justa, equitativa y oportuna y se ha reflejado en cero quejas por discriminación.

5.3 DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN DE LOS HOSPITALES FEDERALES DE REFERENCIA

La Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia (DGCHFR), a través de su coordinación con el Hospital General de México, el Hospital General Dr. Manuel Gea González y el Hospital Juárez de México como OPD, además del Hospital de la Mujer, Hospital Juárez Centro y el Hospital Nacional Homeopático como organismos centralizados, establecen y conducen estrategias gerenciales, operativas y administrativas, para contribuir con el adecuado funcionamiento de la Red Hospitalaria de Medicina de Alta Especialidad y así fortalecer el nivel de salud y calidad de vida de los mexicanos.

A la DGCHFR, le corresponde determinar las políticas, estrategias, objetivos y líneas de acción que permitan implantar un sistema de gestión hospitalaria integral, innovador y eficiente, que propicie el incremento de la cobertura de atención, la optimización de los recursos, la calidad y el desarrollo permanente de los HFR, teniendo como principales acciones realizadas, entre septiembre de 2011 y agosto de 2012, las siguientes:

Se coordinó en su totalidad el proyecto médico-arquitectónico para la reconstrucción del Hospital Nacional Homeopático y Centro de Enseñanza e Investigación Aplicada. A junio de 2012, se registra un avance de 90 por ciento en el desarrollo de la obra, paralelamente se gestiona la autorización de recursos presupuestales adicionales en apoyo del proceso de adquisición del equipamiento de consulta externa y su puesta en marcha programada para el segundo semestre de 2012, quedando pendientes las áreas de hospitalización e investigación para el ejercicio fiscal 2013.

El 19 de septiembre de 2010, el Presidente de la República, inauguró la nueva Unidad Médico Quirúrgica Juárez Centro en su etapa física, en marzo de 2011, la consulta externa inició su actividad con la mayoría de las especialidades, enfocando su vocación de servicio a intervenciones de cirugía de corta estancia.

Se logró a julio de 2012, un avance de 90 por ciento en la coordinación del proceso de remodelación del Hospital de la Mujer, en la etapa correspondiente a la instalación del acelerador lineal y conclusión de la construcción de un *bunker* para su alojamiento que se pretende concluir en el segundo semestre de este año, para lo cual se gestionó la autorización de 11.8 millones de pesos adicionales.

En relación a las GPC, proyecto coordinado por el CENETEC, la DGCHFR contribuyó en la elaboración de 93 guías, a través de la participación de 114 médicos expertos en diversas disciplinas. Con respecto a los Objetivos del Milenio, esta DGCHFR, coordinó en todos los HFR las estrategias para lograr las metas del Objetivo 6. VIH/SIDA.

Se dio puntual seguimiento a la vigencia del Plan de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Influenza en los HFR, integrando información para la toma de decisiones hasta el levantamiento de la alerta respectiva en 2010 y con vigilancia de nuevos casos en 2011-2012 que no rebasaron los límites establecidos.

Se llevó a cabo la certificación de siete evaluadores en Hospital Seguro y se está en espera de la convocatoria del Sistema de Protección Civil de la SEGOB para la evaluación de las unidades hospitalarias pendientes de certificación. Esta DGCHFR ha participado con la SIDSS e instituciones del sector en el Plan de Preparación y Respuesta Hospitalaria ante Desastres, contribuyendo en la organización de diferentes simulacros.

A través del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, se han desarrollado diferentes estrategias de apoyo para consolidar la cultura de la calidad hospitalaria, entre las que destacan: Lavado de Manos, Cirugía Segura Salva Vidas y Bacteriemia Cero. En coordinación con el CNTS se capacitaron a 350 médicos y enfermeras en el manejo de hemoderivados y hemorragia obstétrica, para disminuir la tasa de mortalidad materna. En colaboración con el CSG, se capacitaron 140 médicos y enfermeras en los estándares internacionales para la certificación hospitalaria. Se impartió asesoría en el proceso de certificación de los Hospitales General de México y Juárez de México.

Se cumplieron los Proyectos de Mejora de la Calidad, logrando disminuir las infecciones nosocomiales en las terapias intensivas de los hospitales Dr. Manuel Gea González y General de México. En coordinación con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, los HFR se sumaron al Proyecto Nacional de Implementación de las Clínicas de Catéter, para reducir la incidencia de infecciones nosocomiales. En mayo de 2012, se llevó a cabo la ceremonia inaugural de dichas clínicas en los hospitales de la Mujer, Juárez de México, General de México y Dr. Manuel Gea González.

5.4 DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN DE LOS HOSPITALES REGIONALES DE ALTA ESPECIALIDAD

La Dirección General tiene como atribuciones establecer y dar seguimiento a la planeación estratégica y al desempeño institucional; asesorar a los órganos de gobierno de los hospitales; establecer una cultura de gestión corporativa basada en el modelo innovador para la gestión y organización institucional; analizar la productividad y el entorno socioeconómico para cumplir con el propósito de prestar atención médica de alta especialidad; formar y desarrollar recursos humanos y realizar investigación en salud que los conduzcan al logro de los objetivos institucionales establecidos; conducir el proceso de determinación de los instrumentos técnicos que permitan optimizar la operación de los servicios de atención médica y docente de los HRAEs.

Coordina a los seis HRAEs: del Bajío, de la Península de Yucatán, de Oaxaca, de Ciudad Victoria Bicentenario 2010, el Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas, integrado por dos unidades hospitalarias, y el hospital ubicado en Ixtapaluca, Estado de México.

El personal de esta Dirección General ha impartido y coordinado conferencias y cursos para difundir conocimientos y metodologías para incrementar la calidad en la atención y capacidad de gestión hospitalaria en diferentes rubros. Brindó orientación para que en los programas anuales se consideren acciones para incrementar la prestación de los servicios, para brindar cursos de formación y desarrollo de recursos humanos y para realizar investigación de vanguardia, enfocada en las características de las entidades federativas en las que están ubicados.

Se formalizó el programa de visitas de seguimiento de la calidad y seguridad del paciente efectuado en el último trimestre de 2011; la coordinación para el establecimiento de los programas de residencias médicas y la formación de profesores con la participación de la Facultad de Medicina de la UNAM y la Universidad Autónoma de Yucatán; el análisis y atención de las infecciones nosocomiales; la colaboración con los comités de expediente clínico para la mejora de los registros médicos; la estabilización de los programas de mejora de la gestión en los proyectos transversales; la presentación de cuenta pública; la organización para la publicación de la revista científica de los HRAEs, y los trabajos para lograr la certificación por el CSG, prevista para el próximo año.

Con el objeto de dar continuidad al fortalecimiento y apertura de nuevos servicios en los HRAEs, se coadyuva con los procesos de contratación de personal de acuerdo a la plantilla autorizada para cada uno de ellos. Al mes de mayo se tenían contratados cuatro mil 643 empleados, lo que resulta en 79 por ciento de plazas ocupadas.

Se concluyó con la gestión para obtener el decreto de creación del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca como organismo descentralizado, el cual fue publicado en el DOF el 8 de junio de 2012. En el hospital laboran 313 empleados de todas las ramas y se cuenta con presupuesto asignado para gastos de operación por 486 millones de pesos.

La Dirección General coordina grupos de expertos en los temas de prevención y atención del niño maltratado, cardiología y cirugía cardiorotáica, obesidad adulta e infantil, lográndose publicaciones de difusión, la propuesta de registros nacionales, de líneas de acción y políticas.

La atención médica de alta especialidad que proporcionan los HRAEs a la población de las entidades pertenece, en cerca de 80 por ciento de los casos, a los niveles socioeconómicos más bajos, por lo que contribuyen a disminuir el traslado de los pacientes y sus familiares a la Ciudad de México con un impacto en los INSALUD y los HFR que anteriormente eran la única opción de tratamiento.

Se han consolidado los programas de trasplantes en particular en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, que tiene prestigio a nivel nacional y capacita a grupos quirúrgicos especializados en este rubro.

Los especialistas que se han incorporado a los HRAEs son, en su mayoría, egresados de los INSALUD y los HFR, ofreciendo una atención de calidad mostrada al obtener más de 90 por ciento de los egresos en promedio por mejoría. Asimismo, los esfuerzos para ofrecer atención con calidad se reflejan al participar en el programa de SICALIDAD, al obtener evaluaciones satisfactorias de los indicadores comprometidos y al contar con Aval Ciudadano.

Se desarrolló el Programa de Seguimiento de Calidad y Seguridad del Paciente en cinco HRAEs, cuyas conclusiones permitieron definir acciones y esfuerzos en esta materia, así como la estabilización de estándares para certificación emitidos por el CSG; se obtuvieron apoyos para dar continuidad a la preparación del personal en materia de calidad, destacando el curso-taller de Planeación Estratégica y Análisis de Principales Problemáticas en la Implementación de Estándares de Certificación.

Se propuso al Comité de Elaboración de Guías de Práctica Clínica el desarrollo de más de 20 guías relacionadas con las intervenciones incorporadas a los convenios de colaboración para el intercambio de servicios.

El programa de formación de médicos especialistas fue concretado entre 2011 y 2012 en los cinco HRAEs. Los hospitales desarrollaron los programas académicos y operativos que permitieron que se recibiera el aval de la Universidad Autónoma de Yucatán, la Universidad Autónoma de Tamaulipas y en tres HRAEs de la UNAM. La Dirección General realizó la verificación del cumplimiento de la normatividad aplicable a la organización y funcionamiento de residencias además de las gestiones ante la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, que en un trabajo conjunto, permitió contar con 87 plazas de residencia de entrada directa y cuatro de entrada indirecta. La selección de los residentes se realizó a través de la participación de los hospitales en tres procesos, logrando una ocupación del 100 por ciento de las vacantes ofrecidas. El funcionamiento y manejo de las residencias en los HRAEs será con las mismas condiciones que tienen otras entidades descentralizadas de salud (Cuadro V.2).

CUADRO V.2 DISTRIBUCIÓN DE RESIDENTES POR HOSPITAL Y ESPECIALIDAD

HOSPITAL	ESPECIALIDADES					TOTALES
	ANESTESIOLOGÍA	CIRUGÍA GENERAL	MEDICINA INTERNA	PEDIATRÍA	IMAGENOLÓGIA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA	
HRAEB	5	4	4	4	6	23
HRAEPY	9	7	7	0	8	31
HRAEO	3	3	3	0	2	11
CRAE	6	0	0	6	3	15
HRAEV	2	0	0	2	3	7
TOTAL	25	14	14	12	22	87

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

En coordinación con los INSALUD y HRAEs, y con el apoyo de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, se desarrolla el programa de Servicio Social Profesional para las especialidades de cirugía general, medicina interna, pediatría y anestesiología. Se estima que a agosto de 2012 rotaron cerca de 230 residentes lo que ha fortalecido la atención médica y la captación de médicos.

Se han llevado a cabo actividades académicas en las entidades, se han establecido convenios con instituciones de educación superior locales lo que ha facilitado la incorporación de alumnos de pregrado, internado, servicio social y prácticas profesionales de carreras del área de la salud y afines, como son enfermería, rehabilitación, nutrición, psicología, biología, entre otras, consolidándose como sedes de formación de recursos humanos en las regiones y favoreciendo la mejor distribución nacional de los mismos.

Se participó en 20 sesiones de Comités de Control y Desempeño Institucional, cuatro para cada HRAEs, asesorando y coadyuvando con el control de riesgos determinados por los hospitales de acuerdo a la implementación legal indicada por la SFP a través del OIC en cada hospital.

5.5 CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

El CNTS es responsable de proponer las políticas y estrategias nacionales en materia de seguridad, autosuficiencia, cobertura y acceso equitativo de la sangre, componentes sanguíneos y células progenitoras, así como fomentar su uso terapéutico adecuado y racional, promover la donación voluntaria no remunerada y repetida, así como evaluar el desempeño técnico de los servicios de sangre.

Durante los primeros ocho meses de 2012, el CNTS emprendió diversas acciones con el propósito de incrementar la seguridad sanguínea. Realizó 28 colectas externas de donación de sangre, con un total de mil 945 unidades recolectadas. Estas colectas, sumadas a las realizadas de 2007 a 2010, acumulan un total de 62. Se realizaron nueve visitas de fomento sanitario para la mejora continua a servicios de sangre de los INSALUD y HRAEs de la Secretaría de Salud.

Con el fin de incrementar la diversidad genética del inventario de células progenitoras del CNTS, se formalizó un convenio con los servicios de salud de Zacatecas.

Se incrementó el inventario con 50 unidades de células progenitoras hematopoyéticas, para contar con un total de mil 653 unidades disponibles y se entregaron 25 para trasplante.

Las áreas administrativa, normativa y técnica del CNTS se recertificaron bajo la Norma Mexicana NMX-CC-9001-IMNC-2008, sobre Sistemas de Gestión de la Calidad, con la cual se cuenta con un servicio certificado de forma integral.

En el marco del XXXII Congreso de la Sociedad Internacional de Transfusión Sanguínea se presentaron tres trabajos y se publicaron en el suplemento de la revista científica Vox Sanguinis.

Se remitió al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario (SSA1), el proyecto de actualización de NOM para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos, con las adecuaciones y adiciones resultantes de la consulta pública.

El CNTS participó en el grupo de trabajo convocado por la UCVPS en una iniciativa con proyecto de decreto que reforma y adiciona diversos artículos de la Ley General de Salud en materia de disposición de sangre, componentes sanguíneos y células progenitoras o troncales, y se participó en la modificación del artículo 92 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, actualmente en consejería jurídica.

Se elaboró el Programa Anual de Capacitación Técnica 2012 y se realizaron cinco cursos regionales de medicina transfusional en Sinaloa, Chihuahua, Querétaro, Baja California Sur y Jalisco, acumulando un total de mil 500 profesionales de la salud capacitados en la materia. Se impartió el diplomado a distancia Sangre y

Componentes Seguros con el aval académico de la UNAM y contenidos programáticos de la OPS. Se capacitó a mil 380 profesionales de la salud en materia de disposición de sangre, componentes sanguíneos y células progenitoras o troncales en 22 cursos.

Está en funcionamiento el Grupo de Coordinación de Acciones COFEPRIS/CENATRA/CNTS/OIC cuyo objetivo es coordinar las acciones técnico-normativas de los centros nacionales de trasplantes y de transfusión sanguínea, con las actividades relativas al control y vigilancia sanitarios de los establecimientos que hacen disposición de órganos, tejidos y células, competencia de la COFEPRIS.

Se celebraron 14 convenios de colaboración para el intercambio de sangre, componentes sanguíneos y células progenitoras o troncales, con instituciones de los sectores público y privado.

A fin de evaluar el desempeño técnico en el periodo septiembre de 2011 a agosto de 2012, se realizó el envío del control de calidad externo en serología a 554 bancos de sangre del Sistema Nacional de Salud, de los cuales 325 participaron para el panel de serología y 221 para el panel de inmunohematología.

De enero de 2007 a agosto de 2012, se incrementó a 88.8 por ciento la realización de las pruebas para la detección del agente causal de la enfermedad de Chagas (*Trypanosoma cruzi*) en las donaciones de sangre del país, cifra superior en 55.7 por ciento a la registrada durante el periodo del 1° de enero de 2001 al 31 de agosto de 2006.

Durante los primeros cinco años de la presente administración, en el país se registró una captación de ocho millones 573 mil 824 unidades de sangre, cifra superior en 8.8 por ciento con relación a la cantidad captada en el mismo periodo en la administración anterior. El 2.5 por ciento de las unidades captadas en el periodo correspondió a donación voluntaria y altruista. Aunque el porcentaje global de este tipo de donación es aún bajo, hay diferencias considerables entre las entidades federativas, siendo los centros estatales de la transfusión sanguínea de Chihuahua, Quintana Roo, San Luis Potosí y Sonora, los que registran las cifras más altas (28.1, 18.4, 10 y 8 por ciento, respectivamente). Actualmente cien por ciento de los productos sanguíneos que se transfunden en el país son estudiados para los marcadores de infección obligatorios (VIH tipos 1-2, virus B y C de la hepatitis y sífilis).

El presupuesto original autorizado para el ejercicio 2011 fue de 69 millones 254 mil 165 pesos, mediante movimientos de ampliaciones y reducciones se determinó un presupuesto modificado y ejercido de 72 millones 166 mil 542 pesos teniendo una variación absoluta de dos millones 912 mil 377 pesos que representan 4.2 por ciento más sobre el presupuesto original autorizado, esta variación se debe básicamente a las ampliaciones presupuestales autorizadas durante el ejercicio 2011. El presupuesto original autorizado para el ejercicio 2012 fue de 76 millones 53 mil 785 pesos, mediante movimientos de ampliaciones y reducciones, se determinó un presupuesto modificado de 72 millones 363 mil 760 pesos. Al mes de mayo de 2012, se han ejercido recursos por un monto de 29 millones 122 mil pesos que representan 40.2 por ciento del presupuesto modificado.

5.6 CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

El CENATRA elabora y expide normas oficiales mexicanas, así como lineamientos y circulares en materia de donación, trasplante y asignación de órganos, tejidos, células y cadáveres de seres humanos. Para los establecimientos en que se realicen los actos relativos, tiene a su cargo la adecuada operación y actualización del Registro Nacional de Trasplantes y fomenta la cultura de la donación en la población mexicana.

Con relación a trasplantes renales, del 1° de Septiembre de 2011 al 30 de mayo de 2012 se reportaron mil 153 trasplantes de donador vivo y 481 de donador fallecido, lo que hace un total de mil 634 trasplantes renales para el periodo mencionado.

En el cuadro V.3 se muestra un comparativo del acumulado del 1° de enero de 2007 al 31 de agosto de 2012 contra los trasplantes reportados del 1° de enero de 2001 al 31 de agosto de 2006, con cifras estimadas para el periodo junio a agosto de 2012:

CUADRO V.3 COMPARATIVO SEXENAL 2001-2006 VS 2007-2012 EN TRASPLANTES DE ÓRGANOS PROCEDENTES DE PERSONAS VIVAS O FALLECIDAS

ORIGEN DEL RIÑÓN	TRASPLANTES DEL 1° DE ENERO DE 2001 AL 31 DE AGOSTO DE 2006	TRASPLANTES DEL 1° DE ENERO DE 2007 AL 31 DE AGOSTO DE 2012	DIFERENCIA %
Donador vivo	6 890	9 752	41.5
Donador fallecido	3 143	3 038	-3.3
Total	10 033	12 790	27.5

FUENTE: Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes.

Del 1° de septiembre de 2011 al 30 de mayo de 2012 se reportaron mil 312 trasplantes corneales con corneas nacionales y 521 con importadas, lo que hace un total de mil 833 trasplantes corneales para el periodo mencionado. En el cuadro V.4 se presenta un comparativo del acumulado del 1° de enero de 2007 al 31 de agosto de 2012 contra los trasplantes reportados del 1° de enero de 2001 al 31 de agosto de 2006, con cifras estimadas para el periodo junio a agosto de 2012:

CUADRO V.4 COMPARATIVO SEXENAL 2001-2006 VS 2007-2012 EN TRASPLANTES DE CÓRNEA, CONSIDERANDO SU ORIGEN

ORIGEN DE LA CORNEA	TRASPLANTES DEL 1° DE ENERO DE 2001 AL 31 DE AGOSTO DE 2006	TRASPLANTES DEL 1° DE ENERO DE 2007 AL 31 DE AGOSTO DE 2012	DIFERENCIA %
Córnea nacional	4 300	8 738	103.2
Córnea importada	9 299	5 399	-41.9
Total	13 599	14 137	4

FUENTE: Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes.

Del 1° de septiembre de 2011 al 30 de mayo de 2012 se reportaron 298 donaciones en muerte encefálica y 698 en paro cardiaco, lo que hace un total de 996 donaciones de personas fallecidas para el periodo mencionado. Las cifras estimadas de junio a agosto de 2012 para cada categoría de donación serían de 398 y 929 respectivamente, lo que hace un total de mil 327.

En materia jurídica se logró que el 12 de diciembre de 2011 se publicara en el DOF el decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud en materia de donación y trasplantes de órganos y tejidos de seres humanos. Dicha reforma tiene diversos propósitos entre los que destacan, crear el Subsistema Nacional de Donación y Trasplantes; establecer el consentimiento tácito; facultar al Centro para fomentar la cultura de la donación; impulsar las acciones que permitan la trazabilidad de los órganos y tejidos para trasplante; establecer las reglas y procedimientos por los que se llevará a cabo la distribución y asignación de órganos, tejidos y células para trasplante, y establecer que los establecimientos que realicen donación y trasplantes deben contar con un coordinador hospitalario.

Con respecto a la formación de recursos humanos, durante el periodo de análisis se realizaron dos ediciones del Diplomado Universitario para la Formación de Coordinadores de Donación. La versión XVI del 11 de septiembre al 26 de noviembre de 2011, con 37 alumnos egresados y la versión XVII del 23 de abril al 1 de junio de 2012, con 42 egresados.

5.7 SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

Los SAP son un organismo desconcentrado, conformado por los Hospitales Psiquiátricos Fray Bernardino Álvarez, Juan N. Navarro, Samuel Ramírez Moreno y los Centros Comunitarios de Salud Mental de Cuauhtémoc, Iztapalapa y Zacatenco, que tienen el grupo más numeroso de personal especializado en salud mental en México y otorgan el mayor número de servicios multidisciplinarios tanto de atención ambulatoria como hospitalaria.

Entre enero y agosto de 2012, el número total de consultas fue de 262 mil 614, cifra que, comparada con el mismo periodo de 2011, arroja una diferencia de 13 por ciento. Esta variación se debió a una mayor demanda en el servicio. La tendencia al aumento en el número de consultas se observó también en el análisis interanual.

En el indicador de egresos hospitalarios no se observa una diferencia importante, es decir, la variación entre 2011 y 2012 es mínima porque ha sido constante la oferta y demanda de este servicio. El promedio de días de estancia hospitalaria fue de 32.9, cifra que comparada con el año previo, muestra una diferencia de 16.6 por ciento. Esto se debe al egreso de pacientes crónicos con largos periodos de estancia (más de 90 días), lográndose su reinserción social. Sin embargo, cuando comparamos este indicador solo en pacientes de corta y mediana estancia es estable en alrededor de 20 días.

El porcentaje de usuarios satisfechos con el trato recibido se ha mantenido dentro de lo esperado (90 por ciento) y con poca variabilidad entre los años. Cabe decir que la calidad en la atención es prioridad, por lo que de manera constante se realizan programas de mejora en la infraestructura así como en los procesos que constituyen los servicios otorgados.

El número de médicos formados fue de 48 en 2012, lo que significa un aumento de 17 por ciento con respecto a 2011. La eficiencia terminal se ha mantenido constante.

En el indicador de artículos publicados se observa una variación negativa de 46 por ciento. La disminución se debe a las fechas de envío de los artículos y el desfase entre ésta y la publicación. Además, es importante considerar que la prestación de servicios es el objetivo fundamental en las unidades de SAP y que el área de investigación se encuentra en crecimiento.

Se organizaron talleres sobre derechos humanos en coordinación con instituciones nacionales, así como en materia de legislación en salud mental. Asimismo, se encuentra activo el proyecto de cooperación técnica entre Chile y México: Integración del Servicio de Psiquiatría en Hospital General, en congruencia con las acciones que promueven un cambio en los servicios hacia una visión comunitaria, apegada a los derechos humanos e integrados en la red primaria de atención.

CUADRO V.5 RESULTADOS ALCANZADOS POR INDICADOR

INDICADOR	1° DE SEP DE 2010 AL 31 DE AGO DE 2011	1° DE SEP DE 2011 AL 31 DE AGO DE 2012/ ¹	ENERO-AGOSTO					
			OBSERVADO		META	2011	2012/ ¹	VARIACIÓN ANUAL %
			2010	2011	2012			
Total de consultas otorgadas	344 987	380 589	368 483	349 335	373 490	231 360	262 614	13.5
Egresos hospitalarios	5 289	4 997	5 157	5 227	4 889	3 590	3 360	-6.4
Promedio de días estancia	26.7	25.9	35.8	29.7	26	28.2	32.9	16.6
Usuarios satisfechos con el trato recibido (%)	97	96	98	97	91	97	96	-1
Número de médicos formados	42	39	42	39	51	41	48	17.1
Eficiencia terminal (%)	88	88	88	88	96	88	90	2.3
Número de artículos publicados	20	28	14	35	13	15	8	-46.6
Artículos publicados en revistas de alto impacto	7	13	0	20	2	7	0	-100

¹/ Se trata de estimaciones basadas en las cifras actuales.

FUENTE: Servicios de Atención Psiquiátrica 2009-2012.

5.8 INSTITUTO DE GERIATRÍA

El 31 de mayo de 2012 se firmó el decreto que permite la creación del Instituto Nacional de Geriatria. La descentralización del Instituto de Geriatria para su conversión a instituto nacional de salud, se perfila como una estrategia sustantiva para enfrentar el envejecimiento poblacional, en el marco del PND 2007-2012, en su tercer eje de política pública: Igualdad de Oportunidades, así como el PROSESA 2007-2012.

De esta forma, conforme a las líneas estratégicas establecidas, en el periodo septiembre 2011 a agosto de 2012 el Instituto logró fomentar la creación y capacitación de recursos humanos especializados en materia de geriatría y en aquellas complementarias y de apoyo, mediante la creación e implementación de programas y cursos especializados:

- Se impartieron cuatro cursos de Educación Médica Continua enfocados a profesionales de trabajo social y enfermería en coordinación con los INSALUD, IMSS e INDESOL. También se desarrollaron otros tres cursos para diversos profesionales de la salud, destacando el de Herramientas Metodológicas en Investigación del Envejecimiento y el de Perspectiva Multidisciplinaria para la Atención del Adulto Mayor. Se logró la capacitación de 842 personas que trabajan de manera directa o indirecta con población adulta mayor en todo el país.
- Se diseñaron los contenidos temáticos para iniciar en agosto de 2012 los cursos de capacitación a distancia y semipresenciales del proyecto Formación de Recursos Humanos en Envejecimiento y Salud (FORHUM) en coordinación con la Fundación Tagle, mismos que impactarán positivamente con un potencial de 100 personas capacitadas que replicarán el conocimiento en instituciones de la sociedad civil.
- En diciembre se realizó el curso de Neurogeriatría en conjunto con el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.
- Se organizó conjuntamente con la Academia de Cirugía la Semana Quirúrgica en San Luis Potosí, en octubre de 2011.
- En cuanto a las actividades de formación de recursos humanos, se impartió de enero a mayo de 2012, mediante un acuerdo con la Facultad de Medicina de la UNAM, la materia curricular de Salud en el Anciano en las instalaciones del Instituto Nacional de Geriatria con una asistencia de 130 alumnos de cuarto año de la licenciatura de medicina. Asimismo, se impartieron dos seminarios de Geriatria a 40 alumnos de la licenciatura de médico cirujano y partero de la Escuela Superior de Medicina del IPN.
- En relación a la Maestría en Salud Pública con área de concentración en Envejecimiento en coordinación con el INSP, se cuenta con los candidatos a cursarla e iniciar las actividades de formación de posgrado en septiembre de 2012.

Las líneas prioritarias de investigación futura sobre envejecimiento, definidas a partir del Primer Encuentro Envejecimiento y Salud, ponen énfasis en cuatro grandes áreas temáticas: investigación en biología del envejecimiento; perspectiva demográfica y social; epidemiología y clínica geriátricas; y gerontecnología, sin perder de vista el envejecimiento saludable y activo y la implicación de los usuarios en la investigación. De esta forma, las prioridades de investigación son las siguientes:

- Relaciones entre el envejecimiento de la población y el desarrollo económico.
- Acciones vigentes y alternativas para mantener la seguridad económica en la ancianidad.
- Cambios en la estructura familiar, sistemas de transferencias intergeneracionales y dinámicas familiares e institucionales emergentes.
- Determinantes del envejecimiento sano y activo.
- Calidad de vida y envejecimiento en diversos entornos culturales, socioeconómicos y ambientales.
- Mecanismos biológicos básicos del envejecimiento y de las enfermedades asociadas.

Los proyectos desarrollados por los investigadores del Instituto al cierre de 2011 fueron 37, de ellos, 17 se alinean a alguna de las primeras cinco prioridades y el resto está enfocado al desarrollo de investigación básica. Del grupo de 16 investigadores, nueve de ellos se encuentran incorporados al SNI del CONACYT, lo que impactará positivamente en la productividad científica del Instituto, así como el desarrollo que propicie la operación de la Red Temática sobre Envejecimiento, Salud y Desarrollo Social.

Se logró la publicación de 26 artículos científicos durante 2011 en diversas revistas especializadas. En mayo de 2012 se publicaron los libros Aspectos Moleculares del Envejecimiento editado por el Instituto y Envejecimiento y Salud: una Propuesta para un Plan de Acción, en coordinación con la Academia Nacional de Medicina, Academia Mexicana de Cirugía y la UNAM.

Entre septiembre 2011 y el 13 de junio de 2012, se contabilizaron cuatro mil veinticinco usuarios que han ingresado a la Biblioteca Virtual del Instituto, con las siguientes estadísticas: visitas seis mil dos; páginas visitadas 22 mil 149 y duración media de la visita cuatro minutos con 42 segundos.

Por otra parte, se desarrolló el indicador de riesgo para el adulto mayor en el primer nivel de atención, presentando el instrumento a la Comisión Permanente de Enfermería de la CCINSHAE, así como el proyecto de desarrollo de herramientas de tamizaje para adulto mayor del Seguro Popular en primer nivel de atención, mismo que espera las modificaciones pertinentes posteriores a la prueba piloto realizada en San Luis Potosí durante 2011.

En 2011 se concretaron varias coordinaciones intra y extrasectoriales, tanto nacionales como internacionales que colocan al Instituto como órgano de consulta en su área de concentración, en el cuadro V.6 se enlistan de acuerdo a la Institución y los proyectos en coordinación.

CUADRO V.6 COORDINACIONES INTRA Y EXTRA SECTORIALES ESTABLECIDAS EN 2011 CON EL INSTITUTO DE GERIATRÍA SEGÚN PROYECTO

INSTITUCIÓN	PROYECTO
Academia Nacional de Medicina	Preparación conjunta de un pronunciamiento de consenso en torno al abordaje del envejecimiento y la salud. Coronándose con la publicación del libro Envejecimiento y Salud: Una Propuesta para un Plan de Acción
Academia Mexicana de Cirugía	Co-organización de la 53° Semana Quirúrgica Nacional con el tema central Envejecimiento y Salud
Comité Interinstitucional para Adultos Mayores	Programa Nacional Gerontológico y Acuerdo Nacional de Envejecimiento
DGPLADES	Definición de los Modelos de Atención de los Adultos Mayores para el Primer Nivel de Atención y el Trabajo en la UNEMES
Centro Gerontológico Mundet del DIF y Hospital Juárez Centro	Modelo Formativo de Geriatría
INSP	Área de Concentración en Envejecimiento para la Maestría en Salud Pública
Facultad de Medicina UNAM	Formación Geriátrica de Pregrado
IMSS, INER, INR, INN y Hospital General	Equipos de Cuidados Geriátricos Interdisciplinarios
IMSS, Prestaciones Sociales de la Delegación Magdalena Contreras	Educación continua a profesionales de primer contacto (trabajadoras sociales, psicólogos, médicos)
Fundación Tagle y Junta de Asistencia Privada	Plataforma Educativa para la Formación de Recursos Humanos Especializados
INDESOL	Capacitación de personal de INDESOL en todo el país para que oriente el desarrollo de la población adulta mayor por parte de las organizaciones de la sociedad civil
93 instituciones nacionales e internacionales	Agenda de investigación
CENETEC	Guía Práctica Clínica: Evaluación del Desempeño Físico del Adulto Mayor
INSP-INNN	Módulo de Evaluación para Personas Mayores en México para la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2011 (ENSANUT)
Comisión Permanente de Enfermería CCINSHAE	Instrumento de Valoración de Dependencia para el Adulto Mayor
Seguro Popular	Herramienta de Tamizaje para el Adulto Mayor del Programa SINOS y Manual de Manejo de Adultos Mayores en el Primer Nivel de Atención
Unidad de Estudios de Opinión del Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM	Catálogo de Recursos Humanos e Infraestructura de la Investigación y Desarrollo Tecnológico sobre el Envejecimiento, la Salud y el Desarrollo Social de los Mexicanos
CONACyT	Red Temática de Investigación en Envejecimiento y Salud
Universidad de Guadalajara, Universidad de Barcelona, IMSS, Grupo de Estudios en Neurociencias Ibero Americano en Red, Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo	Encuentro Internacional Neurodegeneración y Envejecimiento
Comité Técnico Intergubernamental (IMSS, ISSSTE, INAPAM, Secretaría de Relaciones Exteriores)	Programa Iberoamericano sobre la Situación de Adultos Mayores en la Región

FUENTE: Programas de trabajo del Instituto de Geriatría 2011 y 2012.

Finalmente, en septiembre de 2011 en la celebración del Día Internacional de la Enfermedad de Alzheimer se estableció el compromiso para generar un plan de acción, dirigido por el C. Secretario de Salud; en abril de 2012 se realizó la conmemoración del Día Internacional de la Salud, dedicado a los adultos mayores con el lema La Buena Salud Añade Vida a los Años; el 12 de junio de 2012, se celebró, en conjunto con el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán el Día Mundial de la Toma de Conciencia contra el Abuso y el Maltrato al Adulto Mayor, y en agosto 2012, se realizó el II Encuentro Nacional de Envejecimiento, Salud y Desarrollo Social, con la participación de más de 350 especialistas, académicos, profesionales y público interesado en el tema.

6. COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

6. COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

Con la finalidad de coadyuvar en el cumplimiento de los objetivos del PND 2007-2012 y a la implantación del PROSESA 2007-2012, y de acuerdo con los compromisos establecidos en nuestro Programa de Acción Específico 2007-2012, del 1° de septiembre de 2011 al 31 de agosto de 2012 esta COFEPRIS realizó las actividades que se describen a continuación.

Los riesgos a los que está expuesta la población debido al consumo de alimentos pueden ser debido a varios factores como: productos con baja calidad sanitaria por contaminación microbiológica y toxicológica en la cadena de valor o el uso de insumos prohibidos. Con el propósito de abatir o disminuir estos riesgos, las acciones realizadas fueron las siguientes:

- En colaboración con el Sistema Federal Sanitario se tomaron 73 mil 167 muestras de alimentos, lo que representa un 30 por ciento más de lo programado a nivel nacional. En dichas muestras 79.3 por ciento se encontraron dentro de especificaciones, siendo los productos lácteos y los alimentos preparados los grupos con menor grado de cumplimiento.
- Se llevaron a cabo 127 mil 647 visitas de verificación a establecimientos dedicados al proceso y venta de alimentos a nivel nacional. La proporción de cumplimiento general de Buenas Prácticas de Higiene y Sanidad en los establecimientos procesadores y expendedores de alimentos fue de 80.3 por ciento.
- Como resultado de estas acciones, se efectuó la suspensión de mil 655 establecimientos, se aseguraron 31 mil 413 kilogramos de alimentos y se destruyeron 389 mil 903.

CUADRO VI.1. ACCIONES DE VERIFICACIÓN PARA ALIMENTOS, 2007-2011

UNIDADES	PROYECTOS					
	2007	2008	2009	2010	2011	META 2012
Número de muestras de alimentos tomadas	103 860	110 785	98 674	101 913	111 056	98 817
Porcentaje encontrado dentro de las especificaciones	73.3	74.4	72.5	74.1	77	80
Número de visitas de verificación realizadas a establecimientos dedicados al proceso y venta de alimentos	125 660	134 240	128 873	129 207	185 052	167 693
Porcentaje de cumplimiento de Buenas Prácticas de Higiene y Sanidad	80.7	82	83.5	80.9	80.3	No es posible programar meta

FUENTE: Secretaría de Salud.

El Proyecto Nacional de Rastros está basado en el mejoramiento de las condiciones en infraestructura, equipamiento y proceso de faena de los rastros y mataderos municipales de poblaciones mayores a 50 mil habitantes. Para lograrlo en el presente año se desarrollaron las siguientes estrategias:

- Se analizó el proyecto de modificación de la NOM-194-SSA1-2004, Productos y Servicios. Especificaciones Sanitarias en los Establecimientos Dedicados al Sacrificio y Faenado de Animales para Abasto, Almacenamiento, Transporte y Expendio. Especificaciones Sanitarias de Productos, con el fin de actualizar y contar con un mejor instrumento regulatorio en materia de rastros.
- Se elaboró y distribuyó un cartel sobre el proceso de faenado de bovinos en rastros y mataderos municipales, dirigido a los operarios de los establecimientos en las 32 entidades federativas.
- Se llevó a cabo la Reunión Nacional de Líderes de Rastros 2012, de la Regulación a la Protección contra Riesgos Sanitarios, del 14 al 16 de marzo de 2012, con la asistencia de 57 líderes y verificadores estatales de 30 entidades federativas.

- Se obtuvo información actualizada de la situación que guardan los establecimientos que atienden a poblaciones mayores de 50 mil habitantes, la cual será validada y analizada durante el segundo semestre de 2012.
- Como parte de la política no regulatoria para la gestión de riesgos sanitarios, se ha instrumentado el programa y metodología de comunicación de riesgos en el proyecto de rastros, la cual se instrumenta en cuatro entidades federativas: Estado de México, Morelos, Oaxaca y Veracruz.

Respecto a los mecanismos de acción para contribuir a la prevención de los riesgos asociados al consumo de carne contaminada con clenbuterol, durante 2012 se han verificado 42 rastros ubicados en ocho estados del país: Estado de México, Guerrero, Guanajuato, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, Tlaxcala y Yucatán, de los cuales, a 12 se les han suspendido actividades por detectar la presencia de la sustancia.

Derivado del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad, firmado el 25 de enero de 2010, se creó e instrumentó, el Programa México Sano (PROMESA), el cual tiene el propósito de impulsar una alimentación saludable y dar a conocer las consecuencias y riesgos del sobrepeso y la obesidad. Actualmente la mayoría de las entidades federativas se encuentran en la fase de vinculación y coordinación de acciones.

Durante el primer semestre de 2012, se consolidó la firma de convenios de colaboración con la Cámara Nacional de la Industria de Restaurantes y Alimentos Condimentados y empresas con comedor industrial, en Aguascalientes, Colima, Campeche, Chiapas, Durango, Estado de México, Hidalgo, Guanajuato, Guerrero, Michoacán, Veracruz y Quintana Roo. Asimismo, se celebraron 86 Convenios, 43 Cartas Compromiso y dos Bases de Colaboración con universidades públicas y privadas.

Los medicamentos son insumos de primer orden para la atención de la salud ya que son una herramienta esencial en la lucha contra las enfermedades y sus consecuencias, por este motivo, se debe garantizar su seguridad, eficacia, calidad terapéutica, así como el acceso equitativo de la población a los mismos, a este respecto, las acciones realizadas fueron:

- El Programa de Capacitación en Manejo y Dispensación de Medicamentos para empleados de farmacia se trabaja de manera conjunta con las entidades federativas, mismas que han sido capacitadas con base en políticas y procedimientos diseñados para tal fin. Se realizaron 207 cursos de capacitación, mediante los cuales se acreditó a cuatro mil 496 empleados de farmacias.
- Con el objetivo de prevenir los riesgos sanitarios derivados del desecho inadecuado de medicamentos caducos provenientes de la población, la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica, con el apoyo de la COFEPRIS, instrumentó el Sistema Nacional de Gestión de Residuos de Envases de Medicamentos, AC en Jalisco, Aguascalientes, Estado de México, Distrito Federal, Michoacán, Guanajuato, Querétaro, Hidalgo, Puebla, Tlaxcala y Morelos.
- En el periodo que se reporta, se recolectaron 68 mil 659 kilogramos de medicamentos caducos provenientes del Estado de México, Guanajuato, Querétaro, Hidalgo, Puebla, Morelos, Jalisco, Aguascalientes, Michoacán y el Distrito Federal. Asimismo, se tienen instalados a nivel nacional 810 contenedores de medicamentos caducos en las entidades anteriormente señaladas.
- Durante el 2012 la COFEPRIS ha trabajado en conjunto con los laboratorios farmacéuticos BIRMEX y Sanofi Pasteur en la vacuna mexicana anti-influenza.

La calidad y oportunidad de los servicios médicos y la atención médica en los establecimientos, representan un riesgo inherente a la salud de la población. Por ello, se han realizado 487 visitas de verificación sanitaria en establecimientos de atención médica, 203 fueron en establecimientos públicos y 284 en establecimientos privados; se mantiene un promedio de más de 400 visitas anuales.

En lo referente a los riesgos asociados con la exposición a otros productos de consumo tales como tabaco, alcohol y productos a los cuales se les atribuyen cualidades no comprobadas o productos frontera, se tienen los siguientes avances:

- Se realizaron 375 visitas de verificación sanitaria en establecimientos públicos como oficinas de gobierno, instituciones educativas, restaurantes y casinos, para constatar el cumplimiento de la Ley General para el Control del Tabaco y su reglamento, derivado de ellas se aplicaron 29 medidas de seguridad, como suspensiones de actividades y aseguramiento de productos.
- De acuerdo a la estrategia integral de fomento sanitario, se han declarado como ambientes 100 por ciento libres de humo de tabaco 13 mil 331 establecimientos. Es importante señalar que se ha reforzado la estrategia de calcomanías mediante la firma de convenios de colaboración con los sectores público y privado en los estados de Durango, Michoacán, Guerrero y Coahuila.
- Durante el periodo que se reporta se han entregado 15 mil quince guías para el cumplimiento de la Ley General para el Control del Tabaco y su Reglamento, en establecimientos como restaurantes, bares, hoteles, discotecas, casinos, entre otros, dando como resultado un total de 78 mil 389 guías entregadas desde 2010.
- En el mismo periodo, se llevaron a cabo 17 operativos interinstitucionales (COFEPRIS, PGR, IMPI, PROFECO, SAT, PFP y AFI) como parte de las acciones dedicadas a atacar y desincentivar actividades ilícitas en la fabricación, distribución y comercialización de productos riesgosos como son los productos del tabaco, bebidas alcohólicas y medicamentos.
- Específicamente en materia de bebidas alcohólicas, durante el año 2012 se han realizado 12 operativos en los que se aseguraron 11 mil 653 litros.
- Para ejercer la vigilancia a los productos frontera, durante 2012 se han implementado 10 operativos asegurando 42 mil 481 productos que no cumplen con la normatividad sanitaria vigente.

Con el fin de garantizar mecanismos de respuesta que permitan minimizar los daños a la población expuesta a los desastres ocasionados por fenómenos naturales, así como otro tipo de eventos como brotes e intoxicaciones se tomaron las siguientes acciones:

- En materia de atención a emergencias sanitarias, se registraron y atendieron conjuntamente con las entidades federativas 323 eventos (desastres naturales, agentes químicos, brotes e intoxicaciones, entre otros).
- Se distribuyeron a las entidades federativas 186 mil 580 frascos de plata coloidal, 15 mil 977 kilos de hipoclorito de calcio y dos mil 439 pruebas rápidas para determinar la calidad sanitaria del agua, así como 307 mil 462 trípticos informativos de manejo higiénico de los alimentos y saneamiento básico, y se dieron 73 mil 270 pláticas de fomento sanitario en materia de atención a emergencias.
- Se realizaron 42 mil 567 verificaciones y evaluaciones sanitarias a establecimientos, como restaurantes, albergues y hospitales y se tomaron tres mil 116 muestras de alimentos y mil 440 de agua para uso y consumo humano.
- Se realizó el encalamiento de 26 mil 748 focos infecciosos, como acciones sustantivas de protección contra riesgos sanitarios, coadyuvando a proteger la salud de aproximadamente cuatro millones de mexicanos.

La población se encuentra expuesta a riesgos ambientales que provocan efectos adversos a la salud debido a la presencia de sustancias tóxicas en la atmósfera, en el agua y en la tierra. Al respecto, en la presente administración se ha consolidado el proyecto Agua de Calidad Bacteriológica, al lograrse 84 por ciento de cobertura en vigilancia sanitaria en materia de agua suministrada a la población nacional, con más de un millón 400 mil determinaciones de cloro libre residual acumuladas.

CUADRO VI.2 INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL AGUA QUE CONSUME LA POBLACIÓN, 2007-2012

UNIDADES	DATOS ANUALES					META 2012	ENERO-AGOSTO		
	2007	2008	2009	2010	2011		2011	2012 ^{1/}	VARIACIÓN %
Eficiencia de cloración ^{2/}	85.9	86.7	90.3	91.9	91.9	95 ^{3/}	91.8	91.3	-0.45
Cobertura de vigilancia sanitaria	78.7	82.9	81.9	84	84.2	89.5	83.5	82.7	-0.78
Porcentaje de población sin riesgo por consumo de agua	75.4	79.1	78.7	80	81.4	82.5	76.6	79.9	3.3

^{1/} Cifras preliminares, estimadas considerando comportamiento del año inmediato anterior.

^{2/} Al igual que en el 5° Informe de Labores, se consideró el total de determinaciones de cloro a nivel nacional entre el total nacional dentro de norma.

^{3/} Meta establecida en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012.

FUENTE: Secretaría de Salud.

Con relación al proyecto de Agua de Contacto, durante 2012 se vigilaron 55 destinos turísticos: 250 playas y 347 puntos de monitoreo. Del 1° de septiembre de 2011 al 31 de agosto de 2012, se recopilaron tres mil muestras, 99.2 por ciento se encontraron dentro de las especificaciones microbiológicas, 0.3 por ciento más que el año pasado en el mismo periodo

Respecto al proyecto de Plomo en Loza Vidriada, la COFEPRIS, de manera conjunta con el FONART, capacitaron a tres mil 560 alfareros en el país; asimismo, se llevó a cabo la primera fase del programa piloto Indicador Biológico de Prevalencia de Plomo en Sangre de Población Alfarera, observando que de los individuos participantes, 60 por ciento tienen niveles de plomo en sangre por arriba de la norma y que 78 por ciento de los niños menores de 15 años y mujeres embarazadas y en periodo de lactancia participantes tienen niveles mayores a los señalados por la NOM-199-SSA1.

Con el objetivo de prevenir riesgos sanitarios derivados del uso y manejo de plaguicidas, se realizaron las acciones que se mencionan a continuación:

- Capacitación a las entidades federativas sobre el buen uso y manejo de agroquímicos; se han capacitado a 402 individuos y ellos a su vez han capacitado a 24 mil 775 jornaleros agrícolas.
- Se han realizado, conjuntamente con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, 253 inspecciones a campos agrícolas a fin de dotar con el equipo de protección adecuado a los jornaleros agrícolas expuestos laboralmente a plaguicidas en 22 entidades federativas, resultando beneficiados 35 mil 873 de ellos.
- Con el propósito de fortalecer el Sistema Federal Sanitario, se organizaron 128 eventos formativos, de los cuales 57 fueron cursos presenciales y 71 se realizaron a través de videoconferencias, con una participación total de más de ocho mil 700 asistentes.

La metodología de comunicación de riesgos permite conocer la percepción y necesidades de información de poblaciones que enfrentan riesgos sanitarios en las entidades federativas, por lo cual fue implementada en el marco de los siguientes proyectos: en ocho entidades se aplicó para el proyecto de Agua para Uso y Consumo Humano en Sistemas de Abastecimiento-Calidad Bacteriológica; para el proyecto de Calidad Microbiológica de Alimentos en siete; para Zoonosis-Brucelosis en seis estados; Fármaco Vigilancia fue implementado en tres; Plomo en Loza Vidriada en 10; Uso de Plaguicidas en 16; Moluscos Bivalvos en uno; y finalmente Muerte Materna en tres estados.

Es de vital importancia contar con resultados analíticos confiables y oportunos para garantizar la protección contra riesgos sanitarios, por ello la ampliación de la cobertura a nivel nacional es tema prioritario tanto en el sector privado como en los Laboratorios Estatales de Salud Pública (LESP), al respecto:

- Se ha incrementado la cobertura analítica por los LESP en función de las necesidades del Sistema Federal Sanitario, hasta llegar actualmente al 88 por ciento de cobertura en función de los riesgos estatales.
- Para la ampliación de cobertura de la COFEPRIS, durante el periodo de septiembre 2010 a agosto 2011, se contaban con 14 LESP autorizados vigentes, para el periodo septiembre 2011 a mayo 2012, se cuenta con 23.

- Respecto a los laboratorios privados durante el periodo de septiembre 2010 a agosto 2011, se contaba con 131 terceros autorizados, para el periodo septiembre 2011 a mayo 2012, se cuenta con 164.

Para fortalecer la operación de los programas y proyectos en materia de protección contra riesgos sanitarios en el país, durante 2011 y 2012 se han transferido a las 32 entidades federativas 200 millones de pesos y 271 millones 774 mil 45 pesos, respectivamente, correspondientes al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASSC).

7. COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

7. COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

La CNPSS, en su carácter de órgano desconcentrado de la SS, con autonomía técnica, administrativa y operativa, le corresponde fundamentalmente: instrumentar la política de protección social en salud; coordinar las acciones de los REPS; así como promover y dar seguimiento a los acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas para la ejecución del SPSS, entre otros. En concordancia con las prioridades establecidas en el PROSESA 2007-2012 y el Programa de Acción Específico 2007-2012 del Sistema de Protección Social en Salud, se definieron tres objetivos específicos: contribuir al logro de la cobertura universal en salud; lograr que la población afiliada al SPSS tenga acceso efectivo a los servicios de salud; y fortalecer y consolidar la operación y sustentabilidad financiera del mismo.

En materia de afiliación, los principales avances alcanzados para el logro de la Cobertura Universal Voluntaria son los siguientes:

- En 2011 se alcanzó la Cobertura Universal Voluntaria en cumplimiento a lo dispuesto en la Ley General de Salud y durante 2012 se ha mantenido.
- Al mes de junio de 2012 se han incorporado al Seguro Popular 52 millones 738 mil 355 personas, lo que significa un avance de 100.2 por ciento con relación a la proyección estimada para el presente ejercicio.
 - De enero de 2007 a junio de 2012 la afiliación creció en 37 millones 66 mil personas, pasó de 15 millones 672 mil afiliados a 52 millones 738 mil.
 - De junio de 2011 a junio de 2012 se afiliaron al Seguro Popular cuatro millones 264 mil personas, 8.8 por ciento más respecto al periodo anterior.
- En el SMNG, creado para proporcionar un seguro de cobertura contra todas las enfermedades que no están cubiertas por el CAUSES y el FPGC, a niñas y niños nacidos a partir del 1º de diciembre del 2006, no derechohabientes de la seguridad social y cuyas familias voluntariamente lo soliciten cuenta al mes de junio de 2012 con seis millones 319 mil 657 niños afiliados.
 - De junio de 2011 a junio de 2012 se afiliaron al SMNG un millón 343 mil niños con una variación porcentual de 27 por ciento.
- La afiliación al Seguro Popular a través de la estrategia Embarazo Saludable, puesta en marcha en mayo de 2008, ha permitido que las mujeres en proceso de gestación puedan recibir atención médica inmediata y con ello disminuir los posibles riesgos del embarazo por falta de acceso oportuno a los servicios de salud.
 - Desde su creación en mayo de 2008 al mes de junio de 2012 se han incorporado al Seguro Popular a través de esta estrategia un millón 803 mil mujeres en etapa de gestación.
 - Del mes de junio de 2011 a junio de 2012 se incorporaron 156 mil 349 mujeres embarazadas al Seguro Popular, lo que significa un crecimiento en el periodo de 9.5 por ciento.
- El proyecto Seguro Popular para la Familia de Migrantes se amplió a toda la Red Consular Mexicana en Estados Unidos, cuyo objetivo es dar a conocer a los mexicanos que residen en dicho país, las acciones que realiza el Gobierno Federal para que sus familias, que viven en México y a ellos mismos cuando se encuentren dentro del territorio nacional y padezcan alguna enfermedad, tengan acceso al SPSS.
 - A fin de capacitar a los promotores de salud sobre el Seguro Popular y los beneficios que éste ofrece, se llevó a cabo un seminario vía *web* con el personal de las Ventanillas de Salud de 50 Consulados Mexicanos en Estados Unidos, asimismo, se trabajó en cinco de las principales ciudades receptoras de migrantes mexicanos: Los Ángeles, Nueva York, Chicago y Atlanta.
- El 99.4 por ciento de los afiliados al Seguro Popular son beneficiarios bajo el régimen no contributivo, resultado de los nuevos supuestos para considerar a familias afiliadas al Sistema publicados en el DOF el 23 de junio de 2010, que exenta de la aportación de la cuota familiar hasta el decil IV.
- Al mes de junio de 2012 el 91.5 por ciento de las personas registradas en el Padrón Nacional de Beneficiarios del SPSS cuentan con la CURP.

Para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud de la población afiliada al SPSS se cuenta con los siguientes instrumentos: el financiamiento de los servicios y acciones específicas establecidas en el CAUSES; el financiamiento de la atención de enfermedades consideradas catastróficas incluidas en el FPGC; la cobertura que ofrece el programa SMNG; y la cobertura que se da a través del Componente de Salud del Programa Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO) y Cirugía Extramuros. En este contexto destacan las siguientes acciones:

- En 2011 se actualizó el CAUSES, estableciendo las enfermedades cubiertas por el Seguro Popular.
 - A partir de 2012, el CAUSES cubre 284 intervenciones, nueve más que en 2011. Se incluyeron nuevos esquemas de vacunación, acciones dirigidas a la prevención de trastornos de la alimentación y fortalecimiento de la atención de personas de la tercera edad, diabetes y salud del hombre y la mujer en edad adulta. Asimismo, se incrementó de 422 a 522 el número de medicamentos incluidos en dicho catálogo.
- En 2011, el FPGC amplió su cobertura con siete nuevas intervenciones: trasplante de córnea, tumor testicular, hemofilia, trasplante de médula ósea para adultos, enfermedades lisosomales, linfoma no Hodgkin, infarto agudo al miocardio y cáncer de próstata. Ampliando la cobertura de 49 a 57 intervenciones, ocho más con respecto a 2010.
 - En mayo de 2011, y de acuerdo al compromiso establecido en las Reglas de Operación del FPCGC, se presentó al Comité del Fideicomiso la proyección de casos 2012 y el cierre 2011 con 66 mil 747 eventos financiados para dicho periodo.
 - Los casos financiados con el FPGC pasaron de 59 mil 587 en 2007 a 120 mil 608 en 2011, es decir han tenido un crecimiento de 102 por ciento.
 - El FPGC ha jugado un papel importante en el financiamiento de la adquisición de medicamentos anti-retrovirales para la atención del VIH/SIDA. Durante 2011 se financiaron antirretrovirales, pruebas de carga viral y CD4, para la atención de 43 mil 898 pacientes.
- Con la cobertura en salud que ofrece el programa SMNG, en 2011 se apoyaron 40 mil 65 casos, denotando un avance significativo con respecto a los nueve mil 156 casos financiados en 2008. Durante el primer semestre de 2012 se autorizaron ocho mil 566 casos.
- A través del Componente de Salud del PDHO se estima que se otorgarán 44.2 millones de consultas en el periodo septiembre 2011-agosto 2012, lo que representa un crecimiento de 2.7 por ciento con relación al mismo periodo del año anterior.
 - Dentro de los grupos vulnerables atendidos por el Programa Oportunidades, destaca la atención a mujeres embarazadas y en periodo de lactancia. Se estima que en este grupo de población habrá un incremento de 1.4 por ciento entre los dos periodos, al pasar de 333 mil mujeres en control entre septiembre 2010-agosto 2011 a 338 mil entre septiembre 2011-agosto 2012.
 - Entre septiembre de 2010 y agosto de 2011 se adquirieron 299 millones 400 mil dosis de suplemento alimenticio para niños menores de 5 años y mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, los cuales son beneficiarios del Programa Oportunidades. En el periodo que comprende el presente informe se estima que se comprarán 287 millones 300 mil dosis.
- Para atender las necesidades quirúrgicas de la población que habita las zonas con los niveles más altos de marginación, de enero a junio de 2012 se otorgaron 50 mil 148 apoyos de material para la realización de cirugías a través del programa Cirugía Extramuros, con infraestructura y personal médico voluntario de la SS y de los servicios de salud de los estados, con insumos médicos donados por la Fundación Telmex.
- En 2010 inició el programa Sistema Nominal de Salud/Consulta Segura y en 2011 se incorporó como parte de las actividades de afiliación y reafiliación. Dicho programa tiene como objetivo contribuir a mejorar la conducta de prevención de la población mediante la identificación biométrica y la determinación de su perfil de riesgo, así como robustecer los sistemas de información médica sobre las condiciones de salud de los afiliados al SPSS.

- Al mes de junio de 2012 se han registrado 14 millones 522 mil 52 registros de huella y siete millones 51 mil 397 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).
 - En 2011, de las 32 entidades federativas, han recibido este beneficio 50 mil 704 personas. Desde el inicio del convenio a junio de 2012 se han beneficiado con este mecanismo 122 mil 507 personas. Del total de casos atendidos, destaca la atención del embarazo, parto y puerperio que representaron 35.9 por ciento de estos servicios.
 - Los estados de Michoacán, Estado de México, Jalisco, Zacatecas y Veracruz fueron los que más servicios de salud brindaron a beneficiarios del Seguro Popular de otro lugar de residencia.
 - Las entidades que recibieron mayor apoyo en servicios de salud de otros estados fueron: Jalisco, Distrito Federal, Tabasco, Estado de México y Colima.
- En cumplimiento con el mandato del Artículo 41, fracción IX del PEF para el ejercicio fiscal 2011, en el segundo semestre de ese año se realizó la encuesta de satisfacción de usuarios del Seguro Popular, entrevistándose a 21 mil 977 afiliados en los tres niveles de atención médica de las 32 entidades federativas, en las 237 jurisdicciones sanitarias, en 461 municipios y 525 localidades del país.
- Los principales resultados arrojaron que 97.9 por ciento de los usuarios se encuentran satisfechos con el Seguro Popular y 95.6 por ciento con la atención médica recibida. Entre los usuarios 97.2 por ciento reporta que el Seguro Popular ha contribuido a mejorar las condiciones de salud en su hogar y 96.9 por ciento que ha gastado menos dinero en la atención médica.

A fin de fortalecer y consolidar la operación y sustentabilidad financiera del SPSS, se publicó en el DOF el 30 de diciembre de 2009, el decreto por el que se reforman los artículos 77 Bis 12 y 77 Bis 13 de la Ley General de Salud, con el cual, entre otros aspectos importantes, modificó el esquema de financiamiento de familias a personas, lo que permitió hacer un uso más eficiente de los recursos financieros del Sistema.

Asimismo, se publicó en el DOF el 8 de junio de 2011 el decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud, en donde destaca el Artículo 44 que da inicio a la vigencia de derechos al Sistema para los afiliados el mismo día de su afiliación.

En 2011 el Seguro Popular ejerció un presupuesto de 58 mil 673.7 millones de pesos, de los cuales 45 mil 165.8 correspondieron a la cuota social y aportación solidaria federal y 13 mil 507.9 millones al Fideicomiso del SPSS. Estos recursos se destinan al pago de servicios considerados en el CAUSES, el FPGC y el Fondo de Previsión Presupuestal.

El SMNG ejerció en 2011 un presupuesto de dos mil 372.6 millones de pesos, el cual fue destinado para el pago de la cápita adicional por sobredemanda de servicios; para el pago de intervenciones no cubiertas por el CAUSES ni por el FPGC; para el pago de capacitación en el marco de los talleres comunitarios para el autocuidado de la salud, y para la adquisición de vacunas (neumococo y rotavirus).

El Componente Salud del PDHO, por su parte, ejerció en 2011 un presupuesto de cuatro mil 854.8 millones de pesos para llevar a cabo las acciones consideradas en el programa.

En 2012 se autorizó en el PEF un importe de 75 mil 154.4 millones de pesos, de los cuales 67 mil 187 millones corresponden al Seguro Popular, dos mil 653 millones al SMNG y cinco mil 314 millones al Componente de Salud del PDHO. De estos recursos, a junio de 2012 se han transferido 35 mil 791.6 millones de pesos.

8. COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

8. COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) fue concebida como componente del Sistema Nacional de Salud para incentivar la mejora en la calidad de atención médica. Es un órgano desconcentrado de la SS, especializado en la atención de controversias de la atención en salud.

De las atribuciones que le fueron conferidas destacan: asesorar e informar a usuarios y prestadores de servicios médicos sus derechos y obligaciones; recibir, investigar y atender quejas de los usuarios ante posibles irregularidades en la prestación de servicios o ante su negativa; intervenir en amigable composición para conciliar conflictos derivados de la prestación de servicios médicos ante probables actos, omisiones o negligencias derivadas de la prestación de servicios de salud; fungir como árbitro y pronunciar los laudos que correspondan cuando las partes se sometan expresamente al arbitraje; elaborar dictámenes y peritajes médicos que les sean solicitados por las autoridades encargadas de procurar e impartir justicia; informar a las autoridades competentes, colegios, academias, asociaciones y consejos de médicos, así como a los comités de ética u otros similares; informar el incumplimiento de resoluciones, que en su caso, pudieran llegar a constituir la comisión de algún ilícito; y por último, asesorar a los gobiernos en las entidades federativas para la constitución de instituciones análogas a la CONAMED.

Entre enero de 2007 y agosto de 2012², el total de asuntos resueltos fue de 79 mil 776, distribuidos de la siguiente manera: orientación 38 mil 173; asesorías especializadas 26 mil 240; gestiones inmediatas tres mil 660; dictámenes periciales mil 874; y quejas nueve mil 829.

De las nueve mil 829 quejas atendidas, cuatro mil 947 se resolvieron por conciliación, el resto se concluyó de la siguiente manera: 406 laudos; dos mil 586 decidieron no conciliar su asunto; en mil 806 las partes involucradas abandonaron el proceso; 73 por sobreseimiento (decisión judicial que detiene la marcha de proceso penal y le pone fin anticipadamente, en forma irrevocable o condicionada); y 11 mediante la entrega de una propuesta institucional de arreglo.

De septiembre de 2011 a agosto de 2012², la CONAMED recibió 14 mil 174 asuntos relacionados con inconformidades derivadas de la prestación de servicios de salud, asimismo, concluyó 14 mil setenta y dos asuntos, esta cifra es superior en 786 a los 13 mil 286 concluidos en el periodo inmediato anterior.

La modalidad de resolución de los 14 mil setenta y dos asuntos concluidos es la siguiente: seis mil 369 mediante orientación; cuatro mil 861 por asesoría especializada; 764 a través de gestiones inmediatas en instituciones de salud; mil 745 quejas por conciliación o arbitraje; y 333 mediante dictamen pericial. Estos últimos se llevan a cabo para brindar apoyo a los órganos de procuración y administración de justicia y algunos órganos internos de control.

Entre enero y agosto de 2012², de los asuntos resueltos, destacan los incrementos de 66.7 por ciento en el número de laudos emitidos y de 3.7 por ciento en las orientaciones brindadas con respecto al periodo inmediato anterior. Asimismo, se observa una disminución favorable en asuntos no conciliados por falta de interés procesal (cuadro VIII.1).

² Cifras estimadas.

CUADRO VIII.1 ASUNTOS RESUELTOS POR LA COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO 2007 - 2012

CONCEPTO	DATOS ANUALES					ENERO - AGOSTO		
	OBSERVADO					2011	2012 ^{E/}	VARIACIÓN %
	2007	2008	2009	2010	2011			
Total de asuntos recibidos	17 369	14 673	12 574	11 585	14 572	9 634	9 236	-4.1
Número de asuntos resueltos	17 298	14 578	12 510	11 659	14 543	9 659	9 188	-4.9
Por orientación	10 664	7 390	5 435	4 421	6 225	3 894	4 038	3.7
Por asesoría especializada	4 187	4 596	4 352	4 555	5 299	3 689	3 251	-11.9
Por gestiones inmediatas en instituciones de salud	494	553	588	654	916	607	455	-25.0
Se atendieron como queja ^{1/}	1 667	1 734	1 748	1 671	1 794	1 264	1 215	-3.9
Conciliación	840	846	863	852	975	699	571	-18.3
Laudo	86	75	72	42	71	36	60	66.7
No conciliación bajo audiencia ^{2/}	364	417	503	473	458	311	371	19.3
Propuesta de arreglo	6	5	0	0	0	0	0	-
Falta de interés procesal ^{3/}	346	375	301	296	282	215	206	-4.2
Sobreseimiento ^{4/}	25	16	9	8	8	3	7	133.3
Enviada a otra institución	0	0	0	0	0	0	0	-
Por emisión de dictámenes periciales	286	305	387	358	309	205	229	11.7
Eficacia conciliatoria y arbitral (% recalculado)	71.8	68.8	65	65.4	69.5	70.3	63	7.3

^{E/} Datos estimados para el período enero - agosto 2012.

^{1/} El desglose de las modalidades de conclusión de quejas se realiza conforme al catálogo homologado para el Sistema Nacional de Registro de la Queja Médica (SINAREQ).

^{2/} Reporta quejas en las que se llevó a cabo la audiencia de conciliación y las partes interesadas no aceptaron conciliar su controversia, ni aceptar el arbitraje.

^{3/} Reporta quejas en las que una o ambas partes interesadas abandonaron el proceso en la etapa conciliatoria o arbitral.

^{4/} Incluye por fallecimiento del usuario o del prestador de servicios de salud, improcedencia (por juicio civil, por ser materia laboral, por existir averiguación previa, por pretender solo una sanción, porque la controversia sea por el monto de los servicios y por prescripción), cuando la queja sea incompleta, imprecisa, oscura o ambigua, por falta de legitimación procesal, por desistimiento de la instancia y por caducidad.

FUENTE: CONAMED. Dirección General de Calidad e Informática.

El desempeño de la CONAMED se evalúa a través del indicador: eficacia conciliatoria y arbitral, que señala el porcentaje de quejas concluidas por convenio de conciliación o laudo con relación al número de quejas factibles de concluir por alguna de estas modalidades. Para el período septiembre 2011–agosto 2012³, se ubica en 64.5 por ciento, cifra superior en 1.5 puntos porcentuales a la meta establecida para el período, que es de 63 por ciento.

CUADRO VIII.2 PORCENTAJE DE EFICACIA CONCILIATORIA Y ARBITRAL

SEPTIEMBRE 2006 AGOSTO 2007	SEPTIEMBRE 2007 AGOSTO 2008	SEPTIEMBRE 2008 AGOSTO 2009	SEPTIEMBRE 2009 AGOSTO 2010	SEPTIEMBRE 2010 AGOSTO 2011	SEPTIEMBRE 2011 AGOSTO 2012 ^{E/}
73.2	69.5	67.0	63.6	69.5	64.5

^{E/} Datos estimados para el período septiembre 2011 - agosto 2012.

FUENTE: Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Asimismo, se prevé que el nivel de satisfacción de los usuarios atendidos en la Dirección General de Orientación y Gestión de esta Comisión sea de 99 por ciento, lo que significará dos puntos porcentuales de incremento con respecto a la meta establecida de 97 por ciento. Este resultado ha mejorado con relación a los períodos anteriores debido al cambio de tres reactivos en el cuestionario que se aplica, el cual da como resultado la eliminación de un sesgo estadístico.

³ Cifras estimadas.

Con la finalidad de coadyuvar en la resolución de las inconformidades en materia de servicios de salud de la sociedad mexicana, la CONAMED, de acuerdo con las atribuciones que le confiere el Artículo 4º fracción XI de su Decreto de Creación, asesoró a gobiernos estatales para la creación de instituciones análogas en cada una de las entidades federativas, lo que ha propiciado que al mes de junio del presente año, se encuentren operando 26 Comisiones 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.

Con estas acciones, se incrementó la ampliación de la cobertura en el país de instancias que ofrecen mecanismos alternos a la disputa judicial, como lo son la conciliación y el arbitraje, brindando a la ciudadanía respuesta a sus inconformidades médicas lo más cercano posible al lugar en donde se presentan, principalmente en lo que se refiere a los servicios que otorgan las instituciones de salud estatales y los profesionales de la salud que ejercen de manera privada en las entidades federativas.

Las comisiones estatales de arbitraje médico cuentan con atribuciones similares a las de la CONAMED, sin embargo, por su naturaleza jurídica y características específicas, su ámbito de atención se orienta a intervenir en controversias derivadas de la práctica médica que brindan las instituciones de salud estatales y los servicios privados en la entidad.

Para atender las inconformidades de la sociedad, la queja médica es una de ellas, el Estado Mexicano tiene la responsabilidad de ofrecer respuesta lo más cercano posible al lugar en el que se presenten. En ese sentido, para brindar la mejor atención a las inconformidades en materia de servicios de salud, se consideró conveniente el hecho de que las comisiones estatales de arbitraje médico estén en condiciones de ofrecer servicios, independientemente de la institución de salud que esté involucrada.

Bajo estas premisas, se continuaron los trabajos con las comisiones estatales a efecto de conocer y definir sus capacidades y potencialidades, que les permitan atender las inconformidades de las instituciones de seguridad social federal que se presenten en la entidad federativa respectiva.

Los resultados de estas acciones han permitido que a junio de 2012, 16 comisiones estatales hayan homologado sus procesos de atención de la queja médica con los servicios que brinda la CONAMED: Aguascalientes, Campeche, Coahuila, Colima, Guanajuato, Guerrero, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Sinaloa, Sonora, Tabasco y Veracruz (Cuadro VIII.3).

CUADRO VIII.3 COMISIONES ESTATALES EN OPERACIÓN

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

^{a/} Se refiere a las comisiones estatales que operan bajo el mismo modelo de atención de arbitraje médico de la CONAMED.

^{b/} Esta comisión estatal celebró convenio de colaboración interinstitucional únicamente con el ISSSTE .

^{c/} En esta fecha la Comisión Estatal celebró convenios con Unidades Médicas de Alta Especialidad.

FUENTE: Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Una de las funciones institucionales más relevantes en las actividades de la CONAMED ha sido la retroalimentación al Sistema Nacional de Salud respecto de las desviaciones, omisiones o irregularidades encontradas en los procesos de revisión de los casos de queja. Por ello, como una tarea prioritaria se buscó dar un mayor impulso a esta retroalimentación 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, a través de la emisión de recomendaciones para mejorar la calidad de la medicina.

Derivado de lo anterior, de septiembre de 2011 a agosto de 2012, se desarrollaron cinco proyectos de investigación: distribución del tipo de incidentes de seguridad del paciente reportados en el Sistema de Registro Automatizado de Incidentes de Seguridad en Salud (SIRAIS) por 22 hospitales; los costos de la mala calidad en la atención obstétrica; autopercepción de competencia profesional del alumno de la licenciatura de enfermería; cumplimiento de la NOM 168 SSA1-1998 del expediente clínico en la elaboración de cartas de consentimiento bajo información en expedientes clínicos en los casos de queja médica; y la aplicación del plan de alta de enfermería en un hospital de tercer nivel.

Durante el mismo periodo se publicaron cuatro ediciones trimestrales de la revista CONAMED con los siguientes temas: evaluación de la práctica médica: insumo clave para la calidad de la atención; nuevos retos bioéticos, organizacionales y educativos: el papel de la educación y de la legislación en salud; la prevención como centro del modelo de salud; sistema de notificación de eventos adversos; y adicionalmente se publicó un suplemento con el tema análisis de las circunstancias actuales del profesional de enfermería.

También se llevaron a cabo ocho eventos académicos, seis con el propósito de prevenir el conflicto entre profesionales de la salud y los pacientes o sus familiares, uno referente al tema de los aspectos normativos de la práctica médica y, finalmente, un diplomado en enfermería pericial. Estos eventos académicos se realizaron en coordinación con diez entidades federativas, la UNAM y la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, con una asistencia global de 497 participantes.

Con el propósito de transmitir la experiencia, actividades y atribuciones de la CONAMED, entre septiembre de 2011 y agosto 2012 se impartieron 125 conferencias en ocho estados de la república y el Distrito Federal. Los temas impartidos con mayor frecuencia fueron: acto médico y su reglamentación jurídica; administración de riesgos; análisis jurídico de las iatrogenias del IMSS desde el punto de vista de la CONAMED; aspectos legales en el ejercicio profesional de enfermería, y aspectos legales en la seguridad del paciente, entre otras.

La CONAMED de manera conjunta con SICALIDAD y la OPS ha dado a conocer el desarrollo del SIRAIS, el cual se administra a través de un portal *web* de esta Comisión y permite facilitar la notificación y registro de incidentes en salud entre los hospitales que conforman el Sistema Nacional de Salud. Hasta el mes de junio del presente año, el sistema cuenta con un registro de 912 incidentes.

En marzo de 2012 se llevó a cabo la auditoría de seguimiento al Sistema de Gestión de Calidad bajo la norma ISO 9001:2008, en los procesos de orientación y gestión, conciliación, arbitraje, administración, difusión e investigación, calidad e informática y comunicación social, identificando oportunidades de mejora y dos no conformidades menores, las cuales fueron solventadas en el mes de abril.

9. COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA

9. COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA

En 2012 se cumplieron 20 años de la creación de la CONBIOÉTICA, en este marco se realizaron diversos eventos, entre los que destacan la firma de convenios de colaboración con la UNAM y el CONACYT; la cancelación y emisión de la estampilla postal conmemorativa; la Expo LibroBioética; la emisión del billete y sorteo mayor de la Lotería Nacional alusivo al XX aniversario; la 7ª Reunión Nacional de Comisiones Estatales; y el inicio del Ciclo de Videoconferencias sobre Temas Bioéticos que son abordados quincenalmente por expertos para cubrir un total de 21 videoconferencias, las cuales tienen valor curricular para acreditar horas de capacitación para el Servicio Profesional de Carrera.

En lo que resta del año se llevará a cabo un simposio en la Academia Nacional de Medicina, el cual se publicará en la Gaceta Médica de México; se realizará un encuentro bibliotecario en el área de salud con énfasis en bioética, y se otorgará el Premio Internacional Manuel Velasco Suárez a la Excelencia en Bioética edición 2012.

A junio de 2012 se tienen un total de 27 Comisiones Estatales de Bioética (CEB), de las cuales 19 se instalaron en la presente administración.

El 14 de diciembre de 2011 se publicó en el DOF la modificación a la Ley General de Salud que establece la obligatoriedad para que los establecimientos destinados a la atención médica del sector público, social o privado que conforman el Sistema Nacional de Salud cuenten con Comités Hospitalarios de Bioética y de Ética en Investigación bajo los lineamientos de la CONBIOÉTICA, todo ello mediante la adición del artículo 41 Bis y de la reforma al 98 de la Ley General de Salud. Para la instrumentación de estas reformas, se elaboraron las disposiciones con los lineamientos generales para su aplicación y se actualizaron las guías operativas correspondientes.

Respecto a la presencia en diversos foros y eventos relacionados con la bioética, entre septiembre de 2011 y agosto de 2012 se participó en 25 nacionales y 10 internacionales.

Como parte de las actividades internacionales, se realizaron las gestiones necesarias para que México por conducto de la CONBIOÉTICA, sea sede en el año 2014 de la 10ª Cumbre Global de Cuerpos Consultivos Nacionales de Bioética OMS y del 12º Congreso Internacional de Bioética IAB. Esta última ha sido recientemente obtenida.

En enero de 2012 fue puesta en operación la nueva sede de la Comisión, con lo cual se vigoriza la labor de la CONBIOÉTICA y en especial del Centro del Conocimiento Bioético (CECOBE), al contar con el espacio para una amplia biblioteca temática, una biblioteca virtual vanguardista y posibilitar las instalaciones del proyecto de Telebioética.

En noviembre de 2011 se dictaminó la inscripción de la CONBIOÉTICA en el Registro Nacional de Instituciones y Empresas Científicas y Tecnológicas (RENIECYT), lo cual facilita su participación en programas de estímulo y apoyo del CONACYT.

En septiembre de 2011, se inició la publicación trimestral de la Gaceta CONBIOÉTICA, misma que está disponible en su sitio *web*. Asimismo, se concluyó el proyecto arquitectónico que ocupará la Unidad de Seminarios y Telebioética y se iniciaron las gestiones correspondientes para la obtención de recursos.

10. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL

10. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL

La Ley General de Salud en el capítulo VII menciona que dentro de las acciones de protección que todo gobierno debe dar a la población se encuentra la de atención en salud mental. Se atribuye al Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental la elaboración e instrumentación de los programas específicos de prevención y atención de los trastornos mentales y rehabilitación psicosocial; supervisando y evaluando los servicios de salud en los diferentes niveles de atención e impulsando el establecimiento de redes asistenciales cuyo objetivo radica en la rehabilitación y reinserción social, además de proponer la actualización y desarrollo de disposiciones jurídicas en la materia, entre otras.

En el periodo de septiembre de 2011 a agosto de 2012 se dieron avances en las estructuras de primer nivel del Programa Nacional de Salud Mental: Modelo Miguel Hidalgo en diferentes entidades de la república, en tal sentido se cuenta con 47 Unidades de Especialidad Médica-Centro Integral de Salud Mental (UNEMES-CISAME) de las cuales 40 están en operación mientras que las siete restantes están construidas pero sin operar.

Con motivo del Día Mundial de la Salud Mental, el 10 de octubre de 2011 se realizó una reunión denominada El Gran Impulso: Invirtiendo en Salud Mental, con la finalidad de analizar posibilidades de financiamiento para la ejecución e inversión de programas de salud mental.

El 17 de enero de 2012 se llevó a cabo con los miembros del Comité de Normalización una reunión cuyo objetivo fue impulsar la emisión del Anteproyecto de NOM-025-SSA2-2012 para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica.

Los días 16 y 17 de mayo de 2012, tuvo lugar la reunión nacional de líderes en atención hospitalaria de salud mental Se Puede Lograr. Sí a los Derechos Humanos en los Hospitales Psiquiátricos, con la asistencia de los directores de hospitales psiquiátricos y sus respectivos jefes de enfermería, rehabilitación psicosocial, psicología y subdirectores médicos. El objetivo fue sensibilizar a los trabajadores de la salud mental y convertirlos en facilitadores y promotores del respeto de los derechos humanos de los usuarios de los hospitales psiquiátricos.

Con la participación de 23 hospitales psiquiátricos ubicados en 18 entidades federativas, se llevó a cabo la primera fase de la aplicación de la encuesta Nacional de Salud Mental, obteniéndose un total de mil 289 cuestionarios donde se destacan datos relevantes respecto de tres grupos vulnerables de población dentro de dichos hospitales, correspondiendo 46.4 por ciento a mujeres y 54.6 a hombres.

Es de destacar que en el Centro Integral de Salud Mental que depende de este Consejo Nacional de Salud Mental está la Clínica de Autismo, única de este tipo en el Gobierno Federal y que durante el periodo de septiembre de 2011 a agosto de 2012 otorgó un total de 17 mil 743 consultas y organizó una caminata en el Bosque de Tlalpan en la que participaron 300 niños y padres celebrando el Día Mundial del Autismo con el objetivo de sensibilizar al país sobre dicho padecimiento.

Se canalizaron recursos presupuestales a los gobiernos de las entidades federativas por un monto de 19 millones 869 mil 547 pesos, para apoyar los programas de Invierno Sin Frío y Rehabilitación Psicosocial en los Hospitales Psiquiátricos y Villas de Transición Hospitalaria.

Se distribuyó en todas las entidades federativas el Programa Nacional de Salud Mental: Modelo Miguel Hidalgo 2012-2018, así como los Lineamientos para la Aplicación de la Sujeción Temporal en Unidades de Atención Hospitalaria Médico-Psiquiátrica.

Se concluyeron las Cédulas de Acreditación de Hospitales Psiquiátricos y de Centros Integrales de Salud Mental, las que se distribuyeron a todos hospitales psiquiátricos, villas de transición hospitalaria y UNEMES-CISAME de todas las entidades federativas, exhortándolos a realizar la certificación, como una estrategia para obtener mayores recursos.

11. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

11. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

En la presente administración se han desarrollado acciones trascendentes para posicionar una política de estado en materia de discapacidad acorde al compromiso establecido en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, destaca la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad y la creación del CONADIS.

De noviembre de 2011 a junio de 2012 el CONADIS desarrolló el anteproyecto de Reglamento de la Ley contando con las aportaciones de su Asamblea Consultiva y de la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos de la SS. El documento será enviado a las entidades y dependencias de la APF competentes para su validación.

Con relación al Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad 2009-2012 se obtuvieron los resultados siguientes:

De septiembre de 2011 a mayo de 2012 el CONADIS, en coordinación con el Instituto de Administración y Avalúos de Bienes Nacionales, capacitó a 270 funcionarios de la APF para diagnosticar la accesibilidad de inmuebles federales y continuar el desarrollo de los indicadores de accesibilidad del Inventario Nacional de Bienes Inmuebles Federales. Al mes de junio de 2012 la APF ha diagnosticado el 40 por ciento de 47 mil 284 inmuebles en propiedad, de los cuales el 35 por ciento son accesibles.

En coordinación con el INEGI el 21 de julio de 2011 se instaló oficialmente el Comité Técnico Especializado en Información sobre Discapacidad con el fin de contar con una instancia de coordinación interinstitucional para la integración del Sistema de Información en Discapacidad (SINADIS), contemplado en el Artículo 23 de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. Se elaboró el programa de trabajo de dicho comité para el periodo noviembre 2011 a octubre 2012, el cual fue presentado el 27 de enero de 2012, fecha en que se realizó la primera reunión del año del Comité Técnico, en la cual se generaron los grupos de trabajo para el desarrollo de las líneas estratégicas.

En 2011 se generaron los resultados preliminares de la Encuesta Nacional sobre la Percepción de la Discapacidad en la Población Mexicana 2010, con apoyo del INSP, destacando que aproximadamente 53.7 por ciento de la población de 10 años y más del país dijo haber escuchado sobre los derechos humanos de las personas con discapacidad, porcentaje que contrasta con 42 por ciento de la población con discapacidad que mencionó tal hecho.

El CONADIS, en coordinación con la CONADE y el gobierno de Guanajuato, comenzaron en 2010 la construcción de un Centro Paralímpico Nacional de Acceso Universal, cuya primera etapa fue inaugurada el 28 de marzo del 2012 en Irapuato, con una inversión inicial de 179 millones de pesos como aportación del Gobierno Federal y 17 millones de pesos aportados por el CONADIS para el proyecto ejecutivo. El Centro es en este momento el mejor de Latinoamérica.

En este recinto se llevó a cabo la Paraolimpiada Nacional del 18 al 27 de mayo de 2012, con la participación de tres mil deportistas con discapacidad en cinco modalidades: deportistas sobre silla de ruedas, ciegos y débiles visuales, con parálisis cerebral y sordos. Todos ellos integrados en 17 disciplinas.

El 9 de diciembre de 2011 se dejó sin efecto la declaración interpretativa que el Gobierno Federal formuló al ratificar la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Artículo 12, párrafo 2), con lo que se equipara la capacidad jurídica de las personas con discapacidad a la del resto de la población.

El 29 de marzo de 2012 se aprobó el Reglamento de los Servicios de Atención para el Bienestar y Desarrollo Infantil del ISSSTE en el cual se incluye el tema de discapacidad, así como compromisos especí-

ficos al respecto promovidos por el CONADIS. Esto permitirá la inclusión de niños con discapacidad en las estancias infantiles de la institución.

Durante 2011 el CONADIS contrató a 18 intérpretes debidamente certificados en el estándar de competencia laboral ECO085 Prestación de Servicios de Interpretación de la Lengua de Señas Mexicana al Español y Viceversa, a efecto de brindar este servicio en 47 dependencias del Gobierno Federal y de los gobiernos estatales en 108 eventos: cinco organismos autónomos en nueve eventos y a seis OSC en seis eventos, entre los que destaca el 5° Informe de Gobierno del Presidente de la República que contó con interpretación simultánea y fue transmitido a nivel nacional por el organismo promotor de medios audiovisuales que retransmite la programación del canal 11.

Con relación al Programa de Tamiz Auditivo Neonatal e Intervención Temprana (TANIT) 2007-2012 hasta junio de 2012 sumaban 445 los hospitales de la SS donde se realiza la prueba de tamiz auditivo neonatal (TAN). Asimismo, se cuenta con 45 centros de audiología integrados para el diagnóstico y la atención de niños con hipoacusia, distribuidos en las 32 entidades federativas del país. De enero a junio de 2012 se realizaron 305 mil pruebas de TAN en la SS lo que representa una cobertura del 62 por ciento respecto al total de nacimientos estimados durante mismo periodo. Asimismo, se aplicó implante coclear a 13 niños representando en promedio dos menores implantados por mes.

Se otorgaron 213 mil 830 consultas a personas con alguna discapacidad en unidades médicas de la SS según datos preliminares del Sistema de Información en Salud. Con excepción del Distrito Federal en donde se otorgaron en promedio 30 consultas a personas con discapacidad por cada mil consultas proporcionadas, en el resto de las entidades federativas este promedio osciló entre una y once consultas, destacando Baja California Sur con 11, Sinaloa con ocho y Campeche y Sonora, con siete consultas respectivamente.

12. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

12. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

El Programa de Acción Específico de Seguridad Vial 2007-2012, responsabilidad del STCONAPRA busca responder a la crisis de seguridad vial que se padece en la república mexicana. Su principal misión es reducir las defunciones que generan los accidentes de tráfico de vehículo de motor (ATVM) con base en el conocimiento científico y técnico, a través de la coordinación de acciones de rectoría en las áreas de promoción de la seguridad vial, prevención de riesgos y atención médica oportuna y de calidad.

Conforme a lo anterior, el Programa Nacional de Salud y el PROSESA 2007-2012 establecen como objetivo reducir el número de muertes causadas por ATVM en el país, particularmente en la población de 15 a 29 años de edad, mediante la promoción de la seguridad vial, la prevención de accidentes y la mejora en la atención a víctimas.

La aplicación de medidas de control para el mejoramiento de la seguridad vial debe contar con el soporte legal necesario que lo respalde, no obstante los estudios realizados por el STCONAPRA revelan que el marco jurídico actual es limitado y carente de procedimientos estandarizados en virtud de las diferentes legislaciones estatales y municipales existentes, por lo que se han realizado diversas acciones para mejorar la normativa en la materia:

- A principios de 2012 se incorporó al Proyecto de Ley Modelo en Materia de Seguridad Vial y Tránsito para los Estados de la República Mexicana elaborado y promovido por el STCONAPRA a partir de 2010 en las 32 entidades federativas, los criterios para regular la conducción a exceso de velocidad, la obligatoriedad de uso de casco de motociclista homologado a la normativa nacional e internacional así como del chaleco reflectivo, y la obligatoriedad de contar con seguro de daños a terceros.
- Además de los estados de Jalisco, Guanajuato y Yucatán en donde ya se lograron importantes cambios legislativos conforme al Proyecto de Ley Modelo, se realizaron talleres legislativos en Aguascalientes, Chiapas, Toluca y León, para modificar su marco normativo sobre seguridad vial.

La presencia de alcohol es un factor común en los accidentes de tráfico, diversos estudios muestran que incluso niveles tan bajos como 0.02 por ciento de concentración de alcohol en la sangre reducen la habilidad para manejar. En este sentido el STCONAPRA diseñó con un enfoque en salud pública el Programa Nacional de Alcohometría, mismo que se impulsa desde 2009:

- En 2012 se realizaron ocho talleres para policías de tránsito con lo que suman ya desde 2010 más de 750 oficiales de 14 entidades capacitados sobre los componentes de la Iniciativa Mexicana de Seguridad Vial (IMESEVI).
- Como complemento al Manual para la Implementación de Operativos se elaboró en colaboración con los responsables de los operativos de siete ciudades de Jalisco, Guanajuato, Chihuahua y Distrito Federal así como con la OPS/OMS, la Guía de Intervenciones de Vigilancia y Control de Tránsito, la cual contiene evidencia científica sobre las medias de prevención y control más efectivas que deben ser aplicadas por las áreas de tránsito, así como algunas buenas prácticas aplicadas por las ciudades colaboradoras.
- La SS a través del Acuerdo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (AFASPE) transfirió en junio de 2012 a 28 entidades 5.8 millones de pesos para la operación del Programa de Alcohometría, con lo que suman 41.6 millones de pesos transferidos desde 2009 para la adquisición de equipos e insumos.
- Para agosto de 2012 de los 132 municipios identificados como prioritarios por su alto número de defunciones, se ha logrado avanzar en 91 de ellos en la implementación del programa, lo que representa un avance de 68.4 por ciento.

La información estadística y epidemiológica es imprescindible tanto para el diseño de intervenciones como para la oportuna toma de decisiones. En materia de seguridad vial, los datos e información que genera cada

una de las instituciones relacionadas con el tema es muy diversa, por lo que identificar, concentrar y analizar los datos existentes ha sido una tarea en la que se ha puesto énfasis durante 2012:

- Se integró el Observatorio Nacional de Lesiones (ONL) bajo la coordinación del STCONAPRA. Se concluyó en marzo de 2012 la elaboración del Segundo Informe de la Situación de la Seguridad Vial en México 2012 y se participó en la elaboración del Segundo Informe Mundial sobre la Seguridad Vial.
- Entre los meses de enero a mayo el ONL integró la información y datos generados por los puntos focales de los ministerios de salud y de transportes de los 10 países que participan en el Proyecto Mesoamérica y elaboró la propuesta final del Programa Mesoamericano de Seguridad Vial.
- Conforme a los acuerdos del XI Encuentro Iberoamericano de Seguridad Vial realizado en Buenos Aires, Argentina en marzo de 2011, en donde se lanzó el Observatorio Iberoamericano de Seguridad Vial, el ONL será el punto focal de México para dar seguimiento a los trabajos para integrar mecanismos de recolección de datos estandarizados en la materia. Asimismo, con el objetivo de proporcionar y contar con información actualizada a partir de 2012 México se incorpora al International Road Traffic Accident Database.
- Se brindó capacitación y asesoría para la implementación de los observatorios estatales de lesiones. Para agosto de 2012 se han instalado en Aguascalientes, Chihuahua, Jalisco, Baja California, Estado de México, Nuevo León, Hidalgo, Guanajuato, Veracruz, Distrito Federal, Morelos, Campeche, y Zacatecas y han iniciado su proceso de integración Durango, Tlaxcala, Baja California Sur, San Luis Potosí, Tamaulipas, Guerrero, Coahuila, Puebla, Quintana Roo, Yucatán, Nayarit y Tabasco.
- Entre octubre de 2011 y agosto de 2012 se realizó la evaluación para conocer la situación de la seguridad vial, enfocada a cuatro factores de riesgo: no uso de cinturón de seguridad, no uso de sistemas de retención infantil, no uso de casco y conducción bajo los efectos del alcohol, en 22 municipios de 13 estados del país.

La organización y cooperación de los distintos actores que participan en la reducción de accidentes es una condición necesaria pero no suficiente. La capacitación, la formación de profesionales así como las intervenciones de difusión son indispensables en la construcción de una cultura de prevención de accidentes de tránsito y promoción de la seguridad vial:

- A través del Sistema Nacional de Capacitación en Seguridad Vial de noviembre de 2011 a agosto de 2012 se capacitaron a 163 formadores en seguridad vial, 522 multiplicadores y 55 mil 200 personas de población abierta en los factores de riesgo de no uso de cinturón de seguridad, sistemas de retención infantil, casco, conducción a velocidad inadecuada y bajo los efectos del alcohol, así como conducción y distractores.
- Se formaron 340 instructores en primera respuesta y 10 mil 800 personas como primeros respondientes. De igual forma, se realizaron nueve talleres en los que se capacitó a 259 personas de diversas instituciones para conformar equipos multidisciplinarios en el tema de auditorías de seguridad vial.
- Desde su creación en 2010 a la fecha se han capacitado más de 85 mil personas sobre prevención de accidentes viales, 897 auditores de seguridad vial, mil 510 instructores y 43 mil 800 primeros respondientes en la atención inmediata de urgencias médicas.
- Se llevó a cabo el Curso para Documentación de Mejores Prácticas en Seguridad Vial, con la participación de cinco secretarías del Gobierno Federal, dos de los gobiernos del DF y Michoacán, tres cámaras y asociaciones del transporte, cinco empresas de la iniciativa privada y una ONG.
- Se elaboraron más de 50 materiales de difusión sobre los diferentes factores de riesgo, los cuales se distribuyeron en ferias, eventos y talleres realizados por el STCONAPRA, con lo que ya se cuenta con más de 70 publicaciones, entre dípticos, trípticos, manuales, guías e historietas, entre otros.
- En junio de 2012 se concluyó la elaboración de dos videos para sensibilizar sobre los temas de conducción bajo los efectos del alcohol y el respeto al peatón.

El liderazgo de la SS ha permitido el posicionamiento del tema de la seguridad vial en la agenda nacional, el fortalecimiento de la cooperación multisectorial y el logro de avances significativos en los tres niveles de gobierno:

- En el marco del Decenio de Acción por la Seguridad Vial 2011-2020, la OPS/OMS confirmaron el apoyo financiado por la Bloomberg Philanthropies para fortalecer las actividades de seguridad vial durante 2012 y 2013 en seis ciudades y zonas metropolitanas: León, Guanajuato; Guadalajara, Jalisco; Toluca, México; Mérida, Yucatán; Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; y Aguascalientes.
- En abril de 2012 la delegación de México ante la 66 Asamblea General de las Naciones Unidas representada por el STCONAPRA, se adhirió a la aprobación de la resolución 66/L43 Mejoramiento de la Seguridad Vial en el Mundo a fin de fortalecer la implementación de los compromisos asumidos en el Decenio de Acción por la Seguridad Vial 2011-2020.
- En el marco de la XIII Cumbre de Jefes de Estado del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla, los presidentes de los países de Mesoamérica acordaron que la seguridad vial es una prioridad de la región e instruyeron a sus ministros de salud y de transportes a establecer un Programa Mesoamericano de Seguridad Vial. En junio de 2012 el STCONAPRA presentó el documento elaborado y consensuado con puntos focales de los 10 países involucrados para su aprobación por los ministros de transportes y de salud. Dicho documento será presentado en la XIV Cumbre de Tuxtla a realizarse en noviembre de 2012 para su aprobación por los jefes de estado.
- Con el propósito de difundir el alcance de los compromisos establecidos para el Decenio de Acción y de promover la implementación de acciones a través de la IMESEVI, el 14 de mayo de 2012 se realizó la Segunda Reunión con Autoridades de Municipios Prioritarios para la Seguridad Vial con la asistencia de más de 130 autoridades de 80 municipios de 22 entidades federativas.
- De igual forma, en el mes de mayo la SS en coordinación con la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, el gobierno de Puebla y la OPS/OMS llevaron a cabo el Tercer Foro de Buenas Prácticas en Seguridad Vial. Mesoamérica ante el Decenio de Acción 2011-2020. Al evento asistieron más de 350 personas de diversas instituciones, organizaciones no gubernamentales y de la iniciativa privada relacionadas con la seguridad vial.

Uno de los pilares fundamentales en materia de seguridad vial es la atención de los lesionados en caso de accidente la cual debe ser brindada por los servicios de salud estatales e instituciones privadas con oportunidad, calidad y calidez:

- De septiembre de 2011 a agosto de 2012 se proporcionó asesoría para la implementación de los Centros Reguladores de Urgencias Médicas a los estados de Sonora, Sinaloa, Nuevo León, Tamaulipas, Campeche y Baja California.
- Entre marzo y julio de 2012 se participó en la actualización de la NOM-237-SSA1-2004 Regulación de los Servicios de Salud. Atención Prehospitalaria de las Urgencias Médicas.
- En agosto de 2012 se concluyeron las reuniones para la definición de los procesos de validación de reactivos para el examen de diagnóstico y profesional del Técnico en Urgencias Médicas, la validación de las matrices y la elaboración de los guiones para las estaciones de destrezas.

Como parte de las actividades de evaluación y seguimiento de octubre de 2011 a agosto de 2012 el STCONAPRA realizó 20 visitas de supervisión a las entidades federativas. Los resultados nos permiten conocer la estructura, procesos y resultados de 2010 y 2011 los cuales servirán como línea base para la elaboración del Programa de Seguridad Vial 2013-2018.

13. CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

13. CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Es un órgano colegiado que representa la máxima autoridad sanitaria, tiene funciones normativas, consultivas y ejecutivas y sus disposiciones son de carácter general y obligatorio en todo el país. Con el apoyo de sus comisiones y comités, participa en la consolidación del Sistema Nacional de Salud, analiza disposiciones legales en materia de salud y formula propuestas de reforma; elabora, difunde y actualiza el Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud (CBCISS) y el Catálogo de Medicamentos Genéricos; define tratamientos y medicamentos asociados a enfermedades que ocasionan gastos catastróficos, y formula opiniones del Poder Ejecutivo Federal, entre otras funciones.

En cumplimiento con lo estipulado en el Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, durante el periodo de septiembre de 2011 a agosto de 2012 se han publicado en el DOF nueve acuerdos del CSG, mismos que se enlistan a continuación:

- Acuerdo por el que se establece como obligatorio el requisito de certificación del CSG en las convocatorias para la participación de los establecimientos hospitalarios, ambulatorios, de rehabilitación y de hemodiálisis, en los premios de calidad que otorga el Gobierno Federal y los gobiernos de las entidades federativas. Publicado en el DOF el 29 de diciembre de 2011.
- Acuerdo por el que se establece como obligatorio, a partir del 1° de enero de 2012, el requisito de certificación del CSG a los servicios médicos hospitalarios y de hemodiálisis privados que celebren contratos de prestación de servicios con las dependencias y entidades de las administraciones públicas de los gobiernos federal, estatales, del Distrito Federal y municipales. Publicado en el DOF el 29 de diciembre de 2011.
- Acuerdo que determina el tipo de prueba para demostrar intercambiabilidad de medicamentos genéricos. Publicado en el DOF el 21 de febrero del 2012.
- Acuerdo por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones del reglamento interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Publicado en el DOF el 22 de junio de 2012.
- Acuerdo por el que se establecen las acciones que deberán cumplirse para acreditar el fomento a la lactancia materna en los establecimientos de atención médica que se sujeten al procedimiento de certificación del CSG. Publicado en el DOF el 22 de junio de 2012.
- Acuerdo por el que se establecen medidas para la elaboración del examen nacional de aspirantes a las residencias médicas y para la actualización previa de los pasantes en el servicio social de la carrera de medicina, en materia de prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. Publicado en el DOF el 22 de junio de 2012.
- Acuerdo por el que se exhorta a la SS a promover ante los INSALUD y otras Instituciones que realicen investigación en salud relacionada a estudios de cohorte en materia de enfermedades crónicas no transmisibles. Publicado en el DOF el 22 de Junio de 2012.
- Acuerdo por el que se recomienda la disminución del uso de sal común o cloruro de sodio en la elaboración de pan como una medida de prevención de enfermedades cardiovasculares y otras crónico-degenerativas. Publicado en el DOF el 22 de junio de 2012.
- Acuerdo por el que la SS establece un mecanismo complementario de abasto eficiente, distribución y entrega de los medicamentos asociados al CAUSES. Publicado en el DOF el 22 de junio de 2012.

El Consejo de Salubridad General a través de su Comisión Interinstitucional, elabora el CBCISS y lo actualiza de manera constante mediante la labor de los Comités Técnicos Específicos. Durante el periodo de septiembre 2011 a agosto de 2012 estos comités llevaron a cabo 36 sesiones cuyos trabajos llevaron a la publicación en el DOF de la edición 2011 del CBCISS. Asimismo, se efectuaron un total de 11 actualizaciones al CBCISS que se publicaron en el DOF entre septiembre de 2011 y junio de 2012, actualizando 47 insumos y excluyendo uno.

Con relación a medicamentos genéricos, el Grupo de Expertos en Pruebas de Intercambiabilidad continuó su labor de asignar las pruebas más idóneas a cada medicamento para definir si debe realizarse perfil de disolu-

ción o estudio de bioequivalencia. Las actividades de este grupo, a través de 14 sesiones de trabajo, permitieron publicar un acuerdo que determina el tipo de prueba para demostrar intercambiabilidad de medicamentos Genéricos (21 de febrero del 2012) definiéndose un total de 44 pruebas.

Con fundamento en el Reglamento Interior de la Comisión para Definir Tratamientos y Medicamentos Asociados a Enfermedades que Ocasionan Gastos Catastróficos, en el periodo septiembre de 2011 a agosto de 2012, derivados de los trabajos de los comités de expertos correspondientes, se concretaron en total:

- La actualización de 11 protocolos técnicos.
- El análisis y determinación del diagnóstico y tratamiento de la hepatitis crónica tipo C como una nueva enfermedad en el listado de gastos catastróficos.
- El desarrollo del nuevo protocolo para enfermedad/intervención de nuevo ingreso al listado de enfermedades consideradas gastos catastróficos.
- La presentación del resultado del proceso de priorización que coloca a la nueva enfermedad/intervención en el lugar 18 de 27.
- Se determinó el análisis jurídico para llevar a cabo la modificación en el nombre de la Categoría VI de las enfermedades/intervenciones generadoras de gastos catastróficos, que actualmente es llamada VIH/SIDA y contiene únicamente el protocolo técnico de esta enfermedad, por infecciones crónicas, en la cual se integren tanto el VIH/SIDA, como el diagnóstico y tratamiento de la Hepatitis Crónica Tipo C.

En relación con la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, en el periodo comprendido del 1º de septiembre de 2011 al 31 de agosto de 2012, se encuentran pendientes de auditoría 143 establecimientos, principalmente de atención ambulatoria; 278 cuentan con certificado vigente; y 24 cumplieron con los porcentajes requeridos, sin embargo, incumplieron estándares indispensables de estructura, tienen observaciones de auditoría relevantes o cuentan con procedimientos administrativos abiertos por COFEPRIS, motivo por el cual se les otorgó un plazo perentorio de seis meses para dar cumplimiento a los puntos señalados.

CUADRO XIII.1 ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA POR TIPO DE UNIDAD Y ESTATUS

ESTATUS DE ESTABLECIMIENTOS	TIPO DE ESTABLECIMIENTO					TOTAL
	H ^{1/}	A ^{1/}	P ^{1/}	R ^{1/}	HE ^{1/}	
Inscritos	6	1				7
No aprobaron autoevaluación	26	8		1	6	41
Pendientes de auditoría	55	78	1	2	7	143
Auditorías canceladas	18		2		4	24
Pendientes de verificación de observaciones de auditoría	22	1			1	24
Con certificado vigente	129	94		15	40	278
Pendientes de dictamen	22	15	2		12	51
No certificados	14				12	26
TOTAL	292	197	5	18	82	594

^{1/} H= Hospital, A= Ambulatorio, P= Psiquiátrico, R= Rehabilitación y He= Hemodiálisis.

FUENTE: Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Consejo de Salubridad General

CUADRO XIII.2 ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA POR INSTITUCIÓN Y ESTATUS

ESTATUS DE ESTABLECIMIENTOS	INSTITUCIÓN							TOTAL
	PRIVADOS	IMSS	SALUD	ISSSTE	SEDENA	SEMAR	OTROS ^{1/}	
Inscritos	6	1						7
No aprobaron autoevaluación	31	5	3				2	41
Pendientes de auditoría	61	70	2	5	2		3	143
Auditorías canceladas	19	1	2	1			1	24
Pendientes de verificación de observaciones de auditoría	21		2	1				24
Con certificado vigente	139	73	19	31	9	2	3	278
Pendientes de dictamen	30	9	5	4	2			51
No certificados	25		1					26
TOTAL	332	159	34	42	13	2	9	594

^{1/} Universitario, Cruz Roja Mexicana, Desarrollo Integral de la Familia e ISEMvM.

FUENTE: Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Consejo de Salubridad General

En cuanto a los resultados alcanzados de 2007 a la fecha relacionados con el proceso de certificación podemos mencionar lo siguiente:

Para mejorar la calidad del proceso de certificación:

- Se actualizó el marco legal de la certificación, emitiéndose un acuerdo del CSG para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNACEAM), el cual se publicó en el DOF el 13 de junio de 2008.
- Se puntualizó con mayor detalle el funcionamiento del SiNACEAM y de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica mediante la publicación en el DOF, el 19 de mayo de 2009, de los respectivos reglamentos internos.
- Para que la certificación del CSG fuera competitiva internacionalmente se homologaron los estándares del CSG con los de Joint Commission International, ya que más de la mitad permitían evaluar el apego de la atención a la salud con las leyes, reglamentos, normas oficiales mexicanas y políticas nacionales de salud.
- Derivado de un análisis de los incumplimientos más frecuentes en los procesos de certificación de los establecimientos de atención médica, la investigación de mejores prácticas de atención médica, la revisión de la actualización de la normatividad, así como de la opinión y consenso de expertos, el 1° de julio de 2012 se publicaron los Estándares para la Certificación de Unidades de Hemodiálisis, así como para Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidad.
- Con el propósito de dar congruencia a los procesos de certificación de los establecimientos de atención médica, periódicamente se intercambiaba información con la COFEPRIS, a fin de no certificar algún establecimiento que tenga impuestas medidas de seguridad, a la vez de impulsar la atención de procedimientos administrativos que tengan abiertos con dicha instancia.

Para incrementar la demanda de certificación:

- Se estableció en 2009 un acuerdo entre la Asociación Nacional de Hospitales Privados y la Asociación Mexicana de Instituciones de Salud siendo testigo de honor el CSG para fortalecer la certificación, donde se comprometió no realizar pago directo de las aseguradoras a los hospitales que no estén certificados.

- Se hizo efectivo el requisito de certificación del CSG a los hospitales integrantes de las Instituciones de Seguros Especializados en Salud, establecido en las Reglas para la Operación del Ramo de Salud publicadas en el DOF el 24 de mayo del 2000.
- El día 29 de diciembre de 2011 se publicó el acuerdo por el que se establece como obligatorio el requisito de certificación del CSG en las convocatorias para la participación de los establecimientos de atención médica en los premios de calidad que otorga el Gobierno Federal y los gobiernos de las entidades federativas, el cual fue una actualización del publicado el 11 de septiembre de 2009.
- Conjuntamente con la SFP, el CSG elaboró un acuerdo publicado en el DOF el 7 de diciembre de 2009, posteriormente actualizado el 29 de diciembre de 2011, donde se estableció como obligatorio el requisito de certificación por el CSG a los servicios hospitalarios y de hemodiálisis privados que celebren contratos de prestación de servicios con las dependencias y entidades de las administraciones públicas de los gobiernos federal, estatales, del Distrito Federal y municipales.
- Con el objetivo de promover e impulsar en los hospitales del Sistema Nacional de Salud el cumplimiento de disposiciones en materia de seguridad y atención médica en caso de desastres, que den certidumbre sobre la resistencia de sus edificaciones y la capacidad de atención médica durante y después de una emergencia o desastre, en el año 2011 se trabajó en conjunto con la Coordinación General de Protección Civil de la SEGOB y se articuló el SiNACEAM del CSG y el Programa Hospital Seguro.

14. PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES

14. PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES

IMSS-Oportunidades es un programa federal administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, cuenta con una trayectoria de 33 años de trabajo en favor de la población que habita las zonas rurales marginadas de México. Su objetivo es contribuir a lograr que los mexicanos en situación más desfavorecida tengan acceso a los servicios de salud, impulsando su desarrollo integral y la igualdad de oportunidades. El programa presta servicios médicos a más de 11.5 millones de mexicanos, de los cuales cerca de tres millones son indígenas. Asimismo articula sus acciones al PDHO al proporcionar el componente salud a las familias beneficiarias del mismo.

La operación de IMSS-Oportunidades se fundamenta en el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS), que tiene como eje la atención primaria a partir de dos vertientes: la atención médica y el trabajo coordinado con la comunidad. La primera, proporciona servicios de salud y lleva a cabo acciones de vigilancia epidemiológica a través de una red regionalizada de servicios, conformada por 79 Hospitales Rurales (HR), tres mil 587 Unidades Médicas Rurales (UMR), 270 Unidades Médicas Urbanas (UMU) y 222 Brigadas de Salud, mientras que la segunda incorpora a comunidades e individuos en la práctica de hábitos saludables para mejorar la calidad de vida de las personas a través de más de 316 mil integrantes de la organización comunitaria con acciones de promoción y comunicación en salud.

El programa financia su operación con recursos del Gobierno Federal aprobados por la H. Cámara de Diputados en el PEF transferidos a través del Ramo 19 Aportaciones a Seguridad Social, los cuales ascendieron en el 2012 a ocho mil 500 millones de pesos. Adicionalmente, la CNPSS transfirió recursos provenientes del Ramo 12 Salud por 831 millones 109 mil 657 pesos, de los cuales 811 millones 109 mil 657 pesos correspondieron al componente salud del PDHO y 20 millones de pesos por concepto de las familias afiliadas al SPSS atendidas por IMSS-Oportunidades en Chiapas.

De septiembre de 2011 a agosto del 2012 se continuó con la modernización hospitalaria y la sustitución y remodelación de las UMR que por sus condiciones físicas lo requirieron. En lo que respecta a obra nueva, ampliaciones y remodelaciones, se llevaron a cabo 62 obras con una inversión de 277.3 millones de pesos. Destaca la remodelación al servicio de urgencias de 16 hospitales para incrementar su nivel resolutivo: Chiapas (tres), Michoacán, Oaxaca (cuatro), Puebla (dos), Tamaulipas, Veracruz (dos), Yucatán y Zacatecas (dos).

Para lograr la atención y manejo oportuno de problemas de orden ginecológico, durante 2011 se adecuaron cinco laboratorios de citología y para 2012 se adecuarán cinco más, por lo que al finalizar 2012 se contará con 15 laboratorios. También se remodelaron los HR de Ocosingo en Chiapas; Huejutla en Hidalgo; Tuxpan en Michoacán; Izamal, Oxcutzcab y Maxcanú en Yucatán. Al término de 2012 se concluirán acciones de mejora en los HR de Matías Romero en Oaxaca, Zacatipan en San Luis Potosí y Tula en Tamaulipas. Por lo que respecta al fortalecimiento del primer nivel de atención se sustituyeron 11 UMR cuyo inmueble era inviable para operar y se ampliaron o remodelaron otras ocho. Para 2012 se tiene programada la sustitución de 20 UMR adicionales.

Por otro lado en 2011 se construyeron 15 Centros de Atención Rural Obstétrica (CARO), en donde médicos generales y auxiliares proporcionan atención especializada a las embarazadas en sus distintas etapas (control prenatal, parto y puerperio). Estos centros se encuentran localizados estratégicamente en las zonas donde prevalece el mayor número de muertes maternas (Chiapas, Chihuahua, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Veracruz Norte y Veracruz Sur) con el fin de proporcionar atención oportuna y eficiente a las mujeres embarazadas. Al término de 2012 el programa contará con 39 CARO ya que se iniciará la construcción de otros 10 centros.

La salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio constituye un pilar fundamental para preservar y mejorar el bienestar y desarrollo, por ello IMSS-Oportunidades ha implementado diversas estrategias enfocadas a incidir en los principales factores desencadenantes para reducir la mortalidad y morbilidad secundarias a estos hechos.

Al respecto se han desarrollado tres ejes estratégicos: i) reducción de embarazos de alto riesgo; ii) prevención de complicaciones en el embarazo y parto; y iii) manejo efectivo y oportuno de las urgencias obstétricas. A partir de dichos ejes se busca mejorar la competencia técnica del personal; fortalecer el equipamiento y la infraestructura de las unidades médicas de primero y segundo nivel de atención; mantener una vigilancia estrecha y permanente sobre las mujeres durante todo su embarazo, dentro y fuera de las unidades; y proporcionar atención de alta calidad en caso de urgencias o complicaciones obstétricas.

Dentro de las acciones de prevención de embarazos en condiciones de riesgo, de 2007 a 2011 se fortaleció la consejería y la prescripción razonada de métodos anticonceptivos a mujeres con alto riesgo reproductivo, de tal forma que un millón 719 mil 470 mujeres del ámbito de responsabilidad del programa se incorporaron con pleno respeto a sus derechos humanos y reproductivos a la práctica anticonceptiva, se proporcionaron 5.8 millones de consultas prenatales con un promedio de 6.6 consultas por embarazada, y se atendieron un total de 508 mil 544 partos de los cuales el 86.8 por ciento fueron atendidos de manera institucional por personal calificado.

De septiembre de 2011 a agosto de 2012 se otorgaron métodos anticonceptivos a 357 mil 707 mujeres y 1.3 millones de consultas prenatales, con un promedio de 6.6 consultas por embarazada. Se atendieron 107 mil 198 partos de los cuales 89.8 por ciento fueron atendidos de manera institucional. Para la prevención de las complicaciones obstétricas, se fortaleció la atención de las embarazadas complicadas o con emergencia en hospitales del IMSS régimen obligatorio a través del Acuerdo 126, refiriendo de 2007 a 2011 un total de nueve mil 821 embarazadas y mil 842 de septiembre de 2011 a agosto de 2012. Con estas estrategias, la razón de muerte materna disminuyó de 65.9 en 2007 a 42.6 en 2011, equivalente a una reducción de 23.3 puntos en el último cuatrienio.

El personal voluntario contribuyó con este logro al otorgar un millón 92 mil 102 consejerías en planificación familiar, lo que generó que más de 38 mil mujeres aceptaran por primera vez el uso de algún método anticonceptivo y se registraran 536 mil 923 usuarias activas de algún método. Esto significa que por cada nueva aceptante, existen 14 usuarias vigiladas por los voluntarios. Asimismo 130 mil 284 mujeres fueron derivadas a las unidades médicas para la aceptación de algún método de mayor continuidad o quirúrgico, de las cuales a 11 mil 908 se les aplicó un procedimiento definitivo.

Con la finalidad de fortalecer la prevención de la mortalidad materna, las parteras voluntarias rurales y grupos voluntarios derivaron a las unidades médicas a 328 mil 858 mujeres identificadas con embarazos de alto y bajo riesgo para control prenatal; 12 mil 374 para la atención del parto; y 64 mil 231 púerperas. Asimismo, dichas parteras, atendieron 12 mil 587 partos, de los cuales 8.7 por ciento fueron atendidos junto al equipo de salud. En 2011 concluyó la capacitación del 100 por ciento de las parteras en interrelación con el programa.

Mediante la mejora de equipamiento, infraestructura e incremento de recursos humanos calificados, IMSS-Oportunidades ha fortalecido el Modelo de Atención a la Salud Ginecológica, esto permite identificar y tratar lesiones en etapas cada vez más tempranas evitando la progresión de la enfermedad y la muerte. De 2007 a 2011 se realizaron 10 millones 918 mil 23 exploraciones ginecológicas, seis millones 169 mil 692 visualizaciones cervicales y un millón 713 mil 510 detecciones de citologías cervicales. De septiembre 2011 a agosto de 2012 se realizaron dos millones 221 mil 318 exploraciones ginecológicas, 980 mil 322 visualizaciones cervicales y 621 mil 923 citologías cervicales.

Asimismo, personal voluntario llevó a cabo talleres comunitarios con temas de prevención y detección oportuna del cáncer cérvico-uterino y mamario en los que participaron 755 mil 53 mujeres mayores de 15 años mediante 65 mil 435 talleres. Con la participación de estos grupos de voluntarios y parteras se derivaron 756 mil 40 mujeres a las unidades médicas para su atención ginecológica oportuna.

A través de la aplicación del Modelo de Atención Integral a la Salud del Adolescente Rural y del fortalecimiento de tres mil 666 Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA), de 2007 al 2011 se mantuvieron activos 11 mil 815 equipos juveniles en promedio. Además se realizaron actividades extramuros para la aten-

ción integral de los adolescentes con 117 mil 42 módulos ambulantes y 55 mil 531 encuentros educativos. Por otro lado, se capacitó a dos millones 132 mil 793 adolescentes en temas de promoción a la salud y prevención de enfermedades.

Entre septiembre de 2011 y agosto de 2012, se mantuvieron activos 11 mil 829 equipos juveniles, se realizaron 17 mil 750 módulos ambulantes y siete mil 731 encuentros educativos, capacitando 355 mil 599 adolescentes. De manera simultánea y principalmente donde no hay unidades de salud, los grupos voluntarios realizaron 42 mil 749 talleres comunitarios sobre salud sexual de los adolescentes, con 635 mil 79 participantes, con un promedio de 14 personas por taller.

En el rubro de vacunación, se aplicaron cuatro millones 310 mil 899 dosis en niños menores de ocho años, cifra que incluye 169 mil 998 aplicaciones de vacuna BCG; 810 mil 305 de pentavalente acelular; 395 mil 811 de antirrotavirus; 588 mil 646 de antineumocócica pediátrica; 200 mil 728 de DPT; 441 mil 297 de triple viral; 568 mil 455 contra la hepatitis B; y un millón 135 mil 659 dosis contra la influenza estacional. En lo que respecta a la vacunación a mujeres en edad fértil se aplicaron 996 mil 793 dosis de toxoide tetánico diftérico.

En suma, de 2006 a 2011 se aplicaron 17 millones 121 mil 914 dosis de vacunas del esquema básico, permitiendo tener coberturas dentro de los niveles establecidos. En cada una de las semanas nacionales de salud se destaca la participación de los grupos voluntarios con las acciones de promoción de la vacunación, la búsqueda intencionada de personas sin vacunar y con esquemas incompletos.

CUADRO XIV.1 COBERTURA DE VACUNACIÓN CON ESQUEMA COMPLETO, 2007-2011

PORCENTAJE DE NIÑOS CON ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN	AÑOS				
	2007	2008	2009	2010	2011
Menores de un año de edad	97.4	97.7	100	91.6	97.1
De uno a cuatro años de edad	99.7	99.5	100	94.7	97.4

FUENTE: Programa de Vacunación Universal (PROVAC).

Además, como parte de las acciones de prevención del cáncer cérvico-uterino, a partir de 2010 se inició la vacunación contra el VPH con la aplicación de 217 mil 305 dosis; en 2011 se aplicaron 206 mil 737; y entre septiembre de 2011 y agosto de 2012 se aplicaron 187 mil 369. Lo anterior ha permitido proteger cada año en promedio a 111 mil niñas y adolescentes de entre 9 a 15 años de edad.

Para mantener la vigilancia epidemiológica de la influenza humana A(H1N1), IMSS-Oportunidades se sumó a la red de vigilancia centinela a través de 16 Unidades de Salud Monitoras de Influenza, congruente con los acuerdos establecidos en el Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica (CONAVE). Con ello, se dio continuidad al Plan Institucional de Preparación y Respuesta ante una Epidemia de Influenza, diseñado por el IMSS. A partir de 2009 se han notificado en el sistema institucional mil 730 casos confirmados de influenza.

Mediante la estrategia de Información, Educación y Comunicación se sensibilizó a la comunidad para actuar de forma oportuna en el diagnóstico, tratamiento y control del brote de infecciones respiratorias. Entre septiembre de 2011 y agosto de 2012, los grupos de voluntarios realizaron 21 mil 422 talleres comunitarios con la asistencia de 366 mil 358 personas en las localidades de mayor riesgo.

En IMSS-Oportunidades la reducción de la desnutrición infantil continúa siendo uno de los rubros donde se ha logrado mayor impacto a partir de las acciones preventivas y asistenciales. La prevalencia de desnutrición en los menores de cinco años, entre 2006 y 2011, registró una reducción de 9.4 a 6 por ciento, cifra que se

ha mantenido a agosto de 2012. Los grupos voluntarios contribuyeron con la valoración de un millón 272 mil 603 niños menores de cinco años, de los cuales el 12.2 por ciento (154 mil 806) fueron identificados como sospechosos de desnutrición. También se valoró el estado nutricional de 157 mil 784 mujeres embarazadas, de éstas 5.3 por ciento se identificaron como sospechosas de desnutrición.

La diabetes mellitus y la hipertensión arterial son padecimientos que tienen un alto impacto en morbilidad y mortalidad. Al respecto, IMSS-Oportunidades replanteó las acciones de detección para incrementar su eficiencia en un diagnóstico temprano de la enfermedad. Para el periodo de septiembre de 2011 a agosto de 2012 se realizaron dos millones 705 mil 266 detecciones de diabetes mellitus y tres millones 227 mil 12 acciones para hipertensión arterial. De manera complementaria, los grupos voluntarios realizaron 52 mil 296 talleres comunitarios con 873 mil 396 participantes, derivaron a las unidades médicas 205 mil 529 personas sospechosas de diabetes y a 248 mil 823 hipertensos para su diagnóstico y tratamiento.

Adicionalmente, como parte del reordenamiento de las acciones preventivas, se fortaleció el seguimiento nominal de los pacientes que resultaron sospechosos hasta descartar o confirmar la enfermedad e incorporar al paciente a tratamiento. Entre septiembre de 2011 y agosto de 2012 se ingresaron a tratamiento y control a 13 mil 146 enfermos de diabetes mellitus y a 18 mil 335 pacientes de hipertensión arterial.

A través del Programa de Prevención y Control para la Tuberculosis, IMSS-Oportunidades centró su atención en una estrategia sostenida de tamizaje a pacientes con tos productiva. De septiembre de 2011 a agosto de 2012 se realizaron 56 mil 651 detecciones (baciloscopías) que permitieron identificar 766 casos nuevos con una incidencia de 7.1 por cada 100 mil beneficiarios, adicionalmente los grupos voluntarios derivaron a 17 mil 402 tosedores sospechosos a unidades médicas. Todas estas acciones contribuyeron a mejorar la tasa de curación pasando de 81.7 a 84.6 por ciento de 2007 a 2012.

Ante la emergencia por dengue en el país, se incorporaron de manera inmediata los casos y brotes en la Plataforma Electrónica del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE). De 2007 a 2011 se confirmaron 10 mil 422 casos de fiebre por dengue, pasando de una tasa de incidencia de 44.5 a 6.9 por cada 100 mil beneficiarios. En fiebre hemorrágica por dengue se confirmaron 945 casos, manteniendo una tasa de incidencia de 1.7 por cada 100 mil beneficiarios; mientras que en el periodo de análisis se atendieron 972 casos de fiebre por dengue y 218 de fiebre hemorrágica por dengue, con una tasa de 9.3 y 2.1 por 100 mil beneficiarios, respectivamente.

En términos de la productividad médica, de septiembre 2011 a agosto 2012 se registraron 233 mil 685 egresos hospitalarios; 20 millones 973 mil 166 consultas; 91 mil 661 intervenciones quirúrgicas; 8 millones 456 mil 261 estudios de laboratorio; 334 mil 175 estudios de rayos X; 108 mil 966 partos; y se obtuvo 77.8 por ciento de ocupación hospitalaria y un promedio de tres días estancia.

Respecto a los servicios que otorga IMSS-Oportunidades a las familias beneficiarias del PDHO (un millón 468 mil 897), se otorgaron 12 millones 676 mil 247 consultas, de las cuales un millón 909 mil 750 fueron a menores de cinco años y 527 mil 407 a mujeres embarazadas. Asimismo, se entregaron 15 millones 108 mil 829 sobres de suplemento alimenticio a niños y mujeres. Por su parte, los voluntarios de salud llevaron a cabo 66 mil 444 talleres en nutrición con un total de un millón 86 mil 224 asistentes, con un promedio de 16 participantes por taller.

Con el objetivo de acercar los servicios de tercer nivel a la población atendida por IMSS-Oportunidades, entre septiembre de 2011 y mayo de 2012 se llevaron a cabo 12 encuentros médico quirúrgicos de las especialidades de: oftalmología (cuatro), ginecología oncológica (cuatro), cirugía reconstructiva, cirugía pediátrica y urología (dos), en los cuales se valoraron a ocho mil 824 personas y se practicaron más de mil 800 procedimientos quirúrgicos.

Cabe destacar que en el mismo periodo se recibieron, a través del buzón de contraloría social de las unidades médicas, 45 mil 301 reconocimientos y 12 mil 597 quejas, de las cuales se resolvieron el 83 por ciento al cierre del periodo.

15. SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

15. SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

En el marco de la Ley de Asistencia Social, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) atiende mediante acciones específicas, a la infancia, familias, población vulnerable y en desamparo, población con discapacidad y la asistencia alimentaria.

A través del Programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia, que el SNDIF coordina con los Sistemas Estatales DIF (SEDIF), se pretende contribuir al fortalecimiento del conocimiento de los derechos de las niñas, niños y adolescentes en materia de riesgos psicosociales y atención a las problemáticas específicas de esta población, en apego a los principios establecidos en la Convención sobre los Derechos del Niño. Bajo este marco, en el periodo de septiembre del 2011 a junio del 2012 han operado 593 Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil (CADI) en los que se atienden a 51 mil 14 niñas y niños, y dos mil 52 Centros de Asistencia Infantil Comunitaria (CAIC) que atienden a 82 mil 897 niñas y niños.

Asimismo, se promovió el diseño de mecanismos de enlace y vinculación eficientes entre las instancias responsables de implantar y ejecutar modelos de intervención integrales dirigidos a las niñas, niños y adolescentes en situación de calle y sus familias. Como parte de la aplicación de las estrategias de este programa (prevención, atención y fortalecimiento), se benefició a 14 mil 630 niñas, niños y adolescentes en situación de calle y riesgo, mediante la implementación de 76 proyectos de atención especializada, así como 59 esquemas de becas escolarizadas y alimentarias, diseñados y operados por 53 OSC y 54 Sistemas Municipales DIF (SMDIF).

El SNDIF cuenta con una estrategia de Prevención y Atención a Niñas, Niños y Adolescentes Migrantes y Repatriados No Acompañados, en coordinación con los SEDIF, los SMDIF, OSC y el Instituto Nacional de Migración, misma que se lleva a través de la red de 40 módulos y albergues de tránsito, la cual atendió a más de 15 mil niños, niñas y adolescentes migrantes y repatriados no acompañados. En lugares de origen la estrategia está orientada a la reintegración familiar y comunitaria de las niñas, niños y adolescentes migrantes y repatriados. En estos lugares se cuenta con una infraestructura de 66 Centros Comunitarios de Protección a la Infancia.

La temática relativa a la Prevención, Atención, Desaliento y Erradicación del Trabajo Infantil Urbano Marginal, opera en 708 municipios de 28 entidades federativas, beneficiando a mil 527 niñas y niños trabajadores en situación de calle. Se reintegró a mil tres trabajadores en situación de calle; se atendieron 172 mil 268 niñas y niños en riesgo de incorporarse a actividades laborales, así como 88 mil 976 niñas, niños y adolescentes trabajadores y 148 mil 828 familias, y se otorgaron seis mil 185 apoyos económicos para promover la permanencia o reinserción en el ámbito educativo.

Para promover la participación de las entidades en la Prevención, Atención y Erradicación de la Explotación Sexual Comercial Infantil, se realizaron acciones en 258 ciudades de 25 entidades federativas: 39 campañas; tres mil 666 eventos en materia de prevención, en los que participaron 168 mil 389 niñas y niños, así como 40 mil 412 adultos; se brindó atención a 26 mil 105 niñas y niños en riesgo; y se canalizaron 546 niñas y niños víctimas.

En cuanto a la estrategia del Buen Trato en Familia, se beneficiaron a 139 mil 678 niñas, niños y adolescentes, 65 mil 52 madres, padres y cuidadores y 12 mil 284 familias de 403 municipios en 30 entidades del país.

Para prevenir el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas ilegales, se apoya la Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida: se han realizado capacitaciones sobre seis estrategias a mil 30 promotores multiplicadores y a mil 822 promotores orientadores, a través de 157 cursos. De junio a agosto de 2012 se espera capacitar a 500 promotores multiplicadores y 800 promotores orientadores. Se realizaron nueve encuentros regionales en los que participó personal operativo de los SMDIF y personal responsable de los 31 SEDIF para seguimiento.

En lo que se refiere a la Estrategia de Atención a Niñas, Niños y Adolescentes en Escenarios de Delincuencia Organizada, se han capacitado 303 funcionarios públicos: 169 instructores (en el primer contacto), 48 ministerios públicos (en el segundo momento), 25 servidores públicos (en la estrategia del modelo) y 61 servidores públicos de las áreas de comunicación social de las dependencias del Gobierno Federal (en la cobertura informativa), a través de 16 cursos y talleres.

A través del Programa Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras, el Gobierno Federal contribuye a incrementar la oferta de servicios de cuidado y atención infantil, con el objetivo de que las madres trabajadoras y padres solos cuenten con un lugar seguro para dejar a sus hijos, mientras trabajan, buscan empleo o estudian. A la fecha, se cuenta con más de nueve mil 500 estancias infantiles en operación, distribuidas en las 32 entidades federativas, mismas que atendieron a más de 270 mil niñas y niños, beneficiando a más de 260 mil hogares. Cabe destacar que desde 2007 en que inició el programa, se han atendido a poco más de un millón diez mil niñas y niños en las estancias infantiles afiliadas a la red.

El SNDIF ha realizado poco más de 44 mil visitas de supervisión y seguimiento a la totalidad de las estancias infantiles afiliadas a la red, lo que ha permitido constatar que las niñas y los niños reciben una atención de calidad basada en el buen trato por parte del personal que ahí labora, ya que se les brinda asesoría constante durante las visitas en los siguientes aspectos: alimentación, higiene, descanso, juegos y actividades recreativas, filtro de entrada y de salida, mobiliario y equipo adecuados, aspectos de seguridad, entre otros.

Asimismo, el SNDIF ha llevado a cabo procesos de capacitación y certificación al personal responsable y asistente de las estancias infantiles, con el fin de dotar de herramientas útiles que mejoren la atención de las niñas y los niños atendidos. En este sentido, se realizaron mil 200 acciones de capacitación con fines de certificación en el estándar de competencia EC 0024 Cuidado de las Niñas y los Niños en Centros de Atención Infantil a responsables y asistentes de las estancias infantiles afiliadas al programa.

El Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable está dirigido a las personas, familias y comunidades con vulnerabilidad social, a través del cual se pretende lograr un desarrollo integral e incluyente. Está formado por tres subprogramas: Fortalecimiento de las Procuradurías de la Defensa del Menor y la Familia (PDMF), Atención a Personas y Familias en Desamparo, y Estrategia Integral de Desarrollo Comunitario Comunidad DIFERENTE.

A través del subprograma Fortalecimiento a las PDMF, en 2011 se otorgaron subsidios federales por la cantidad de un millón 250 mil pesos a cada uno de los 30 SEDIF participantes, lo que ascendió a un total de 37 millones 500 mil pesos, con lo que al mes de diciembre del mismo año, se logró identificar 93 albergues públicos y 452 albergues privados, 16 mil 435 menores albergados de los cuales se benefició a ocho mil 677 niñas, niños y adolescentes. Ejecutándose las siguientes acciones: 782 reintegraciones de niñas, niños y adolescentes con su familia nuclear o extensa; se tramitaron mil 45 actas de nacimiento; se iniciaron 275 juicios de pérdida de patria potestad y 118 procedimientos de adopción. Para dar continuidad a este subprograma, en marzo de 2012 se aprobaron 32 proyectos presentados por los SEDIF vinculados con acciones de colaboración a favor de las niñas, niños y adolescentes que se encuentren bajo cuidado de los centros o albergues públicos o privados.

A través del subprograma de Atención a Personas y Familias en Desamparo, se otorgan 258 apoyos en especie, mil 234 apoyos económicos temporales, lo que corresponde a 103 personas beneficiadas en promedio anual y seis mil 148 apoyos para atención especializada. En este último rubro, se atiende mensualmente a 512 personas beneficiarias en promedio, las que son derivadas a 27 instituciones con convenio de colaboración con las OSC. En comparación con lo realizado en el periodo anterior, reflejan un incremento de 1.2 por ciento, un descenso de 6.7 por ciento y un incremento de 5.9 por ciento, respectivamente.

El subprograma Estrategia Integral de Desarrollo Comunitario Comunidad DIFERENTE, tiene el objetivo de otorgar recursos económicos a los SEDIF, a efecto de fomentar a través de acciones de capacitación, el desarrollo de habilidades y conocimientos de los integrantes de los grupos de desarrollo para la gestión y fortalecimiento de sus proyectos comunitarios, con el fin de contribuir a mejorar las condiciones de vida en

las localidades de alta y muy alta marginación. Al cierre del ejercicio 2011, los SEDIF reportaron mil 428 grupos de desarrollo capacitados. En el primer semestre del 2012, se revisaron y retroalimentaron 31 proyectos anuales de capacitación y se firmaron 29 convenios de coordinación.

En el marco del Programa de Servicios Asistenciales a Personas Vulnerables, se impartieron 34 cursos de capacitación al personal de las PDMF de 11 SEDIF, cuatro cursos más de los reportados en el informe anterior, en los cuales se capacitó a mil 788 servidores públicos. Los temas versaron sobre: valoraciones a solicitantes de adopción; funcionamiento de las PDMF; intervención ante el maltrato infantil; violencia familiar, trabajo social y psicología, así como calidad en la atención, procedimiento de adopción y derechos de la niñez.

En el rubro de Atención a la Violencia Intrafamiliar y Maltrato al Menor, se atendieron 383 reportes de maltrato infantil, 91 menos que en el periodo precedente y se brindaron dos mil 204 asesorías jurídicas en materia familiar de primera vez de manera personal, de las que 66.5 por ciento se realizó entre enero y agosto de 2012. También se dieron 305 asesorías por correo electrónico y 285 por teléfono. Asimismo, se impartieron 48 pláticas en los temas de prevención y atención de maltrato infantil y violencia familiar, a las cuales asistieron mil 786 personas.

Para fortalecer las políticas públicas en materia de adopción de menores, el SNDIF ha promovido la firma de convenios de coordinación con los SEDIF y los tribunales superiores de justicia de las entidades federativas, con la finalidad de impulsar reformas legislativas en nuestro país que mejoren sustancialmente los procesos de adopción. En este sentido, 28 entidades federativas ya han realizado reformas legislativas en materia de adopción. De septiembre de 2011 a agosto de 2012 se llevaron a cabo siete adopciones de las cuales una fue internacional y se regularizó la situación jurídica de 94 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 los siete campamentos recreativos del Sistema Nacional DIF, se realizaron siete mil veinte eventos culturales, deportivos y recreativos, con una cobertura de 34 mil 493 personas, entre menores, adolescentes, adultos mayores y personas con alguna discapacidad.

Se aplicó el modelo RED DIF para la Solución Pacífica de Conflictos en la Familia con el objetivo de contribuir al fortalecimiento y desarrollo integral de las familias y las comunidades en condiciones de vulnerabilidad. Se encuentran funcionando módulos de atención en los 32 SEDIF y 139 municipios, mediante los servicios que prestan 325 facilitadores quienes han atendido aproximadamente a 19 mil familias, desde el año 2010.

Del 7 al 9 de septiembre de 2011 se llevó a cabo, en la ciudad de Puebla, el Tercer Congreso Internacional de Familia, Políticas Públicas para el Fortalecimiento Familiar, al cual asistieron aproximadamente mil personas. Se participó en la organización del 8º Congreso Internacional de Familia en Jalisco, realizado los días 17 y 18 de mayo de 2012, donde participaron aproximadamente 950 personas.

El SNDIF proporcionó atención integral e individualizada a niñas, niños y adolescentes de cero a 18 años de edad en situación de desamparo albergados en los cuatro centros nacionales Modelo y en el Centro Amanecer para Niños. Asimismo, en los centros nacionales gerontológicos y casas hogar para ancianos se brindó a los adultos mayores servicios de atención médica, psicológica y de trabajo social, entre otros. De septiembre de 2011 a agosto de 2012, se proporcionaron un millón 413 mil 972 servicios asistenciales a un promedio de 313 menores y se realizaron un millón 423 mil 449 acciones en los centros asistenciales, beneficiando a un promedio de 434 adultos mayores. Otra vertiente de servicio para los adultos mayores es la atención de día, con la que se proporciona alimentación, actividades recreativas y sociales, atención médica, psicológica y de trabajo social, entre otras, beneficiando a un promedio de 83 adultos mayores.

Respecto al Programa de Prevención, Rehabilitación e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad y sus Familias, que el SNDIF opera en coordinación con los sistemas estatales, se alcanzaron los siguientes resultados en los 21 centros de rehabilitación en los que se ha implementado este programa:

- Se llevaron a cabo cuatro mil 496 pláticas de orientación e información, a las que asistieron 72 mil 152 personas con discapacidad o en riesgo de presentarla y sus familias; se otorgaron 664 mil 718 consultas médicas especializadas de valoración de personas con discapacidad; se realizaron 35 mil 90 valoraciones médicas individuales en diversos grupos de población para la detección de discapacidad, y se dieron un millón 518 mil 127 sesiones de terapia física, ocupacional y de lenguaje a favor de 50 mil 420 personas con discapacidad.
- Con relación a las actividades de profesionalización para la rehabilitación y terapia física y ocupacional, se impartieron tres cursos, uno a nivel de posgrado para la formación de 44 médicos especialistas en medicina de rehabilitación y dos a nivel licenciatura, donde se encuentran en formación 417 estudiantes en terapia física y 44 en terapia ocupacional, distribuidos en los centros de rehabilitación del Distrito Federal, Puebla, Toluca, Ciudad Victoria, Chetumal, Guadalajara y Durango.
- Se continuó con la difusión de los derechos de las personas con discapacidad mediante talleres y pláticas en diferentes centros de rehabilitación. Se llevaron a cabo 73 talleres informativos, contando con la participación de mil 323 asistentes.
- Se entregaron en los 34 módulos del programa de Credencial Nacional para Personas con Discapacidad, ubicados en diferentes entidades de la república, un total de 34 mil 916 credenciales a personas con discapacidad.

Los resultados de la Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria que el SNDIF coordina con los SEDIF fueron los siguientes:

- Se distribuyeron con recursos federales 981 millones 590 mil 758 desayunos escolares, beneficiando a cinco millones 185 mil 671 niñas y niños en promedio al día.
- Por otra parte, a través del programa de Atención a Menores de Cinco Años en Riesgo No Escolarizados, los SEDIF y DIF-DF distribuyeron 76 millones 238 mil 891 raciones alimenticias, lo que benefició en promedio diario a 420 mil 368 menores.
- Con el Programa de Asistencia Alimentaria a Familias en Desamparo, los SEDIF y DIF-DF distribuyeron dos millones 515 mil 451 despensas, con lo que se apoyó a 364 mil 843 familias de mil siete municipios.
- Mediante el Programa de Asistencia Alimentaria a Sujetos Vulnerables, los SEDIF y DIF-DF distribuyeron siete millones 469 mil 110 despensas, apoyando a 799 mil 35 beneficiarios.

16. CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL

16. CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL

CIJ es una institución especializada en la prevención, tratamiento, investigación y capacitación integral de las adicciones, que tiene como propósito contribuir a la disminución de la demanda de drogas con la participación de la comunidad. Su experiencia en este ámbito, es otorgar servicios de calidad nacional e internacional.

Las actividades de prevención y tratamiento que proporciona el CIJ se llevaron a cabo a través de una red de atención de 113 unidades operativas, conformada por:

- 99 CIJ, que operan en zonas de atención prioritaria de alto riesgo para el consumo de drogas en todo el país.
- 12 unidades de hospitalización, las cuales se encuentran funcionando en Baja California, Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Guerrero, Nuevo León, Sinaloa y Zacatecas. Cabe mencionar que Jalisco y el Estado de México cuentan con dos unidades respectivamente.
- Dos unidades de tratamiento a personas con problemas de consumo de heroína, ubicadas en Ciudad Juárez y Tijuana.

Entre septiembre de 2011 y agosto de 2012, se realizaron un total de 244 mil 898 acciones de prevención universal, selectiva e indicada, con lo que se logró una cobertura de cuatro millones 900 mil 925 personas. Con respecto al periodo anterior, los resultados alcanzados, registraron incrementos de 24 por ciento en acciones y 31 por ciento en personas, respectivamente. Con relación a la estrategia de Prevención Universal, la cual integra actividades de información, orientación y capacitación, se lograron los siguientes resultados:

- Información: se realizaron 113 mil 389 acciones, con lo cual se impactó a cuatro millones 556 mil 886 personas, entre niños, adolescentes, adultos jóvenes, padres de familia y población en general, lo que representa incrementos de 13 y 32 por ciento respectivamente, comparado con el periodo previo.
- Orientación: se llevaron a cabo 64 mil 879 acciones de orientación preventiva (talleres psico-educativos) con niños y niñas, adolescentes, adultos jóvenes, madres y padres de familia, a las cuales asistieron 284 mil 677 personas.
- Capacitación: se realizaron 58 mil 664 sesiones de capacitación, a las que asistieron 37 mil 863 personas, cifras superiores en 99 y 88 por ciento respectivamente, en relación al periodo anterior. El resultado obedece a que se habilitó un mayor número de promotores y voluntarios.

En cuanto a la estrategia de Prevención Selectiva enfocada a segmentos de la población que están en mayor riesgo de iniciar el consumo de drogas, e Indicada orientada a evitar el desarrollo del abuso de sustancias en individuos que presentan signos tempranos de daño, se realizaron siete mil 966 acciones, con lo cual se impactó a 21 mil 499 personas, lo que representa incrementos significativos con relación al periodo anterior, debidos básicamente a que se incrementó la operación de proyectos selectivos dirigidos a grupos vulnerables diversos: bajo rendimiento escolar, prevención del consumo de tabaco en adolescentes de secundaria, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, atención de víctimas de violencia doméstica, abuso sexual y atención de adultos en plenitud.

A través de las actividades de movilización comunitaria, entre septiembre de 2011 y agosto de 2012 se efectuaron 111 mil 340 acciones, con lo que se impactó a un millón 40 mil 743 personas, lo que representó un incremento en la cobertura de 14 por ciento en comparación con el periodo anterior. Dicho incremento se logró debido a la implementación del registro que realiza el recurso voluntario en actividades de apoyo, prevención universal y jornadas preventivas. Por otro lado, se estableció el proyecto Centro Preventivo de Día, en el cual se ofrecen actividades lúdico-recreativas, educativas-formativas y físico-deportivas a la comunidad en general.

Entre septiembre de 2011 y agosto de 2012, se otorgaron 383 mil 943 consultas externas a 77 mil 991 pacientes, incluyendo familiares. En relación al periodo anterior, los servicios de tratamiento ambulatorio permanecieron en el mismo nivel y los pacientes se incrementaron en 2 por ciento, como resultado del diseño de nuevos dispositivos de atención, que agrupan a los pacientes para lograr una mayor cobertura.

Los servicios ambulatorios se proporcionan en el proyecto de intervención temprana, para consumidores experimentadores; consulta externa para pacientes con un nivel de severidad en su consumo de moderado a grave, y centro de día para personas con un nivel de severidad grave en su consumo. Todos los servicios se aplican de forma integral e interdisciplinaria.

Por su parte las unidades de hospitalización, atendieron a mil 972 pacientes, con diagnósticos de síndromes de intoxicación y abstinencia, así como dependencia crónica a varias sustancias psicoactivas, resultado que significó 29 por ciento más de lo realizado en el periodo previo. Egresaron mil 744 personas y 228 continuaron su tratamiento, obteniendo incrementos de 30 por ciento en egresos y 22 por ciento en pacientes. En la mayoría de los casos, se logró la remisión total de la sintomatología adictiva y apoyo al paciente egresado en el proceso de reinserción social y familiar.

Durante el periodo que se informa, las Unidades de Tratamiento para Personas con Problemas en el Consumo de Heroína, atendieron a 326 pacientes de nuevo ingreso al programa de mantenimiento y deshabitación con metadona, el cual está sustentado en las políticas públicas de reducción de consecuencias sanitarias, teniendo los siguientes objetivos clínicos: interrumpir el ciclo de intoxicación-síndrome abstinencia; disminuir el consumo de otros opiáceos ilícitos; reducir el riesgo de muerte por sobredosis; reducir conductas de riesgo y transmisión de infecciones mortales; reducir las conductas antisociales; y fomentar el apego a tratamiento.

Como parte de las medidas para combatir el tabaquismo, se implementó el Consejo Médico, Intervención Breve que tiene como propósito motivar a los fumadores a que se incorporen a las clínicas para dejar de fumar. Acudieron a este servicio 21 mil 952 personas e ingresaron a tratamiento integral cuatro mil 487, cifras similares a las obtenidas en el periodo anterior. Es importante señalar que el tratamiento para dejar de fumar se otorga en las modalidades de farmacológica y psicosocial. En la primera, se utiliza la terapia de remplazo de nicotina (chicles, parches) o la prescripción de algún fármaco, mientras que en la segunda modalidad, se aplican 10 sesiones de terapia cognitivo-conductual en grupo.

A partir de 2012 en todas las clínicas para dejar de fumar se cuenta con monitores de monóxido de carbono y con espirómetros (pruebas de capacidad pulmonar) para favorecer la detección oportuna, la reducción de daños y la cesación del consumo de tabaco entre los pacientes. A la fecha se han realizado 498 acciones en tres mil 664 personas.

En cuanto a proyectos de investigación, de septiembre de 2011 a agosto de 2012, se desarrollaron 23 proyectos centrados en epidemiología, factores de riesgo y contextuales del uso de sustancias, así como de evaluación de programas de atención del uso de sustancias y adicciones. Se concluyeron 10 estudios de investigación epidemiológica, psicosocial, cualitativa y evaluativa; se publicó un artículo en revista especializada y se participó en la elaboración de uno más; cinco fueron aceptados para su publicación en revistas indizadas y tres se encuentran en dictamen. Se publicaron dos artículos en volumen institucional de divulgación, 14 reportes y dos reseñas en Internet.

En congresos nacionales e internacionales se presentaron 14 ponencias y se efectuó un curso de capacitación de personal operativo para la actualización del estudio básico de comunidad objetivo (diagnostico situacional del consumo de sustancias en el contexto de 39 municipios en los que CIJ cuenta con unidades operativas), con la asistencia de 41 integrantes de equipos médico-técnicos.

En materia de enseñanza, se capacitó, actualizó y formó a mil 361 profesionales de la salud de CIJ y de otras organizaciones afines, a través de 75 actividades académicas que incluyeron 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. Por su parte el área de documentación científica proporcionó el servicio de Biblioteca Virtual en Adicciones a un total de 13 mil 499 usuarios.

En cuanto a actividades de coordinación nacional, se firmaron 102 convenios y 149 concertaciones. De estos convenios tres son de carácter nacional, dos tienen cobertura en el DF y 97 a nivel local, a través de

los cuales se realizaron actividades de prevención universal, selectiva e indicada con los sectores educativo (niveles básico, superior y posgrado), salud, social, justicia y laboral.

Se conformaron dos redes universitarias, una en Oaxaca y otra firmada en el Congreso Internacional de Adicciones de CIJ en donde participaron universidades de distintas entidades federativas; dos alianzas de mujeres contra las drogas y la violencia de Hidalgo y Coahuila; así como una alianza de jóvenes contra las adicciones y la violencia de Durango.

En materia de coordinación internacional, se recibió la visita del Presidente de la JIFE, presentándole el programa institucional en prevención, tratamiento, investigación y desarrollo de recursos humanos, así como el posicionamiento regional e internacional de CIJ; se participó, como parte de la delegación mexicana, en el quincuagésimo período ordinario de sesiones y 25° aniversario de la Comisión Interamericana para el Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos, en Buenos Aires, Argentina; se le designó representante del Comité sobre Estupefacientes de las Organizaciones No Gubernamentales de Viena; participó en el panel de salud mental del Foro Binacional de Políticas Públicas sobre Migración y Salud Global en San Antonio, Texas y en el tercer foro mundial realizado por la Federación Mundial contra las Drogas, donde recibió el nombramiento como miembro adjunto de la mesa directiva representando a Latinoamérica.

17. LABORATORIOS DE BIOLÓGICOS Y REACTIVOS DE MÉXICO

17. LABORATORIOS DE BIOLÓGICOS Y REACTIVOS DE MÉXICO

La empresa paraestatal, BIRMEX, es la entidad del Gobierno Federal encargada del desarrollo, producción, comercialización y distribución de vacunas, sueros y biológicos empleados en los programas de inmunización del país.

Las funciones asignadas a la entidad se alinean con el propósito del Programa Nacional de Salud de garantizar un blindaje efectivo contra amenazas epidemiológicas y una respuesta oportuna a desastres para mitigar el daño al comercio, la industria y el desarrollo regional, a través de asegurar la producción nacional de reactivos, vacunas y otros dispositivos médicos estratégicos para la seguridad nacional e impulsar la infraestructura de prevención y control de enfermedades a través del fortalecimiento de la capacidad de respuesta a las emergencias en salud y la creación de una planta de producción de vacunas.

En cumplimiento a estos lineamientos BIRMEX se planteó como objetivos, desarrollar su capacidad tecnológica, fortalecer su capacidad de producción y ampliar su cobertura del mercado.

Las acciones y resultados más relevantes del periodo del 1° de septiembre de 2011 al 31 de agosto de 2012, se describen a continuación:

En materia de investigación, se continuó con el desarrollo de los 29 proyectos en curso, relacionados con vacunas virales y bacterianas, así como faboterápicos, los avances más relevantes fueron los siguientes:

- Se concluyó la fase de pruebas del estudio de Purificación del Suero Antiviperino Polivalente utilizando Ácido Caprílico. Los resultados a nivel experimental indican que con esta nueva tecnología podría duplicarse el rendimiento en la producción del faboterápico antialacrán. Se iniciaron los trabajos para la transferencia de la tecnología generada, los cuales se prevé que duren un año, al final del cual, la producción se podrá realizar utilizando esta nueva tecnología.
- Se finalizó la fase de campo del Ensayo Clínico Aleatorizado para Evaluar la Eficacia y Seguridad del Suero Polivalente Antialacrán de BIRMEX vs. *Alacramyn*, en Pacientes Pediátricos y se están integrando los expedientes para elaborar el reporte final el cual se concluirá antes de diciembre de 2012.
- En relación con el Proyecto de Producción de Vacuna contra Rotavirus en Baculovirus se inició el proceso de transferencia de la tecnología del Instituto de Biotecnología de la UNAM a BIRMEX para la producción de vacunas en células de insecto Baculovirus; una vez concluida esta etapa, iniciarán los ensayos para la producción de lotes experimentales, a nivel piloto, de la vacuna contra Rotavirus. Cabe destacar que la tecnología es aplicable a otras vacunas, por lo cual esta investigación abrirá nuevas expectativas para la producción de vacunas en México.
- Para el estudio relacionado con la vacuna antiadictiva contra morfina–heroína (MTT), se concluyeron las obras de la Planta Piloto Multipropósito, en la cual se llevarán a cabo los trabajos para la producción de lotes experimentales, a escala piloto, para posteriormente efectuar ensayos clínicos fase I y II.
- Respecto a la Maestría en Vacunología que se desarrolla en coordinación con el INSP, en noviembre de 2011 se concluyeron los seminarios de tesis, en los que se revisaron los avances de los trabajos de los participantes en el programa y se brindó asesoría y recomendaciones para su conclusión. Habiendo terminado, se iniciaron los trámites de titulación de los primeros cuatro alumnos y el primer examen se efectuó en julio de 2012.

Para fortalecer su capacidad de producción, BIRMEX desarrolló un programa para la remodelación de sus instalaciones de producción. La primera instalación fue el Instituto Nacional de Virología, en donde

se reinició la producción en 2008; la segunda parte de la remodelación de este instituto atendió a las áreas de control de calidad y concluyó en 2010. Esta remodelación permitió gestionar el Certificado de Buenas Prácticas de Fabricación ante la COFEPRIS, por ello, en mayo de 2012 la Comisión realizó una visita de inspección a las instalaciones del Instituto y emitió sus observaciones, que deberán ser atendidas para poder obtener dicho certificado antes de concluir 2012, lo que abrirá la posibilidad de exportar los excedentes de vacuna antipoliomielítica.

En noviembre de 2011 se concluyó la remodelación del Instituto Nacional de Higiene, iniciada en 2010 y, con la autorización de COFEPRIS, de inmediato se reinició la producción. Se trabaja en la preparación de las condiciones para solicitar el Certificado de Buenas Prácticas de Fabricación.

Continuaron las obras de la planta para la fabricación de la vacuna contra influenza en México iniciadas en 2010. La primera etapa de las obras concluyó contractualmente en diciembre de 2011, con incumplimientos del contratista, por lo que se tomaron las medidas legales y técnicas para subsanar las deficiencias y poder continuar con el proyecto. La segunda etapa inició en noviembre de 2011 y continuará durante 2012, esperando su conclusión en abril de 2013. Durante 2014 se calificarán todos los equipos e instalaciones y se validarán todos los sistemas de la planta. Se ha programado iniciar la producción de la vacuna en 2015, contando con los permisos de la COFEPRIS.

Entre enero y agosto de 2012, la producción de biológicos ascendió a 27.4 millones de dosis, de los cuales 17 millones corresponden a vacunas bacterianas, 10.1 millones a vacunas virales y se fabricaron 291 mil 396 frascos de faboterápicos para el tratamiento de intoxicaciones ocasionadas por ataques de víbora y alacrán. Con la producción lograda en este período se han surtido de estas vacunas a las instituciones que lo han demandado.

En 2011 el Instituto Nacional de Higiene estuvo cerrado para ser remodelado y la producción de vacunas se suspendió, por lo tanto, la comparación de la producción enero a agosto de 2011 y 2012, muestra la reactivación de la producción en el último año mencionado (Cuadro XVII.1).

CUADRO XVII.1 PRODUCCIÓN DE VACUNAS Y BIOLÓGICOS (DOSIS)

CONCEPTO	DATOS ANUALES			ENERO-AGOSTO	
	OBSERVADO		META 2012	2011	2012
	2010	2011			
Total producido	48 748 915	25 635 580	58 509 066	15 397 680	27 401 066
Vacunas bacterianas	367 690	0	22 059 130	0	16 999 130
Vacunas virales	48 311 408	25 635 580	36 110 540	15 397 680	10 110 540
Faboterápicos	69 817	0	339 396	0	291 396

FUENTE: Reportes de producción, Dirección General Adjunta de Operación. BIRMEX

Entre enero y agosto de 2012, BIRMEX distribuyó 42.2 millones de dosis de vacunas bacterianas, virales, sueros y otros biológicos a diferentes instituciones del sector salud. La comparación con el año anterior muestra una evolución favorable del suministro de vacunas y biológicos a las instituciones que lo demandaron, ya que el volumen registrado en el período enero agosto 2012 fue superior en 24 por ciento a las 34 millones de dosis surtidas en el mismo período de 2011 (Cuadro XVII.2).

CUADRO XVII.2 VENTAS COMPARATIVAS 2010-2012 (DOSIS)

CONCEPTO	DATOS ANUALES			ENERO-AGOSTO		VARIACIÓN PORCENTUAL ANUAL
	OBSERVADO		META 2012	2011	2012 ^{1/}	
	2010	2011				
Total producido	94 499 335	75 515 183	83 111 222	34 019 312	42 247 472	24.2
Vacunas bacterianas	22 410 853	15 200 983	19 453 340	6 974 743	8 669 279	24.3
Vacunas virales	71 897 539	60 245 780	57 535 200	26 986 174	33 508 272	24.2
Sueros	182 078	36 750	6 101 570	32 225	54 564	69.3
Otros biológicos	8 865	31 670	21 112	26 170	15 357	-41.3

^{1/} Cifras preliminares.

Fuente: Dirección General Adjunta de Comercialización. BIRMEX.

A este resultado contribuyó fundamentalmente el suministro de vacuna antipoliomielítica al IMSS, lo que contrasta con el año 2011 en el que el Instituto no adquirió dicha vacuna, porque tenía existencias suficientes en inventario. Igualmente influyó el surtimiento de vacuna contra el VPH, debido a que BIRMEX ganó la licitación para su surtimiento que realizó la SS.

Cabe destacar que la meta prevista para 2012 es superior a la meta alcanzada en 2011 y los resultados del periodo enero agosto 2012 muestran que existen buenas perspectivas para que sea alcanzada.

ANEXO ESTADÍSTICO

ESPERANZA DE VIDA AL NACER
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2011

ENTIDAD FEDERATIVA	ESPERANZA DE VIDA AL NACER		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Nacional	75.6	73.2	77.9
Aguascalientes	75.8	73.7	77.9
Baja California	76.4	73.9	78.8
Baja California Sur	76.3	73.9	78.8
Campeche	75.5	73.2	77.8
Coahuila	75.2	72.9	77.5
Colima	75.9	73.5	78.4
Chiapas	74.6	72.3	76.9
Chihuahua	76.2	74.0	78.3
Distrito Federal	76.4	74.0	78.9
Durango	74.9	72.7	77.1
Guanajuato	75.8	73.6	78.1
Guerrero	74.0	71.7	76.3
Hidalgo	75.3	72.9	77.6
Jalisco	75.8	73.5	78.0
México	76.2	73.7	78.6
Michoacán	75.2	73.1	77.4
Morelos	76.3	73.7	78.8
Nayarit	75.5	73.3	77.6
Nuevo León	75.7	73.3	78.2
Oaxaca	74.8	72.5	77.1
Puebla	75.7	73.2	78.2
Querétaro	75.9	73.5	78.3
Quintana Roo	76.6	74.4	78.9
San Luis Potosí	75.6	73.3	77.9
Sinaloa	75.0	72.9	77.2
Sonora	75.6	73.2	78.1
Tabasco	75.1	73.0	77.3
Tamaulipas	75.5	73.1	77.8
Tlaxcala	76.4	74.1	78.6
Veracruz	74.4	72.1	76.8
Yucatán	75.6	73.3	77.9
Zacatecas	76.1	73.9	78.3

FUENTE: Proyecciones de población 2005 - 2050, CONAPO 2006.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2010

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA ^{1/}	CÓDIGO CIE-10 ^{2/}	DEFUNCIONES	TASA ^{3/}
	Total	A00-Z99	590 886	545.1
1	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco solo para mortalidad)	104 908	96.8
	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	70 703	65.2
2	Diabetes mellitus	E10-E14	82 901	76.5
3	Tumores malignos	C00-C97	70 115	64.7
4	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	37 826	34.9
	Accidentes de tráfico de vehículos de motor	V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9	16 433	15.2
5	Enfermedades del hígado	K70-K76	32 432	29.9
	Enfermedad alcohólica del hígado	K70	12 000	11.1
6	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	32 270	29.8
7	Agresiones (homicidios)	X85-Y09	25 583	23.6
8	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	J44	19 457	17.9
9	Neumonía e influenza	J09-J18	15 606	14.4
10	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	A33, P00-P96	14 376	13.3
	Hipoxia intrauterina, asfixia y otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal	P20-P28	7 875	7.3
	Mal definidas	R00-R99	12 774	11.8
	Las demás causas		142 638	131.6

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas la cual permite establecer comparaciones a nivel nacional, 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: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud con base en las defunciones de INEGI/SSA 2010 y las Proyecciones del CONAPO 2006.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2010

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA ^{1/}	CÓDIGO CIE-10 ^{2/}	DEFUNCIONES ^{3/}	TASA ^{4/}
	Total	A00-Z99	27 236	1 414.0
1	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	A33, P00-P96	13 567	704.4
	Hipoxia intrauterina, asfixia y otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal	P20-P28	7 432	385.8
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99	6 111	317.3
	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	Q20-Q28	3 165	164.3
3	Neumonía e influenza	J09-J18	1 183	61.4
4	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	725	37.6
5	Enfermedades infecciosas intestinales	A00-A09	553	28.7
6	Infecciones respiratorias agudas, excepto neumonía e influenza	J00-J06, J20-J22	540	28.0
	Bronquitis y bronquiolitis agudas	J20-J21	301	15.6
7	Septicemia	A40-A41	526	27.3
8	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	400	20.8
9	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco)	386	20.0
	Enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón	I26-I51 (excepto I46 paro cardíaco)	379	19.7
10	Enfermedades del esófago	K20-K22	138	7.2
	Mal definidas	R00-R99	583	30.3
	Las demás causas		2 524	131.0

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas la cual permite establecer comparaciones a nivel nacional, 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/} Defunciones estimadas por el CONAPO distribuidas como las registradas en INEGI/SSA.

^{4/} Tasa por cien mil nacidos vivos, estimados por CONAPO.

FUENTE: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud con base en las defunciones de INEGI/SSA 2010 y las Proyecciones del CONAPO 2006.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD PREESCOLAR
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2010

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA ^{1/}	CÓDIGO CIE-10 ^{2/}	DEFUNCIONES	TASA ^{3/}
	Total	A00-Y98	5 098	67.1
1	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	1 168	15.4
	Accidentes de tráfico de vehículos de motor	V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9	391	5.1
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99	770	10.1
	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	Q20-Q28	492	6.5
3	Tumores malignos	C00-C97	403	5.3
	Leucemias	C91-C95	200	2.6
4	Neumonía e influenza	J09-J18	359	4.7
5	Enfermedades infecciosas intestinales	A00-A09	240	3.2
6	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	178	2.3
7	Septicemia	A40-A41	128	1.7
8	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	G80-G83	124	1.6
9	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco)	114	1.5
	Enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón	I26-I51 (excepto I46 paro cardíaco solo para mortalidad)	108	1.4
10	Agresiones (homicidios)	X85-Y09	111	1.5
	Mal definidas	R00-R99	108	1.4
	Las demás causas		1 395	18.4

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas la cual permite establecer comparaciones a nivel nacional, 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 de 1 a 4 años.

FUENTE: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud con base en las defunciones de INEGI/SSA 2010 y las Proyecciones del CONAPO 2006.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD ESCOLAR
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2010

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA ^{1/}	CÓDIGO CIE-10 ^{2/}	DEFUNCIONES	TASA ^{3/}
	Total	A00-Y98	6 458	30.8
1	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	1 722	8.2
	Accidentes de tráfico de vehículos de motor	V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9	776	3.7
2	Tumores malignos	C00-C97	1 084	5.2
	Leucemias	C91-C95	581	2.8
3	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99	438	2.1
	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	Q20-Q28	242	1.2
4	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	G80-G83	337	1.6
5	Agresiones (homicidios)	X85-Y09	257	1.2
6	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	X60-X84	187	0.9
7	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco)	184	0.9
	Enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón	I26-I51 (excepto I46 paro cardíaco solo para mortalidad)	158	0.8
8	Neumonía e influenza	J09-J18	170	0.8
9	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	145	0.7
10	Insuficiencia renal	N17-N19	112	0.5
	Mal definidas	R00-R99	89	0.4
	Las demás causas		1 733	8.3

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas la cual permite establecer comparaciones a nivel nacional, 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 de 5 a 14 años.

FUENTE: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud con base en las defunciones de INEGI/SSA 2010 y las Proyecciones del CONAPO 2006.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD PRODUCTIVA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2010

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA ^{1/}	CÓDIGO CIE-10 ^{2/}	DEFUNCIONES	TASA ^{3/}
	Total	A00-Y98	222 990	311.9
1	Diabetes mellitus	E10-E14	31 697	44.3
2	Tumores malignos	C00-C97	29 832	41.7
3	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	25 991	36.4
	Accidentes de tráfico de vehículos de motor	V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9	12 952	18.1
4	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco)	24 631	34.5
	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	16 971	23.7
5	Agresiones (homicidios)	X85-Y09	23 570	33.0
6	Enfermedades del hígado	K70-K76	19 548	27.3
	Enfermedad alcohólica del hígado	K70	8 613	12.0
7	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	7 264	10.2
8	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	B20-B24	4 593	6.4
9	Insuficiencia renal	N17-N19	4 520	6.3
10	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	X60-X84	4 365	6.1
	Mal definidas	R00-R99	2 075	2.9
	Las demás causas		44 904	62.8

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas la cual permite establecer comparaciones a nivel nacional, 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 de 15 a 64 años.

FUENTE: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud con base en las defunciones de INEGI/SSA 2010 y las Proyecciones del CONAPO 2006.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD POSTPRODUCTIVA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2010

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA ^{1/}	CÓDIGO CIE-10 ^{2/}	DEFUNCIONES	TASA ^{3/}
	Total	A00-Y98	324 130	5 054.4
1	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco solo para mortalidad)	79 281	1 236.3
	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	53 504	834.3
2	Diabetes mellitus	E10-E14	51 091	796.7
3	Tumores malignos	C00-C97	38 626	602.3
	Tumor maligno de la próstata	C61	4 928	76.8
	Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	C33, C34	4 597	71.7
	Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	C22	3 610	56.3
4	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	24 684	384.9
5	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	J44	17 548	273.6
6	Enfermedades del hígado	K70-K76	12 540	195.5
7	Neumonía e influenza	J09-J18	10 005	156.0
8	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	7 478	116.6
	Accidentes de tráfico de vehículos de motor	V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9	1 952	30.4
	Caídas	W00-W19	815	12.7
9	Insuficiencia renal	N17-N19	7 145	111.4
10	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	6 721	104.8
	Mal definidas	R00-R99	9 522	148.5
	Las demás		59 489	927.7

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas la cual permite establecer comparaciones a nivel nacional, 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 de 65 años o más.

FUENTE: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud con base en las defunciones de INEGI/SSA 2010 y las Proyecciones del CONAPO 2006.

MORTALIDAD EN LA INFANCIA POR ENTIDAD FEDERATIVA^{1/}
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2010

ENTIDAD FEDERATIVA	MENORES DE 1 AÑO		MENORES DE 5 AÑOS	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
Nacional	15.7	12.5	18.5	15.0
Aguascalientes	13.7	11.0	16.3	13.2
Baja California	12.4	9.9	14.9	12.0
Baja California Sur	12.6	10.1	15.2	12.4
Campeche	16.1	12.8	18.9	15.2
Coahuila	12.5	10.0	14.8	12.0
Colima	12.9	10.3	15.4	12.5
Chiapas	21.5	17.5	25.1	20.5
Chihuahua	13.9	11.1	16.7	13.4
Distrito Federal	11.7	9.4	14.1	11.5
Durango	16.4	12.9	19.0	15.2
Guanajuato	16.5	13.1	19.5	15.7
Guerrero	21.9	17.7	25.2	20.6
Hidalgo	17.1	13.6	20.0	16.1
Jalisco	14.0	11.1	16.6	13.4
México	14.8	11.8	17.7	14.3
Michoacán	17.7	14.0	20.6	16.5
Morelos	13.8	11.0	16.4	13.2
Nayarit	15.6	12.3	18.4	14.7
Nuevo León	11.1	8.9	13.3	10.8
Oaxaca	19.6	15.8	22.9	18.7
Puebla	18.3	14.6	21.6	17.5
Querétaro	15.4	12.3	18.2	14.7
Quintana Roo	13.5	10.9	16.2	13.2
San Luis Potosí	16.4	13.0	19.3	15.5
Sinaloa	14.7	11.6	17.3	13.8
Sonora	13.0	10.4	15.5	12.6
Tabasco	16.6	13.2	19.7	15.8
Tamaulipas	12.8	10.2	15.2	12.3
Tlaxcala	16.5	13.1	19.7	15.7
Veracruz	18.4	14.7	21.4	17.3
Yucatán	15.7	12.5	18.4	14.7
Zacatecas	17.4	13.8	20.6	16.5

^{1/} Tasa por cada 100 mil nacidos vivos.

FUENTE: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud con base en las defunciones de INEGI/SSA 2010 y las Proyecciones del CONAPO 2006.

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA Y POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN MENORES DE 5 AÑOS, TOTAL Y POR SEXO ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1995-2010^{1/}

AÑO	EDAS			IRAS		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
1995	55.2	58.7	51.7	98.2	106.9	89.4
1996	47.0	50.4	43.7	90.1	97.2	82.9
1997	39.3	42.1	36.5	79.9	87.8	71.9
1998	33.4	36.7	30.0	59.7	65.2	54.2
1999	28.3	31.5	25.0	52.8	57.9	47.6
2000	26.8	28.9	24.8	45.6	49.9	41.1
2001	23.6	26.5	20.6	39.1	43.6	34.4
2002	21.5	22.8	20.1	40.4	44.0	36.7
2003	20.2	22.1	18.2	34.0	37.2	30.8
2004	18.4	20.4	16.3	37.2	40.5	33.8
2005	18.4	19.8	16.9	33.1	36.7	29.5
2006	15.1	16.5	13.7	30.8	33.6	27.9
2007	14.8	16.6	13.1	26.7	29.2	24.2
2008	12.1	13.0	11.3	24.5	26.9	22.1
2009	9.6	10.5	8.8	23.6	26.0	21.3
2010	8.4	8.7	8.1	22.9	25.5	20.1

NOTA: Se excluyen residentes en el extranjero.

^{1/} Tasas observadas o estimadas por cien mil niños menores de 5 años.

FUENTE: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud con base en las defunciones de INEGI/SSA 2010 y las Proyecciones del CONAPO 2006.

MORTALIDAD POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA Y POR INFECCION RESPIRATORIA AGUDA EN NIÑOS <5 AÑOS POR ENTIDAD FEDERATIVA, SEGÚN SEXO ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2010^{1/}

ENTIDAD FEDERATIVA	EDAS			IRAS		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Nacional	8.4	8.7	8.1	22.9	25.5	20.1
Aguascalientes	5.4	8.8	1.8	3.6	3.5	3.7
Baja California	2.1	2.8	1.5	10.3	12.5	8.1
Baja California Sur	8.2	8.0	8.5	4.1	4.0	4.2
Campeche	7.2	11.2	2.9	21.5	25.3	17.5
Coahuila	4.7	5.0	4.4	9.0	6.7	11.4
Colima	0.0	0.0	0.0	14.0	15.6	12.3
Chiapas	32.8	38.0	27.4	43.8	43.5	44.2
Chihuahua	7.8	7.9	7.7	15.2	19.0	11.1
Distrito Federal	2.8	3.8	1.7	18.5	21.0	15.9
Durango	7.1	9.7	4.3	14.1	16.6	11.6
Guanajuato	3.6	3.7	3.4	11.1	10.7	11.5
Guerrero	10.6	11.0	10.1	18.2	16.2	20.3
Hidalgo	2.8	2.7	2.8	17.1	19.9	14.1
Jalisco	4.2	3.8	4.6	12.8	15.0	10.5
México	9.3	8.3	10.3	50.0	56.7	42.9
Michoacán	8.6	9.5	7.6	22.9	27.4	18.1
Morelos	6.5	7.0	5.9	8.6	8.4	8.8
Nayarit	7.3	7.1	7.5	13.4	14.2	12.5
Nuevo León	2.4	2.1	2.7	5.8	6.8	4.9
Oaxaca	18.7	22.1	15.2	28.7	36.8	20.3
Puebla	10.3	9.8	10.9	36.9	39.5	34.2
Querétaro	7.6	6.2	9.0	11.4	12.4	10.3
Quintana Roo	10.9	15.4	6.3	10.1	10.8	9.4
San Luis Potosí	7.8	7.7	8.0	17.4	19.6	15.0
Sinaloa	8.2	4.4	12.1	11.8	13.3	10.2
Sonora	6.9	6.3	7.5	12.4	17.0	7.5
Tabasco	7.5	6.3	8.8	19.9	21.1	18.7
Tamaulipas	2.2	3.6	0.7	8.0	10.0	6.0
Tlaxcala	7.4	7.3	7.5	31.4	38.1	24.4
Veracruz	10.6	10.7	10.4	23.2	24.6	21.8
Yucatán	11.0	10.8	11.3	20.2	24.0	16.3
Zacatecas	3.2	0.0	6.6	14.5	18.9	9.9

NOTA: Se excluyen residentes en el extranjero.

^{1/} Tasas estimadas por cien mil niños menores de 5 años.

FUENTE: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud con base en las defunciones de INEGI/SSA 2010 y las Proyecciones del CONAPO 2006.

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2010

CAUSA	CÓDIGO CIE-10	DEFUNCIONES	RMM ^{1/}
Total	000-095, 098-099, A34, D392, F53, M830 y B20-B24^{2/}	992	51.5
Aborto	000-008	92	4.8
Hemorragia obstétrica	O20,044-046, 067, 072	194	10.1
Infección puerperal	O85-086, A34	18	0.9
Edema, proteinuria, trastornos hipertensivos en embarazo, parto y puerperio (toxemia)	O10-016	248	12.9
Parto obstruido	O64-066	4	0.2
Causas obstétricas indirectas	O98-099	248	12.9
Otras causas maternas	O21-043, 047-063, 068-071, 073-084, 087-095	188	9.8

NOTA: No se incluyen las defunciones maternas tardías (O96 y O97)

^{1/} Razón por cien mil nacidos vivos estimados por CONAPO.

^{2/} B20-B24 Si la mujer estaba embarazada.

FUENTE: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud con base en las defunciones de INEGI/SSA 2010 y las Proyecciones del CONAPO 2006.

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA POR ENTIDAD FEDERATIVA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2010

ENTIDAD FEDERATIVA	RMM ^{1/}
Nacional	51.5
Aguascalientes	44.6
Baja California	42.6
Baja California Sur	41.0
Campeche	55.3
Coahuila	51.6
Colima	0.0
Chiapas	73.2
Chihuahua	66.4
Distrito Federal	58.8
Durango	52.6
Guanajuato	43.1
Guerrero	85.5
Hidalgo	65.6
Jalisco	38.0
México	45.5
Michoacán	68.0
Morelos	35.3
Nayarit	48.1
Nuevo León	18.6
Oaxaca	88.7
Puebla	52.5
Querétaro	40.1
Quintana Roo	48.7
San Luis Potosí	47.0
Sinaloa	40.5
Sonora	27.7
Tabasco	36.9
Tamaulipas	46.9
Tlaxcala	63.8
Veracruz	61.3
Yucatán	35.7
Zacatecas	47.4

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 vivos estimados

FUENTE: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud con base en las defunciones de INEGI SSA 2010 y las Proyecciones del CONAPO 2006.

MORTALIDAD POR CÁNCER CÉRVICO-UTERINO Y POR CÁNCER DE MAMA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1995-2010 ^{1/}

AÑO	CERVICO UTERINO	MAMA
1995	21.6	14.8
1996	21.6	14.8
1997	21.0	14.8
1998	20.4	15.1
1999	20.0	14.9
2000	19.6	14.6
2001	18.6	14.8
2002	17.3	15.4
2003	16.9	15.2
2004	16.2	15.9
2005	15.9	15.7
2006	15.0	16.2
2007	14.3	16.3
2008	14.0	16.7
2009	13.9	16.6
2010	13.1	16.7

NOTA: Se utilizaron los códigos CIE 10 C50-CAMA y CIE 10 C53-CACU. Se excluyeron residentes en el extranjero

^{1/} Tasas observadas por cien mil mujeres de 25 años o más.

FUENTE: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud con base en las defunciones de INEGI/SSA 1995-2010 y las Proyecciones del CONAPO 2006.

MORTALIDAD POR CÁNCER CÉRVICO-UTERINO Y POR CÁNCER DE MAMA
 POR ENTIDAD FEDERATIVA
 ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2010 ^{1/}

ENTIDAD FEDERATIVA	CÉRVICO-UTERINO	MAMA
Nacional	13.1	16.7
Aguascalientes	13.0	14.6
Baja California	13.3	19.4
Baja California Sur	11.9	20.5
Campeche	12.4	12.0
Coahuila	13.9	21.7
Colima	18.2	22.3
Chiapas	18.6	11.6
Chihuahua	14.1	20.3
Distrito Federal	10.2	22.9
Durango	12.3	14.7
Guanajuato	10.9	13.8
Guerrero	17.3	13.4
Hidalgo	11.8	11.2
Jalisco	11.4	20.8
México	10.2	14.8
Michoacán	15.2	17.4
Morelos	18.1	17.6
Nayarit	17.6	15.3
Nuevo León	9.6	23.6
Oaxaca	20.1	9.1
Puebla	13.5	11.3
Querétaro	10.6	16.5
Quintana Roo	10.5	7.0
San Luis Potosí	13.4	16.6
Sinaloa	14.5	18.9
Sonora	15.6	23.9
Tabasco	13.2	14.7
Tamaulipas	13.9	19.9
Tlaxcala	10.3	10.9
Veracruz	16.4	15.2
Yucatán	17.1	10.9
Zacatecas	8.7	16.4

NOTA: Se utilizaron los códigos CIE 10 C50-CAMA y CIE 10 C53-CACU. Se excluyeron residentes en el extranjero.

^{1/} Tasas observadas por cien mil mujeres de 25 años o más.

FUENTE: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud con base en las defunciones de INEGI/SSA 2010 y las Proyecciones del CONAPO 2006.

MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS, ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO, TOTAL Y POR SEXO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1995-2010 ^{1/}

AÑO	DIABETES MELLITUS			ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN			ACCIDENTES DE TRÁNSITO DE VEHÍCULO DE MOTOR		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
1995	36.2	32.1	40.3	41.5	45.8	37.3	14.4	22.9	6.0
1996	37.3	33.3	41.3	43.0	47.5	38.5	14.9	24.0	5.9
1997	38.0	33.8	42.2	44.7	49.6	39.8	15.2	24.1	6.4
1998	43.6	39.1	48.0	44.4	49.3	39.6	14.0	22.2	6.0
1999	46.9	42.0	51.7	45.1	49.6	40.6	14.0	22.2	5.9
2000	47.3	42.7	51.7	44.4	48.9	40.0	14.0	22.2	5.9
2001	50.0	45.2	54.6	45.6	50.7	40.5	13.8	21.7	6.1
2002	54.3	50.4	58.1	47.8	53.4	42.4	14.2	22.3	6.3
2003	58.0	53.1	62.7	49.8	55.6	44.1	14.4	22.6	6.4
2004	60.4	55.8	64.8	49.0	55.1	43.0	14.4	22.7	6.3
2005	64.5	60.2	68.8	51.2	57.9	44.6	15.1	24.0	6.5
2006	65.2	61.7	68.6	51.1	58.0	44.5	15.8	25.0	6.8
2007	66.6	63.9	69.2	52.7	60.1	45.5	14.3	22.7	6.1
2008	70.8	68.0	73.6	55.8	64.1	47.9	15.8	25.4	6.5
2009	72.2	69.9	74.3	58.7	67.0	50.7	16.4	26.2	6.9
2010	76.5	74.5	78.4	65.2	74.2	56.5	15.2	24.2	6.5

NOTA: Se excluyeron residentes en el extranjero.

^{1/} Tasas observadas por cien mil habitantes.

FUENTE: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud con base en las defunciones de INEGI/SSA 2010 y las Proyecciones del CONAPO 2006.

MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS, ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO POR ENTIDAD FEDERATIVA, SEGÚN SEXO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2010^{1/}

ENTIDAD FEDERATIVA	DIABETES MELLITUS			ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN			ACCIDENTES DE TRÁNSITO DE VEHÍCULO DE MOTOR		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Nacional	76.5	74.5	78.4	65.2	74.2	56.5	15.2	24.2	6.5
Aguascalientes	60.0	56.5	63.4	41.8	44.6	39.3	20.5	33.4	8.4
Baja California	55.0	53.7	56.5	56.1	67.4	43.7	9.6	13.8	5.0
Baja California Sur	47.1	48.0	46.1	63.0	78.7	45.8	21.2	34.2	6.9
Campeche	62.6	59.1	66.0	54.6	64.4	44.9	10.9	19.6	2.5
Coahuila	83.2	78.6	87.7	84.8	98.7	70.9	13.3	21.5	5.0
Colima	68.2	68.1	68.3	62.1	69.1	55.1	19.2	31.7	6.6
Chiapas	50.8	45.4	56.0	41.3	46.7	36.1	4.5	7.7	1.5
Chihuahua	70.9	65.5	76.5	84.2	93.5	74.4	23.5	33.3	12.9
Distrito Federal	103.6	106.6	100.7	96.5	100.1	93.2	11.8	17.5	6.5
Durango	64.6	56.8	72.0	87.1	102.9	71.9	20.8	33.0	9.0
Guanajuato	85.9	87.1	84.8	64.5	74.5	55.5	19.4	32.0	8.0
Guerrero	67.3	65.2	69.3	55.7	63.5	48.4	11.1	17.1	5.5
Hidalgo	73.4	72.4	74.4	69.9	77.4	63.0	14.1	23.6	5.3
Jalisco	75.1	77.0	73.3	64.7	72.8	56.9	21.0	33.2	9.1
México	77.7	76.4	79.1	45.4	49.8	41.0	13.7	20.8	6.6
Michoacán	91.6	90.7	92.4	61.9	71.7	52.9	21.7	36.2	8.3
Morelos	91.4	88.1	94.5	59.7	67.0	52.7	10.8	17.2	4.7
Nayarit	72.0	69.7	74.3	75.0	87.1	63.1	27.9	42.7	13.3
Nuevo León	65.9	64.9	66.9	80.6	97.9	63.0	7.8	12.6	2.9
Oaxaca	72.1	68.3	75.5	55.5	63.5	48.3	16.3	27.9	5.9
Puebla	84.4	82.0	86.6	51.9	57.0	47.1	12.4	19.6	5.6
Querétaro	59.9	59.0	60.7	55.6	66.8	44.8	22.3	35.9	9.4
Quintana Roo	40.7	43.0	38.2	24.6	32.4	16.7	11.0	17.2	4.7
San Luis Potosí	66.7	63.7	69.4	65.2	77.0	54.1	16.0	26.1	6.5
Sinaloa	59.6	58.8	60.4	76.9	90.3	63.4	24.7	40.5	8.7
Sonora	66.1	61.8	70.5	97.2	115.9	78.0	22.3	33.7	10.6
Tabasco	84.5	75.7	93.0	55.4	69.1	42.2	26.2	45.8	7.2
Tamaulipas	79.1	76.3	81.8	81.6	99.1	64.0	16.4	26.5	6.3
Tlaxcala	86.1	84.9	87.2	36.8	43.2	30.8	14.8	24.8	5.4
Veracruz	91.9	89.4	94.1	72.0	82.3	62.5	8.8	14.7	3.4
Yucatán	62.3	50.7	73.7	85.1	95.9	74.4	13.5	23.6	3.6
Zacatecas	68.0	65.0	70.8	65.4	75.7	55.8	26.9	44.2	10.8

NOTA: Se excluyen residentes en el extranjero.

^{1/} Tasas observadas por cien mil habitantes.

FUENTE: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud con base en las defunciones de INEGI/SSA 2010 y las Proyecciones del CONAPO 2006.

TENDENCIA DE LA MORBILIDAD POR TUBERCULOSIS PULMONAR, PALUDISMO, DENGUE Y DIABETES MELLITUS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1995-2011

	TUBERCULOSIS PULMONAR		PALUDISMO		DENGUE		DIABETES MELLITUS	
	CASOS	TASA ^{1/}	CASOS	TASA ^{1/}	CASOS	TASA ^{1/}	CASOS	TASA ^{1/}
1995	17 157	18.7	7 423	8.1	36 568	39.9	272 308	296.9
1996	16 995	18.2	6 293	6.7	36 538	39.2	249 774	268.2
1997	19 577	20.7	4 808	5.1	53 541	56.5	312 892	331.1
1998	18 032	18.8	25 023	26.0	23 639	24.6	336 967	351.7
1999	16 881	14.4	13 450	13.8	23 294	23.8	284 811	293.2
2000	15 649	15.9	7 390	7.5	1 781	1.8	291 135	295.7
2001	16 323	16.4	4 996	5.0	4 955	4.9	299 351	300.2
2002	15 432	15.3	4 624	4.5	15 413	15.0	322 285	319.4
2003	15 055	14.4	3 819	3.7	6 996	6.7	393 844	386.1
2004	14 443	14.0	3 408	3.2	8 202	7.8	417 678	405.5
2005	14 820	14.3	2 957	2.8	21 905	20.6	410 751	395.1
2006	13 813	13.2	2 514	2.3	29 836	27.8	409 580	390.5
2007	14 550	13.8	2 361	2.2	52 369	48.2	419 884	396.9
2008	15 035	14.1	2 357	2.2	35 603	32.5	410 017	384.3
2009	14 915	13.9	2 703	2.4	55 961	50.6	448 451	417.0
2010	15 384	13.7	1 226	1.1	30 150	26.8	438 293	404.0
2011	15 303	14.1	1 124	1.0	16 387	14.6	428 601	393.7

^{1/} Tasa por cien mil habitantes

FUENTE: Dirección General Adjunta de Epidemiología, SS.

COBERTURA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS DE 1 AÑO Y EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2010

ENTIDAD FEDERATIVA	PORCENTAJE DE NIÑOS DE 1 AÑO ^{1/}	PORCENTAJE DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS ^{1/}
Nacional	95.5	97.2
Aguascalientes	95.9	96.7
Baja California	95.0	88.9
Baja California Sur	93.9	95.0
Campeche	91.5	93.5
Coahuila	93.0	95.2
Colima	93.1	84.6
Chiapas	96.3	97.4
Chihuahua	95.8	97.2
Distrito Federal	91.9	97.3
Durango	94.9	96.5
Guanajuato	96.7	95.6
Guerrero	96.5	89.3
Hidalgo	96.1	97.3
Jalisco	97.3	97.3
México	96.2	97.5
Michoacán	95.5	96.7
Morelos	94.9	95.4
Nayarit	96.5	92.4
Nuevo León	91.3	96.2
Oaxaca	96.5	98.0
Puebla	96.6	96.6
Querétaro	92.4	95.9
Quintana Roo	92.6	83.3
San Luis Potosí	94.3	94.4
Sinaloa	91.0	96.1
Sonora	95.0	97.4
Tabasco	94.9	98.2
Tamaulipas	93.6	93.2
Tlaxcala	96.1	94.7
Veracruz	96.6	96.9
Yucatán	94.4	96.2
Zacatecas	94.1	95.2

^{1/} Esquema completo de vacunación.

FUENTE: Informes de Servicios Estatales de Salud.

PERSONAS AFILIADAS AL SEGURO POPULAR POR ENTIDAD FEDERATIVA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2007-2012

ENTIDAD FEDERATIVA	DATOS ANUALES						JUNIO		
	OBSERVADO						2011	2012	VARIACIÓN PORCENTUAL
	2007	2008	2009	2010	2011	PROYECCIÓN 2012			
Nacional	21 834 619	27 176 914	31 132 949	43 518 719	51 823 314	52 630 454	48 474 217	52 738 355	8.8
Aguascalientes	336 132	369 410	392 765	416 961	487 946	495 328	452 691	503 450	11.2
Baja California	537 602	581 575	594 928	797 261	1 143 638	1 143 638	976 721	1 145 958	17.3
Baja California Sur	106 053	119 958	123 015	164 681	191 983	201 202	184 760	204 501	10.7
Campeche	291 158	327 980	362 705	416 328	457 529	467 692	454 060	475 362	4.7
Coahuila	286 327	418 265	469 323	630 000	674 156	674 156	666 323	683 869	2.6
Colima	207 140	227 421	234 625	275 487	300 203	300 203	291 424	295 186	1.3
Chiapas	1 425 262	1 756 549	2 069 736	2 997 900	3 353 506	3 353 506	3 267 024	3 402 703	4.2
Chihuahua	426 301	557 374	665 328	1 033 038	1 170 601	1 211 205	1 134 046	1 231 065	8.6
Distrito Federal	522 108	773 299	1 108 461	1 744 419	2 300 083	2 746 801	2 153 919	2 460 145	14.2
Durango	268 543	317 693	383 101	538 607	715 430	716 865	636 837	728 617	14.4
Guanajuato	1 711 300	1 893 335	2 080 049	2 560 975	3 007 993	3 075 835	2 824 561	3 066 793	8.6
Guerrero	1 021 709	1 073 795	1 146 246	1 973 798	2 279 358	2 279 358	2 132 196	2 284 898	7.2
Hidalgo	679 347	922 157	1 072 325	1 403 601	1 569 901	1 569 901	1 515 823	1 574 746	3.9
Jalisco	981 036	1 455 938	1 710 472	1 967 804	2 757 491	2 757 491	2 366 348	2 763 091	16.8
México	1 780 727	2 718 024	3 371 043	5 826 998	6 566 681	6 566 681	6 159 432	6 588 989	7.0
Michoacán	710 266	938 091	1 231 370	1 647 610	2 254 722	2 328 580	2 014 136	2 334 904	15.9
Morelos	480 289	541 479	603 442	780 672	949 748	949 748	895 842	958 430	7.0
Nayarit	318 696	370 033	399 759	550 000	625 672	626 633	600 715	632 499	5.3
Nuevo León	382 140	519 124	611 148	946 529	1 121 425	1 131 271	1 072 254	1 149 820	7.2
Oaxaca	962 426	1 291 324	1 547 336	2 069 971	2 620 120	2 620 120	2 328 609	2 625 440	12.7
Puebla	1 224 245	1 453 284	1 571 934	2 188 072	3 123 724	3 079 573	2 693 761	3 130 064	16.2
Querétaro	369 702	470 140	515 916	711 236	820 460	833 762	799 821	847 431	6.0
Quintana Roo	193 689	250 822	315 719	509 134	577 933	592 893	570 503	602 613	5.6
San Luis Potosí	678 423	764 334	861 518	1 211 402	1 372 389	1 404 995	1 327 518	1 428 034	7.6
Sinaloa	627 637	724 208	770 155	1 007 979	1 081 540	1 081 540	1 054 143	1 097 230	4.1
Sonora	526 551	537 033	511 152	689 720	834 753	841 490	780 583	855 290	9.6
Tabasco	1 154 195	1 192 720	1 259 003	1 381 712	1 531 218	1 531 218	1 501 261	1 550 339	3.3
Tamaulipas	852 841	953 306	983 673	1 220 269	1 356 200	1 373 107	1 311 072	1 395 623	6.4
Tlaxcala	307 068	492 949	533 082	725 497	766 283	838 369	761 545	852 113	11.9
Veracruz	1 550 518	2 057 432	2 392 627	3 620 147	4 090 181	4 090 181	3 899 496	4 098 486	5.1
Yucatán	474 338	549 666	618 059	783 368	886 809	913 474	851 006	928 449	9.1
Zacatecas	440 850	558 196	622 934	727 543	833 638	833 638	795 787	842 217	5.8

FUENTE: Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

NÚMERO DE NIÑOS AFILIADOS AL SEGURO MÉDICO PARA UNA NUEVA GENERACIÓN POR ENTIDAD FEDERATIVA.
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2007-2012

ENTIDAD FEDERATIVA	DATOS ANUALES						JUNIO		
	OBSERVADO						2011	2012	VARIACIÓN PORCENTUAL
	2007	2008	2009	2010	2011	PROYECCIÓN 2012 ^{1/}			
Nacional	819 410	1 852 891	2 958 973	4 263 760	5 783 114	N.A.	4 976 362	6 319 657	27.0
Aguascalientes	6 374	20 192	33 523	45 939	64 646	N.A.	55 544	70 453	26.8
Baja California	15 429	33 030	53 296	67 245	105 109	N.A.	87 124	113 971	30.8
Baja California Sur	2 592	6 628	12 628	19 706	25 688	N.A.	22 712	28 465	25.3
Campeche	9 222	19 165	28 095	37 844	51 331	N.A.	44 843	56 308	25.6
Coahuila	16 335	34 859	53 435	68 954	78 631	N.A.	74 086	90 538	22.2
Colima	6 629	14 181	20 411	26 117	33 681	N.A.	29 770	35 745	20.1
Chiapas	46 580	112 328	180 602	261 894	349 524	N.A.	306 130	390 959	27.7
Chihuahua	21 748	42 828	66 862	102 975	138 488	N.A.	122 301	155 181	26.9
Distrito Federal	38 949	92 395	160 670	182 917	229 659	N.A.	199 059	242 189	21.7
Durango	10 942	25 182	42 800	62 276	88 104	N.A.	71 440	97 613	36.6
Guanajuato	43 571	109 010	185 118	259 056	359 809	N.A.	309 177	391 783	26.7
Guerrero	29 347	62 247	88 301	146 395	220 365	N.A.	183 879	242 483	31.9
Hidalgo	21 028	51 008	87 793	123 962	155 740	N.A.	140 979	172 050	22.0
Jalisco	61 860	120 649	192 239	248 446	382 048	N.A.	318 401	418 890	31.6
México	91 484	232 076	373 411	588 688	762 948	N.A.	646 457	832 846	28.8
Michoacán	30 655	58 785	105 922	176 651	238 592	N.A.	205 782	264 771	28.7
Morelos	16 453	33 009	44 156	64 786	97 625	N.A.	84 665	105 469	24.6
Nayarit	10 199	23 004	34 690	52 757	69 484	N.A.	62 061	76 961	24.0
Nuevo León	19 364	49 676	78 866	107 359	134 824	N.A.	121 692	145 663	19.7
Oaxaca	23 359	68 926	122 612	184 261	260 840	N.A.	218 374	287 769	31.8
Puebla	48 743	108 227	157 113	225 378	335 771	N.A.	273 679	348 508	27.3
Querétaro	14 752	34 254	49 786	77 216	106 087	N.A.	93 325	118 139	26.6
Quintana Roo	11 927	20 747	42 258	71 706	84 367	N.A.	76 948	91 492	18.9
San Luis Potosí	21 037	44 670	76 404	117 025	163 328	N.A.	141 353	184 471	30.5
Sinaloa	19 189	43 618	70 181	96 917	124 727	N.A.	108 252	137 695	27.2
Sonora	21 300	40 768	58 064	75 858	105 288	N.A.	92 589	116 339	25.7
Tabasco	25 734	54 218	84 066	120 772	163 714	N.A.	142 368	181 141	27.2
Tamaulipas	26 278	59 027	88 965	124 876	155 781	N.A.	140 830	165 580	17.6
Tlaxcala	12 448	33 107	43 182	57 840	85 629	N.A.	66 413	95 706	44.1
Veracruz	63 190	134 836	213 880	314 711	409 169	N.A.	358 422	440 004	22.8
Yucatán	17 168	34 197	52 622	74 966	98 806	N.A.	86 534	106 522	23.1
Zacatecas	15 524	36 044	57 022	78 267	103 311	N.A.	91 173	113 953	25.0

^{1/} La proyección de afiliación asentada en el Anexo II del Acuerdo de Coordinación firmado con las entidades federativas contempla la Cobertura Universal Voluntaria, por lo que no se tiene un programa específico para SMNG, toda vez que está garantizado el acceso al Sistema a toda persona que lo solicite, dando privilegio a los menores nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006.

N.A. No aplica.

FUENTE: Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

MUJERES EMBARAZADAS AFILIADAS AL SEGURO POPULAR POR MEDIO DE LA ESTRATEGIA EMBARAZO SALUDABLE
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008-2012

ENTIDAD FEDERATIVA	DATOS ANUALES					JUNIO		
	OBSERVADO					2010	2011	VARIACIÓN PORCENTUAL ^{2/}
	2008	2009	2010	2011	2012 PROYECCIÓN ^{1/}			
Nacional	188 913	568 264	1 407 863	1 755 610	N.A.	1 646 892	1 803 241	9.5
Aguascalientes	1 930	5 012	15 588	20 210	N.A.	18 886	21 008	11.2
Baja California	5 082	14 366	34 805	38 220	N.A.	39 495	36 169	-8.4
Baja California Sur	2 490	4 973	11 522	13 261	N.A.	13 152	13 420	2.0
Campeche	1 339	4 119	10 562	13 819	N.A.	12 705	14 928	17.5
Coahuila	6 124	15 620	24 173	30 295	N.A.	28 548	32 743	14.7
Colima	795	2 042	7 120	8 808	N.A.	8 341	9 168	9.9
Chiapas	9 694	28 867	69 156	80 938	N.A.	77 363	83 528	8.0
Chihuahua	9 194	21 114	47 881	53 032	N.A.	53 409	53 668	0.5
Distrito Federal	3 311	22 360	41 187	49 785	N.A.	48 610	43 880	-9.7
Durango	4 351	11 924	22 297	28 221	N.A.	25 463	29 987	17.8
Guanajuato	12 367	33 997	84 909	101 483	N.A.	98 012	102 902	5.0
Guerrero	11 426	32 865	66 362	84 292	N.A.	78 142	85 661	9.6
Hidalgo	5 593	16 241	43 964	50 574	N.A.	49 834	51 496	3.3
Jalisco	14 039	37 453	103 000	137 201	N.A.	124 304	144 801	16.5
México	7 573	48 394	133 170	178 333	N.A.	156 048	185 049	18.6
Michoacán	10 680	32 353	83 485	100 883	N.A.	96 470	101 211	4.9
Morelos	3 373	9 297	25 553	33 233	N.A.	30 696	34 013	10.8
Nayarit	2 651	6 058	14 348	17 757	N.A.	16 657	18 847	13.1
Nuevo León	4 354	14 958	42 975	51 786	N.A.	49 747	53 350	7.2
Oaxaca	10 685	29 328	62 885	77 913	N.A.	73 957	81 286	9.9
Puebla	9 379	28 800	73 507	98 583	N.A.	91 388	98 517	7.8
Querétaro	2 241	8 129	21 599	27 199	N.A.	24 934	28 717	15.2
Quintana Roo	3 197	8 865	23 394	28 716	N.A.	27 049	30 542	12.9
San Luis Potosí	2 839	10 080	30 576	37 978	N.A.	35 615	40 809	14.6
Sinaloa	7 019	16 700	45 028	53 752	N.A.	51 980	55 111	6.0
Sonora	5 709	13 967	34 127	40 937	N.A.	40 102	40 666	1.4
Tabasco	5 261	16 304	38 206	51 665	N.A.	46 621	57 179	22.6
Tamaulipas	7 162	18 540	41 144	49 581	N.A.	47 625	49 643	4.2
Tlaxcala	3 673	8 260	17 404	24 508	N.A.	20 957	26 862	28.2
Veracruz	9 226	30 834	91 091	116 712	N.A.	106 839	121 016	13.3
Yucatán	2 223	6 996	19 278	22 671	N.A.	21 963	22 580	2.8
Zacatecas	3 933	9 448	27 567	33 264		31 980	34 484	7.8

^{1/} La proyección de afiliación asentada en el Anexo II del Acuerdo de Coordinación firmado con las entidades federativas contempla la Cobertura Universal Voluntaria, por lo que no se tiene un programa específico para la estrategia Embarazo Saludable, toda vez que está garantizado el acceso al Sistema a toda persona que lo solicite, dando privilegio a las mujeres embarazadas.

^{2/} En relación a los resultados negativos, se debe, en cierta medida, a que algunos beneficiarios retrasan su trámite de reafiliación o pueden haber migrado a otra institución de seguridad social.

N.A. No aplica

FUENTE: Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

PRINCIPALES SERVICIOS PROPORCIONADOS POR LA SECRETARÍA DE SALUD
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2011 - 2012

SERVICIOS	2011 ^{P/}	2012 ^{E/}	VARIACIÓN PORCENTUAL
Consulta			
Externa general ^{1/}	91 658 080	95 621 971	4.3
Especializada ^{2/}	16 683 398	17 330 289	3.9
De urgencias	8 579 204	8 939 531	4.2
De planificación familiar ^{3/}	6 221 736	6 207 722	-0.2
Odontológica	9 305 572	9 764 836	4.9
Hospitalización			
Intervenciones quirúrgicas	1 605 837	1 656 110	3.1
Egresos	2 807 684	2 877 441	2.5
Partos atendidos	1 069 205	1 089 868	1.9

^{1/} Se refiere a las consultas que otorgan los médicos generales y pasantes de medicina y las consultas proporcionadas por las enfermeras.

^{2/} Se refiere a las consultas que otorgan médicos especialistas y residentes.

^{3/} No incluye información de la estrategia de extensión de cobertura.

^{P/} Cifras preliminares.

^{E/} Cifras estimadas.

FUENTE: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS POR ENTIDAD FEDERATIVA^{1/}
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2011

ENTIDAD FEDERATIVA	MÉDICOS POR HABITANTE ^{2/}	ENFERMERAS POR HABITANTE ^{3/}	CAMAS CENSABLES POR HABITANTE ^{4/}	UNIDADES DE CONSULTA EXTERNA POR HABITANTE ^{4/}	APORTACIÓN AL GASTO EN SALUD PARA LA POBLACIÓN NO ASEGURADA	
					FEDERAL ^{5/}	ESTATAL ^{6/}
Nacional	1.6	2.3	0.8	0.2	86.8	13.2
Aguascalientes	2.0	2.9	0.8	0.1	90.4	9.6
Baja California	1.3	1.8	0.6	0.1	66.4	33.6
Baja California Sur	2.2	3.1	1.0	0.2	75.6	24.4
Campeche	2.6	3.5	1.4	0.3	69.8	30.2
Coahuila	1.8	2.7	1.0	0.1	88.9	11.1
Colima	2.4	3.2	1.1	0.3	99.1	0.9
Chiapas	1.0	1.5	0.5	0.4	94.0	6.0
Chihuahua	1.2	2.2	0.8	0.2	68.4	31.6
Distrito Federal	3.2	4.5	1.7	0.1	79.2	20.8
Durango	1.9	2.5	1.0	0.3	94.1	5.9
Guanajuato	1.5	2.1	0.6	0.1	90.1	9.9
Guerrero	1.5	2.0	0.6	0.4	96.0	4.0
Hidalgo	1.6	2.2	0.6	0.4	97.9	2.1
Jalisco	1.5	2.2	0.8	0.1	79.4	20.6
México	1.1	1.5	0.5	0.1	87.2	12.8
Michoacán	1.5	1.8	0.6	0.3	98.4	1.6
Morelos	1.5	2.2	0.6	0.2	93.2	6.8
Nayarit	2.3	2.8	0.8	0.4	89.7	10.3
Nuevo León	1.5	2.3	0.9	0.1	91.7	8.3
Oaxaca	1.5	2.0	0.6	0.4	93.5	6.5
Puebla	1.3	1.7	0.6	0.2	95.7	4.3
Querétaro	1.4	1.8	0.5	0.2	92.7	7.3
Quintana Roo	1.3	1.9	0.6	0.2	84.2	15.8
San Luis Potosí	1.6	1.9	0.7	0.2	96.0	4.0
Sinaloa	1.9	2.4	0.9	0.2	82.9	17.1
Sonora	2.0	2.9	1.1	0.2	78.8	21.2
Tabasco	2.4	2.8	0.8	0.3	66.3	33.7
Tamaulipas	1.7	2.4	0.9	0.2	86.4	13.6
Tlaxcala	1.5	1.9	0.6	0.2	89.1	10.9
Veracruz	1.6	2.0	0.7	0.2	92.5	7.5
Yucatán	1.7	2.4	0.9	0.2	91.7	8.3
Zacatecas	1.9	2.4	0.8	0.3	93.5	6.5

^{1/} Incluye datos de Secretaría de Salud, IMSS, IMSS-Oportunidades, ISSSTE, PEMEX, SEMAR, SEDENA, Hospitales Estatales y Hospitales Universitarios. 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.

^{2/} Médicos en contacto con el paciente por mil habitantes. Incluye médicos generales, especialistas, odontólogos, médicos, pasantes y residentes. Cifras de carácter preliminar debido a que aún se está integrando la información del sector.

^{3/} Enfermeras en contacto con el paciente por mil habitantes. Incluye enfermeras generales, especialistas, pasantes y auxiliares. Cifras de carácter preliminar debido a que aún se está integrando la información del sector.

^{4/} Por mil habitantes. Cifras de carácter preliminar debido a que aún se está integrando la información del sector.

^{5/} El Gasto Federal incluye el gasto de la Secretaría de Salud (Ramo 12), del FASSA e IMSS-Oportunidades.

^{6/} El Gasto Estatal es el efectuado por los Servicios Estatales de Salud.

FUENTE: Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud.

Gasto Federal

Ramo 12: A partir del gasto total reportado se distribuyó por entidad federativa tomando como referencia la distribución porcentual del año pasado.

FASSA: Los datos del DF, NAY, QRO, SLP, SON, TAM y TLAX son datos reportados y validados; el resto de las entidades y sus montos provienen de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal.

IMSS-Oportunidades: Cifras reportadas y validadas.

Gasto Estatal

Los datos de AGS, COAH, COL, DF, GTO, HGO, MEX, NAY, PUE, QRO, SON, TAB, TAM, TLAX y ZAC fueron reportados por las entidades; Por otra parte los datos de BCS, CAM, CHIS, CHIH, DGO, JAL, MICH, MOR, NL, OAX, QROO, SLP, SIN, VER y YUC son presupuestos autorizados; Para Baja California y Guerrero son datos estimados.

ACRÓNIMOS

ACRÓNIMOS

AFASPE	Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas
AFI	Agencia Federal de Investigación
APBP	Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública
APF	Administración Pública Federal
ATVM	Accidentes de Tráfico de Vehículo de Motor
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BIRMEX	Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México
CADI	Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil
CAIC	Centros de Asistencia Infantil Comunitaria
CAPA	Centros de Atención Primaria en Adicciones
CAPASITS	Centro Ambulatorio de Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual
CARA	Centros de Atención Rural al Adolescente
CARO	Centros de Atención Rural Obstétrica
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CBCISS	Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud
CCINSHAE	Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
CECA	Consejos Estatales contra las Adicciones
CECOBE	Centro del Conocimiento Bioético
CEDIB	Centro Estatal de Ingeniería Biomédica
CEDISA	Centro de Datos Institucional de la Secretaría de Salud
CEMECE	Centro Colaborador para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS en México
CENADIC	Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones
CENAPRECE	Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
CENATRA	Centro Nacional de Trasplantes
CENETEC	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
CENIAQ	Centro Nacional de Investigación y Atención a Quemados
CeNSIA	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia
CENSIDA	Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CeS MED	Centro Sectorial de Gestión Web de Información sobre Medicamentos
CGT	Condiciones Generales de Trabajo
CICAD	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades-Décima Revisión

CIJ	Centros de Integración Juvenil
CISALUD	Centro de Inteligencia en Salud
CLUES	Clave Unica de Establecimientos de Salud
CMSMSP	Consejo de Ministros del Sistema Mesoamericano de Salud Pública
CNEGySR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
CNTS	Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea
CNV	Centros Nueva Vida
COFEMER	Comisión Federal de Mejora Regulatoria
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
COFIPE	Código Federal de Instituciones y Procedimientos Electorales
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana
CONACyT	Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
CONADE	Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte
CONADIC	Comisión Nacional contra las Adicciones
CONADIS	Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONASA	Consejo Nacional de Salud
CONBIOÉTICA	Comisión Nacional de Bioética
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
CONRICyT	Consortio Nacional de Recursos de Información Científica y Tecnológica
COT	Centro de Orientación Telefónica
CSG	Consejo de Salubridad General
CTESS	Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud
CURP	Clave Única de Registro de Población
DEDSS	Dirección de Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud
DEPPES	Dirección de Evaluación de Programas Prioritarios y Especiales de Salud
DESS	Dirección de Evaluación de Servicios de Salud
DGCHFR	Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia
DGDIF	Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física
DGED	Dirección General de Evaluación del Desempeño
DGIF	Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física
DGIS	Dirección General de Información en Salud
DGPIS	Dirección General de Políticas de Investigación en Salud

DGPLADES	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
DGPOP	Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto
DGTI	Dirección General de Tecnologías de la Información
DIF	Desarrollo Integral de la Familia
DOF	Diario Oficial de la Federación
ECE	Expediente Clínico Electrónico
ECyR	Evaluación de Consistencia y Resultados
EDA	Enfermedades Diarreicas Agudas
EED	Evaluación Específica del Desempeño
ENARE	Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Estomatológicas
ENARM	Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas
FASSA	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud
FASSC	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad
FONART	Fondo Nacional para el Fomento de las Artesanías
FONDEN	Fondo de Desastres Naturales
FORHUM	Formación de Recursos Humanos en Envejecimiento y Salud
FOSISS	Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social
FOVISSSTE	Fondo de la Vivienda del ISSSTE
FPCGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
GAIA	Grupo de Atención Integral a la Salud de la Adolescencia
GAM	Grupos de Ayuda Mutua
GAPS	Grupo de Adolescentes Promotores de la Salud
GPC	Guías de Práctica Clínica
GpR	Gestión para Resultados
HFR	Hospitales Federales de Referencia
HR	Hospitales Rurales
HRAEs	Hospitales Regionales de Alta Especialidad
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IFAI	Instituto Federal de Acceso a la Información
IMESEVI	Iniciativa Mexicana de Seguridad Vial
IMPI	Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INDESOL	Instituto Nacional de Desarrollo Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INFOTEC	Fondo de Información y Documentación para la Industria

INSALUD	Institutos Nacionales de Salud
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
IPN	Instituto Politécnico Nacional
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
ISES	Instituciones de Seguros Especializadas en Salud
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
JIFE	Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes
LESP	Laboratorios Estales de Salud Pública
LFPRH	Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
MAIS	Modelo de Atención Integral a la Salud
MIR	Matriz de Indicadores de Resultado
MOUS	Microsoft Office User
NOM	Norma Oficial Mexicana
NVE	Nacidos Vivos Estimados
OCASEP	Observatorio Nacional por la Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
ODH	Observatorio del Desempeño Hospitalario
OIC	Órgano Interno de Control
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONCT	Oficina Nacional para el Control del Tabaco
ONG	Organismo No Gubernamental
ONL	Observatorio Nacional de Lesiones
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONUDD	Oficina de las Naciones Unidas para el Control de las Drogas y la Prevención del Delito
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPD	Organismos Públicos Descentralizados
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
PAE	Programa Anual de Evaluación
PASA	Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia
PASH	Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público
PBP	Patrimonio de la Beneficencia Pública
PbR	Presupuesto basado en Resultados
PDHO	Programa Desarrollo Humano Oportunidades

PDMF	Procuradurías de la Defensa del Menor y la Familia
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PFPP	Policía Federal Preventiva
PGR	Procuraduría General de la República
PNAVS	Premio Nacional de Acción Voluntaria y Solidaria
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PPS	Proyectos para Prestación de Servicios
PROBEI	Programa de Becas de Inicio a la Investigación
PROFECO	Procuraduría Federal del Consumidor
PROMESA	Programa México Sano
PRONAREMI	Programa Nacional de Reducción de la Mortalidad Infantil
PRONASA	Programa Nacional de Salud
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
RENADIC	Red Nacional de Transferencia Tecnológica para la Atención de las Adicciones
RENIECYT	Registro Nacional de Instituciones y Empresas Científicas y Tecnológicas
REPSS	Regímenes Estatales de Protección Social en Salud
RMM	Razón de la Mortalidad Materna
SAF	Subsecretaría de Administración y Finanzas
SAGARPA	Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación
SALVAR	Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales
SAP	Servicios de Atención Psiquiátrica
SAR	Sistema de Ahorro para el Retiro
SAT	Sistema de Administración Tributaria
SCT	Secretaría de Comunicaciones y Transportes
SED	Sistema de Evaluación del Desempeño
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEDIF	Sistemas Estatales DIF
SEGOB	Secretaría de Gobernación
SEMAR	Secretaría de Marina
SESA	Servicios Estatales de Salud
SFP	Secretaría de la Función Pública
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SIAFF	Sistema de Administración Financiera Federal
SIARHE	Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería

SIAS	Sistema de Administración en Servicio Social en Salud
SICALIDAD	Sistema Integral de Calidad en Salud
SICOP	Sistema de Contabilidad y Presupuesto
SIDSS	Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
SII	Sistema Institucional de Investigadores
SNI	Sistema Nacional de Investigadores
SiNaCEAM	Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica
SINADIS	Sistema de Nacional de Información en Discapacidad
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
SINERHIAS	Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud
SINTEL	Servicio Integral de Telecomunicaciones
SIRAIS	Sistema de Registro Automatizado de Incidentes de Seguridad en Salud
SIS	Subsistema de Prestación de Servicios
SIVAL	Sistema de Validación de la Valuación y del Nivel del Tabulador
SMDIF	Sistemas Municipales DIF
SMNG	Seguro Médico para una Nueva Generación
SNDIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SS	Secretaría de Salud
TAN	Tamiz Auditivo Neonatal
TANIT	Programa de Tamiz Auditivo Neonatal e Intervención Temprana
TIC	Tecnología de la Información y Comunicaciones
UAE	Unidad de Análisis Económico
UCVPS	Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social
UIT	Unión Internacional de Telecomunicaciones
UMM	Unidades Médicas Móviles
UMR	Unidades Médicas Rurales
UMU	Unidades Médicas Urbanas
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
UNEMES	Unidades de Especialidades Médicas
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
VPH	Virus del Papiloma Humano

Sexto Informe de Labores

Se terminó de imprimir el mes de agosto de 2012

en Soluciones Gráficas Lithomat, S.A. de C.V., 5 de Febrero N° 494-B

Colonia Algarín, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06880, México, D.F.

Esta edición consta de mil 500 ejemplares.

