



3

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

SALUD

**TERCER
INFORME DE LABORES**

SECRETARÍA DE SALUD



3

TERCER
INFORME
DE LABORES

TERCER INFORME DE LABORES

SECRETARÍA DE SALUD



3ER. INFORME DE LABORES

D.R. © Secretaría de Salud

Lieja 7, Col. Juárez

06696, México, D.F.

Impreso y hecho en México

ISBN en trámite

www.salud.gob.mx

Pieza: Servilletero de madera lacqueado

Origen: Temalacatzingo, Guerrero



fonart^{MR}
FONDO NACIONAL PARA EL
FOMENTO DE LAS ARTESANÍAS

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	5
ESTRUCTURA ORGÁNICA BÁSICA	10
1. ÁREA DEL C. SECRETARIO	11
1.1 UNIDAD DE ANÁLISIS ECONÓMICO	19
1.2 DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS	21
1.3 DIRECCIÓN GENERAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL	23
1.4 UNIDAD COORDINADORA DE VINCULACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL	24
1.4.1 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD	27
1.4.2 DIRECCIÓN GENERAL DE RELACIONES INTERNACIONALES	27
1.4.3 DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA PARA LA SALUD DEL MIGRANTE	29
2. SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD	33
2.1 DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD	36
2.2 DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD	38
2.3 DIRECCIÓN GENERAL DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	41
2.4 DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	42
2.5 CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA TECNOLÓGICA EN SALUD	46
2.6 DIRECCIÓN GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	47
3. SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	51
3.1 DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	54
3.2 CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE ENFERMEDADES	57
3.3 CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA	60
3.4 CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA	61
3.5 CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH/SIDA	64
3.6 CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	65
4. SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS	69
4.1 DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO	71
4.2 DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES	75
4.3 DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS	77
4.4 DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA	79
4.5 ADMINISTRACIÓN DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA	82
5. COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD	85
5.1 DIRECCIÓN GENERAL DE POLÍTICAS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD	90
5.2 DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD	91
5.3 DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN DE HOSPITALES DE REFERENCIA	94

5.4 DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN DE HOSPITALES REGIONALES DE ALTA ESPECIALIDAD	97
5.5 DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	98
5.5.1 CENTRO NACIONAL DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA	99
5.5.2 CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES	101
5.5.3 SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA	103
6. IMSS-OPORTUNIDADES	105
7. SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	111
8. CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, A.C.	117
9. LABORATORIOS DE BIOLÓGICOS Y REACTIVOS DE MÉXICO, S.A. DE C.V.	121
10. CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL	129
11. COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS	135
12. COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD	147
13. COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO	155
14. COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA	163
15. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES	169
16. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL	175
17. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD	179
ANEXO ESTADÍSTICO	185
ACRÓNIMOS	207

PRESENTACIÓN

PRESENTACIÓN

Honorable Congreso de la Unión

Conforme a lo establecido en los Artículos 93 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, al 23 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y al 8 de la Ley de Planeación, me permito someter a la consideración de esa Soberanía el Informe de Labores de la Secretaría de Salud, correspondiente al periodo comprendido del primero de septiembre de 2008 al 31 de agosto de 2009, según se establece. En este informe se mencionan algunas de las actividades más destacadas de cada una de las unidades administrativas que integran esta Secretaría de Salud, con datos y cifras disponibles que dan cuenta de la información requerida.

Nos hemos dado a la tarea de fortalecer las acciones que permiten avanzar en el cumplimiento de los objetivos y metas comprometidos para el periodo 2007-2012, derivados del Plan Nacional de Desarrollo (PND) y del Programa Sectorial de Salud (PROSESA), documentos rectores del quehacer institucional.

En el lapso mencionado, nuestro país enfrentó la pandemia de Influenza A(H1N1) (2009). Durante los meses de abril a junio, el Estado mexicano, junto con la participación destacada del sector público y privado, y sobre todo con la respuesta invaluable de la población para contener este tipo de emergencias, lograron que esta contingencia fuera controlada. Las acciones llevadas a cabo permitieron generar una alerta a nivel mundial, lo que facilitó que muchos países tomaran las medidas que consideraron adecuadas para su atención. Debido a esto, la Organización Mundial de la Salud, a través de su Directora General, agradeció y reconoció el esfuerzo de nuestro país en la "Reunión de alto nivel: lecciones aprendidas de la influenza A(H1N1)", celebrada en Cancún, Quintana Roo, en el mes de julio.

A la fecha, aún se presentan casos esporádicos, que son atendidos en las unidades médicas de salud, públicas y privadas, por lo que hemos continuado con las acciones de coordinación interinstitucional e intersectorial en materia de promoción y prevención, adquisición de vacunas, insumos y equipo médico, principalmente respiradores, para dar una respuesta adecuada al posible rebrote de finales del año.

Dentro de estas acciones, está la adquisición de vacunas para prevenir la influenza estacional y la influenza A(H1N1) (2009), que se agregan a los insumos ya disponibles, como son los antivirales y otros recursos que permitan dar atención a los posibles casos que se presenten y sus complicaciones.

Otro hecho ha sido el ajuste presupuestario que afecta a toda la Administración Pública, lo cual ha generado diferentes esfuerzos y ajustes en las estrategias de la Secretaría para cumplir con los programas establecidos. Para su implementación, se limitaron y cancelaron actividades que no impactan en la consecución de los objetivos o que no afectan la atención de la salud de la población, o bien que correspondan a acciones que pueden postergarse.

A continuación haremos mención de otros puntos:

Se está avanzando en la integración de un Sistema Único de Salud, que permita a la ciudadanía acudir a cualquier unidad médica del sector público a recibir atención médica. Para ello, se trabaja con el IMSS e ISSSTE, a fin de establecer los mecanismos administrativos que así lo permitan. En este mismo sentido, se han elaborado diversas guías clínicas de salud y está en desarrollo la integración del expediente clínico electrónico. Por otra parte, a través de la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud, en el último cuatrimestre de 2008, se llevaron a cabo las negociaciones de precios de medicamentos con patente vigente, para cubrir las necesidades de las instituciones de salud en 2009. Destaca, que en los precios negociados se incluyeron descuentos directos para la mayoría de las claves de medicamentos, los que oscilaron entre 3 y 43 por ciento, representando ahorros por 1 207 millones de pesos, de la compra programada para 2009.

Por primera ocasión se aplicó el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas en formato electrónico, en cuatro sedes de la República (en el Distrito Federal y las ciudades de Guadalajara, Mérida y Monterrey) con un total de 21 616 sustentantes para la distribución de 6 249 plazas ofertadas por el Sistema Nacional de Residencias Médicas, de las cuales se logró ocupar prácticamente el 99 por ciento de las plazas. Con ello se generó mayor transparencia y seguridad al proceso, permitiendo a los médicos aspirantes conocer su resultado inmediatamente terminado su examen.

Para alcanzar la cobertura universal, se han asignado, en los últimos tres años, los presupuestos más importantes para atender la salud de la población. Esto ha permitido una distribución mayor de recursos a las entidades federativas, a través de la afiliación de un mayor número de familias al Seguro Popular de Salud, que alcanza al 30 de junio de 2009, más de 9.6 millones de familias no derechohabientes de la seguridad social, 4.5 millones de familias más que al principio de la actual administración, lo que representa poco más de 30 millones de mexicanos asegurados por este esquema financiero.

Para avanzar en las acciones que permitan disminuir la mortalidad infantil y la mortalidad materna, se están desplegando dos estrategias incorporadas al Seguro Popular, el Seguro Médico para una Nueva Generación, que a la fecha está protegiendo a más de 2.2 millones de niños menores de cinco años, nacidos a partir del primero de diciembre de 2006; así como, la estrategia de Embarazo Saludable, que a partir de mayo de 2008 y al mes de junio de 2009, ha incorporado a casi 380 mil mujeres embarazadas. Ambas estrategias, también han permitido incorporar a sus familias al Seguro Popular.

En apoyo a la población que tiene un acceso limitado a los servicios de salud, se reforzó el Programa de Caravanas de la Salud, para ello se adquirieron 557 unidades médicas móviles equipadas, que atienden las localidades de difícil acceso, con alta y muy alta marginación de todo el país, privilegiando las entidades donde se ubican los 125 municipios de menor Índice de Desarrollo Humano (IDH), contando a la fecha con 1 104 unidades móviles a nivel nacional. De enero a junio de 2009, se han otorgado 3.95 millones de atenciones en salud, 75 por ciento superior a las 2.25 millones de atenciones brindadas en el mismo periodo del año anterior.

La transición demográfica y epidemiológica, continúa generando grandes desafíos para el sistema nacional de salud. Las enfermedades crónico degenerativas, representan elevados costos para su atención, por lo que nos hemos dado a la tarea de fortalecer los programas preventivos dentro de una Estrategia Nacional de Promoción y Prevención de la Salud, que permita en el mediano y largo plazo contener este tipo de enfermedades.

En enero de 2009, la Secretaría de Salud, en coordinación con otros sectores y con la sociedad civil, puso en operación el Programa “5 Pasos por tu Salud para Vivir Mejor”, a fin de revertir el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas (obesidad, hipertensión arterial, neoplasias, diabetes mellitus y dislipidemias –colesterol y triglicéridos altos–) y encaminar a la población del país a adquirir estilos de vida saludable.

Se fortalecen los esquemas de vacunación, lo que ha permitido continuar a la vanguardia de América Latina y contar con uno de los mejores esquemas a nivel mundial. De conformidad con las estrategias establecidas en el programa de Vacunación Universal, de enero a agosto de 2009, se aplicaron cerca de 25 millones de dosis: correspondiendo a SABIN 18.7 millones; Pentavalente 937 mil; SRP 511 mil; Td 2.3 millones; BCG 213 mil; DPT 607 mil; Influenza 51 mil; Antihepatitis B 639 mil y Antirrotavirus 418 mil dosis, entre otras.

A efecto de contribuir en las acciones que permitan disminuir el consumo de drogas, se fortalecieron las acciones de prevención de adicciones. Durante el año 2008, se incrementó la meta de 310 a 328 Centros Nueva Vida, de los cuales actualmente se encuentran operando 302 de ellos. Se cuenta con el Modelo de Atención de los Centros Nueva Vida difundido en cinco talleres a nivel regional. Se realizó la Encuesta Nacional de Adicciones 2008 con representatividad estatal. En acciones de prevención más de 1.2 millones de adolescentes, entre 12 y 17 años de edad, han participado en diversas actividades de orientación y consejería.

Con el fin de apoyar la prevención sobre el consumo del tabaco, el 31 de mayo de 2009 se publicó, en el *Diario Oficial de la Federación*, el Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco, mediante el cual se regulan: los espacios libres de humo y las zonas permitidas para fumar; las características del empaquetado y etiquetado externo de las cajetillas; la inclusión de mensajes sanitarios y pictogramas; la información de los puntos de venta de productos de tabaco; así como, las sanciones administrativas, a las que se hacen acreedores por su incumplimiento.

Para el fortalecimiento de la infraestructura, se llevó a cabo una coordinación de esfuerzos entre el nivel federal, estatal y municipal, que permitieron ampliar la red de servicios médicos en salud, en los diferentes niveles de atención, en beneficio de una población más demandante de servicios de salud. El gobierno federal incrementa la red de servicios de alta especialidad, con la puesta en operación del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria, Tamaulipas, y la culminación del proceso de licitación pública internacional para el de Ixtapaluca, Estado de México, instrumentados bajo el esquema de Proyectos para Prestación de Servicios (PPS).

Asimismo, de septiembre de 2008 a agosto de 2009, con la participación de la federación y los estados, iniciaron operaciones 288 Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES): 15 de Salud Mental (CESAME); 225 Centros de Atención Primaria en Adicciones “Nueva Vida” (CAPA); 38 centros de atención al Síndrome de Obesidad, Riesgo Cardiovascular y Diabetes Mellitus (SORID); seis Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), una de Oncología y tres de Hemodiálisis.

También, iniciaron su operación 22 unidades hospitalarias en 12 estados, 42 centros de salud y un Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud en 10 entidades federativas. Están en proceso de construcción 49 unidades hospitalarias en 21 entidades federativas y 85 centros de salud en 13 estados de la República.

Gracias a la participación responsable y solidaria del personal de salud, en todas las estrategias de salud continuamos privilegiando la prevención y promoción de la salud, así como otorgando mejores servicios a la población, tendientes a eliminar las desigualdades existentes en comunidades marginadas y grupos vulnerables.

Señoras y señores legisladores:

En este informe, nos permitimos mencionar algunas de las principales actividades realizadas en el periodo en comento. La Secretaría de Salud, continuará realizando esfuerzos para que la población tenga la seguridad de que los recursos públicos que se asignan para la protección y la atención de su salud, sean debidamente utilizados. Por ello, reiteramos el compromiso ante la sociedad de informar y rendir cuentas de manera regular, a través de diversos medios de divulgación, sobre el estado que guarda la salud de la población, los avances y los resultados alcanzados del programa comprometido.

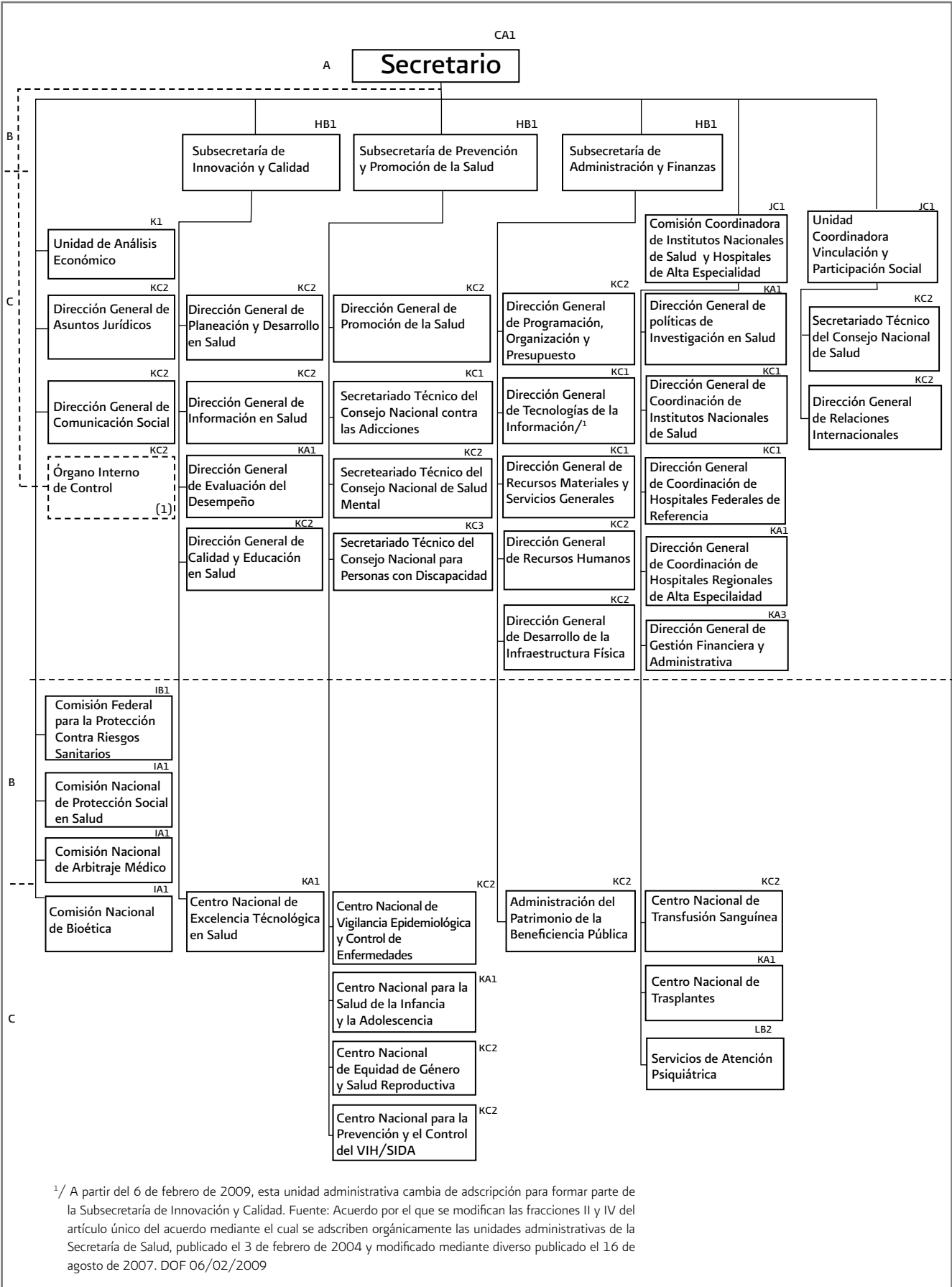
Es por eso que reiteramos nuestra disposición de informar y rendir cuentas a esta Soberanía y a la ciudadanía, que a través de un esfuerzo conjunto, han permitido fortalecer los presupuestos año con año, como un avance importante para alcanzar el acceso universal de los servicios.

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Secretario de Salud

ESTRUCTURA ORGÁNICA BÁSICA

ESTRUCTURA DICTAMINADA POR LA SECRETARÍA DE SALUD



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, y atendiendo la agenda nacional e internacional de la Secretaría de Salud (SS), dio seguimiento a los compromisos, objetivos y metas establecidas en el *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND 2007-2012)* y en el *Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA 2007-2012)*, destacando las siguientes actividades:

ATENCIÓN DE LA PANDEMIA DE INFLUENZA HUMANA A(H1N1)

A partir del mes de abril de 2009, con la aparición de la epidemia de influenza A(H1N1) se coordinaron las acciones a fin de establecer las medidas de prevención para evitar que la enfermedad se propagara a un volumen más importante de población y causara daños graves a su salud. Esto generó una movilización importante en el sector salud y de los sectores público, privado y sobre todo de la población general. Acciones que continúan ejecutándose.

PROGRAMA NACIONAL DE RENDICIÓN DE CUENTAS, TRANSPARENCIA Y COMBATE A LA CORRUPCIÓN, 2008-2012

Al cierre de 2008, como resultado de la aplicación del Programa Nacional de Rendición de Cuentas, Transparencia y Combate a la Corrupción, en la SS se alcanzó un Índice General de Seguimiento de Transparencia del 8.6, el cual se obtuvo a partir de las acciones realizadas en 11 de los 14 temas que integran este Programa. El índice de la SS, incluye los logros obtenidos tanto por los organismos públicos descentralizados, con un índice de 8.3; órganos desconcentrados, con un índice de 8.9, así como por las unidades administrativas centrales de la SS, quienes lograron un índice de 9.8.

Los temas en los que la SS ejecutó acciones, durante 2008 y 2009, fueron: 1) transparencia focalizada; 2) blindaje electoral; 3) participación ciudadana; 4) cultura de la legalidad; 5) ética y responsabilidad pública; 6) ordenamiento de la imagen de la Administración Pública Federal (APF) ante el ciudadano; 7) abatimiento del rezago educativo de los Servidores Públicos; 8) control de la gestión pública "Normas Generales de Control Interno"; 9) compras claras; 10) acciones para prevenir la corrupción y análisis de índices, y 11) promoción de la cultura física y el deporte entre los servidores públicos de la APF.

Como parte de las actividades de Blindaje Electoral, en el primer semestre de 2009, se continuó reforzando las actividades relacionadas con el tema en las 26 unidades administrativas centrales de la SS, los 14 órganos administrativos desconcentrados y los 20 organismos públicos descentralizados, destacando la difusión, a través del portal de la SS, de la normatividad en materia electoral para informar adecuadamente a los servidores públicos sobre: el ABC de los Servidores Públicos en Relación con las Elecciones, Reglas de Neutralidad y la Guía de Responsabilidades Administrativas. Difusión que permitió llevar a cabo la capacitación del personal en materia de responsabilidades administrativas y elecciones, a través del curso interactivo el ABC de los Servidores Públicos, efectuado a través del Portal de la SS, en el que participaron más de cinco mil Servidores Públicos.

Por tratarse de un programa de aplicación transversal en toda la APF, durante 2009, se realizaron reuniones con la Fiscalía Especializada en Delitos Electorales (FEPADE) y la Secretaría de la Función Pública, a fin de operar las Bases de Colaboración, firmadas por 30 dependencias públicas, para emprender acciones contra la corrupción, el mejoramiento de la cultura cívica y la prevención de delitos electorales, destacando el reforzamiento de la vigilancia de los recursos financieros, materiales y humanos. Además, se realizaron las siguientes acciones:

Acciones relacionadas al Blindaje Electoral, 2009

- Elaboración del Programa de Blindaje Electoral de la Secretaría de Salud 2009, que incluyó indicadores de seguimiento, un cuestionario de evaluación y el formato de transferencia de recursos a las entidades federativas, mismos que se remitieron a las áreas de la SS para su llenado, como parte de los mecanismos de seguimiento.
- Se vigiló el cumplimiento de la normatividad en materia de blindaje electoral dentro de los programas sociales y acciones que implican la transferencia de recursos federales, a cargo de la Secretaría de Salud: Seguro Popular de Salud; Seguro Médico para una Nueva Generación; Estrategia de Embarazo Saludable; Programa de Desarrollo Humano Oportunidades; Caravanas de la Salud; SICALIDAD; Fortalecimiento de la Infraestructura Física en Salud; Conservación y Mantenimiento de la Infraestructura Física, entre otros.
- Difusión, en el mes de junio de 2009, de ocho mensajes sobre blindaje electoral, destacando la Guía de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, que establece lineamientos respecto de la conducta que deben observar los servidores públicos en materia de elecciones, y el desarrollo del curso ABC de los Servidores Públicos.
- En la IX reunión ordinaria del Consejo Nacional de Salud, celebrada en Ciudad Victoria, Tamaulipas, del 25 al 27 de marzo de 2009, la PGR, FEPADE, SALUD y la CNPSS firmaron las bases de colaboración en materia de blindaje electoral, con la presencia de los Consejeros de las 32 entidades federativas.
- A los Secretarios de Salud de las entidades federativas se les proporcionó material de difusión para que se distribuyera entre sus unidades de atención médica y en los módulos de afiliación.

Respecto del tema de Participación Ciudadana, desde septiembre de 2008, se ha establecido un vínculo permanente con la sociedad organizada, a través de la creación de espacios de participación en las unidades administrativas de la SS para el diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas, como parte de las acciones realizadas en este rubro. En el primer trimestre de 2009, se elaboró la respuesta al documento de Actores Sociales, con compromisos de mejora y se cumplió con la difusión de materiales de sensibilización y con el establecimiento y difusión de los mecanismos de participación ciudadana, destacando el fortalecimiento de los Avaluos Ciudadanos que operan a nivel nacional.

En el tema de Cultura de la Legalidad, dentro del subtema ética y responsabilidad pública, la SS coordinó entre las unidades de la dependencia la difusión de los Cine Minutos, así como de la Guía de Responsabilidades Administrativas en Contextos Electorales, a través de Intranet e Internet.

Como parte de las acciones en materia de ética y responsabilidad pública, en el Programa de Cultura Institucional, en agosto de 2008 se aplicó el cuestionario sobre equidad de género, que permitió conocer la percepción de 2,063 trabajadores de la SS respecto al rubro de equidad de género. De los participantes 1,202 fueron mujeres y 861 hombres. Entre los principales resultados destacan:

- El 39.1 por ciento de los participantes (442 mujeres y 366 varones), respondieron conocer el Programa para la Igualdad entre Hombres y Mujeres, 2008-2012.
- En 1,053 encuestas se manifestó conocer la Ley General de Igualdad entre Hombres y Mujeres, lo que equivale a un 51 por ciento de los participantes. De las respuestas afirmativas 597 correspondieron a mujeres y 456 a hombres.
- Del total de participantes, un 57.3 por ciento afirmó conocer la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, lo que corresponde a 1,183 encuestas, de las cuales 704 corresponden a mujeres y 479 a hombres.
- 321 participantes (15.6 por ciento) manifestaron haber recibido cursos de capacitación con perspectiva de género, de los cuales 191 fueron mujeres y 130 varones.
- 243 personas manifestaron haber sido víctimas de acoso sexual (175 mujeres y 68 hombres), que representan el 11.8 por ciento del universo de participantes.

- Un 3.4 por ciento de los participantes presentaron denuncia sobre acoso sexual (54 realizadas por mujeres y 16 por varones).
- El 35 por ciento de las personas que denunciaron acoso sexual se manifestaron conformes con la respuesta obtenida a su denuncia.

Todos los resultados obtenidos con la aplicación de este cuestionario se difundieron a través de la página Web de la Secretaría de Salud.

En el marco del tema Ordenamiento de la Imagen de la APF ante el Ciudadano, y específicamente en el tópico Mejorar los Sitios Web de las instituciones de la APF, en apego al Programa Nacional de Rendición de Cuentas, Transparencia y Combate a la Corrupción 2008–2012 (PNRCTCC), la SS, a través de la Dirección General de Tecnologías de la Información (DGTI), coordinó en 2008 las acciones para mejorar los sitios Web de 30 unidades administrativas de la dependencia.

Las mejoras se realizaron en los rubros de arquitectura de la información; imagen institucional; tecnología; accesibilidad; calidad en el servicio; calidad de contenidos y experiencia del usuario, con base en los lineamientos emitidos por el Sistema Internet de la Presidencia. Dichas mejoras fueron evaluadas por DGTI, obteniendo los siguientes resultados según el área participante en el Programa:

Calificación	Unidades Participantes
10.0	Hospital General de México Hospital General Dr. Manuel Gea González
9.8	Comisión Nacional de Arbitraje Médico Instituto Nacional de Cardiología, Instituto Nacional de Rehabilitación Instituto Nacional de Salud Pública Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, S.A. de C.V. (BIRMEX)
9.6	Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
9.4	Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea Instituto Nacional de Perinatología Hospital Juárez de México Centro Nacional de Trasplantes Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.
9.2	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva Instituto Nacional de Pediatría, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Instituto Nacional de Cancerología Instituto Nacional de Psiquiatría Hospital Infantil de México Hospital Juárez del Centro Centro Nacional de Prevención y Control del VIH/ SIDA Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública
9.0	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
8.8	Instituto Nacional de Medicina Genómica
8.2	Secretaría de Salud
7.8	Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
7.6	Centros de Integración Juvenil, A.C.
Total	30 unidades administrativas de la SS

Como parte del proceso de Abatimiento del Rezago Educativo de los Trabajadores de la Secretaría de Salud, hasta junio de 2009 se habían certificado 20 empleados a nivel primaria, 16 a nivel de secundaria y tres en bachillerato.

En el tema de Control de la Gestión Pública, al 31 de marzo de 2009, las acciones de mejora comprometidas como resultado de la evaluación del Control Interno realizada en 2006 y 2007, con 122 reactivos cada una, guardaban la situación siguiente:

En 2006, se comprometió realizar 392 acciones de mejora, de las cuales al 31 de marzo del 2009 se han atendido 302, lo que representa un 77 por ciento de cumplimiento. En la evaluación 2007 se identificó la necesidad de realizar 699 acciones de mejora, de las cuales se han atendido 326, es decir el 46.6 por ciento de cumplimiento.

Además, en los 14 principales procesos sustantivos relacionados con el control interno, se comprometieron 326 acciones de las que se han concluido, al 31 de marzo de 2009, 128, quedando en proceso 198 que representan el 60.7 por ciento del total comprometido. Durante el 2009, destacan las acciones siguientes:

- Actualización de manuales de operación.
- Mejora en los procesos de adquisiciones.
- Fortalecimiento en el control de riesgos, a partir de los mapas de riesgo elaborados por las unidades administrativas y del compromiso de ejecutar acciones de mejora para la operación en su conjunto.
- Atención oportuna de las observaciones derivadas de los procesos de auditoría.
- Incorporación en las reuniones de trabajo de la SS del tema de control interno.
- Evaluación del clima laboral, a fin de mejorar el desarrollo del personal.

En el rubro de Compras Claras, se puso a disposición de la población información sobre las adquisiciones de vehículos realizadas de 2001 a marzo de 2008, y sobre las adquisiciones de bienes y servicios que realizaron los órganos desconcentrados, organismos públicos descentralizados y las unidades centrales de la SS, a través de los procesos de licitación pública, invitación a cuando menos tres proveedores y de adjudicaciones directas.

Finalmente, en relación al Programa de la Cultura Física y el Deporte, en enero de 2009, la Secretaría de Salud puso en marcha el Programa “5 Pasos por tu Salud. Para Vivir Mejor”, a fin de revertir el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas y encaminar a la población del país a adquirir estilos de vida saludables. El Programa promueve la adopción de cinco hábitos indispensables para una vida saludable: i) muévete, incentiva la realización de 30 minutos diarios de actividad física; ii) toma agua, promueve el consumo de agua como medio de hidratación óptimo (seis a ocho vasos al día de 250 mililitros); iii) come verduras y frutas, promueve entre la población los beneficios de una alimentación saludable y cómo llevarla a la práctica (tres verduras y dos frutas diarias); iv) mídete, para monitorear el estado de salud y medir los estilos de vida para decidir cómo actuar, y v) comparte, familia y amigos, en aras de promover un programa integral y multiplicador, mediante la inclusión de la familia y los amigos.

Actividades que en diversas unidades administrativas de la SS se complementaron con la práctica de 30 minutos de caminata dos veces por semana, en su primera etapa.

ESTRATEGIA 100 x 100, COMPONENTE DE SALUD

La Estrategia 100 x 100, constituye un esquema de coordinación de las dependencias y organismos públicos federales para que converjan los recursos y las acciones del gobierno federal, de manera organizada, hacia los territorios prioritarios en los que se ubican los municipios con menor Índice de Desarrollo Humano (IDH) del país, en coordinación con los gobiernos estatales y municipales. Se busca ampliar las capacidades básicas de la población para lograr su bienestar y desarrollo, a partir de acciones orientadas en tres dimensiones: educación, salud e ingreso; rubros que son incorporados como vertientes de trabajo en la Estrategia, al igual que las tres vertientes relacionadas con el entorno regional.

Actualmente, como universo de acción, la estrategia considera 125 municipios con menor Índice de Desarrollo Humano (IDH), ubicados en siete entidades federativas: Oaxaca, con 58 municipios; Guerrero, con 21; Chiapas, con 20; Veracruz, con 15; Puebla, con 9, y Durango y Nayarit con un municipio, respectivamente.

Dentro de la vertiente de salud, la estrategia ha permitido fortalecer los procesos de coordinación sectorial entre instituciones como la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL); Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT); Secretaría de Educación Pública (SEP); Secretaría de Comunicaciones y Transportes (SCT); Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS); IMSS- OPORTUNIDADES; Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI); Comisión Nacional del Agua (CONAGUA); DICONSA; LICONSA; Fideicomiso Fondo Nacional de Habitaciones Populares (FONHAPO); Programa de Desarrollo Humano Oportunidades; el Servicio Nacional de Sanidad Inocuidad y Calidad Agroalimentaria (SENASICA) y la Secretaría de Salud.

Como parte de esta coordinación destacan las actividades para analizar la inclusión de programas sociales en los municipios, la revisión de indicadores y la identificación de áreas de coordinación intersectoriales para fortalecer las acciones. La ejecución de estas actividades está a cargo de grupos específicos de trabajo creados *ex profeso* para encauzar los esfuerzos y recursos del gobierno federal para lograr un desarrollo humano sustentable, evitando su dispersión y sacando el mayor provecho de los recursos públicos invertidos.

Dentro de las actividades de la Estrategia 100x100 de la vertiente salud, se creó el Grupo de Trabajo de la Secretaría de Salud, en el que participan los responsables de los programas de salud a nivel federal que intervienen en las estrategias siguientes: Salud de la Infancia; Arranque Parejo en la Vida; Salud Reproductiva; Vectores; Caravanas de la Salud; Desarrollo Humano Oportunidades; Seguro Popular de Salud; Promoción de la Salud; Infraestructura en Salud; Telemedicina e Interculturalidad en Salud.

En 2009 se elaboró el Programa de Acción Específico 2008-2012 del componente de salud de esta Estrategia, en el que se definen metas, estrategias y líneas de acción para cada uno de los programas de salud, así como las actividades que se desarrollan en los municipios prioritarios.

Se han identificado acciones que pueden ser desarrolladas en coordinación con otras dependencias y entidades vinculadas con la Estrategia, a fin de hacer llegar a los municipios acciones integrales por parte de la federación. Destacan los proyectos de inversión financiados con recursos de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas en los municipios de la Estrategia, los proyectos del Programa de Empleo Temporal para la Prevención y Control del Dengue en municipios con menor IDH y Centros Turísticos, y el Programa de Empleo Temporal para el Fortalecimiento de la Salud Reproductiva de las mujeres de municipios con menor IDH.

Respecto de las principales acciones de salud que se desarrollaron entre 2008 y 2009 en los 125 municipios de la Estrategia, destacan:

- Las coberturas de vacunación con esquema completo ascendieron a un 95 por ciento.
- No se registraron defunciones por dengue y se redujo el número de casos probables en un 25 por ciento.
- La incidencia de paludismo registró un descenso del 20 por ciento respecto de la cifra del periodo previo.
- Se instalaron puestos periféricos para la administración de suero antialacrán.
- En estos municipios se afiliaron al Seguro Popular 281,586 familias y 20,373 niños al Seguro Médico para una Nueva Generación. En Embarazo Saludable se afiliaron 1,750 embarazadas.
- A través del Programa Desarrollo Humano Oportunidades, se atendieron aproximadamente 162 mil familias beneficiarias, a través de 549 unidades médicas (móviles y fijas) y se vigiló el crecimiento de 87 mil niños en promedio durante el periodo.
- Caravanas de la Salud focalizó sus acciones atendiendo a una población de 130,617 habitantes en 617 localidades de 53 municipios, beneficiando a una población de 130,739 personas.
- Se alcanzó una cobertura de 89.5 por ciento de vacunación contra el VPH en adolescentes femeninas de 12 a 16 años.
- En estos municipios se concluyeron 21 centros de salud, un hospital de la comunidad, un módulo de medicina tradicional y una unidad de atención ambulatoria integral a la salud (UNAAIS)
- Se dio inicio al programa de Madrinas Obstétricas en los municipios con menor IDH, como parte de las acciones del programa Arranque Parejo en la Vida.
- Se otorgó apoyo técnico y financiero a 10 proyectos basados en diagnósticos municipales de salud, derivados del Programa Municipal de Promoción de la Salud, que están encaminados a lograr un impacto en el nivel de salud de las comunidades y que sean sostenibles a mediano y largo plazo en los municipios.

ALIANZA POR UN MÉXICO SANO

El 30 de abril de 2007 se instituyó la Alianza por un México Sano, con la visión de alinear esfuerzos, crear sinergias y alcanzar más rápido y a un menor costo las metas trazadas para asegurar una mejor salud a todos los mexicanos.

El objetivo de la Alianza es establecer un espacio de 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, definiéndose 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.

De septiembre de 2008 a agosto de 2009, se elaboró el segundo informe de actividades de la Alianza, el cual es el resultado de la suma de esfuerzos orientados al mejoramiento de la salud y la calidad de vida de la población. En el informe 2008-2009, se da testimonio de las diversas acciones emprendidas por los adherentes, de la participación del gobierno, entidades federativas, academias, sociedad civil, empresas, instituciones, ciudadanos, organizaciones no gubernamentales y organismos internacionales y de su impacto en la comunidad.

Destacan las acciones que los adherentes realizaron a favor de la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, a través del seguimiento de acuerdos, impartición de talleres y elaboración de libros en torno al tema.

En 2009, los adherentes han enfocado sus acciones en apoyo al combate del sobrepeso, la obesidad y sus consecuencias, participando activamente en el programa “Cinco Pasos por tu Salud. Para Vivir Mejor” y “Vamos por un Millón de Kilos”, así como en “La Cruzada Nacional contra la Obesidad y sus Complicaciones”; y en el desarrollo de diversas alternativas para una mejor alimentación y acciones de detección oportuna de riesgos y tratamiento adecuados.

El 19 de marzo de 2009, para la prevención y atención de la discapacidad, la Fundación TELETÓN sumó esfuerzos en la campaña de ácido fólico en la cual se distribuyeron 35 millones de frascos de ácido fólico para las mujeres en edad fértil en las instituciones de salud y tiendas DICONSA.

Desde el lanzamiento de la Alianza por un México Sano, las academias, asociaciones y colegios participan conjuntamente con las instituciones de salud en la elaboración de guías, normas y procedimientos para mejorar la atención médica tanto en aspectos técnicos como interpersonales. Se destaca la creación de un círculo académico con la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), el Instituto Politécnico Nacional (IPN) y el Centro de Investigación y Estudios Avanzados del IPN (CINVESTAV), con el propósito de lograr el máximo aprovechamiento de los recursos humanos, materiales y financieros en el desarrollo de proyectos orientados a la investigación, protección y atención a la salud.

En el marco de la adhesión a la Alianza por un México Sano, Laboratorio Silanes redujo los precios de 42 de sus medicamentos. Así también, Wal Mart a través de Medi-Mart, aumentó el catálogo de 223 a 456 medicamentos genéricos intercambiables, representativos del cuadro básico de enfermedades de bajo costo.

Estas acciones entre muchas de las que reportan los adherentes en apoyo a los programas de salud, como prevención de accidentes, salud bucal, prevención y detección oportuna de cáncer, prevención de VIH SIDA, prevención de accidentes entre otros, dan cuenta de la colaboración de las organizaciones sociales con el gobierno para alcanzar las metas en salud.

Como un nexo permanente con la sociedad, la Alianza por un México Sano cuenta con la página www.alianza.salud.gob.mx en donde se puede consultar la información de las acciones de los adherentes.

1.1 UNIDAD DE ANÁLISIS ECONÓMICO

La Unidad de Análisis Económico (UAE) tiene como misión apoyar a las diferentes áreas de la SS en el diseño y conceptualización de políticas de salud, mediante el uso del análisis económico como herramienta para identificar áreas de oportunidad para mejorar el desempeño del Sistema Nacional de Salud. Con este fin, entre las principales tareas de la UAE 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.

Para el cumplimiento del primer objetivo del PRONASA 2007-2012, *Mejorar las condiciones de salud de la población*, la UAE participa en el desarrollo de un proceso que permitirá legitimar, transparentar y generar consensos sobre las decisiones que se tomen respecto a la identificación de prioridades en salud para el sector público, para ello la UAE ha interactuado con diversas áreas de la Secretaría de Salud, así como con expertos en el tema de la Universidad de Harvard.

Apoyando el uso de herramientas de evaluación económica para la priorización de intervenciones de salud y el sustento de las decisiones de financiamiento, la UAE presentó en el “Séptimo Congreso Internacional de Economía de la Salud” los resultados del impacto económico de la doble carga de la enfermedad desde la perspectiva del pagador, representado por el sector público. Así mismo, desarrolló el análisis de impacto financiero en la salud de la población mexicana derivado de la obesidad y el sobrepeso, cuyos resultados sirvieron para apoyar las políticas de prevención contra la obesidad impulsadas por la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, y en estos momentos está realizando la actualización de la evaluación económica del alcoholismo.

En concordancia con los objetivos 2 y 3 del PRONASA 2007-2012, la UAE está coordinando, de manera conjunta con la Secretaría de Economía, los trabajos intersectoriales para instrumentar políticas que permitan mejorar el funcionamiento del mercado farmacéutico. Estos trabajos se caracterizan por la colaboración y coordinación entre las Secretarías de Salud, Economía, Función Pública, y Hacienda y Crédito Público, la Oficina de la Presidencia de la República y diversas entidades de la Administración Pública Federal cuyo ámbito de acción se relaciona con el mercado farmacéutico.

En el periodo que comprende el presente informe, se efectuaron dos reuniones de titulares de las dependencias y entidades mencionadas, en las que se analizaron propuestas de política en torno a los siguientes temas: promoción de la entrada de medicamentos genéricos, mecanismos para optimizar la compra pública de medicamentos, regulación de precios en el sector privado, regulación sanitaria de medicamentos, buenas prácticas de prescripción, dispensación y vinculación con la industria, así como la promoción de la competencia en el mercado farmacéutico.

Además de coordinar estos trabajos, la UAE apoyó técnicamente las siguientes actividades: revisión del esquema de autorregulación de precios de medicamentos con patente en el sector privado; diseño de la estrategia de levantamiento de información sobre precios observados y verificación de farmacias en el sector privado; revisión del texto sobre precio máximo de venta al público contenido en la Norma Oficial Mexicana NOM-072-SSA1-1993 sobre etiquetado de medicamentos.

En el marco de la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud (CCNPMIS), la UAE coordinó los trabajos del Comité de Evaluación Económica. En particular se desarrolló una revisión sistemática de evaluaciones económicas relacionadas con medicamentos antirretrovirales y se elaboró el informe de dicho Comité que sirvió de apoyo para el proceso de negociación 2009 de la CCNPMIS.

En materia de política farmacéutica, la UAE apoyó al Comité de Medicamentos, coordinado por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, en la exposición y discusión de experiencias de modelos de farmacia externa y dispensación de medicamentos por dosis unitarias. Asimismo, apoyó a dicho Comité y al Consejo de Salubridad General en la revisión y análisis de los

cuadros básicos de medicamentos institucionales y su empate con el Cuadro Básico para el primer nivel de atención médica y Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel de atención médica.

Con relación al objetivo 4 del PRONASA 2007-2012, *Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud*, la UAE desarrolló el marco teórico y el estudio de factibilidad financiera para la creación de un fondo sectorial para el financiamiento de los servicios de alta especialidad, que sería el primer mecanismo de financiamiento sectorial para las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud. Se está a la espera del marco legal necesario para su implementación.

Coordinó los trabajos de factibilidad para la implementación del proyecto de Seguro Binacional tomando como referencia la propuesta desarrollada por el Instituto Nacional de Salud Pública, *Salud migrante: Propuesta para implementar un seguro de salud binacional para mexicanos en Estados Unidos y sus familias en México*. El objetivo es poner en marcha un piloto en el que se ofrezca un seguro médico de atención primaria a emigrantes que laboran en Estados Unidos con Visa H2A a finales de 2009. Para ello se realizaron visitas a algunos estados de Estados Unidos con el propósito de identificar el interés y la capacidad de los centros de salud comunitarios de ofrecer un paquete de servicios de atención primaria a los inmigrantes mexicanos. De igual manera, se buscó concretar las acciones que serían necesarias para ofrecer dicho paquete y definir cuáles serían los mecanismos de referencia de pacientes a México para recibir atención de segundo y tercer nivel. Concluida la labor de coordinación por parte de la UAE, el proyecto fue turnado a la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social para su implementación.

Como parte del apoyo a la consolidación del Sistema de Protección Social en Salud, la UAE ha analizado opciones para mejorar la oferta de servicios, en particular la factibilidad de subrogar la prestación de los servicios a terceros. Como parte de estos trabajos se han recopilado instrumentos contractuales generados en años previos y que pudieran ser útiles para el tema. Además, la UAE apoyó a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud en el desarrollo de herramientas y sistemas que permitan mejorar los diversos procesos de financiamiento, en particular el proceso de costeo de intervenciones de salud.

De acuerdo con el objetivo 5 del PRONASA, *Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país*, la UAE participó como representante técnico de la Secretaría de Salud en el Comité de Salud de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), coordinando la participación de México en los siguientes proyectos: estadísticas sobre salud, indicadores de calidad de la atención médica, encuesta económica de México, aspectos económicos de la prevención, eficiencia de la coordinación entre niveles de atención médica y crisis económica y sector salud.

La UAE participó como representante de la SS en dos eventos organizados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Ministerio de Salud de Brasil, ambos realizados en Brasilia-DF, Brasil: el Primer Encuentro Internacional sobre Acceso a Medicamentos de Alto Costo de Fuentes Limitadas, realizado en noviembre de 2008, y el Primer Seminario Panamericano de Regulación Económica de Medicamentos, realizado en marzo de 2009.

Finalmente a partir de la invitación del Banco Interamericano de Desarrollo en el 2008 para participar en la Red de Difusión de Conocimiento en Salud (Health Knowledge Brokers Network), la UAE colaboró en la documentación de los procesos que se han seguido en nuestro país para el diseño y ajuste de los paquetes de beneficios del Seguro Popular.

1.2 DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS

La Dirección General de Asuntos Jurídicos provee asesoría y consultoría jurídica en general. Está encargada de la defensa de los intereses patrimoniales de la Secretaría de Salud y del sector coordinado por ésta, así como de orientar, asesorar, analizar y desarrollar propuestas jurídicas para promover los elementos que consoliden y sustenten las bases del derecho a la protección de la salud.

En el periodo del 1° de septiembre de 2008 al 31 de agosto de 2009, se llevaron a cabo 240 consultas en diversos tópicos vinculados con el marco normativo de la vigilancia epidemiológica y de la influenza en materia de derecho sanitario; sobre la creación o modificación de consejos internos de los órganos desconcentrados; sobre instrumentos registrados; sobre el Sistema de Protección Social en Salud; y sobre trámites relativos a la protección de derechos de autor.

Se llevó a cabo la revisión, dictamen, elaboración y validación de 649 convenios, 77 consultas jurídicas, 52 instrumentos internacionales, 13 bases, 12 acuerdos y 58 instrumentos jurídicos, en los que la Secretaría es parte, tanto en el ámbito nacional como en el internacional.

Se han llevado 251 opiniones respecto de iniciativas, dictámenes o minutas que se encuentran en estudio en el H. Congreso de la Unión, entre las cuales destacan:

- Decreto por el que se adiciona una fracción IV al artículo 64 de la Ley General de Salud, en materia de parteras indígenas;
- Decreto que adiciona un artículo 222 Bis a la Ley General de Salud, en materia de medicamentos biotecnológicos;
- Decreto por el que se reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de trasplantes y donaciones de órganos;
- Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, del Código Penal Federal y del Código Federal de Procedimientos Penales, en materia de narcomenudeo;
- Iniciativa con proyecto de Decreto que reforma y adiciona diversas disposiciones a la Ley General de las Personas con Discapacidad;
- Diversas iniciativas que reforman y adicionan a la Ley General de Salud en materia de sobrepeso y obesidad;
- Proyecto de Iniciativa para dar sustento al Expediente Electrónico.

Se atendieron 138 consultas en las que se prestó asesoría jurídica o se emitió opinión de anteproyectos de diversos ordenamientos jurídicos, entre los cuales destacan:

- Decreto que abroga el diverso por el que se da a conocer la forma oficial de los certificados de defunción y de muerte fetal, publicados el 21 de noviembre de 1986;
- Decreto por el que se ordenan diversas acciones en materia de salubridad general, para prevenir, controlar y combatir la existencia y transmisión del virus de influenza estacional epidémica;
- Decreto por el que se exime del pago de contribuciones al comercio exterior para hacer frente a la situación de contingencia sanitaria provocada por el virus de influenza;
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud;
- Reglamento de la Ley de Asistencia Social;
- Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco;
- Acuerdo por el que se determinan los lineamientos a los que estará sujeta la venta de los medicamentos que contienen las sustancias activas denominadas oseltamivir y zanamivir como medida de prevención y control del brote de influenza;
- Acuerdo mediante el cual se instruye a todas las instituciones de atención médica del Sistema Nacional de Salud en sus niveles público, social y privado, respecto de la recepción de casos probables de influenza;
- Acuerdo mediante el cual se establecen los lineamientos para la asignación y distribución de órganos y tejidos de cadáveres de seres humanos para trasplante;

- Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal;
- Acuerdo que establece los lineamientos para la adquisición de medicamentos asociados al Catálogo Universal de Servicios de Salud por las entidades federativas con recursos del Sistema de Protección Social en Salud.

Se analizaron y dictaminaron 41 normas oficiales mexicanas. Se publicaron 23 en el Diario Oficial de la Federación (DOF), de las cuales 8 son modificaciones, 9 proyectos, 4 respuestas a comentarios, 1 cancelación y 1 aviso de prórroga. Se gestionó la publicación en el DOF de 290 documentos, se registraron 1582 instrumentos consensuados, 89 nombramientos de funcionarios adscritos a esta dependencia, y 257 firmas y rúbricas.

El Comité de Mejora Regulatoria (COMERI), ha implementado mejores prácticas de simplificación regulatoria detectando áreas de oportunidad en la SS para su mejora, aprobando en su pleno ordenamientos internos, destacando la realización de 3 sesiones ordinarias, 7 extraordinarias y 2 auditorías obteniendo una calificación de 100 por ciento de cumplimiento.

Se llevó a cabo el mantenimiento y la actualización de la Normateca Interna de la SS, cuyo acceso se encuentra disponible en la página Web de la Secretaría, y en el portal de la Dirección General de Asuntos Jurídicos.

En cuanto a la transparencia y acceso a la información pública que ha instrumentado el gobierno actual, se destacan las labores del Comité de Información de la Secretaría, cuya presidencia corresponde a esta Dirección General. En el periodo de análisis del presente informe, dicho Comité ha sesionado 20 ocasiones, ha recibido 215 solicitudes de información, mismas que fueron resueltas y tramitadas en los términos que marca la legislación vigente. Asimismo, se defendieron los intereses de la Secretaría ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (IFAI) de 78 recursos interpuestos.

Se han realizado 15 sesiones extraordinarias para el proceso entrega-recepción de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad de Oaxaca, Yucatán y Chiapas, además de continuar con el proceso de formalización del anteproyecto de Decreto del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria “Bicentenario 2010”.

Con relación a las actividades de defensa patrimonial se informa que en materia civil se cuenta con 9 asuntos iniciados por un monto de 172 millones de pesos; 4 asuntos resueltos; 4 asuntos favorables por un monto total de un millón de pesos; ningún asunto desfavorable; 132 comparecencias ante juzgados; 27 asuntos vigentes por un monto de 241 millones de pesos y 47 asesorías. En materia laboral se tienen 843 juicios en trámite; 147 demandas recibidas y 147 demandas contestadas; 24 laudos favorables; 880 audiencias y 12 consultas. En materia penal se cuenta con 21 averiguaciones previas; 161 comparecencias ante el Ministerio Público y juzgados, 5 vehículos recuperados y 8 consultas.

En materia de amparo se recibieron 949 demandas, de las cuales en 130 se ejerció la representación presidencial. Se interpusieron 65 recursos de revisión, 16 de queja y 5 de reclamación y se concluyeron 291 juicios de amparo. Se brindó asesoría y apoyo técnico para la atención y seguimiento de juicios de amparo al Consejo de Salubridad General, la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud y se brindó opinión técnica a la Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal para sustentar la validez de la NOM 046 en la controversia constitucional interpuesta por el Estado de Jalisco en contra de la Federación.

En materia contencioso administrativo se tuvieron en trámite 449 juicios de nulidad, de entre los que destacan uno en materia de obra pública por 43,700 millones de pesos, y dos en materia de adquisiciones por 350,000,000.00 y 242,000.00 dólares.

En materia de derechos humanos se atendieron 16 quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos, 7 de las cuales fueron en vías de colaboración; 6 expedientes fueron concluidos sin responsabilidad para la Secretaría de Salud y se recibió sólo una recomendación.

Se asistió a las reuniones del Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud, para lo cual se celebraron, 6 sesiones ordinarias y 5 sesiones extraordinarias, participando además en la revisión y actualización de las Reglas de Operación de dicho Fideicomiso.

Finalmente, se informa que se asistió a 223 sesiones de distintos comités y subcomités de la Secretaría, en apoyo a diversas unidades administrativas, y se otorgó asesoría jurídica en materia de adquisiciones en 1627 asuntos y 293 consultas en materia administrativa en general.

1.3 DIRECCIÓN GENERAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL

La Dirección General de Comunicación Social tiene como misión difundir los programas y acciones que lleva a cabo la Secretaría de Salud, en cumplimiento con el Plan Nacional de Desarrollo (PND), y el Programa Nacional de Salud (PRONASA) que reflejan el compromiso del Gobierno de la República para proporcionar los servicios de salud a todos los mexicanos, como un derecho universal.

El periodo que se informa, tuvo características particulares ante el brote del virus de la influenza A(H1N1) que irrumpió inesperadamente en el país. En la contingencia, las acciones de comunicación social se constituyeron en un factor estratégico ya que se dirigieron a transmitir información sobre las medidas sanitarias implementadas para evitar la propagación del nuevo virus, así como las relacionadas con la atención de quienes fueron contagiados.

En términos generales la prevención y el control de enfermedades, constituyen una constante en el programa y las estrategias de comunicación de esta Dirección General mediante la difusión a nivel nacional de campañas institucionales, comunicados de prensa, entrevistas, cobertura de eventos y elaboración de artículos especiales relativos, particularmente, a las enfermedades de alta incidencia en nuestro país.

CUMPLIMIENTO DE METAS

Las metas comprometidas por la Dirección General de Comunicación Social se ubican por encima de las programadas, durante el periodo del 1° de septiembre de 2008 al 30 de agosto de 2009.

ESTRATEGIA 1: REFORZAR Y RETROALIMENTAR LA COMUNICACIÓN CON LAS UNIDADES MÉDICAS Y SUSTANTIVAS, INSTITUCIONES, ÓRGANOS DESCONCENTRADOS Y CON LOS SESA PARA UNIFICAR CONCEPTOS EN MATERIA DE COMUNICACIÓN SOCIAL

Acciones	Esperado	Alcanzado
Cumplir con las disposiciones legales en materia de comunicación social.	100%	100%
Brindar apoyo normativo en el diseño, producción y transmisión de campañas institucionales en medios electrónicos e impresos.	18	27
Asesorar en el manejo de la información en situaciones comunes y emergentes.	25	177
Cubrir los eventos institucionales y giras de trabajo del Secretario y funcionarios de la Secretaría. (Elaborar y enviar boletines de prensa a los medios de comunicación)	250	295
Producir resúmenes informativos sobre el manejo que los medios de comunicación hacen de la información generada por la Secretaría.	365	365
Supervisar la creatividad y elaboración de las campañas institucionales.	18	27
Elaborar el periódico México Sano, como órgano interno de comunicación y consulta.	7	6

ESTRATEGIA 2: FORTALECER LA RELACIÓN CON LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN PARA DAR A CONOCER EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROGRAMAS QUE EN MATERIA DE POLÍTICA SOCIAL LLEVA A CABO LA SECRETARÍA, COMO CABEZA DEL SECTOR SALUD.

Acciones	Esperado	Alcanzado
Organizar y realizar conferencias de prensa del Secretario y funcionarios de la institución.	15	37
Evaluar periódicamente, de manera cualitativa y cuantitativa, la difusión de la información que genera la SS en los medios de comunicación nacional, estatal y regional.	12	12
Promover entrevistas a funcionarios.	40	375
Coordinar el diseño, la edición y la producción de los materiales gráficos e impresos que divulga la Secretaría.	10	393
Atender los requerimientos de información de los medios de comunicación.	15	107

* Cifras preliminares al corte de julio.

1.4 UNIDAD COORDINADORA DE VINCULACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

La Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social (UCVPS) tiene como función establecer y conducir mecanismos de vinculación entre dependencias y entidades del sector público, el poder legislativo, la sociedad civil y organismos no gubernamentales, nacionales e internacionales y la Secretaría de Salud, para colaborar en la instrumentación y desarrollo de programas y proyectos del Sistema Nacional de Salud, en especial de los Servicios Estatales de Salud.

Esta Unidad comprende una Dirección Administrativa (DA), la Dirección General Adjunta de Vinculación Social (DGAVS), la Dirección General Adjunta de Coordinación de Proyectos Estratégicos (DGACPE), la Dirección General Adjunta de Coordinación con los Sistemas Estatales de Salud (DGACSESA), la Dirección General de Relaciones Internacionales (DGRI) y el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud.

DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

Es la instancia 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, a fin de coadyuvar al cumplimiento de los objetivos que tienen encomendados, relacionados con la instrumentación y desarrollo del Programa Sectorial de Salud 2007-2012. La DA participó en los Comités de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, y de Bienes Muebles de la Secretaría de Salud, coadyuvando en la instrumentación de las políticas internas en la materia; brindó el apoyo administrativo necesario para la realización de las Reuniones Ordinarias del Consejo Nacional de Salud; apoyó a las instancias que organizan las giras del C. Secretario, asistiendo en algunas en compañía del Presidente de la República para atender problemas sociales o para poner en marcha programas de salud.

Derivado de los Convenios de Cooperación Bilateral celebrados por la Secretaría de Salud, en representación del Gobierno Federal, con otros países, efectuó los pagos de las becas otorgadas para apoyar a los profesionales mexicanos de salud, seleccionados para realizar estudios de formación o especialización en las modalidades de maestría y doctorado en el extranjero.

Apoyó administrativamente a los servidores públicos que participaron, con la representación de la Secretaría de Salud en reuniones y foros internacionales. Efectuó el pago de aportaciones a Organismos Internacionales por once millones cuatrocientos noventa y siete mil doscientos sesenta y siete pesos, de los cuales destacan diez millones quinientos noventa y un mil seiscientos cuarenta y siete pesos que corresponden a la Organización Panamericana de la Salud para ser destinados a la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos.

Llevó a cabo el mantenimiento preventivo y correctivo del parque vehicular con el que cuenta la UCVPs; desarrolló un sistema que permite plasmar el historial laboral de cada trabajador e identificarlo con fotografía, a fin de mejorar el manejo y gestión del capital humano; se puso a disposición del personal el calendario de capacitación 2009 y se brindó apoyo al personal de mando para coadyuvar a su certificación como servidores públicos de carrera.

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE VINCULACIÓN SOCIAL

Tiene como objetivo propiciar la participación de los órganos legislativos y la sociedad civil para construir los consensos necesarios para la planeación, instrumentación y evaluación de las acciones del sector. Básicamente sus actividades están enfocadas a ser enlace legislativo y a promover la vinculación social.

Durante el periodo que se informa, se trabajó de manera coordinada con la Secretaría de Gobernación y con el Poder Legislativo, para impulsar diversas reformas a la Ley General de Salud, destacándose la aprobación de los siguientes decretos publicados en el DOF:

- El 15 de diciembre de 2008. Faculta a la Secretaría de Salud para elaborar programas y campañas permanentes para el control de las enfermedades transmisibles que constituyan un problema potencial para la salubridad general de la población, como lo es el VIH-SIDA y las infecciones de transmisión sexual.
- El 5 de enero de 2009. Promueve la actualización permanente de las brigadas especiales de salud.
- El 17 de abril de 2009. Faculta a los usuarios de los servicios de salud para elegir al médico que se encargará de su atención.
- El 31 de mayo de 2009. Otorga el reconocimiento de las parteras indígenas y rurales.
- El 11 de junio de 2009. Fomenta la cultura de la donación de órganos y se facilita el proceso para realizar transplantes.
- El 11 de junio de 2009. Define a los medicamentos biotecnológicos y establece los requisitos para la obtención de su registro sanitario.

El 30 de abril de 2009, fue aprobado por el H. Congreso de la Unión, el Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, del Código Penal Federal y del Código Federal de Procedimientos Penales, con el fin de establecer la concurrencia de facultades entre el gobierno federal y las entidades federativas, en la prevención del consumo de narcóticos, la atención de las adicciones y la persecución de los delitos contra la salud.

En cuanto a la actividad legislativa en materia de salud del Congreso de la Unión se presentaron 549 iniciativas y 502 puntos de acuerdo, incluyendo los aprobados por congresos locales. Tales proyectos legislativos fueron analizados para emitir la opinión institucional correspondiente y realizar su consecuente estrategia de negociación, a través de la Secretaría de Gobernación. Se realizó el trámite y seguimiento de 600 gestiones del Poder Legislativo: 123 de la Cámara de Senadores, 280 de la Cámara de Diputados, 76 de Diputados Locales, y 121 de diversas entidades gubernamentales y asociaciones civiles.

Se integró el Programa de Acción Específico de Vinculación Social, en torno al cual se ha conformó el Sistema Informático de Administración y Control de Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) relacionadas con la salud, contando con una base de datos de 4,323 organizaciones. Se enviaron más de 289,247 correos electrónicos conteniendo información relacionada con los siguientes temas; influenza, cáncer, enfermedades respiratorias y VIH/Sida, entre otros. Se realizaron seis conferencias relacionadas con temas de obesidad, sobrepeso, cáncer de mama, diabetes y VIH/Sida, entre otros. De igual manera, se apoyó la realización de ocho foros sobre Rendición de Cuentas en Salud 2007. Se enviaron más de 12,960 correos electrónicos para estos eventos y se beneficiaron directamente a 1,713 OSC.

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE COORDINACIÓN DE PROYECTOS ESTRATÉGICOS

La DGACPE tiene entre sus facultades, la de fungir como enlace entre los sectores público, social y privado por lo que, para el periodo de análisis, realizó las gestiones pertinentes para convocarlos a 13 eventos de carácter presidencial en materia de salud. De igual forma, con la participación de dichos sectores se impulsaron 30 proyectos estratégicos vinculados con los programas y acciones de diversas áreas de la Secretaría de Salud.

La Dirección General coordinó una auditoría solicitada por la propia UCVPS, dio seguimiento a 29 observaciones y coadyuvó en la detección de áreas de oportunidad; participó en 58 reuniones de coordinadores de asesores, en las que facilitó el seguimiento y atención a los acuerdos y compromisos adoptados; supervisó los compromisos de la UCVPS en igual número de reuniones de Gabinete de Salud; asistió a diversas reuniones del Comité de Mejora Regulatoria Interna de la Secretaría y del Comité de Información, en representación de la UCVPS; y participó de manera directa en diversas acciones para atender la contingencia derivada de la Influenza A(H1N1).

En cumplimiento a las disposiciones en materia de transparencia y acceso a la información pública gubernamental, emitidas por el Ejecutivo Federal, coordinó la atención y seguimiento de 33 solicitudes de información recibidas en las áreas de la UCVPS. Con apoyo de la Dirección de Gestión de Peticiones Ciudadanas y Promoción Social se atendieron 940 peticiones ciudadanas, entre las que destacan: 562 de carácter federal, 28 de presidentes municipales y 350 relacionadas con el virus de Influenza A(H1N1). Asimismo, impulsó y coordinó en la Secretaría el sistema de atención ciudadana, dentro del Programa de Mejora de la Gestión de la Administración Pública Federal y del Programa de Contacto Ciudadano.

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE COORDINACIÓN CON LOS SISTEMAS ESTATALES DE SALUD

La Dirección General Adjunta de Coordinación con los Sistemas Estatales de Salud (DGASESA) funge como una de las instancias que establece interrelación con los Sistemas Estatales de Salud, así como con las entidades del sector público y privado, organismos de la sociedad civil y organizaciones no gubernamentales, que incidan de manera directa en el desarrollo y consolidación de los programas y proyectos que fortalecen el Sistema Nacional de Salud.

En el periodo, se planearon y coordinaron 75 giras de trabajo del C. Secretario de Salud al interior de la República, 11 de las cuales fueron de carácter Presidencial. En estas giras se atendieron programas de alto impacto social, para lo cual se proporcionó la información soporte, relevante y pertinente para las actividades institucionales con los órganos de Gobierno, fortaleciendo el vínculo con las entidades federativas y consolidando el carácter normativo de la dependencia, así como el desarrollo del Programa Nacional de Salud. De las giras de alto impacto con programas sociales destacan las siguientes:

- Inauguración del Hospital General de Irapuato, Guanajuato.
- Puesta en marcha del Hospital General de Maravatío e inauguración del Hospital Comunitario de Tuzantla, Michoacán.
- Inauguración del Hospital de la Mujer en Sinaloa.
- Inauguración del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria, Tamaulipas.
- Inauguraciones de los centros estatales de Oftalmología y Oncología en Campeche.
- Arranque de la “Segunda Semana de Salud: planifica, cuídalos, quiérellos, vacúnalos” en el Estado de Puebla.

Con respecto a la emergencia sanitaria presentada en el país a consecuencia de la epidemia de Influenza A(H1N1), se realizaron giras a las entidades de Guerrero, Hidalgo, Jalisco, San Luis Potosí y Zacatecas. Se brindó apoyo a la población mediante recorridos por los hospitales, así como reuniones de coordinación con los Consejos Estatales de Salud Pública.

Para fortalecer el carácter normativo de la Secretaría de Salud y servir como área de vinculación política entre el Secretario y las autoridades estatales de salud se realizaron análisis socio-políticos y de prospectiva de los temas requeridos por la superioridad como apoyo para la toma de decisiones de parte de los funcionarios de alto nivel de la UCVPS, elaborándose 184 síntesis informativas diarias durante la epidemia de influenza; 223 tarjetas informativas de alertas y de información para las secretarías de salud estatales; y 10 análisis prospectivos y trabajos de investigación sobre temas de coyuntura.

Finalmente, se atendió y dio seguimiento a los cuerpos colegiados en que participa el Secretario de Salud y cuya suplencia recae en la titular de la UCVPS.

1.4.1 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD

Se participó en cuatro reuniones ordinarias: la número VII, en Guanajuato, Guanajuato, del 3 al 5 de septiembre de 2008, con 16 presentaciones y 35 acuerdos; la VIII, en Oaxaca, Oaxaca, del 10 al 12 de diciembre del 2008, con 26 presentaciones y 22 acuerdos; la IX en Ciudad Victoria, Tamaulipas, del 17 al 19 de marzo, durante la cual se hizo entrega del Acuerdo Presidencial por el que se establece la integración y objetivos del Consejo Nacional de Salud, con 25 presentaciones, 129 asistentes, 41 compromisos y acciones en 15 de los acuerdos; la X en Ensenada, Baja California, con 32 presentaciones, 127 asistentes, 34 acuerdos y 65 compromisos.

Se asistió a tres reuniones extraordinarias: la número III, reunión extraordinaria del Consejo Nacional de Salud 2006-2012; la IV con la presencia del Presidente de la República, realizada en el Distrito Federal, con un acuerdo y 21 compromisos; la V, en la Secretaría de Salud, con 12 presentaciones, cuatro acuerdos y tres recomendaciones.

Cabe destacar que el 27 de enero de 2009, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo presidencial por el que se establece la integración y objetivos del Consejo Nacional de Salud, mismo que lo redefine como una instancia permanente de coordinación de las instituciones públicas que conforman el Sistema Nacional de Salud, que tiene por objeto la planeación, programación y evaluación de los servicios de salud en toda la República e integra a su conformación a las siguientes instituciones y autoridades: el Secretario de Salud, quien lo preside; los Secretarios de la Defensa Nacional y de Marina; los Directores Generales del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, y de Petróleos Mexicanos; así como el Titular del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia; y los titulares de los Servicios Estatales de Salud. También participan el Presidente de la Red Mexicana de Municipios por la Salud y, a invitación del Presidente del Consejo, miembros del sector público, privado y social que puedan contribuir a la realización de su objetivo.

Por otro lado, durante el periodo que se informa, se atendieron 2,578 peticiones ciudadanas, turnadas por la Red Federal de Atención a la Ciudadanía de la Presidencia de la República y directamente por la oficina del Secretario de Salud; se participó en diversos eventos, comités y grupos de trabajo, tales como el Consejo Interno del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; el Comité Consultivo Nacional de Normalización de la Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud; la Comisión intersectorial para la prevención y atención de la violencia de género en el Distrito Federal, entre otros.

En cuanto a producción editorial, se participó en los libros “El Consejo Nacional de Salud” y “La salud de los mexicanos 2007-2012”; se contribuyó en la edición del libro “Servicios de salud en México”; en el documento “Guía para la reducción de la vulnerabilidad en el diseño de nuevos establecimientos de salud”; en el “Programa especial de mejora de la gestión en la Administración Pública Federal 2008-2012 proyecto-Integral de mejora de la gestión. Sistema de atención y participación ciudadana”; y en “10 lecciones de la separación de funciones del sistema de salud en Colombia”.

1.4.2 DIRECCIÓN GENERAL DE RELACIONES INTERNACIONALES

Como parte del programa de cooperación bilateral y regional, el Secretario de Salud sostuvo reuniones de alto nivel con funcionarios de Canadá, Estados Unidos, China, Francia, Bélgica, Noruega, Japón, Reino Unido y República Checa, para avanzar en la colaboración en salud y en intercambios relacionados con la pandemia de influenza A(H1N1). Participó en el 48 Consejo Directivo de la OPS; en el Primer Encuentro de Alto Nivel de Seguridad Vial en Iberoamérica y El Caribe; en la XI Reunión de Ministros y Ministras de Salud de Iberoamérica; y en la XI Cumbre del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla. Participó como miembro del Comité Ejecutivo de OPS en la 144 Sesión de dicho Comité y en la 3ª Sesión del Subcomité de Planeación, Programación y Presupuesto.

Se participó además en la IV Reunión de Redes Eurosociales; en dos reuniones ordinarias y una extraordinaria del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA); y en la 7ª Comisión Mixta México-Belice.

La Dirección General apoyó la coordinación de diversos eventos internacionales y la firma de Acuerdos de cooperación suscritos en materia de salud con España, China, Francia y Mesoamérica. Asimismo, coordinó la participación de México en distintos programas de cooperación regional como el Mecanismo de Tuxtla y el Proyecto Mesoamérica para la implementación del Sistema Mesoamericano de Salud Pública. Además, se llevó a cabo la Primera Misión de Análisis de los Foros de Diálogo sobre Cohesión Social México-Unión Europea, con el objetivo de conocer la situación actual en México en temas relacionados con salud; se realizó un intercambio de información técnica con los Ministerios de Salud de Israel, Japón, Tanzania, Tailandia, Indonesia, Vietnam, Filipinas, y Australia, entre otros.

Se continuaron los trabajos de gestión de becarios internacionales, así como la difusión de cursos de capacitación en el extranjero en apoyo al desarrollo de recursos humanos en salud.

Con relación a las gestiones relacionadas con el tema de influenza A(H1N1), se coordinó con la Secretaría de Relaciones Exteriores la información relativa a las donaciones internacionales; se proporcionó información para las teleconferencias sostenidas con los estados miembros de la OPS, con el Ministro de Salud de China, con la Directora de la OPS; así como el mensaje a los Ministros de Salud del ASEAN; se apoyó la participación en foros internacionales como la reunión extraordinaria de COMISCA y la sesión especial informativa en Naciones Unidas; y se dio seguimiento a los casos y medidas adoptadas en otros países.

Por otra parte, en el marco del programa de cooperación multilateral la Secretaría de Salud participó en diversas reuniones de los organismos internacionales y foros vinculados a la salud, donde se analizó y discutió la situación prevaleciente en la salud global y se acordaron medidas e iniciativas para mejorar y proteger la salud de la población mundial. En este rubro, destacan las siguientes actividades:

- Global Health Security Initiative (GHSI). Se participó en la Reunión Ministerial en Bruselas, Bélgica, analizando asuntos relacionados con seguridad en salud destacando temas como bioterrorismo, comunicación de riesgo e influenza pandémica.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Se participó en la 62ª Asamblea Mundial del 19 al 27 de mayo en Ginebra, Suiza, dicha reunión se enmarcó en el tema de Influenza pandémica debido al brote de virus A(H1N1), en particular hubo un gran interés por las acciones de México en esta materia.
- OCDE. Se participó en el Simposio de Alto Nivel sobre Políticas de Precios de Productos Farmacéuticos, que se llevó a cabo en octubre de 2008 en París, Francia. Entre los objetivos de dicho encuentro se destacan: proveer de un foro para compartir información, experiencias e ideas relacionadas con las políticas de precios de los fármacos, encaminar los trabajos hacia una visión común de un marco sobre precios de medicamentos para apoyar el desarrollo de políticas e identificar áreas prioritarias para realizar trabajos futuros a nivel internacional, conociendo las necesidades de información para la implementación y construcción de políticas.
- UNGASS-DROGAS. Se participó en el 52º Periodo de Sesiones de la Comisión de Estupefacientes (CE) de la Asamblea General de Naciones Unidas del 11 al 20 de marzo de 2009 en Viena, Austria, en donde se realizó un seguimiento de alto nivel en donde participaron mandatarios y ministros con el objetivo de revisar la declaración política adoptada en la Resolución A/RES/S-20/2 de la Asamblea General en 1998, durante la cual los estados miembros se comprometieron a trabajar conjuntamente para elaborar estrategias, programas, y establecer metas comunes para el año 2008 en materia de drogas.
- Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT). Se participó en la Tercera Conferencia de las Partes (COP) del CMCT de la OMS, del 17 al 22 de noviembre del 2008, en Durban, Sudáfrica, en donde se acordó, entre otras cosas que México participará dentro del Buró del Cuerpo de Negociación Intergubernamental (INB) para la elaboración del Protocolo sobre comercio ilícito de los productos del tabaco e integrará los grupos regionales que deberán reunirse en sesión de trabajo antes de la tercera reunión del INB.
- México fue sede y organizador de dos importantes reuniones de la región de las Américas, así como de otras de carácter multilateral, tales como: El Seminario sobre Falsificación de Productos Médicos del

Mecanismo de Cooperación Asia-Pacífico (APEC); la Reunión Consultiva Regional sobre el Protocolo de Comercio Ilícito de Productos de Tabaco; y la Reunión de Alto Nivel sobre Lecciones Aprendidas de Influenza A(H1N1).

- Con relación al tema de la Influenza A(H1N1) se participó en el desarrollo de los trabajos del Comité de Emergencias; se coordinó y proporcionó información para las teleconferencias sostenidas con diversos funcionarios de la OMS, destacando las sostenidas con la Dra. Margaret Chan, Directora General; así como para las teleconferencias trilaterales sostenidas con diversos funcionarios de los Ministerios de Salud de Estados Unidos y Canadá; finalmente, se participó y proporcionó información para las reuniones sobre vacunas, sostenidas con diversos funcionarios de la OMS.

1.4.3 DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA PARA LA SALUD DEL MIGRANTE

La Dirección General Adjunta para la Salud del Migrante tiene como objetivo garantizar el acceso a los servicios de salud y proteger la salud de los migrantes a través de acciones binacionales en sus lugares de origen, tránsito y destino, coordinando y apoyando los diferentes programas de la APF que en materia de salud se realizan a favor de la población migrante mexicana. A continuación se describen las actividades realizadas entre el 1 de septiembre de 2008 a la fecha.

SEMANA BINACIONAL DE SALUD (SBS)

La Semana Binacional de Salud es una de las grandes movilizaciones que reflejan el esfuerzo de organizaciones comunitarias, agencias federales y estatales y voluntarias del continente americano para mejorar la salud y el bienestar de la población de origen latinoamericano más desfavorecida que vive en los Estados Unidos y Canadá. La SBS se lleva a cabo anualmente y consiste en una serie de actividades de promoción y educación de la salud que incluye talleres informativos, canalización a servicios y a programas de aseguramiento, así como exámenes médicos.

La VIII edición de la SBS se realizó del 6 al 10 de octubre en la Ciudad de Zacatecas, en la cual esta Dirección General llevó a cabo la coordinación de dicho evento conjuntamente con los Servicios de Salud del Estado de Zacatecas. Durante esta semana se brindó atención a más de 500,000 personas en más de 1,500 eventos (ferias de salud, talleres de capacitación, sesiones informativas, etc.) realizadas en los Estados de la Unión Americana y con la participación de los 48 consulados mexicanos en aquel país. Otra actividad realizada fue la celebración de la ceremonia de clausura la cual tuvo lugar en la Ciudad de Nueva York, EEUU.

En el marco de dicho evento se realizó el Foro de Políticas Públicas sobre Migración y Salud, la cual reunió a más de 400 participantes relacionados con el tema de la salud del migrante, así como la publicación del libro "Migración y Salud: Latinos en los Estados Unidos".

En este contexto se lleva a cabo la firma de las Bases de Colaboración entre la Secretaría de Salud y la Secretaría de Relaciones Exteriores con el objeto de apoyar el desarrollo de actividades y programas sobre promoción, prevención y educación en salud durante la VIII edición de la SBS. Asimismo, se firma la Carta de Intención entre las Secretarías de Relaciones Exteriores de Colombia, Ecuador, El Salvador, Honduras, Guatemala, Nicaragua, la Universidad de California y la Secretaría de Salud, beneficiando a más de 500,000 personas, la cual tiene por objeto mejorar la calidad de vida de los trabajadores migrantes y de sus familias; diseñar proyectos de cooperación sobre temas de salud, de manera específica en materia de calidad de la atención, tecnologías para la salud y educación para la salud, así como promover campañas para la prevención de enfermedades; impulsar la capacitación de personal en materia de salud del migrante; mejorar el acceso de esta población y sus familias a los servicios de salud en los Estados Unidos de América y sus países de origen; promover el intercambio de información con el propósito de mejorar el monitoreo y control de las enfermedades y coordinar y colaborar en la realización de la VIII Edición de la SBS.

VENTANILLAS DE SALUD

El Programa de Ventanillas de Salud (VDS) busca fortalecer la capacidad de los consulados para ofrecer información y proporcionar servicios sobre promoción de la salud; prevención de enfermedades; pruebas de tamizaje; servicios de atención médica públicos o privados; acceso a consultas médicas telefónicas y difusión y afiliación al Seguro Popular para el migrante y su familia en México. En este contexto se ha llevado a cabo la apertura de 32 Ventanillas de Salud, las cuales hoy en día están en operación en los Consulados de México en los Estados Unidos, las que han atendido a más de 700,000 migrantes mexicanos.

Asimismo, se desarrolló en conjunto con el Instituto de los Mexicanos en el Exterior (IME) el proyecto de homologar la imagen de las VDS, la creación de un micrositio y la elaboración del Manual de Procedimientos con el objeto de que todas las VDS puedan contar con un modelo de operación y de imagen.

En este rubro, se participó además en los siguientes eventos:

- Cuarta Reunión de Evaluación y Seguimiento al Programa Ventanillas de Salud, San Antonio, Tx. Diciembre 2008.
- Jornadas Informativas del IME, Abril 2008 y Junio 2009.
- Consejo Consultivo del IME
- Reunión de capacitación para el personal del IME en los Consulados de América del Norte.

COMISIÓN FRONTERIZA DE SALUD MÉXICO-ESTADOS UNIDOS, SECCIÓN MÉXICO (CSFMEU)

- Realización de gestiones con el objeto de que la CSFMEU realice, junto con el Colegio de la Frontera Norte (COLEF), un convenio de colaboración, el cual pretende coordinar y colaborar en tareas de mutuo interés y promover el fortalecimiento de los programas de investigación.
- Apoyo y gestión en la coordinación de la Semana de Vacunación de las Américas y la Semana de Inmunización Infantil.
- Firma de la Declaración Conjunta entre la Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Firma de la Enmienda al Plan de Acción para Promover la Salud y Prevenir las Enfermedades y sus riesgos en la frontera Norte de México.
- Participación en la XXVII y XXVI Conferencia de Gobernadores Fronterizos, el pasado 28 de mayo de 2009 en Baja California.
- Preparación de la lista de invitados para el Foro Binacional de Investigación en Salud Fronteriza, el 18 de julio de 2009 en San Diego, Calif. EUA.
- Realización de las gestiones administrativas para la liberación de recursos presupuestales para la administración de la CSFMEU ante la Dirección Administrativa de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social.
- Realización de la Semana de Salud Fronteriza.

PROGRAMA DE REPATRIACIÓN DE CONNACIONALES ENFERMOS GRAVES

- Instalación de la plataforma informática para llevar un registro de los enfermos repatriados a la Ciudad de México, con la Dirección General de Relaciones Internacionales (DGRI), así como la coordinación con la Secretaría de Relaciones Exteriores; definiendo así el Registro Nacional de Repatriación de Enfermos Graves.
- Elaboración del Manual de Procedimientos de Repatriación de Connacionales Graves para los Servicios de Salud de los Estados.
- A la fecha se han atendido a 53 connacionales enfermos graves.

PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD Y MIGRACIÓN (PIMSA)

- Firma del Convenio de Colaboración para la ejecución de PIMSA 2008.
- Realización de las gestiones del nuevo convenio de colaboración 2009, a fin de poder llevar a cabo la aportación establecida para la puesta en operación de dicho programa.
- Financiamiento de 15 proyectos de investigación, los cuales se realizan de manera binacional con universidades y académicos de ambos países.

PROGRAMA DE TRABAJADORES TEMPORALES AGRÍCOLAS (PTAT)

- Gestión de la participación del Gabinete Barreda y Asociados a fin de realizar las interpretaciones y toma de placas de Rayos X para los trabajadores que son asignados a los Centros de Salud en el D.F.
- Elaboración de los lineamientos en torno a la canalización de los trabajadores a los hospitales y centros de salud del D.F.
- Elaboración del Programa de Trabajo.
- Reforzamiento de los procedimientos a seguir por cada unidad médica por parte de los médicos canadienses y funcionarios federales y estatales encargados del programa.
- Incorporación de centros de salud en los estados de Guanajuato, Veracruz, y Michoacán para que puedan realizar exámenes médicos a los trabajadores agrícolas de esas localidades.
- Actualmente 12, 641 personas han participado en el PTAT.

ACCIONES REALIZADAS DURANTE LA EMERGENCIA DEL VIRUS DE INFLUENZA A(H1N1)

- Participación en las reuniones sostenidas con funcionarios de Canadá y funcionarios de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social (STPS), así como con funcionarios del Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México (AICM), a fin de conocer las medidas establecidas por México para reducir el riesgo de que algún trabajador que viaja a ese país estuviera enfermo.
- Participación en la recepción de los donativos internacionales procedentes de China, Japón, Corea, Francia, Estados Unidos, España y OPS/OMS, así como coordinar su distribución con la Presidencia de la República, formando parte del “grupo de trabajo interinstitucional para la recepción de la ayuda humanitaria contra el virus de Influenza A(H1N1)” presidido por la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública.
- Monitoreo de noticias internacionales y nacionales sobre las medidas restrictivas de cada país.

OTROS EVENTOS Y ACTIVIDADES

- Firma de Convenios entre el Instituto Nacional de Migración (INAMI) y los Servicios de Salud Estatales de Sinaloa, Chihuahua, Tlaxcala, Zacatecas, San Luis Potosí y Chiapas con el objetivo de tener un consultorio médico y proporcionar asistencia a los extranjeros asegurados en las estaciones migratorias del INAMI.
- Realización del Foro Binacional de Salud: Propuestas hacia la atención integral en coordinación con el Instituto Nacional de Salud Pública.
- Participación en la evaluación del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP).
- Firma del Acuerdo de Entendimiento entre la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud y la Sociedad Mexicana de Salud Pública, AC (AFMES), con el objetivo de fortalecer las acciones de salud pública en el país y en el quehacer de los miembros de ambas organizaciones.
- Coordinación de la participación de la Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social y del Coordinador de la Estrategia Integral para la Salud del Migrante en los siguientes eventos:
 1. Gira “SEP-SALUD-SEDESOL” Nueva York y Chicago. Enero, 2009.
 2. XIII Congreso Nacional de Salud Pública en el Instituto Nacional de Salud Pública. Marzo, 2009.
 3. 13th Annual Conference National Hispanic Medical Association. Marzo, 2009
 4. Foro Consultivo Migratorio en Morelia. Mayo, 2009.
 5. IV Curso sobre Migración y Salud organizada por la Universidad de California.

2. SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD

2. SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD

La Subsecretaría de Innovación y Calidad (SIC), conforme a las atribuciones conferidas en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, 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 un sistema integral y sectorial de calidad de la atención médica; la disponibilidad de recursos humanos, equipamiento, infraestructura y tecnologías de la salud; y el desarrollo de mejores instrumentos de planeación, organización y de rendición de cuentas, contenidas en el Objetivo 5 del Plan Nacional de Desarrollo 2007–2012 y en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012.

En este marco, en el periodo comprendido entre el 1° de septiembre de 2008 y el 31 de agosto de 2009, se coordinaron los proyectos de integración funcional del sector salud, orientados a una prestación más eficiente y equitativa de los servicios de salud, entre los que destacan: el Expediente Clínico Electrónico interoperable a nivel nacional, el Plan Maestro Sectorial de Recursos para la Salud, las Guías de Práctica Clínica, así como el Sistema de Costos y Tarifas, el intercambio de servicios de salud y la homologación de parámetros para la integración de un Padrón Universal de derechohabientes y beneficiarios de los esquemas de aseguramiento público. También, se dio seguimiento al Programa Caravanas de la Salud, al fortalecimiento de la infraestructura y equipamiento de las unidades médicas, a los ejercicios sectoriales de evaluación y rendición de cuentas, a la realización del Examen Nacional de Residencias Médicas, a la estrategia de calidad de los servicios de salud y seguridad del paciente y a las acciones de interculturalidad, temas sobre los cuales se da cuenta en los apartados de cada una de las direcciones generales adscritas a la Subsecretaría de Innovación y Calidad.

Como logros específicos de la Subsecretaría destacan, por una parte la coordinación de los trabajos de la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud, conformada por las Secretarías de Salud, Economía y Función Pública, el IMSS y el ISSSTE, que entre septiembre y diciembre de 2008 llevó a cabo las negociaciones de precios de medicamentos con patente vigente contenidos en el Cuadro Básico para el primer nivel de atención médica y en el Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel, con el fin de cubrir las necesidades de 2009 de las instituciones de salud. Producto de dichas negociaciones se firmaron convenios específicos con cada una de las empresas farmacéuticas participantes, en los que se estableció el precio en pesos corrientes aplicables a las adquisiciones de las instituciones para el 2009. En los precios negociados se incluyeron descuentos directos en la mayoría de las claves de medicamentos, que oscilaron entre 3 y 43 por ciento, representando ahorros por 1,207 millones. El 15 de abril de 2009 la Subsecretaría asumió la Secretaría Técnica de la Comisión Coordinadora y a partir de esta fecha comenzó los trabajos de negociación de precios de medicamentos y otros insumos para la salud con patente vigente que regirán para las compras programadas para 2010.

Otro logro específico de esta unidad administrativa fue la firma del convenio de colaboración entre la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE para Abatir la Mortalidad Materna a Nivel Nacional. En dicho Convenio se establecen los lineamientos generales para que las delegaciones del IMSS y las unidades médicas del ISSSTE y la Secretaría de Salud, atiendan en sus unidades a todas las mujeres que presenten una emergencia obstétrica, sin tomar en consideración su afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.

La Subsecretaría estableció además el marco referencial, legal y operativo, para el intercambio de servicios médicos de alta especialidad entre las instituciones públicas de salud, tomando como modelo la operación de los hospitales regionales de alta especialidad (HRAE) de la Secretaría de Salud.

Coordinó la realización del la versión XXXII del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM), que por primera vez se desarrolló de forma electrónica, dando mayor transparencia y seguridad al proceso, y permitiendo a los médicos aspirantes conocer su resultado inmediatamente terminado su examen. Asimismo, coordinó la campaña “Está en tus Manos” en todas las unidades hospitalarias de las instituciones públicas de salud del país, dando inicio el 1° de octubre de 2008, la cual promueve la adecuada higiene de manos del personal médico y de enfermería, así como de las instalaciones, para contribuir a la reducción de infecciones nosocomiales.

Se conformó junto con cada una de las Direcciones Generales de su ámbito de control, una nueva y más simple estructura programática, misma que permite una mayor claridad en los objetivos y metas planteadas, así como un mejor seguimiento y una mejor evaluación a través de indicadores de desempeño vinculados al propósito de la Subsecretaría.

Como parte de la estrategia de contención de la epidemia de influenza A(H1N1), la Subsecretaría generó una serie de medidas de atención médica destinadas a vincular el primero y segundo nivel de atención para detectar y tratar oportunamente los casos sospechosos, así como para dar seguimiento a los contactos de los casos confirmados. Entre las medidas adoptadas con mayor impacto en la estrategia de contención de la epidemia se cuenta: la generación y difusión de instrumentos de apoyo para los médicos y el personal de salud, relacionados con: Acciones para contener la influenza A(H1N1); medidas preventivas para personal de salud en contacto con pacientes con infecciones respiratorias; procedimientos para la toma y envío de muestras para diagnóstico de influenza, y manejo del paciente adulto con influenza grave en la unidad de cuidados intensivos, entre otros.

Se coordinó el despliegue de las Caravanas de la Salud en diversas entidades del país para brindar atención médica de primer contacto, diagnóstico y tratamiento con antivirales a pacientes sospechosos de influenza A(H1N1); se vigiló la aplicación de pruebas rápidas para la detección de influenza tipo A y B en unidades de primer contacto, ambulatorio u hospitales en consulta externa, para apoyar el diagnóstico clínico y el tratamiento temprano de probables casos de Influenza A(H1N1); a través de las Caravanas de la Salud y la coordinación con los prestadores de servicios de salud, se dio seguimiento a los contactos de las personas fallecidas por neumonía atípica, considerados casos sospechosos de influenza A(H1N1), con el propósito de dar tratamiento oportuno ante cualquier síntoma y vigilar la propagación en su círculo cercano; se desarrolló un ejercicio de evaluación para medir las capacidades de los hospitales para desplegar sus planes de contingencia, clasificar, priorizar y atender a la población usuaria; responder ante un incremento inusual de la demanda, cumplir con los criterios de seguridad para los profesionales de la salud, y medir la disponibilidad de medicamentos e insumos necesarios. Este ejercicio permitió perfilar acciones correctivas y de anticipación ante un escenario de rebrote de la epidemia.

2.1 DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD

Con relación al Programa de Caravanas de la Salud, el 30 de diciembre del 2008 se publicaron en el DOF las Reglas de Operación, incorporando las mejoras para su funcionamiento en las 32 entidades federativas, a quienes en ese mismo mes se les transfirieron recursos por un monto de 175 millones de pesos para la operación de 188 unidades médicas móviles (UMM). De enero a mayo de 2009 se radicaron 257.7 millones de pesos a los estados para el desarrollo del Programa, que incluye el pago de los servicios personales, viáticos, gastos de camino para el personal operativo y directivo de las coordinaciones estatales de Caravanas de la Salud.

Desde el inicio del Programa, en enero de 2007, al 31 de agosto del 2009 se incorporaron 1,334 UMM, incluyendo 557 adquiridas en el último año, mismas que otorgan servicios de atención médica y odontológica, así como acciones de prevención y promoción de la salud a la población de cerca de 2.7 millones de personas que habitan en 13,272 localidades de las 32 entidades federativas. En coordinación con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, al 15 de junio de 2009, se han acreditado 112 UMM del programa, lo cual permite garantizar que la prestación de los servicios que se ofertan se adhiera a los lineamientos en materia de calidad y seguridad del paciente.

Se llevaron a cabo 22 talleres teniendo como sedes a 15 entidades federativas, capacitándose a un total de 1,412 personas entre personal operativo y directivo que participa en el desarrollo del Programa. Asimismo, en marzo de 2009 se capacitó a 328 personas en el taller para el Manejo Eficaz de las UMM dirigido a los equipos de trabajo que se incorporaron a las nuevas unidades.

Entre los meses de abril y junio de 2009, se movilizaron 245 UMM para realizar acciones de prevención, detección oportuna y atención médica durante la contingencia por el virus de la influenza A(H1N1), principalmente en Aguascalientes, Campeche, Coahuila, Colima, Chiapas, Distrito Federal, Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas, Tlaxcala y Veracruz. Se brindaron un total de 1, 038,617 atenciones, realizando 967,166 acciones preventivas; 71,451 consultas médicas; 1.106 pruebas rápidas a pacientes con sospecha de influenza, y 227 referencias de casos complicados a hospitales generales.

Por lo que respecta al Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud (PMI), el grupo interinstitucional conformado por el IMSS, ISSSTE y la SS, firmaron, en mayo pasado, el Convenio General de Colaboración para la Atención de la Emergencia Obstétrica.

Se realizaron los diagnósticos para la conformación de las redes estatales de telemedicina y el fortalecimiento de las redes de servicios de salud en los municipios de menor IDH; con la capacitación a diez entidades federativas, se concluyó la primera etapa del desarrollo de la herramienta Geo-referenciada para el Plan Maestro Sectorial (PMS) de Recursos para la Salud, facilitando una mejor planeación de unidades médicas, y se trabaja en el proyecto "Hospital Universal", en el municipio de Reforma del Estado de Chiapas, el cual permitirá prestar servicios a la población afiliada al ISSSTE, IMSS, PEMEX y Seguro Popular.

Se firmaron convenios con la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) por 77.4 millones de pesos para el ejercicio 2008 y 150 millones de pesos para el ejercicio 2009. El financiamiento con recursos del Fondo de Previsión Presupuestal, ejercicio en 2008, fue por un total de 1,302.42 millones de pesos.

En cuanto a los avances en el diseño e instrumentación de la Política Nacional de Medicamentos, se informa que el indicador de surtimiento de recetas completas a usuarios o derechohabientes de los servicios de salud pasó de 63.5 por ciento al inicio de la estrategia a 87.0 por ciento en primer semestre del presente año. Asimismo, se desarrolló un modelo de estructuración para la farmacia hospitalaria con el apoyo de un grupo de expertos, integrado por personal de diez universidades y dos asociaciones civiles, así como por personas y líderes de opinión interesados en promover un cambio radical y profundo en los esquemas de atención al paciente, al pasar de una farmacia tradicional orientada hacia la distribución, a una farmacia profesionalizada orientada a la seguridad del paciente y a la sustentabilidad del gasto hospitalario destinado a medicamentos.

En el área de Medicina Tradicional, con el objetivo de promover políticas interculturales de respeto a la dignidad y derechos humanos de las personas se implantó el Modelo Intercultural de Atención al Parto Vertical, con el personal médico y de enfermería en los principales hospitales de Oaxaca y en hospitales de especialidades de Tabasco y Colima. Se incorporaron además variables étnicas en el Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios; se realizaron acciones de capacitación intercultural y "Encuentros de Enriquecimiento Mutuo", sensibilizando a 2,439 personas de 11 estados, 1,459 profesionales de la Salud en los Hospitales Federales de Referencia y 940 profesionales de esta rama de 27 escuelas y facultades de medicina y enfermería.

En coordinación con el Consejo de Salubridad General, se constituyeron los grupos de trabajo para la definición de los cuadros básicos de Remedios Herbolarios, Medicamentos Homeopáticos, y de insumos y equipos para la Acupuntura Humana; se definieron además, los criterios para la enseñanza de la licenciatura en Homeopatía y el diplomado de Herbolaria en la práctica médica.

En relación con el Programa de Calidad, Equidad, y Desarrollo en Salud (PROCEDES), el presupuesto que se le tenía asignado para 2008 (ochocientos sesenta millones cuatrocientos sesenta y cuatro mil setecientos ochenta y un pesos, 00/100 M.N.) fue dirigido a acciones para el fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria en las entidades federativas. Se realizaron acciones de ampliación, rehabilitación, mantenimiento, obra nueva, equipamiento de unidades de hasta 120 camas y en menor medida gastos de operación de unidades hospitalarias. También se apoyó la realización de estudios y consultorías, con la finalidad de desarrollar el proceso de Reestructuración Organizacional de los Servicios Estatales de Salud, así como, al

fortalecimiento de la infraestructura tecnológica. Para el 2009 PROCEDES tiene un presupuesto autorizado de \$380,883,461.00 pesos dirigidos principalmente a acciones de fortalecimiento de unidades médicas a través de ampliación, obra nueva, rehabilitación y equipamiento en diferentes estados.

A través de la estrategia de Fortalecimiento de la Oferta de los Servicios de Salud (FOROSS) se efectuaron acciones de mejora de la infraestructura, equipamiento y gastos de operación de distintas unidades médicas en las entidades federativas. En el año 2008 con un presupuesto autorizado de \$631, 472,412.00 pesos y para 2009 de \$941, 181,926.00 pesos, mismos que comenzaron a ser transferidos a partir de febrero del presente año a las entidades federativas participantes.

Con el recurso otorgado en el 2008 a ocho entidades federativas, se efectuaron consultorías para identificar los cambios al marco jurídico aplicable a fin de posibilitar la reestructuración de los servicios de salud en las entidades federativas. También se realizaron dos reuniones de trabajo para seguimiento y asesoría sobre este tema con los integrantes de la Comisión de Reestructuración Organizativa de los Sistemas estatales de Salud (ROSES). Se desarrollaron los lineamientos del modelo objetivo de secretaría y sus principales funciones: Rectoría, Generación de Recursos, Financiamiento y Prestación de Servicios.

En materia de prestación cruzada de servicios de salud, respondiendo a la estrategia 5 del PROSESA 2007-2012, "Organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema" en su línea de acción 5.5 se diseñó el modelo conceptual del Sistema de Costos Institucional. Se determinarán en esta primera etapa, costos de las 266 intervenciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES). Se prevé concluir el desarrollo del módulo de costos en noviembre de 2009.

Se desarrollaron y distribuyeron 25 herramientas gerenciales que permiten fortalecer las competencias y una mejor toma de decisiones por parte de los mandos directivos y medios de las 32 entidades federativas.

2.2 DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD

Entre los productos sobresalientes que generó la Dirección General de Información en Salud (DGIS) en materia de normatividad se encuentra la elaboración de Proyecto de Norma Oficial Mexicana, PROY-NOM-024-SSA3-2007, que establece los objetivos y funcionalidades que deberán observar los productos del Sistema de Expediente Clínico Electrónico. El anteproyecto se presentó al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, posteriormente se realizó un taller de consenso nacional y se trabajó con el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública con el fin de evaluar el impacto a la privacidad de los datos personales, los cuales deben quedar a resguardo como lo señala dicha Norma, finalmente, se elaboró la Manifestación de Impacto Regulatorio, que junto con el Proyecto se presentó ante la Comisión Federal de Mejora Regulatoria.

Por otra parte, se le dio continuidad a los trabajos para fomentar el uso de clasificaciones y estándares internacionales, para ello, el Centro Colaborador de la OMS para la Clasificación de Enfermedades con sede en México, difundió a las instituciones las actualizaciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y de la Clasificación de Procedimientos Médicos. Se impartieron 14 cursos de capacitación para 504 alumnos, tres de los cuales fueron de carácter internacional, tanto en el uso de la CIE como de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

Con el fin de lograr mayor homogeneidad en la codificación de causas de muerte y disminuir los tiempos de codificación, se realizaron seis talleres regionales dirigidos al personal de las Secretarías e Instituciones de Salud para el manejo de la aplicación automatizada de clasificación de las causa de muerte.

Asimismo, continuaron los trabajos de coordinación a través de los grupos interinstitucionales que tiene a su cargo la DGIS como son el Comité Técnico Sectorial de Estadística y de Información Geográfica del Sector Salud; del Grupo Interinstitucional de Información en Salud y del Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades, realizando las reuniones periódicas programadas para dar cumplimiento a los programas de

trabajo alineados con los objetivos y metas del PROSESA y del Programa de Acción Específico en Materia de Información en Salud, para el periodo 2007-2012.

Con los servicios estatales de salud se mantuvo constante coordinación para la integración de datos de recursos físicos, materiales, humanos y financieros, servicios otorgados, nacimientos, morbilidad y mortalidad.

El uso de la CLUES (Clave Unica de Establecimientos de Salud) por todos los subsistemas de información que conforman el Sistema Nacional de Información en Salud permitió su consolidación como el identificador único para las unidades que prestan servicios de salud a nivel nacional, con un avance importante en la inclusión de unidades del sector privado que se encuentran en operación.

En cumplimiento de la estrategia establecida en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 de promover la inversión en sistemas, tecnologías de la información y comunicaciones, se inició una reestructura del Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS). Esta reestructuración implicó establecer acciones de mejora continua en el proceso de actualización de la información en salud, bajo criterios de cobertura, oportunidad y consistencia, identificados y aplicados tanto por las entidades federativas como por la DGIS.

Con relación a los recursos financieros, la DGIS ha fortalecido el proceso de integración de información del gasto público y privado; de 2007 a 2008 el gasto federal presentó un incremento del 22 por ciento, mientras que para el periodo 2000-2001 de la administración pasada representó tan sólo el 12 por ciento.

Con el fin de generar información de gasto privado que incluye el gasto de bolsillo, las cuotas de recuperación, pre-pago de seguros médicos y las donaciones, se realizó la Encuesta Nacional de Gasto en Salud para obtener información del gasto de los hogares por concepto de salud, por entidad federativa, por componente, por estrato (urbano y rural) y por decil de ingreso. También se está trabajando en una metodología homogénea de cálculo de gasto privado con INEGI, INSP, CIDE y otras instituciones.

Referente al Subsistema de Prestación de Servicios (SIS), se adecuaron los contenidos y formatos para el SIS 2010 que incluyó la revisión de formatos primarios, informes mensuales e instructivos de llenado con los distintos Programas de Salud. Asimismo, se realizaron reuniones con el personal de los Institutos Nacionales de Salud para la incorporación de información de prestación de servicios en forma mensual a través de la aplicación automatizada del Subsistema.

Durante 2008, se registraron 5.1 millones de egresos hospitalarios en las instituciones públicas, 3.7 por ciento más que el año anterior. La atención hospitalaria en las instituciones que atienden población asegurada se incrementó un 11.9 por ciento en el mismo periodo, debido principalmente al aumento que se registra entre los afiliados al Seguro Popular (58.6 por ciento). La Secretaría de Salud registró un crecimiento de 6.6 por ciento con relación al año anterior. Por otra parte las urgencias médicas se elevaron 10 por ciento con relación al año previo, reportando 5.7 millones de registros durante 2008.

Para consolidar la implementación del Certificado de Nacimiento, se actualizó el Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) para mejorar la calidad de la captura del mismo. Se realizaron visitas de supervisión a las entidades con mayor rezago en la implementación como son Guerrero, Veracruz, Yucatán y Chiapas. Para fortalecer la coordinación interinstitucional entre la Secretaría de Salud, Registro Nacional de Población y Seguro Popular, se llevaron a cabo reuniones en Oaxaca, Nuevo León y Chiapas. Como parte de la capacitación continua en este tema, se impartieron cuatro capacitaciones en Baja California, Oaxaca, Sinaloa y Chiapas. Como principal resultado, en 2008 se logró una cobertura de 98.2 por ciento que corresponde a 1'920,835 nacimientos con certificado respecto a las estimaciones de nacimientos de CONAPO para ese año.

Con el fin de mejorar las estadísticas de mortalidad se mantiene la búsqueda intencionada de defunciones y las confrontas de registros con el INEGI, lo que ha permitido mejorar la cobertura, principalmente en relación a la mortalidad materna.

Comparando el periodo 2001-2003 respecto a 1995-1997 hay un descenso del 3.0 por ciento en la tasa de mortalidad general, y en comparación con los años de 2005 al 2008 un aumento del 2 por ciento. Las tasas más elevadas se presentaron en los menores de un año, y disminuyeron en el grupo de 10-14 y nuevamente aumentaron en las edades de 65 y más.

En 2008 y 2009, entre las principales causas de muerte se encuentra el SIDA en el grupo de 25 y 44 años, el cáncer de mama y cáncer cérvico-uterino entre las mujeres de 25 años y más. Respecto de esta última enfermedad, se registró una reducción del 12 por ciento en el periodo de 2005 a 2008; en cambio, el cáncer de mama registró un incremento del 5 por ciento. En este mismo periodo, la tasa de mortalidad por SIDA, se redujo 2 por ciento en los hombres y aumentó 3 por ciento en las mujeres.

Como parte de las estrategias para minimizar el subregistro de la mortalidad infantil, desde 2003 se viene realizando la búsqueda intencionada de defunciones de menores de 5 años, recuperando los certificados de defunción que no han sido notificados en las Oficialías del Registro Civil. Con ello, hasta el momento se lograron recuperar 2,011 y 2,435 registros de 2006 y 2007, respectivamente. En algunas entidades como Guerrero, la contribución para la reducción del subregistro ha sido significativa, gracias a los esfuerzos en la materia realizados por los servicios de salud del estado.

Dado las estrategias que se han implementado a nivel nacional, México presenta importantes descensos en la tasa de mortalidad infantil, de 25.9 defunciones por cada mil nacidos vivos en el periodo 2001-2003 pasó a 17.9 en 1995-1997, y para el periodo 2005-2008 la disminución fue de 10 por ciento. De manera específica las defunciones por enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias y enfermedades de la nutrición en la población infantil mantienen importantes descensos, presentando en 2008 tasas de 28.8, 14.4 y 6.3 defunciones por cada cien mil menores de 5 años.

Por lo que respecta a la información de mortalidad materna, se intensificó la búsqueda, análisis y reclasificación de las muertes maternas en todo el país para evitar el subregistro e integrar información oportuna y confiable sobre el comportamiento del indicador, las causas de muerte y los factores condicionantes. Durante 2008, se puso especial énfasis en los municipios con bajo Índice de Desarrollo Humano (IDH) a fin mejorar la cobertura. Es importante destacar que la búsqueda intencionada de casos hace difícil el descenso de la cifra de mortalidad en el corto plazo, pero dado que la información de cada caso analizado es usada desde el nivel local para establecer medidas de prevención inmediatas, la tendencia observada de la mortalidad materna es a la baja, con una reducción del 14 por ciento del trienio 2001-2003 (64.6 x 100,000 nacidos vivos) al de 2007-2009 (55.6 x 100,000 nacidos vivos).

Con respecto al Expediente Clínico Electrónico, en diciembre de 2008 se concluyó la definición del modelo funcional y la orientación de la estrategia nacional, basada en la interoperabilidad. Se evaluaron las mejores prácticas nacionales de instituciones como el IMSS e ISSSTE, y de diversos estados como Sinaloa, Nuevo León, Veracruz y Estado de México, así como la de países como el Reino Unido, Canadá y Australia. En el área tecnológica, se realizaron dos pruebas piloto de interoperabilidad. La primera se realizó entre una institución federal, el ISSSTE, y dos entidades federativas, Nuevo León y Sinaloa. La segunda prueba piloto se realizó al crear un Prototipo de Interoperabilidad Estatal en el Estado de México que permitió interoperar hasta tres Institutos de Salud del Estado. En dichas pruebas se evaluó la factibilidad de compartir la información entre instituciones en el nivel federal y estatal, para posteriormente consolidar e interoperar el expediente, mediante una plataforma de datos nacional.

Por lo que respecta a la factibilidad financiera del modelo, se realizaron proyecciones preliminares de gasto estimado para su implantación. Algunas de las actividades que se realizaron como parte de la fase 2 del proyecto fueron: la licitación para la "Plataforma Nacional de Interoperabilidad"; el diseño de la Guía de Implementación de Interoperabilidad y por Dominios; así como los lineamientos del diseño de interfaces y del repositorio de datos clínicos para el caso de las entidades federativas.

Para dar a conocer la información que genera el SINAIS, se elaboraron cuatro volúmenes del Boletín de Información Estadística Número 25, 2007 con datos sectoriales y el Anuario Estadístico 2007. En la difusión

electrónica se mantiene actualizada la página y 17 cubos de información. Durante el periodo del presente informe se elaboraron 14 nuevos cubos y para el manejo de estas bases de datos se impartieron 6 cursos y se capacitó a 53 personas de forma presencial.

Se participó en eventos académicos y de investigación a través de *stands* para dar a conocer y distribuir las publicaciones impresas y datos electrónicos atendiendo a investigadores en salud, nacionales e internacionales. Para promocionar la certificación de nacimientos se distribuyeron carteles y dípticos a los servicios estatales de salud y a los módulos de Seguro Popular y Oficialías del Registro Civil.

2.3 DIRECCIÓN GENERAL DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

De septiembre de 2008 a agosto de 2009, la Dirección General de Evaluación del Desempeño, a través de sus tres direcciones de área: Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud; Dirección de Evaluación de Servicios de Salud y Dirección de Evaluación de Programas Prioritarios y Especiales de Salud, ha dado continuidad al fortalecimiento de las actividades de evaluación dentro de la Secretaría y del sector salud en su conjunto.

Entre los principales resultados obtenidos en materia de evaluación del desempeño de los sistemas de salud, destaca la elaboración y difusión del Informe “Rendición de Cuentas en Salud 2007”, documento que proporciona evidencias sobre los avances obtenidos en el cumplimiento de las metas estratégicas establecidas en el PROSESA 2007-2012 y sobre el avance en los compromisos internacionales de la SS, específicamente sobre las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). A finales de agosto de 2009, se tiene previsto presentar la edición 2008 de este informe.

Otras acciones llevadas a cabo por el área de evaluación del desempeño de los sistemas de salud, son la difusión de los Indicadores de Resultado correspondientes a los datos de salud consolidados de 2007, y la coordinación, con diversas unidades de la SS, de las actividades para generar el documento de seguimiento de todas las metas del Programa Sectorial.

Respecto de las acciones efectuadas en materia de evaluación de servicios de salud, en 2008 se desarrollaron cuatro evaluaciones. La primera orientada a medir la calidad técnica de la atención en centros de salud, con la participación de 640 centros de salud de los SESA, estudio que incluyó la revisión de expedientes clínicos relacionados con tres rastreadores: diabetes mellitus, hipertensión arterial y atención prenatal. En el segundo ejercicio de evaluación se midió la “prevalencia de infecciones nosocomiales en los hospitales de los SESA”, para contar con información inicial que permitiera dar seguimiento a una de las metas estratégicas del Programa Sectorial. En tercer lugar, se realizó el estudio “enfermedad renal crónica (ERC) y su atención mediante tratamiento de sustitución”, éste se realizó en 83 unidades médicas pertenecientes al IMSS; ISSSTE, PEMEX y SS. Por último, en mayo de 2009 se realizó un estudio exploratorio para conocer el grado de preparación de los hospitales ante la pandemia de influenza A(H1N1). Como una extensión de este estudio exploratorio, actualmente se está contestando en línea un diagnóstico de todos los hospitales del país, públicos y privados, con el objetivo de conocer la capacidad de respuesta de los hospitales ante el posible rebrote de influenza A(H1N1) durante el próximo invierno.

Como parte de la evaluación de programas prioritarios y especiales de salud, entre septiembre y diciembre de 2008, la DGED llevó a cabo la tercera medición correspondiente a la “Evaluación de Efectos del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)”, cuyo objetivo fue medir y explicar en qué medida y con qué eficiencia se están alcanzando las metas y objetivos del SPSS. De igual forma, en este rubro se evaluó el Programa Caravanas de la Salud, la Comisión Federal contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), y los procesos de financiamiento, selección, adquisición, almacenamiento y distribución de los medicamentos por los SESA.

De enero a agosto de 2009, están en proceso los proyectos de evaluación siguientes: a) evaluación del Programa SICALIDAD; b) evaluación externa del Sistema de Protección Social en Salud; c) evaluación del desempeño de hospitales, y d) evaluación del surtimiento de medicamentos.

Destacan también, los procesos de coordinación que desarrolla la DGED para generar anualmente los informes instituciones que permiten dar cuenta sobre la situación que guarda el sector salud y la SS en materia de sus atribuciones y actividades. Ello ha permitido que durante el periodo de septiembre de 2008 a agosto de 2009 se emitiera el apartado de salud del 2do. Informe de Gobierno y del 2do. Informe de Ejecución; el 2do. Informe de Labores de la SS, y que actualmente se trabaje en la elaboración del 3er. Informe de Gobierno y de Labores de la SS.

2.4 DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

Para dar cumplimiento a uno de los objetivos del Programa Sectorial de “Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente”, mediante la estrategia de “Situación la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud”, la Dirección General realizó diversos eventos de difusión del Sistema Integral de Calidad (SICALIDAD): entre septiembre de 2008 y junio de 2009 se realizaron visitas de avance con nueve eventos en las entidades federativas y cinco Jornadas Técnicas sobre Prevención de Muerte Materna, Plan de Cuidados de Enfermería y Medicina Basada en la Evidencia y Seguridad del Paciente. Con la participación de 2,840 asistentes se realizó el 6º Foro Nacional y 3º Internacional de Calidad en Salud en la Ciudad de México, impartándose seis conferencias magistrales; 25 mesas temáticas, con invitados internacionales de España, Costa Rica, Argentina, Chile y Colombia, así como representantes de la OPS y OMS.

En noviembre de 2008 se realizó la segunda sesión ordinaria del Comité Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, acordando la participación de México en los indicadores de la OCDE; la incorporación de la figura del Aval Ciudadano en todas las instituciones como participación y contraloría social; la incorporación de todos los hospitales públicos y privados a la campaña “Está en tus manos” y el estricto cumplimiento a la NOM-168-SSA1-1998. A junio de 2009 se encuentran instalados 28 Comités Estatales de Calidad en Salud, sesionando consistentemente 21 de ellos.

En la Convocatoria 2008 de “Compromisos de Calidad en Acuerdos de Gestión” se otorgó financiamiento a unidades médicas de 30 entidades federativas, el Distrito Federal y Hospitales Federales de Referencia, para 83 centros de salud y 43 hospitales, lo que representó un monto total de \$16’800,000.00. Con respecto a proyectos de “Capacitación en Calidad”, se otorgó financiamiento con un monto total de \$11, 098,318 para 39 proyectos que resultaron seleccionados. Para la convocatoria 2009 se recibieron 1,747 propuestas de “Compromisos de Calidad en Acuerdos de Gestión” y 112 propuestas de proyectos de “Capacitación en Calidad” cuya evaluación y dictamen será en el segundo semestre del año.

El Programa de Seguridad del Paciente se ha implantado en 30 por ciento de las unidades hospitalarias de mediana y alta complejidad del país, donde se están desplegando acciones para prevenir los eventos adversos y aumentar la seguridad de los pacientes y de los prestadores de servicios. Se capacitó a 1,300 trabajadores de las diferentes instituciones del Sector en las entidades federativas, en aspectos de lavado de manos, detección y prevención de riesgos en la materia, con lo cual 40 por ciento del personal de salud de las unidades hospitalarias ha recibido capacitación.

El proceso de acreditación de unidades médicas se ha fortalecido con la inclusión de nuevas intervenciones, de tal manera que actualmente se encuentran acreditados los establecimientos y servicios siguientes: 6,205 centros de salud y hospitales en servicios esenciales en salud; 536 en gastos catastróficos, en 31 entidades federativas, que incluye cáncer en niños y adolescentes, cáncer de mama, cáncer cérvico-uterino, VIH-SIDA, hemodiálisis, cirugía de catarata, infección respiratoria aguda y prematuridad en unidades de cuidados intensivos neonatales,

así como las recién incorporadas Caravanas de la Salud; unidades de especialidad Nueva Vida; unidades de especialización de crónico degenerativas; Seguro Médico para una Nueva Generación y malformaciones congénitas y adquiridas.

Hasta abril de 2009, se contaba con más de 11,500 unidades médicas asociadas al Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), de las cuales el 80 por ciento registra información en forma consistente. De octubre de 2008 a junio de 2009 se realizó la capacitación del sistema en la nueva plataforma informática (INDICAS II) en 22 entidades federativas, con un total de 1,729 asistentes de profesionales de la salud.

Al primer semestre de 2009 se tienen registrados 1,011 gestores de calidad en todo el país, pertenecientes a unidades médicas y jurisdicciones de los SESA. Se visitaron 12 estados en el marco del Programa "Fortalecimiento y Actualización de Gestores de Calidad", con el fin de capacitarlos en sus funciones.

En 2008 se instalaron 1,821 nuevos Avaless Ciudadanos y 461 adicionales en el primer semestre de 2009, por lo que en total hay 7,538 Avaless Ciudadanos instalados en 6,472 unidades médicas en todo el país. Se realizaron 3,329 visitas, se emitieron 2,647 sugerencias de mejora con 1,971 cartas compromiso firmadas por los directivos de las unidades médicas. El cumplimiento a la fecha de estos compromisos es del 64.4 por ciento.

Se publicaron seis normas oficiales mexicanas (NOM) en el DOF: una definitiva en materia de radioterapia; cinco proyectos sobre: hemodiálisis, tratamiento integral del sobrepeso y obesidad, infraestructura y equipamiento de establecimientos para pacientes ambulatorios, atención integral a personas con discapacidad y, cuidados paliativos. Se concluyeron cinco proyectos de NOM: expediente clínico; anestesiología; acupuntura humana; residencias médicas; infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de especialidad, e investigación para la salud en seres humanos.

Se encuentran en proceso de dictamen por la COFEMER dos anteproyectos sobre: laboratorios clínicos, y campos clínicos para la práctica clínica y servicio social de enfermería. Se concluyeron cinco anteproyectos sobre: cirugía oftalmológica con láser excimer, servicios de urgencias, ultrasonografía diagnóstica, cirugía mayor ambulatoria y accesibilidad para personas con discapacidad en establecimientos de atención médica. En proceso de elaboración se encuentran ocho anteproyectos: cuidados intensivos; servicio social de pasantes de medicina y odontología; práctica de la enfermería; práctica de la enfermera obstetra; atención de enfermería a pacientes con padecimientos crónico-degenerativos; condiciones para la terapia de infusión, prescripción de medicamentos por personal de enfermería, y funcionamiento de las agencias de enfermería.

En relación con la revisión del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, vigente desde 1986. En el periodo enero-junio 2009, se elaboró la propuesta para incorporar las modificaciones que ordena la Ley General de Salud en materia de cuidados paliativos.

Por otra parte, de enero a julio de 2009 se asignaron 11,998 becas para alumnos de internado en hospitales del sector salud. Con relación al servicio social para las carreras de Medicina, Odontología, Enfermería, Psicología, Trabajo Social, Regulación Sanitaria y 98 carreras afines, se programaron y distribuyeron 56,134 campos clínicos a nivel sectorial, 5 por ciento más que en 2008. En poblaciones de muy alta y alta marginación de 14 estados de la República, se ubicaron 1,000 pasantes de medicina y 1,000 de enfermería los cuales reciben una compensación adicional a su beca.

Se asignaron en los 222 hospitales sede y subse de la SS en los estados de la República y el Distrito Federal, 9,086 campos clínicos para la formación de médicos en 82 especialidades de la medicina, 7 por ciento por ciento más que 2008; actualmente están en formación 250 médicos extranjeros en 25 hospitales de la SS, 10.4 por ciento más que 2008; el Servicio Social Profesional que realizan residentes de 3° y 4° año de las especialidades de Anestesiología, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Medicina Familiar y Pediatría durante 4 meses en el año, se llevó a cabo por 1,383 especialistas, 37 por ciento más respecto a 2008, en 128 sedes hospitalarias, 21 más respecto del año anterior; recibieron 2,079 médicos

sus constancias de terminación de estudios de especialización; en el Programa de Cursos de Alta Especialidad, de maestrías y doctorados en el área médica, se mantiene en formación a 301 médicos en cursos de alta especialidad en 15 sedes del Distrito Federal y una en Jalisco, y a 122 médicos en maestrías y doctorados.

Con relación al Programa Hospital Seguro, se capacitó al personal de la SS a nivel nacional para acreditarlos como evaluadores oficiales de este Programa logrando un total de 158 evaluadores lo que significa el 35.9 por ciento del total del programa. Por otra parte, se cuenta con un censo de 317 unidades hospitalarias de las cuales se catalogaron 76 rojas, 66 amarillas, 98 verdes y 77 indispensables y de éstas se cuenta con 163 autoevaluadas por el personal de la propia unidad y 42 ya con la evaluación oficial, lo que significa un 36.8 por ciento.

En 2008, de 13 Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) autorizadas para su funcionamiento, 11 otorgaron servicios médicos-odontológicos y sólo dos servicios odontológicos exclusivos, éstos incluyen hospitales y grupos médicos privados, con un total de 253,694 asegurados a nivel nacional. Con la finalidad de identificar los hospitales no certificados, se estructuró un Directorio General de la Red de Hospitales de las ISES 2008, que concentró 345 hospitales privados y 10 hospitales públicos, de los cuales un bajo porcentaje contaban con certificación vigente, por lo que se realizaron propuestas conjuntas con el Consejo de Salubridad General para promover su certificación y la de los médicos especialistas. Se participó con la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para la reestructuración final de las Reglas de Operación del Ramo Salud, y también en la actualización de los formatos de solicitud del dictamen provisional, definitivo y anual, en coordinación con la COFEPRIS. Se analizaron 39 informes cuatrimestrales y 13 anuales, y se reestructuraron los procedimientos internos para la elaboración y entrega de los mismos. Se efectuaron 14 visitas anuales de supervisión a las 13 ISES vigentes; 6 reuniones bimestrales y 4 extraordinarias con los Contralores Médicos, para la revisión y reestructuración de los indicadores básicos.

En 2008 se entregaron estímulos a la calidad del desempeño del personal de salud a 429 médicos, 400 odontólogos y 10,617 enfermeras para un total de 11,446. En la búsqueda de favorecer a un mayor número de trabajadores con este tipo de reconocimientos, se obtuvo la autorización para incorporar personal de química, trabajo social, psicología, rehabilitación, nutrición y técnico a partir de la promoción 2009 que finaliza en diciembre del año en curso, en la cual se encuentran en evaluación más de 27 mil trabajadores de las entidades y dependencias participantes.

De septiembre a diciembre de 2008 se realizaron las acciones para la aplicación del XXXII ENARM, en su aplicación electrónica, y se inició el diagnóstico de necesidades de formación en las 25 especializaciones médicas de entrada directa, mejoramiento de estructura académica y de aspectos de seguridad. Durante 2009 se realizaron los trabajos de preparación para la aplicación del ENARM XXXIII por medios electrónicos, entre los que destacan: el desarrollo de 4 talleres de estructuración del banco de reactivos; la reorientación de las actividades y procedimientos prioritarios del ENARM para su conducción en formato electrónico; y la elaboración de las bases de licitación de servicios electrónicos y sesiones de mesas de acompañamiento con la Secretaría de la Función Pública. Se ha dado seguimiento a 40 procedimientos judiciales; se dio respuesta a un promedio de 20 peticiones ciudadanas mensuales y un número igual de solicitudes ante el Instituto Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública a fin de transparentar e informar a la ciudadanía sobre los procesos relacionados con la aplicación del ENARM 2007.

Se promovieron las nuevas políticas de seguridad en la prestación del servicio social de la carrera de medicina; se validaron los mínimos curriculares de los planes y programas de estudio de las carreras del área de salud para coadyuvar con la Secretaría de Educación Pública en la emisión de los reconocimientos de validez oficial de estudios y operación continua de los grupos técnicos de acupuntura, homeopatía, herbolaria; se elaboraron los mínimos curriculares de los planes y programas de estudio de las carreras técnicas del área de salud y conclusión de los mínimos curriculares del Grupo Técnico de Optometría.

Se fortaleció el Portal del Observatorio de los Recursos Humanos para la Salud consistente en la publicación electrónica de información referente a facultades y escuelas de medicina, población escolar, entre otros. Durante el ciclo que concluye se actualizaron 60 gráficos de información, proveniente de la selección de aspirantes a residencias médicas mediante el ENARM.

En la actual administración se ha puesto interés especial en que la capacitación en salud dé respuesta a las prioridades del Programa Sectorial de Salud, por ello implementó un Sistema Nacional de Administración de la Capacitación en Salud, como instrumento eficaz para coadyuvar a la consecución de las metas marcadas por dicho Programa. A la fecha se logró incorporar al sistema a 166 hospitales de 18 entidades federativas; se capacitó a personal directivo y operativo en temas que les permite un mejor desempeño de su puesto; se realizaron 25 eventos con 169 participantes y un total de 510 horas de capacitación; con el fin de incrementar las oportunidades de capacitación de los trabajadores de la SS, el Subcomité de Capacitación Técnico-Médico realizó 8 sesiones ordinarias, en las cual se dictaminaron 2,095 solicitudes de capacitación; la Comisión Nacional Mixta de Capacitación realizó 9 reuniones ordinarias y 1 extraordinaria, en las cuales se dictaminaron un total de 75 solicitudes de becas a trabajadores de la institución, con objeto de realizar estudios de la ciencia médica y otras áreas del conocimiento; en el periodo se integraron 54 comisiones centrales mixtas de capacitación en el país.

De enero a junio de 2009 se implementaron acciones encaminadas al diseño, difusión, implantación y vinculación del Programa de Estomatología de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, con el objetivo de contribuir a mejorar la calidad de la atención médica. Se realizó la ceremonia de celebración del día del Odontólogo el 9 de febrero de 2009 en el auditorio Abraham González del Hospital General de México; se incorporó la Dirección de Estomatología a la Coordinación del Examen Nacional de Residencias en Estomatología; se llevó a cabo la presentación del proyecto Calidad en la Atención Odontológica, a los responsables estatales del Programa de Salud Bucal, en el marco del Taller de Salud Oral de las Américas; se diseñó, publicó y difundió el cartel de recomendaciones para la atención de pacientes odontológicos durante la contingencia por Influenza A(H1N1), la difusión fue dirigida principalmente al sector público, asociaciones gremiales e instituciones educativas; en coordinación con la Dirección General de Planeación y Desarrollo se participa en el diseño de estrategias que optimicen el esquema operativo de la atención odontológica del Programa Caravanas de la Salud.

Como producto del trabajo coordinado por la Comisión Permanente de Enfermería, se avanzó en la integración de un Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE) que del 2006 a la fecha ha crecido en 76 por ciento, concentrando datos académicos, laborales y gremiales del total de enfermeras y enfermeros del Sistema Nacional de Salud, lo que contribuirá a conocer con mayor precisión el número y características de los recursos humanos con los que se cuenta a fin de planificar los que se requieren formar para cubrir las necesidades del mercado laboral. En los datos reportados, se identifica un 20 por ciento de licenciados en enfermería y 2 por ciento con estudios de postgrado, lo que significa un incremento en el nivel de profesionalización de esta actividad. Para apoyar dicha profesionalización las instituciones han hecho un esfuerzo significativo: la Secretaría de Marina firmó el Acuerdo Secretarial para que a partir de este año se inicie la formación de licenciados en enfermería; la SS recategorizó 1,870 licenciados en enfermería, lo que sumado a los años anteriores representa la nivelación en categoría y salario de 11,713 enfermeras y enfermeros, esto sólo por mencionar algunos de los aspectos más relevantes.

Por último, a fin de resguardar la seguridad de los pacientes y mejorar la calidad de los servicios de enfermería, y como parte de las líneas de acción de SICALIDAD, antes de finalizar el año, la Comisión Permanente de Enfermería pondrá a la disposición de las instituciones de salud un catálogo de Planes Estandarizados de Cuidados de Enfermería para su aplicación en todo el sistema. A partir de esa fecha se considerará como un criterio de calidad para la acreditación de los establecimientos de salud, el apego y cumplimiento de los mismos.

2.5 CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA TECNOLÓGICA EN SALUD

Los esfuerzos realizados por el CENETEC para el cumplimiento de las estrategias y líneas de acción del Programa Sectorial de Salud, se encuentran enmarcados por el Programa de Acción Específico de Evaluación de Tecnologías para la Salud, que busca colaborar en la mejora de la calidad de la atención mediante la generación y valoración de información relevante para la toma de decisiones. Para lograrlo, se trabaja en diversas acciones como la de incrementar las evaluaciones de tecnologías para la salud. Entre septiembre de 2008 y agosto de 2009 se realizaron 78 asesorías a diversas instituciones del Sector Salud, 22 de las cuales estuvieron relacionadas con la prevención y diagnóstico del virus de la influenza A(H1N1); entre las asesorías realizadas destacan las proporcionadas a la Subsecretaría de Innovación y Calidad y el Consejo de Salubridad General sobre seguridad y efectividad de las tecnologías para la salud.

Para fomentar la colaboración entre instituciones, el CENETEC, durante el periodo que se reporta, realizó dos reuniones encaminadas a la formación de la Red Mexicana de Evaluación de Tecnologías Sanitarias contando con la participación de representantes de 25 instituciones ligadas a la evaluación de tecnologías. Adicionalmente, organizó el curso de Introducción a la Evaluación de Tecnologías para la Salud, en el que se contó con la asistencia de 25 participantes de diversas instituciones del sector salud.

Con el fin de colaborar al desarrollo de la evaluación de tecnologías para la salud entre las instituciones del Sector Salud, se desarrolló la Metodología de ETES que describe en detalle el proceso de evaluación de tecnologías para la salud y algunos de los métodos empleados con mayor frecuencia. En este rubro, se realizaron dos evaluaciones de seguridad, efectividad e implicaciones económicas sociales y éticas de la incorporación y uso de tecnologías para la salud; asimismo, para promover el uso de dichas evaluaciones se realizaron trabajos de difusión entre los que destacan la elaboración de cuatro números de la Gaceta de Evaluación.

Otra acción importante es el desarrollo de las Guías de Práctica Clínica (GPC) con la finalidad de que las decisiones que se tomen con relación a la prestación y administración de los servicios de salud se fundamenten en información confiable sustentada en la mejor evidencia disponible, de manera que los conocimientos derivados de la investigación relevante puedan utilizarse para contribuir a incrementar la calidad, seguridad, efectividad y eficiencia en la atención médica. Entre el primero de septiembre de 2008 y el 31 de agosto de 2009 se elaboraron 88 GPC en el sector salud, las que sumadas a las 100 guías integradas previamente hacen un total de 188, logro que no tiene precedentes a nivel nacional e internacional. Las GPC se desarrollaron bajo la coordinación del CENETEC, y con la participación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud (SSA, IMSS, ISSSTE, SEDENA, SEMAR, DIF Y PEMEX) se establecieron por consenso la metodología y el modelo editorial para su integración, así como las actividades de capacitación y seguimiento para su elaboración. Las GPC cuentan con la validación externa de las Academias Nacionales de Medicina, Mexicana de Cirugía y Mexicana de Pediatría, así como con la autorización del Consejo de Salubridad General para su incorporación en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica y su posterior difusión e implantación en las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud.

El CENETEC a través de la Subdirección de Telemedicina y basado en el Programa de acción específico en Telesalud 2007-2012, busca contribuir a la transformación de los procesos de atención médica, mejorando su calidad mediante el uso de tecnologías de la información y comunicaciones. Para ello trabajó con los Servicios Estatales e Instituciones de Salud a fin de consolidar las Redes Estatales para la conformación del Sistema Nacional de Telesalud. Adicionalmente, dentro del Marco del 4to. Foro Nacional de Tecnologías en Salud celebrado en septiembre de 2008, expertos nacionales e internacionales compartieron experiencias en materia de e-salud y Telemedicina; en noviembre y diciembre se celebraron 3 talleres regionales de Telemedicina con la participación de más de 200 profesionales de la salud de 28 entidades federativas, los cuales sirvieron para la integración del Sistema Nacional de Telesalud; en Junio del 2009 se celebró el Taller Nacional de Telemedicina 2009 donde se revisaron conceptos relacionados a la infraestructura en Telesalud.

Actualmente existen 17 entidades federativas con servicios de Telemedicina con un total de 148 unidades con servicios de Telesalud; se coordinan un promedio de 6 sesiones de Teleeducación en salud al mes con la participación de 19 estados; el portal e-salud recibe cerca de 95,000 usuarios al mes, contestando de manera directa más de 50 preguntas mensuales a los ciudadanos. Por otra parte, se colaboró con las acciones contra la influenza informando a la población a través del portal e-salud y a los profesionales de la salud por medio de la red de videoconferencias, entre mayo y junio se realizaron 7 sesiones con la participación de más de 1000 profesionales de Salud en toda la República.

En relación con los avances sobre los Centros Estatales de Ingeniería Biomédica, el CENETEC inició diálogos con los responsables estatales de la gestión de equipo médico de los servicios de salud de Baja California Sur y Tlaxcala para llevar a cabo los estudios piloto a fin de que las experiencias resultantes sirvan para retroalimentar el proyecto y poderlo difundir de manera oficial a nivel nacional. En otro rubro, se concluyó la integración del Documento Maestro de Centros Estatales de Ingeniería Biomédica y se llevó a cabo el desarrollo de cuatro procedimientos que conforman este Manual con el objetivo de estandarizar el proceso de gestión de equipo médico en nuestro país: incorporación de equipo e instrumental médico, planeación y gestión de tecnología, mantenimiento preventivo o correctivo a equipo e instrumental médico, y capacitación.

En materia del establecimiento de departamentos de ingeniería biomédica en unidades médicas de segundo y tercer nivel de la SS Federal y de los servicios estatales de salud, los porcentajes de adopción en las unidades médicas federales son de 91 por ciento; mientras que en los SESA que abarca oficinas centrales y unidades de segundo y tercer nivel, alcanzan 72, 8 y 9 por ciento, respectivamente. Es importante señalar que los logros en esta materia dependen de diversos factores que no siempre se encuentran bajo el control del CENETEC, quien sin embargo continúa con la promoción e impulso de estos esfuerzos.

2.6 DIRECCIÓN GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

Derivado de la necesidad de fortalecer en una sola área mayor de la SS las funciones vinculadas a la información y las tecnologías para el adecuado desarrollo informático, la Dirección General de Tecnologías de la Información cambio de adscripción para formar parte de la Subsecretaría de Innovación y Calidad, como se establece en el DOF del 6 de febrero de 2009: ACUERDO por el que se modifican las fracciones II y IV del artículo único del acuerdo mediante el cual se adscriben orgánicamente las unidades administrativas de la Secretaría de Salud, publicado el 3 de febrero de 2004 y modificado mediante diverso publicado el 16 de agosto de 2007.

Entre septiembre del 2008 y junio del 2009, se organizaron 84 eventos de capacitación en informática, con la participación de 700 personas de la SS. Se está trabajando en el proyecto de diseño de un curso en línea para la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, sobre Interculturalidad en Salud que se subirá al Learning Management System de la Secretaría.

En lo que se refiere a eventos por videoconferencia y *streaming* en este periodo se han organizado alrededor de 350, destacando entre ellos las conferencias que se transmitieron del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, sobre el tema de la influenza durante la contingencia; las del Instituto Nacional de Neurología y las de la licenciatura de enfermería transmitidas a distancia desde la Universidad de Guanajuato.

Respecto a Centros Comunitarios Digitales de Salud se está migrando la red 2 y la red 3 a lo que ahora es Red 23 con el concesionario de red satelital Telecom; se está depurando la base de datos de usuarios del correo electrónico con la eliminación de cuentas que no pertenecen a la SS, estableciendo nuevas cuotas para envío y recepción de archivos entre usuarios, y formulando políticas de uso del servicio. Para la migración de la plataforma de correo electrónico se están creando nuevas cuentas de correo y se está migrando la información contenida en los buzones.

La creación de dichas cuentas fue validada por las unidades administrativas, la nueva plataforma cuenta con licenciamiento, ofrece soporte técnico y mayor robustez en la aplicación, además de que permitirá contar con reportes de desempeño.

Se adquirieron los siguientes equipos correspondientes a la licitación pública nacional número 00012001-045-07 “Servicios de Administración de Tecnologías de la Información 2008, 2009 y 2010”:

EQUIPO DE CÓMPUTO ADQUIRIDO DURANTE EL PERIODO SEPTIEMBRE DEL 2008 A JUNIO DEL 2009

Computadoras		Impresoras	
Tipo	Número	Tipo	Número
Robusta	8	Láser B/N básica	54
Portátil	127	Láser color	25
De diseño portátil	1	Multifuncional inyección	9
PC mediana	2,396		

Se encuentran en proceso de adquisición los siguientes servicios de arrendamiento: computadoras medianas, impresora de inyección de tinta, impresora tabloide, impresora de código de barras, escáner básico con alimentación automática y escáner de alimentación automática y cama plana. Mediante el esquema de arrendamiento, la SS elimina el costo financiero de la compra de equipos nuevos, pagando solo el servicio de mantenimiento y soporte técnico.

Se emitieron 265 dictámenes técnicos de acuerdo a lo establecido en la Normatividad en Tecnologías de la Información, misma que está en proyecto de cambio; asimismo, se están actualizando las políticas, lineamientos, reglamentos y normas en materia de

tecnologías de la información aplicables a las unidades administrativas y órganos desconcentrados de la SS, y se está llevando a cabo la integración del Programa Anual de Desarrollo Informático de las mismas instancias.

Se lleva a cabo el seguimiento de los proyectos reportados al Sistema de Gobierno Digital, referente al Programa de Mejora de la Gestión (PMG) 2009 de la Secretaría de la Función Pública (SFP); el seguimiento a los proyectos reportados a la SFP como parte de la entrega trimestral del indicador N° 7 Desarrollo de Gobierno Digital del Modelo Integral de los Órganos de Vigilancia y Control (MIDO) 2009; y el seguimiento de la encuesta para la evaluación del Control Interno Institucional 2008-2009 de la DGTI en conjunto con el Órgano Interno de Control.

Se está trabajando en las gestiones para realizar un contrato consolidado con la empresa Microsoft para la compra consolidada de licencias de software derivado del Acuerdo para la Modernización, Competitividad y Optimización de Recursos de la APF relacionados con tecnologías de la información, que celebraron la SFP y la empresa Microsoft para las unidades administrativas y órganos desconcentrados de la SS.

Se revisaron 2,419 inventarios para su transferencia al archivo de concentración y se revisaron 49,353 expedientes; se brindaron 12 asesorías en materia de archivos; se emitieron 4 opiniones técnicas sobre el destino final de material documental; se atendieron un total de 1,055 usuarios; fueron consultados 13,173 expedientes del acervo histórico; se realizaron nueve visitas guiadas al Centro de Documentación Institucional, con la participación de 105 visitantes; se impartieron tres cursos en materia de administración de archivos; se tramitaron 79 números ISBN; se administraron los registros de los establecimientos de salud mediante la CLUES, y se proporcionó un mecanismo para incluir las solicitudes de claves como registros CLUES activos.

Para la aplicación del ENARM XXXII, en formato electrónico, se hicieron las gestiones para la puesta a punto de las cuatro sedes a nivel nacional, incluyendo equipo de cómputo, telecomunicaciones, logística de implementación y estableciendo los niveles de servicio; se coordinaron los recursos humanos de las áreas técnicas y de operación, y se realizó la corrección del sistema de información para la aplicación del examen.

Finalmente, se cumplió con los lineamientos del tema “Mejoras de los Sitios Web” del Programa de Transparencia y Rendición de Cuentas 2008, que desde su implementación ha beneficiado a la población usuaria al contar con sitios de mayor calidad, gran uniformidad y fácil acceso. Asimismo, se actualizó la

plataforma y arquitectura Web, que permitirá la centralización de la información, así como la capacidad de obtener información de captura en línea, proveyendo a las áreas de recursos materiales y tecnologías de una herramienta estratégica para la toma de decisiones en relación a recursos informáticos apropiados para las unidades administrativas y órganos desconcentrados que conforman la SS.

3. SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

3. SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

A la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS) le corresponde establecer, coordinar, dirigir, supervisar y evaluar todas las políticas y estrategias en materia de prevención y promoción de la salud, así como el control de enfermedades. También le corresponde todo lo relacionado en materia de salud mental y adicciones. La SPPS cumple e interactúa con diversas estrategias establecidas en el PND 2007-2012 y en la Alianza por un México Sano, permitiendo fortalecer las acciones que contribuyen a mejorar la salud de la población y la igualdad de oportunidades. Entre esas estrategias se encuentra la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud; el fortalecimiento del SPSS a través del Comité Permanente para Servicios de Salud a la Comunidad; el Programa de Escuelas Seguras; el Programa de Prevención y Control de las Adicciones, y el Programa de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas.

La SPPS con el propósito de instrumentar la mejor rectoría a nivel federal y estatal y la efectividad de nuestros programas, en 2008 implementó el Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en las entidades federativas (AFASPE). Éste tiene entre sus objetivos elaborar un Plan Anual de Salud Pública, que se focaliza en los Programas Prioritarios Federales y Estatales y genera sinergias entre ellos, así como la alineación presupuestaria clara, con una transferencia oportuna de los recursos, lo cual debe corresponder con el cumplimiento de objetivos y metas por parte de cada uno de los programas. Con el propósito de fortalecer la rectoría estatal de los SESA y consolidar los recursos proporcionados a los estados, se asignó presupuesto a 31 programas para la prevención, promoción, diagnóstico oportuno y control de enfermedades. Este plan permitió, obtener proactividad en la operación y planeación, con una mayor infraestructura, mayores recursos humanos, capacitación y definición de perfiles, con mayor gerencia estatal, así como amplias relaciones internacionales. Entre abril y junio de 2009 se recibió la totalidad de convenios firmados por las entidades federativas. Cada uno de los 32 convenios cubre los 31 programas de la SPPS con un monto nacional financiado de 11 mil millones de pesos.

También a lo largo de 2008 se lograron resultados positivos en la reducción de la mortalidad materna y mortalidad infantil, a través de la capacitación de obstetras, pediatras e instructores de todo el país, como también a parteras tradicionales. Se volvió a lanzar la estrategia de suplementación de ácido fólico a mujeres en edad fértil con apoyo de otras instituciones y se sumaron esfuerzos con la Dirección General de Promoción de la Salud, a través de la cual se logró que las tiendas Diconsa distribuyan de manera gratuita el ácido fólico. También, se reactivó el acuerdo con productores de sucedáneos de leche materna y la que se sumó COFEPRIS, CONAMED y el Consejo de Salubridad General. Adicionalmente, se está dando tratamiento a los niños confirmados de hipotiroidismo congénito, mismos que han sido localizados y tratados de forma exitosa. Otras acciones incluyen la campaña radiofónica nacional, en el pasado mes de noviembre, para promover la mastografía en mujeres de 50 a 69 años de edad; se concluyó la prueba piloto sobre VPH en el estado de Morelos, en el que se aplicaron 130 mil pruebas, es decir una cobertura del 92 por ciento, este proyecto operativo sirvió como base para la estrategia integral en los 125 municipios con menor IDH. Se inició la Estrategia Integral de Prevención de Cáncer en estos 125 municipios, aplicando pruebas de VPH en mujeres de 35 a 64 años de edad y vacunas preventivas del VPH en niñas de 12 a 16 años de edad. A continuación se detallan algunos de los principales logros y avances alcanzados por las diferentes áreas de esta Subsecretaría.

3.1 DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

PROGRAMA ENTORNOS Y COMUNIDADES SALUDABLES

Tiene como fin impulsar y promover la salud de la comunidad mediante el fortalecimiento y la participación de las autoridades municipales, la comunidad organizada y los sectores sociales en el desarrollo de acciones de promoción de la salud, a fin de generar y fortalecer actitudes y aptitudes en la población para su autocuidado y con esto contribuir a construir una cultura de la salud sustentada. El programa de Entornos y Comunidades Saludables contempla combatir los problemas que amenazan la salud integral, fortalece las conductas que la benefician, promueve políticas públicas que favorezcan la salud, apoya la creación de entornos saludables y refuerza el poder de las comunidades sobre los determinantes de su salud, involucrando a los gobiernos municipales y a su población en acciones de promoción de la salud.

En este marco se consolidó la Red Mexicana de Municipios por la Salud a la que están incorporadas 19 redes estatales de municipios por la salud. En 2008, se incorporaron 1,889 municipios al programa y se certificaron 2,298 comunidades como saludables, lo que representa un crecimiento de 22 por ciento respecto a 2007. De enero a junio de 2009 el número de municipios y comunidades certificadas se incrementó a 2,009 y 2,603 respectivamente. Asimismo, se llevó a cabo la “XV Reunión Nacional de la Red Mexicana de Municipios por la Salud” en Durango, con 1, 200 participantes entre presidentes municipales, personal de los ayuntamientos de todos los municipios del país y personal de salud.

Para modificar el perfil epidemiológico de morbilidad de los municipios de 500 a 2,500 habitantes desde enero a junio de 2009 la SS fortaleció el trabajo comunitario, a través de 5,200 cursos para la formación de agentes y procuradores de la salud; 189 cursos al personal de salud y 366 cursos a comités locales de salud, contando hasta la fecha con 435 banderas blancas izadas en localidades de alto riesgo, esto significa que una vez terminado el proceso de orientación y capacitación la población está participando activamente en el control de los determinantes de la salud.

Derivado de la convocatoria 2008, se evaluaron y dictaminaron 564 proyectos municipales, de los cuales se seleccionaron 123, para un acumulado de 1,571 proyectos. Se constituyeron 32 Comités Técnicos Estatales de Comunidades Saludables. Contando con una aportación municipal a nivel nacional, en el periodo 2002–2009, de 473 millones de pesos y un presupuesto federal del programa de 327.4 millones de pesos en el mismo periodo.

Se fortaleció la plataforma de promoción de la salud para apoyar las acciones de los demás programas a través del establecimiento de acuerdos de vinculación que dan respuesta a las necesidades de salud de la población, además de optimizar recursos y evitar duplicidad de esfuerzos. También, se efectuaron asesorías técnicas a nivel estatal y jurisdiccional para la elaboración de proyectos municipales de promoción de la salud con énfasis en los programas prioritarios: prevención y control del dengue, mortalidad materna, mortalidad infantil, diabetes, obesidad, adicciones, VIH-SIDA, seguridad vial, cáncer de mama y cérvico uterino, planificación familiar (PF), discapacidad auditiva, salud mental y alcoholismo dirigidos al personal de salud y de los ayuntamientos.

El programa ha logrado que más del 70 por ciento de los municipios del país se hayan interesado con un grado de compromiso y de conciencia sobre la importancia de la inversión en promoción de la salud elevada y muy positiva a nivel local.

PROGRAMA VETE SANO REGRESA SANO

Entre enero y agosto de 2009, se otorgaron alrededor de 286,072 consultas médicas a los migrantes, adicionalmente 140,964 migrantes y sus familiares recibieron la atención integrada de línea de vida, que incluye acciones de vacunación, prevención de problemas nutricionales, enfermedades infectocontagiosas y crónico degenerativas, acciones dirigidas a la detección, diagnóstico y tratamiento, orientación y consejería en salud mental, prevención de adicciones, violencia y accidentes.

En la presente administración, se incorporó en el Sistema de Información en Salud (SIS), el registro del número de consultas a migrantes y las intervenciones del paquete garantizado de servicios de promoción y prevención de la salud a través de la estrategia de Línea de Vida que se otorga a esta población en las unidades de salud del país. En consecuencia, de enero de 2007 a agosto de 2009, se tiene un acumulado de 1, 084,409 consultas médicas a migrantes, así como 1, 115,800 migrantes y sus familiares han recibido la atención integrada de Línea de Vida.

Es importante aclarar que no es posible efectuar una comparación con un periodo similar de la administración pasada en virtud de que no existía la variable migrante en el SIS. No obstante, se ha mantenido un incremento constante anual (enero de 2007 a agosto de 2009), del número de consultas otorgadas a migrantes, en promedio de un 5 por ciento.

Derivado de la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, entre enero y agosto de 2009 se certificaron 8 albergues de jornaleros agrícolas migrantes como entornos favorables a la salud, sumado en 2007 y 2008 se han certificado un total de 18 albergues agrícolas como entornos favorables a la salud. Actualmente, entre enero y agosto del 2009 se han incorporado 24 albergues de jornaleros agrícolas al proceso de certificación como entornos favorables a la salud.

PROGRAMA ESCUELA Y SALUD

En el marco del Programa Escuela y Salud (PES), la coordinación con la Secretaría de Educación Pública (SEP) ha sido la plataforma que ha garantizado su implementación. Con ella, y a través de sus diferentes instancias, se pudo participar activamente en la definición de los contenidos del Programa, el cual se entregó durante el Encuentro Nacional. Por otra parte, en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) se elaboró un CD sobre el PES, con el propósito de informar y sensibilizar a las y los docentes del país. El punto de partida fue la presentación de éste en 50,000 puntos de capacitación para docentes al inicio del ciclo escolar 2008-2009.

Se actualizó el Manual del Maestro elaborado por la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS), el cual fue estructurado con base en las estrategias del PES y con perspectiva de determinantes de la salud, el cual se encuentra en proceso de edición, su impresión y distribución la realizará la SEP y se estima que todos los docentes de educación básica contarán con un ejemplar.

La DGPS en conjunto con la SEP estructuraron los contenidos de un curso de actualización sobre promoción para la salud dirigido a docentes, cuyo eje principal es el PES y el enfoque de determinantes de la salud.

En el marco de la Estrategia Nacional de Prevención y Promoción de la Salud, avalada por todo el Sector, las Cartillas Nacionales de Salud (CNS) son uno de los instrumentos centrales que coadyuvan en la implementación de la misma. Gracias a la coordinación intersectorial, la SEP imprimió y distribuyó 22 millones de cartillas destinadas a todos los escolares de educación básica, así como a sus respectivos docentes. Para la programación de la entrega informada y su activación, se llevó a cabo un Encuentro Nacional para Fortalecer la Entrega y Activación de la CNS en el ámbito escolar, realizado en la Ciudad de México el 4 y 5 de junio con responsables estatales del PES, de la SEP, sus pares de la SS, del IMSS, del ISSSTE y algunos de Petróleos Mexicanos (PEMEX); Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR), así como representantes estatales del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación (SNTE).

El cuadro 3.1 muestra un comparativo entre dos periodos. En él se puede observar que entre septiembre de 2008 y mayo de 2009 hubo un incremento de 17.88 por ciento en el número de alumnos detectados y de 4.37 por ciento en el grupo de alumnos enviados a unidades de salud, respecto del periodo previo. Asimismo, se observa un aumento de 117 por ciento de alumnos atendidos con ayuda funcional. Por otra parte, se observaron decrementos en el número de alumnos atendidos con tratamiento en 4.07 por ciento y las actividades de visitas a escuelas para incorporación (Bandera Blanca), y visitas finales (Certificación de Escuela Saludable) se redujeron en 1.74 y 59.35 por ciento, respectivamente. En general, las actividades del Programa Escuela y Salud en educación Básica incrementaron en un 12 por ciento, su decremento se atribuye a la epidemia de Influenza A(H1N1) que comenzó en abril del presente año modificando las prioridades y las actividades para el programa.

Cuadro III.1
INFORMACIÓN PROGRAMA ESCUELA Y SALUD ACTIVIDADES EN EDUCACIÓN BÁSICA
SIS COMPARATIVO DIC 2007 / AGO 2008 CON SEP 2008 / MAY2009

Actividad	Niveles						Total Dic 07 /Ago 08	Total Sep 08/ May 09	Variación por ciento
	Preescolar		Primaria		Secundaria				
	Dic 07/ Ago 08	Sep 08 / May 09	Dic 07/ Ago 08	Sep 08 / May 09	Dic 07/ Ago 08	Sep 08 / May 09			
Alumnos Detectados	554,875	617,143	1,581,147	1,876,595	481,750	592,137	2,617,772	3,085,875	17.88
Alumnos enviados a Unidad de Salud	195,571	198491	544,213	592,747	168,813	157,089	908,597	948,327	4.37
Alumnos atendidos con tratamiento	150,236	139,642	350,970	371,893	146,577	109,909	647,783	621,444	-4.07
Alumnos atendidos con ayuda funcional	3,476	14,361	18,687	37,547	5,511	8,169	27,674	60,077	117.09
Visita a escuelas para incorporación	3,290	4,158	5,749	6,102	3,517	2,078	12,556	12,338	-1.74
Visita intermedia a escuelas (Bandera Blanca)	1,171	1,380	1,839	1,876	1,379	856	4,389	4,112	-6.31
Visita final a escuelas (Certificación de Escuela Saludable)	1,372	1,543	2,753	1,808	5,716	649	9,841	4,000	-59.35
Total	909,991	976,718	2,505,358	2,888,568	813,263	870,887	4,228,612	4,736,173	12

FUENTE: Información obtenida de los cubos de información del SIS 2008-2009.

CARTILLAS NACIONALES DE SALUD

Se coordinó la producción de 22, 047,500 de las nuevas cartillas nacionales de salud unificadas para el Sector Salud, de las cuales 9, 050,759 fueron entregadas al IMSS; 2, 168,682 al ISSSTE; 14,857 a los servicios de salud de SEMAR; 42,642 a los servicios de salud de SEDENA, y 38,120 a los servicios de salud de PEMEX. En el cuadro3.2, se observa el total de cartillas distribuidas por la SS a los servicios estatales de salud. Vale la pena destacar el incremento en la distribución de las CNS para el 2009 del 19.53 por ciento en comparación con el periodo previo; es notorio como su reparto en población de 0 a 9 años fue tres veces más que el año pasado. Estas cartillas se suman a las 27, 000,000 producidas por la SEP para ser entregadas a alumnos, docentes y personal administrativo de las escuelas de educación básica. Dicha entrega viene acompañada de un proceso de activación a cargo de los prestadores de los servicios de salud del primer nivel de atención de las instituciones del Sector Salud.

Cuadro III.2
CARTILLAS NACIONALES DE SALUD

Cartilla	Número de Cartillas distribuidas 2007-2008	Número de Cartillas distribuidas 2009 ¹	Variación Porcentual
Cartilla Nacional de Salud de Niñas y Niños de 0 a 9 años	771,500	2,769,095	258.92
Cartilla Nacional de Salud del Adolescente de 10 a 19 años	4,516,500	2,452,184	-45.71
Cartilla Nacional de Salud de la Mujer de 20 a 59 años	1,486,000	2,345,786	57.86
Cartilla Nacional de Salud del Hombre de 20 a 59 años	1,028,500	2,379,550	131.36
Cartilla Nacional de Salud del Adulto Mayor de 60 años o más	1,157,500	763,406	-34.05
Total	8,960,000	10,710, 021	19.53

FUENTE: Secretaría de Salud /Dirección General de Promoción de la Salud/ Distribución de Cartillas Nacionales de Salud 2007-2009
¹/De enero a diciembre del 2009 la entrega se hizo completa.

2.2 CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE ENFERMEDADES

El objetivo principal del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE) es fortalecer e integrar de manera sectorial acciones de promoción de la salud y, de prevención y control de enfermedades, con participación de la sociedad organizada y la industria.

Entre septiembre de 2008 y agosto de 2009 se registraron 85 mil casos probables de rabia por agresión; de éstas, se inició tratamiento antirrábico el 16.7 por ciento (14,163). En este periodo, 11.9 millones de animales domésticos fueron vacunados durante la Semana Nacional de Vacunación Antirrábica Canina y Felina en marzo del 2009, y 2.1 millones de animales en la de Reforzamiento (septiembre 2008), sumando un total de 14.2 millones, lo que representa 17.6 por ciento menos de lo previsto (17.2 millones).

Entre septiembre de 2008 y agosto de 2009, se enviaron 44.8 mil muestras de perros al laboratorio y se controlaron 908 mil animales (227.9 mil esterilizaciones y 680.1 mil eliminaciones); asimismo, se realizaron 509.9 mil pruebas de tamiz para la detección de brucelosis.

Con medidas de anticipación y de control se revirtió la tendencia ascendente de casos de dengue observada entre 2004 y 2007. En 2008, se redujeron, respecto del 2007, los casos probables y confirmados de dengue clásico y hemorrágico, en 10, 32 y 37 por ciento, respectivamente; lo que supera la meta de disminuir en 10 por ciento la morbilidad por esta enfermedad.

Las defunciones por dengue hemorrágico ascendieron ligeramente respecto de 2007. Morelos experimentó un importante e inesperado repunte, aunque la letalidad general se mantuvo por debajo de lo esperado.

En el presente año se mantuvo la tendencia descendente de casos de dengue, gracias a la focalización de medidas de control en torno al domicilio de los casos probables, aun cuando repuntó la enfermedad en Colima, Michoacán, Guerrero, Nayarit y Sinaloa. Hasta agosto de 2009, el reporte de casos probables disminuyó en más del 10 por ciento y en 9 por ciento los confirmados; principalmente en estos estados se fortalecieron diversas acciones de rectoría, capacitación y de prevención y control, y se realizaron operativos especiales durante las vacaciones, fechas de concentración poblacional, en el regreso a clases y en centros turísticos.

Se concluyó la actualización de la Norma Oficial Mexicana 032, y se consiguieron fondos especiales por el ramo 12 y aportaciones complementarias que, sumaron en 2008 más de 250 millones de pesos y, en 2009, 180 millones de pesos.

El paludismo por su parte registra las cifras más bajas en la historia, y la cobertura de tratamiento es de 100 por ciento a casos y convivientes. Para 2009 son 22 los estados libres de la enfermedad; con respecto a 2007, se redujo en 2.8 por ciento el número de casos. De enero a agosto de 2009 se reportaron 888 casos de *Plasmodium vivax* y cero por *P. falciparum*. Las localidades positivas y el muestreo a población en riesgo permanecieron igual que en 2007, a pesar de dos brotes registrados en Chiapas y Oaxaca, que representan el 81.7 por ciento del total nacional.

El único foco con transmisión activa de oncocercosis es el Foco Sur de Chiapas. En comparación con 2007, en 2008 los casos disminuyeron en 67 por ciento, y en 2009 se han registrado 8 casos nuevos, la disminución es de 71 por ciento con relación al mismo periodo de 2008. El Foco Norte de Chiapas entró en etapa de suspensión del tratamiento con Mectizan y tres años de vigilancia epidemiológica.

En 2009 se registraron 392 casos de Leishmaniasis en nueve estados: Quintana Roo, Tabasco, Campeche y Chiapas aportaron el 90 por ciento de los mismos. México participó en el Curso Latinoamericano de Estudio de Identificación de Vectores de Leishmaniasis, en la Universidad de Antioquia en Medellín, Colombia.

En 2008 hubo disminución de 8.7 por ciento de casos de intoxicación por picadura de alacrán, en comparación con 2007, el programa capacitó a todos los estados en tres cursos regionales y fue actualizada la NOM 033.

Durante 2009 se registró 11 por ciento menos de casos de enfermedad de Chagas que en 2008. Está en marcha un operativo para la atención del brote de rickettsiosis que se presentó en Mexicali, Baja California, donde se hace vigilancia epidemiológica activa, saneamiento básico, control de caninos, nebulizaciones espaciales y bloqueos epidemiológicos donde aparecen casos sospechosos.

A la fecha se han realizado 12 diplomados de Prevención Clínica para profesionales de la salud, en conjunto con el Instituto Nacional de Salud Pública, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de Nutrición y el de Cardiología, en los cuales se capacitaron 3,668 profesionales de la salud.

Se conformó y activó la Red Nacional de Grupos de Ayuda Mutua base de la educación, control metabólico y adherencia terapéutica de personas con diabetes integradas a la red; se registraron 8,045 Grupos de Ayuda Mutua activos con 378,400 integrantes.

Sectorialmente, se avanzó en la actualización de tres normas oficiales mexicanas para la prevención, tratamiento y control de la diabetes tipo 2, la hipertensión arterial y la de dislipidemias, con aval de las sociedades médicas e instituciones de salud.

Se creó una Red Nacional de Unidades Médicas Especializadas en Enfermedades Crónicas para garantizar el desarrollo de modelos de atención basados en el paciente y su familia. Actualmente se han construido 47 unidades de un total de 237 planeadas para 2012.

Se implementó el programa 5 Pasos por tu Salud. Para Vivir Mejor, instrumento orientado a revertir las tendencias del problema epidemiológico y encaminar al país a la adopción de un estilo de vida saludable.

Actualmente está en proceso en 21 ciudades del país.

En materia de atención al envejecimiento, se cuenta con una política pública de vacunación para adultos mayores, aplicándose al año alrededor de 14 millones de vacunas (influenza, neumocócica y toxoide tetánico y diftérico).

En el componente de prevención de cólera, se mantiene el padecimiento bajo control epidemiológico, sin casos, ni defunciones, con apoyo del Grupo Intersectorial de Cólera y se actualizó la NOM-016 Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera. Se realizaron operativos preventivos en diferentes entidades federativas para la atención de desastres, la mayoría por fenómenos hidrometeorológicos y accidentes.

Destaca la participación en la atención del brote de influenza, por medio de la coordinación del Subgrupo de Logística conformado desde el 27 de abril de 2009.

Las brigadas de urgencias brindaron apoyo a los servicios estatales de salud en Tabasco, Quintana Roo y Yucatán y se mantuvo estrecha coordinación con el equipo de trabajo de la Subsecretaría de Administración y Finanzas para dar atención a la epidemia de influenza.

En tuberculosis, se lograron las metas de los Objetivos del Milenio al detenerse el incremento en el número de casos y reducirse la mortalidad por esta causa. La creación de la Red TAES de enfermería y el fortalecimiento de infraestructura y equipo en todo el país inciden en la disminución de la mortalidad y otros indicadores del programa. De septiembre de 2008 a agosto de 2009, destacan las siguientes acciones:

- La tasa de curación alcanzó el 84 por ciento, superando en 11 por ciento lo logrado en años previos. Para 2009 se capacitaron a 900 personas.
- Inició la actualización de la NOM-006 y se cuenta con los estándares para la atención de la tuberculosis en México, lo que permite homologar los procesos y criterios para una adecuada atención de calidad.
- Disminuyó el subregistro de casos. En municipios de menor IDH, CERESOS y comunidades indígenas, se detectan y refieren casos a través de las unidades móviles.

Se mantiene a la baja el número de casos de lepra y el número de municipios prioritarios con más de un caso por 10,000 habitantes, lo que permite avanzar hacia la meta de eliminación del padecimiento en el 100 por ciento de los municipios de México. En este periodo, se capacitó intensivamente al personal en 33 municipios de riesgo, se actualizó y publicó la NOM-027 para la prevención y control de la Lepra y se gestionó la donación del 100 por ciento de esquemas de tratamiento por parte de organismos internacionales, para garantizar el acceso gratuito al tratamiento en todas las áreas endémicas.

Gracias a las acciones de fortalecimiento de vigilancia prevención y control de la salud bucal, se ha garantizado a través de las Semanas Nacionales de Salud una amplia cobertura de acciones de protección y auto-cuidado en amplios sectores de la población, y se brindó atención a través del tratamiento restaurativo atraumático (TRA) en los municipios con menor IDH, beneficiando a 1.3 millones de personas en promedio anual.

En el Cuadro III.3, se aprecian los avances en el Programa Permanente de Salud Bucal, en el 2009 se atendieron a 5,573 y, 70,363 niños en etapa preescolar y escolar, lo que representa un avance de 1 y 6 por ciento, respectivamente, en comparación con el 2008; mientras que se avanzó en 18 por ciento en cultivo asistencial.

Cuadro III.3
PROGRAMA PERMANENTE DE SALUD BUCAL

Concepto	2008	2009	Variación (por ciento)
Preescolar	5 529	5573	1
Escolar	66 134	70363	6
Cultivo Asistencial	36 765	43230	18

FUENTE: Secretaría de Salud.

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

En materia de reducción de la mortalidad infantil y de menores de cinco años, el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia de septiembre de 2008 a agosto de 2009, elaboró los Lineamientos de Desparasitación Universal y lo implementó en la Segunda Semana Nacional de Salud 2009, con la administración de Albendazol a población de riesgo. En este periodo, se realizó el proyecto de Autopsia Verbal en menores de 10 años que permitirá ratificar o rectificar la causa real de muerte, así como los puntos de oportunidad de mejora en el proceso de atención médica. Concluyó el Proyecto de Guía de Alimentación para Padres o Responsables de los menores de cinco años, que en lenguaje coloquial toca los puntos relevantes de la alimentación en el menor de cinco años; se realizó la supervisión en los siete estados PRONAREMI, con un total de 17 visitas, con el objetivo de dar seguimiento a los componentes de infancia y verificar el apego a la normatividad en la oferta de las intervenciones de la Atención Integrada en la Infancia a nivel nacional.

Actualmente, el Programa Nacional para la Reducción de Mortalidad Infantil cuenta con 17 Centros Estatales de Capacitación que imparten la totalidad de los componentes de responsabilidad de este Centro a personal médico, paramédico y promotores de salud.

En materia de atención a la salud de los adolescentes, entre septiembre de 2008 y agosto de 2009 se impartieron siete cursos regionales de Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS) en los Estados de México, Guerrero, Aguascalientes, Jalisco, Tabasco, Tamaulipas y Chihuahua, se capacitaron a 315 funcionarios del nivel estatal, jurisdiccional y aplicativo del Programa de Salud de la Adolescencia.

Se realizó la cuarta Semana Nacional de Promoción de la Salud de la Adolescencia SPSA (22 al 26 de septiembre de 2008), donde se consolidaron la coordinación y oferta de servicios, y atención integral para los adolescentes, focalizando la participación del sector y de instituciones públicas, privadas y de la sociedad civil. Con énfasis en los temas de prevención del embarazo, VIH/SIDA y promoción de los derechos sexuales y reproductivos.

Se atendieron, según demanda de consulta registrada en el SIS, a 6'679,005 de adolescentes, y se realizaron 12,377 detecciones de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes hombres y mujeres de 10 a 19 años.

Se realizó la Semana Nacional de Promoción de la Salud en la Adolescencia (septiembre 2009) participaron 23 estados, se dieron 1'140,956 atenciones en los componentes de planificación familiar, VIH-SIDA, adicciones, salud mental, odontología, agudeza visual, auditiva y postural, nutrición, dotación de micronutrientes y albendazol, acciones de vacunación, entrega de CNS.

En el marco del Programa de Vacunación Universal, el Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA), realizó tres reuniones ordinarias entre septiembre de 2008 y septiembre de 2009; en la cual se aprobaron los lineamientos para aplicar los refuerzos del toxoide tetánico diftérico (Td) a los 12 años y cada diez años, completando siempre un esquema primario mínimo de tres dosis. Se fijó como meta que todas las instituciones de salud deberán mantener las coberturas de vacunación en todos los grupos de edad por arriba del 95 por ciento, en todas las entidades federativas.

Dentro del grupo de trabajo interinstitucional del CONAVA, se realizaron cinco reuniones, en las cuales se analizaron las propuestas de política pública de vacunación por las diferentes instituciones de salud, para ser presentadas en el CONAVA.

Se actualizaron los lineamientos de la regionalización operativa para 2009, mismos que se concluyeron el 19 de marzo, y durante los meses de enero a mayo los estados terminaron su regionalización operativa 2009. En el nivel nacional, se integró la información de las 32 entidades federativas, logrando que cada estado y cada institución del Sector tuvieran un porcentaje poblacional de responsabilidad para llevar a cabo las acciones del Programa de Vacunación Universal.

Se realizó el diagnóstico situacional nacional de la cadena de frío con la finalidad de asegurar la adecuada conservación de los biológicos. Con relación a este rubro, se solventó la adquisición del 33 por ciento de las necesidades según dicho diagnóstico, a través del Seguro Médico para una Nueva Generación.

Se realizaron tres Semanas Nacionales de Salud, durante las cuales se aplicaron 34'084,555 de dosis de biológicos y se suministraron 12'824,758 de Vitamina A, y 34'898,035 dosis de antiparasitarios.

Se realizaron 87 visitas de supervisión del Programa de Vacunación Universal, cubriendo las 32 estados; de septiembre a diciembre de 2008 se supervisaron las actividades de la Tercera Semana Nacional de Salud 2009, la introducción de la vacuna de VPH, Campaña de Vacunación Invernal 2008; y de enero a septiembre de 2009 se supervisaron las acciones de la Primera y Segunda Semana Nacional de Salud, y las actividades del Programa Permanente de Vacunación.

Se alcanzó una cobertura con esquema básico completo de 90 por ciento en niños menores de un año, y de 98 por ciento en niños de uno a cuatro años. En promedio, desde el 1° de enero de 2007 a la fecha, se alcanzó una cobertura de vacunación con esquema básico completo de 93.29 y 97.44 por ciento en niños de 1 año y de 1 a 4 años de edad, respectivamente.

En relación con la vacuna conjugada del neumococo heptavalente se aplicaron 2'869,362 dosis, en comparación con el 2007 que fueron 520,400 dosis. De igual forma, se aplicaron 18'008,330 de vacunas contra la influenza estacional.

Se llevó a cabo el curso taller para la implementación de la vacuna contra el virus del Papiloma Humano en los municipios con menor IDH el 22 y 23 de Octubre de 2008, con la participación de los representantes de los siete estados que concentran los 125 municipios con menor IDH.

En noviembre de 2008, se inició la aplicación de la vacuna VPH en niñas de 12 a 16 años, en los 125 municipios con menor IDH, se administraron 248,100 dosis de vacunas.

Derivado del Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, se realizaron las modificaciones técnicas en la plataforma del Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes para facilitar su uso. Las dificultades técnicas de la misma detuvieron su uso, y en el curso del presente año se aprovecharon diversos foros para sensibilizar y fomentar nuevamente el uso de Registro en las entidades federativas. En agosto de 2009, se pretende realizar una capacitación a los responsables de los 32 estados en el uso del Registro Nacional.

Se capacitó al personal de salud de primer contacto de las 32 entidades federativas para el diagnóstico oportuno del cáncer en menores de 18 años. En junio y julio de 2009, se capacitó a médicos representantes de las 32 entidades federativas en diagnóstico oportuno, quienes tienen la responsabilidad de replicar el curso a médicos de primer y segundo nivel de atención en su estado, así como a las enfermeras de cada una de las entidades, quienes atienden a estos pacientes en las unidades médicas acreditadas. En estas reuniones se distribuye de forma gratuita, el libro "El niño con cáncer", escrito para dar a conocer esta enfermedad al médico no especialista.

3.4 CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

La mortalidad materna continúa en descenso, lográndose una reducción de 3.2 puntos porcentuales a partir de 2006 y de 3 puntos en 2007, la segunda disminución más importante en los últimos cinco años.

Según cifras preliminares de la Dirección General de Información en Salud en 2007 el número de muertes maternas fue de 1,097, para el 2008 ascendió a 1,115, mientras que para agosto del 2009 se estiman 468 defunciones, sumando un total estimado de 2,680 de 2007 a la fecha. Con estos datos, la razón de mortalidad materna estimada para 2008 es de 57.0, lo que representa 1.4 puntos porcentuales mayor a la reportada en el año anterior a pesar de los esfuerzos desarrollados para cumplir con los Objetivos del Milenio como es

la ampliación de la cobertura de atención del embarazo por medio de las Caravanas de la Salud, la atención del parto por personal calificado a partir de la incorporación de municipios indígenas al Seguro Popular; la vinculación de la partera tradicional con las unidades de salud para la detección y referencia oportuna de mujeres con complicaciones obstétricas; el traslado a unidades y alojamiento en Posadas de Atención a la Mujer Embarazada (AME), de mujeres con embarazo de riesgo o complicaciones obstétricas de municipios repetidores de muerte materna, indígenas y de alta marginalidad.

Para contribuir a este objetivo el programa Arranque Parejo en la Vida, presentó la “Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México”, y para el 28 de mayo de 2009 se firmó el Convenio Interinstitucional entre la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE, para la Atención Obstétrica Universal de las Emergencias Obstétricas. Además, de septiembre de 2008 a agosto de 2009, se tamizaron más de 1 millón de recién nacidos, de los cuales 624 fueron diagnosticados con hipotiroidismo congénito y se trataron de manera eficaz y oportuna.

En el marco del Programa Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, según estimaciones del SIS, de septiembre de 2008 a agosto de 2009 ingresaron 680 mil usuarias de métodos anticonceptivos modernos, lo que significa un total de 3 millones 315 mil usuarias y usuarios activos, cifra superior en cerca de 190 mil usuarios al año anterior (6.1 por ciento). Al realizar un comparativo del número de usuarias activas en agosto 2009 con lo registrado en el mismo periodo de la administración anterior (agosto 2003) se observa un incremento de poco más de 634 mil usuarias activas, es decir, 23.7 por ciento más.

De acuerdo con estimaciones del SIS, en 2007 se registraron 762,141 nuevas aceptantes de métodos de planificación familiar, en 2008 fueron 690,836 y el periodo de enero a agosto de 2009 se reportaron 449,434. Al comparar este último con el mismo periodo de 2008, en el cual se reportaron 460 mil nuevas aceptantes se observa un decremento de 2.3 por ciento; situación que se ha venido presentado aparentemente porque algunas entidades federativas han tenido desabasto en los diferentes métodos anticonceptivos, debido al retraso en la designación y ejercicio de los recursos financieros para este fin.

En cuanto a la Estrategia para el Fortalecimiento de la Anticoncepción Postevento Obstétrico (APEO), en el primer semestre se incorporaron dos hospitales, que sumados a las implementaciones realizadas en 2007 y 2008 hacen un total de 19 Hospitales (956 participantes), lo que representa un logro del 59.3 por ciento de la meta para la presente administración. Se realizaron cinco visitas de seguimiento, asesoría y apoyo técnico, que acumuladas a lo realizado dos años anteriores dan un total de 23 visitas a 19 hospitales.

Las principales acciones para la prevención y control del cáncer cérvico uterino se enfocan a la disminución de la mortalidad por esta causa, principalmente en mujeres que viven en áreas marginadas, rurales e indígenas, a través de la ampliación de la cobertura de detección y atención de lesiones precursoras, así como de la mejoría en la calidad de la detección a través de la implementación de la prueba del papiloma virus (ADN de VPH) y la introducción de la vacuna contra el VPH en niñas y adolescentes de los municipios con menor IDH.

Desde el 1° de enero de 2007 a 31 de agosto de 2009 la tasa de mortalidad acumulada por cáncer cérvico uterino fue de 36.4 por 100 mil mujeres de 25 años y más. De septiembre de 2008 al mes de agosto de 2009 el Programa de Cáncer Cérvico Uterino tuvo los siguientes avances:

- Se realizaron 2,052,166 detecciones de CACU con la prueba de Papanicolaou a mujeres de 25 a 64 años de edad.
- Se efectuaron 354,305 detecciones con la prueba del papiloma, de las cuales 130,000 fueron en los 125 municipios con menor IDH, en estas mismas comunidades, se vacunaron a 82,598 adolescentes de 12 a 16 años de edad como parte de las acciones de la estrategia 100 x 100.
- Se instrumentaron seis laboratorios regionales de biología molecular con una capacidad por laboratorio para procesar 160 mil muestras anuales de la prueba del VPH y se encuentran en proceso de instalación seis laboratorios más que atenderán gradualmente a las 32 entidades federativas.

- Se capacitaron a 1,073 profesionales de la salud, entre ellos: citotecnólogos, colposcopistas, patólogos y, responsables jurisdiccionales y estatales del programa, lo que representa cerca de 80 por ciento del personal de los servicios de salud estatales involucrado en el programa.

En congruencia con el PROSESA y el programa de acción, las acciones relevantes para la prevención y control del cáncer de mama se dirigen a incrementar la cobertura de detección a través de la mastografía. Desde el 1° de enero de 2007 al 31 de agosto de 2009 la tasa de mortalidad acumulada por cáncer de mama fue de 42.7 por 100 mil mujeres de 25 años y más. Los logros alcanzados a través del Programa de cáncer de mama de septiembre de 2008 al mes de agosto de 2009 son los siguientes:

- Se reforzó la infraestructura y la accesibilidad a la mastografía, se incrementó el número de unidades móviles con 16 mastógrafos en los estados con menor capacidad para la detección.
- Se realizaron 142,237 mastografías en mujeres de 50 a 69 años de edad sin seguridad social.
- Se inició el funcionamiento de dos centros de lectura, que concentran la productividad de 30 centros emisores, con una capacidad anual para la interpretación de calidad de 75 mil mastografías cada uno.
- Se capacitaron de forma continua 869 profesionales médicos multidisciplinarios de todos los niveles de atención involucrados en la detección y control del cáncer de mama, entre ellos médicos radiólogos, oncólogos, ginecólogos, cirujanos, médicos generales, enfermeras, trabajadoras sociales, técnicos y responsables del programa del nivel jurisdiccional y estatal.

Para la detección oportuna de los casos de violencia familiar y de género en mujeres mayores de 15 años a nivel nacional, de enero de 2007 a agosto de 2009 se aplicaron un total de 1'274,252 herramientas de detección. Mientras que durante el periodo agosto 2008 y septiembre de 2009 se aplicaron un total de 651,867 herramientas para detección temprana a mujeres usuarias de los 32 servicios estatales de salud.

Del 1° de enero de 2007 al 31 de agosto de 2009 se atendieron a nivel nacional 147,227 mujeres mayores de 15 años que se encuentran en una situación de violencia familiar o de género severa, a las que se les proporcionó servicios de consejería, apoyo psico-emocional y atención médica en los casos requeridos.

Entre septiembre de 2008 y agosto de 2009, se otorgaron servicios de atención especializada a 83,725 usuarias de los 32 servicios estatales de salud, brindando 159,845 servicios de consejería, 146,441 apoyos psico-emocionales, y 45,904 atenciones médicas en los casos de mujeres que vivieron violencia.

Desde el 1° de enero de 2007 al 31 de agosto de 2009 en la atención de la violencia familiar extrema, se apoyaron a 34 organizaciones de la sociedad civil y 2 públicas que otorgaron servicios de refugios especializados a 3,340 mujeres en situación de violencia extrema, que se encuentran localizados en 25 estados del país.

Entre septiembre de 2008 y agosto de 2009, se brindó atención a 1,529 mujeres, 1,462 niñas y 1,368 niños que han sido protegidos, otorgándoles servicios de alimentación, hospedaje, atención médica, psicológica, jurídica y apoyo social; así como, capacitación para su inserción laboral. Asimismo, se apoyaron a 34 organizaciones de la sociedad civil y una pública que otorgan servicios de refugios especializados.

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva concluyó el proceso de revisión de la NOM-190-SSA1-1999. Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar, para quedar como NOM 046 SSA 2-2005. Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención que fue publicada para su aplicación el 16 de abril del 2009. Para ello, en noviembre de 2007 se aprobó el anteproyecto; en febrero de 2008 se ratificó el dictamen final para publicación el 3 de marzo en el DOF en julio de 2008, se aprobó y el 6 de marzo se publicaron las respuestas a los comentarios en el DOF.

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

En el último año, el número de personas con VIH que se incorporaron al programa de acceso a medicamentos fue de 6,919 con lo que el número acumulado de pacientes beneficiarios del fondo de gastos catastróficos con tratamiento antirretroviral a la fecha, asciende a 30,500 personas con VIH que reciben tratamiento antirretroviral con recursos federales. En el mismo periodo anterior el número de beneficiarios fue de 24,581 personas con VIH.

Para mejorar la calidad de la atención de las personas con VIH y asegurar un control adecuado en la prescripción de antirretrovirales, en el 2008 se incorporaron las pruebas CD4 y carga viral al protocolo de atención del VIH/SIDA, financiado por el fondo de Gastos Catastróficos, con lo que se logrará llevar un mejor control del tratamiento antirretroviral.

Entre enero y julio de 2009 se construyeron y modernizaron tres centros ambulatorios para la prevención y el control del SIDA e ITS (CAPASITS) (50 por ciento de la meta anual), que sumados a las obras realizadas en 2007 y 2008, acumulan un total de 57 unidades de este tipo.

En materia de prevención, se distribuyeron un total de insumos para la prevención a los estados de 28,970,000 condones masculinos para poblaciones clave, adicionales a 1,500,000 condones conmemorativos de la Conferencia Internacional sobre Sida celebrada en México en Agosto de 2008, se culminó el proceso de la ejecución de 104 proyectos de prevención focalizados en poblaciones clave, implementados por las organizaciones de la sociedad civil, obteniéndose sus reportes técnicos y financieros.

Se lanzó la convocatoria pública número 4 (2009) de prevención focalizada por 30 millones de pesos para proyectos dirigidos a poblaciones clave para la epidemia del VIH/SIDA a implementarse por las organizaciones de la sociedad civil organizada, que beneficiará a poblaciones clave en diversas entidades de la República. En 2007 y 2008 también el monto para apoyar los proyectos de las OSC ha sido igual a 2009.

Se implementó una campaña dirigida a las mujeres para la sensibilización denominada “La Mujer y el VIH/SIDA, Tú decides”. Durante 2009 se implementaron campañas relacionadas con la discriminación por homofobia y la dirigida a jóvenes.

La SS, a través del CENSIDA, su instancia focal para la coordinación de los trabajos sobre la citada Declaración, la SEP mediante la Dirección General de Relaciones Internacionales y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), firmaron en el mes de octubre de 2008 el “Plan de Trabajo Intersectorial sobre Salud y Educación Sexual y Reproductiva con enfoque en VIH y Perspectiva de Género”.

CENSIDA participa en la Red Nacional para la Inclusión Laboral, de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social para asegurar la inclusión de personas que viven con VIH en el ámbito laboral y promover políticas laborales de no discriminación. Estas redes contemplan la inclusión laboral a personas en contextos de vulnerabilidad y CENSIDA provee la información necesaria para tal fin, el marco normativo vigente y la capacitación a las redes en el tema.

Se llevó a cabo una convención de organizaciones de la sociedad civil donde por vez primera se facilitó el proceso para que las propias organizaciones de la sociedad definieran los mecanismos de participación en diversos órganos colegiados donde se toman definiciones de política pública, ello fortalecerá la respuesta ante la epidemia.

El tema de la homofobia, entendida como una forma de discriminación, fue abordado el pasado 17 de mayo a través de un boletín de prensa ampliamente difundido y que se elaboró en conjunto con la CONAPRED y la CNDH. En este marco, se llevó a cabo una conferencia de prensa con la participación del Dr. Mauricio Hernández, Subsecretario de Salud; el Director Regional de ONUSIDA, Dr. César Núñez; Arnaud Peral representante del PNUD en México y presidente del Grupo Temático de ONUSIDA, así como la participación del Dr. José Antonio Izazola, Director General del CENSIDA, que permitió hacer pública la relevancia de la homofobia

como obstáculo en la prestación de servicios de salud y para la implementación de estrategias preventivas y sensibilizar a la población general sobre sus implicaciones en el ámbito de los derechos humanos. Al respecto, se implementará una campaña en medios masivos de comunicación en la tercera semana de agosto.

La discriminación al trabajo sexual se abordó también a través de un boletín de prensa preparado por el CENSIDA, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) y el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), el cual se publicó el 2 de junio, Día Internacional de la Trabajadora Sexual. Este tema es relevante pues la prevención del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual se ve obstaculizada por la discriminación por esta forma de trabajo.

Se concluyó y entregó oficialmente la propuesta de México para la Novena Ronda de El Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. En caso de ser aprobada por dicho organismo, México dispondrá en los próximos 5 años de 76 millones de dólares adicionales para acciones de prevención de VIH/SIDA en las poblaciones más afectadas por la epidemia en nuestro país.

Se publicó el libro “El VIH y el SIDA en México al 2008: Hallazgos, tendencias y reflexiones”, noveno título de la colección “Ángulos del SIDA”, en donde se realiza un análisis integral de la epidemia.

Se consolidó la operación del sistema SALVAR en las unidades médicas de la SS que atienden a pacientes con VIH/SIDA en todo el país. Se creó un reporte trimestral de los principales indicadores del SALVAR que se distribuye a todas las entidades federativas.

Se actualizó la página Web del CENSIDA, se mantuvo como el sitio más visitado dentro de la SS con 250,000 visitas al año, lo cual representa un incremento del 5 por ciento con respecto al periodo anterior.

Se consolidó el sistema de monitoreo del VIH en poblaciones vulnerables al aplicarse 80,000 encuestas con pruebas rápidas para la detección del VIH en todo el país de septiembre de 2008 a agosto de 2009.

Se mantuvo actualizado el registro de investigaciones e intervenciones mexicanas sobre VIH/SIDA (RIIMSIDA) que ya cuenta con 5,288 registros.

Como se realiza anualmente desde el año 2004, en diciembre de 2008, se publicó en la página Web del CENSIDA el Boletín No. 5 del Grupo de Información Sectorial de VIH/SIDA e ITS, que concentra información sobre las acciones de prevención y atención que realizaron, durante el periodo 1999-2007, las instituciones del Sector Salud que conforman este grupo de trabajo perteneciente al Comité de Monitoreo y Evaluación del CONASIDA.

En la colaboración con el INSP, se realizó la evaluación económica de los proyectos de prevención focalizada a poblaciones clave, implementados por las organizaciones de la sociedad civil con trabajo en SIDA, durante 2007.

Por segunda ocasión se aplicó una encuesta a 1,300 participantes de la marcha anual de la comunidad LGBT de la ciudad de México, a fin de conocer aspectos sobre VIH/SIDA y comportamiento sexual, estigma y discriminación, pruebas rápidas para la detección del VIH y circuncisión.

3.6 CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

Anualmente, las lesiones por accidentes de tránsito generan aproximadamente 20 mil muertes, más de 40 mil personas con algún tipo de discapacidad permanente y son responsables de que más de 750 mil personas sean atendidas en un hospital con heridas graves. Ante el problema de salud pública que representan las lesiones por accidentes viales, se han iniciado acciones que tienen como base la evidencia científica, un enfoque integral y un abordaje multisectorial. Durante el periodo que comprende el presente informe, se ha logrado avanzar de manera significativa en acciones que tienen un alcance de mediano y largo plazo.

A través del Programa de Seguridad Vial, se participó con los secretarios técnicos y responsables de los Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes en la elaboración del programa respectivo. Veinte entidades federativas cuentan ya con un programa estatal específico, en éstos se establecen intervenciones homologadas que buscan impactar en los municipios con mayor siniestralidad en cada estado.

A mediados de 2008, la SS, en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS), los gobiernos estatales y municipales de Monterrey, Nuevo León; Guadalajara, Jalisco; León, Guanajuato y el Distrito Federal, y organizaciones no gubernamentales, puso en marcha la Iniciativa Mexicana de Seguridad Vial (IMESEVI). Bajo este modelo, en 2009 se iniciaron las actividades para activar la primera fase de la IMESEVI en Mérida, Yucatán; Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; Toluca y Tlalnepantla, Estado de México; Ciudad Juárez, Chihuahua y Culiacán, Sinaloa.

Entre septiembre de 2008 y agosto de 2009 bajo el esquema de la IMESEVI en las ciudades de Monterrey, Guadalajara, León y D.F., se logró capacitar en el tema de seguridad vial, focalizado en los factores de riesgo: conducción bajo los efectos del alcohol, no uso de cinturón de seguridad y de sistemas de retención infantil, a 93 formadores, 848 multiplicadores, 128 replicadores y 40,363 personas de población abierta.

El 14 de marzo de 2008 se realizó la Primera Reunión de Ministros de Salud de las Américas sobre Prevención de Violencia y Lesiones en la ciudad de Mérida, Yucatán. Derivado de esta reunión, ministros y funcionarios gubernamentales de 34 países de América emitieron la Declaración Ministerial sobre Prevención de Violencia y Lesiones en las Américas, donde se reconoce que “la violencia y las lesiones de causa externa son un problema epidémico de salud pública en nuestros países” y se comprometen a “incrementar esfuerzos para prevenir la violencia y las lesiones. Este evento posicionó a México como actor en la región en materia de prevención de accidentes de tráfico.

El 25 de abril de 2008, en el pleno del sexagésimo segundo periodo de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en Nueva York, sobre el Mejoramiento de la Seguridad Vial en el Mundo, México presentó los términos de la Declaración.

Con la finalidad de avanzar en la formación de consensos sobre principios, criterios y mejoramiento de la seguridad vial, el Titular de la Dependencia participó en el Primer Encuentro Iberoamericano y del Caribe de Seguridad Vial (EISEVI) “Protegiendo vidas”, que se realizó en Madrid, España, del 22 al 24 de febrero de 2009. En el Encuentro se acordó que México será sede del próximo Encuentro de Seguridad Vial que se celebrará en septiembre de 2011.

En el marco del Proyecto Mesoamérica, el 27 y 28 de mayo de 2009 se realizó en la ciudad de Panamá el Seminario Regional: Establecimiento de Metas Nacionales y Regionales de Reducción de Accidentalidad Vial en Mesoamérica. Ahí se analizaron y debatieron las implicaciones metodológicas, técnicas y políticas del establecimiento de metas sobre reducción de víctimas de siniestros de tránsito. En este mismo foro México propuso la puesta en marcha de un sistema mesoamericano de seguridad vial, el cual tomará como modelo a la IMESEVI.

Se realizaron 19 talleres en los que se formaron 360 instructores en primera respuesta; 3,800 personas como formadores en primera respuesta (ambos dirigidos a personal de salud, bomberos, seguridad pública, protección civil y del transporte público) y se capacitaron a 1,200 personas de la población civil en soporte vital básico, lo que les permitirá contar con los conocimientos y habilidades para prestar ayuda a víctimas en caso de urgencia.

Con el propósito de profundizar en el conocimiento de los accidentes asociados a la infraestructura vial, se capacitaron a 225 personas de diversas instituciones como auditores de seguridad vial, se llevaron a cabo 104 auditorías de seguridad vial en los principales cruceros, tramos carreteros y corredores escolares en diez entidades de la República. Asimismo, se realizaron diversas investigaciones y publicaciones, como el diagnóstico espacial de accidentes de tráfico en el Distrito Federal, testimonios de víctimas por accidentes de tránsito, análisis de los sistemas de urgencias médicas en México, entre muchos otros.

En cuanto a las actividades para la modificación y adecuación del marco legal que permita incrementar la seguridad vial se avanzó en los siguientes aspectos:

- Se gestionó ante Senadores la aprobación del punto de acuerdo número 352, el Proyecto de Decreto por el que se Adiciona una Nueva Fracción XV al Artículo 7º de la Ley General de Educación. De igual forma, exhortan a “los titulares de las Secretarías de Comunicaciones y Transportes, Seguridad Pública Federal y Salud a implementar programas y campañas permanentes en materia de seguridad y educación vial”.
- Se elaboró el Programa Nacional de Alcoholimetría. Del 16 al 18 de febrero se llevó a cabo la Reunión Nacional de Expertos en Alcoholimetría, en la que se establecieron los parámetros en torno al nivel máximo de alcohol en la sangre de los conductores así como los criterios para la realización de operativos y la evaluación de la información.

Con el objetivo de sensibilizar a los pasajeros de vehículo, sobre los beneficios que genera utilizar el cinturón de seguridad y los dispositivos de retención infantil (SRI), y modificar la conducta y actitudes de la población, el 6 de abril de 2009 se lanzó al aire a nivel nacional la campaña Abrázate a la vida con un clic.

El primero de abril de 2009, al presentar las acciones de promoción para la prevención de accidentes durante la temporada vacacional de Semana Santa, se emitió el billete de la Lotería Nacional para la Asistencia Pública con gráficos alusivos a la seguridad vial y la imagen de la IMESEVI.

4. SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

4. SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

4.1 DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO

La Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto es la unidad administrativa 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 áreas centrales, órganos desconcentrados y organismos públicos descentralizados, 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 que se encuentran debidamente certificados por la norma internacional ISO-9001 versión 2000; los logros y avances para cada macro procesos en el periodo comprendido entre septiembre de 2008 y agosto de 2009 se detallan a continuación.

DISEÑO Y DESARROLLO ORGANIZACIONAL

Entre septiembre de 2008 y agosto de 2009 se reestructuraron 23 unidades, cuyas estructuras organizacionales fueron registradas ante la SFP, con un total de 2,521 plazas de enlaces de alta responsabilidad, mandos medios y superiores. Para el año 2009 se solicitó la reestructuración de 13 unidades centrales y dos descentralizados, mismos que se encuentran en proceso de análisis y dictamen de sus estructuras orgánicas.

En el último cuatrimestre de 2008 se refrendaron 62 estructuras organizacionales con vigencia 1º de enero de 2008, de las cuales 26 son unidades centrales, 14 órganos desconcentrados y 22 organismos públicos descentralizados, y de enero a agosto de 2009 se han refrendado 20, 9 y 9 estructuras respectivamente.

De las 38 propuestas de modificación de estructuras orgánicas no básicas de la Secretaría, se realizaron 355 valuaciones de puestos de movimientos regulados a través del Sistema de Validación de la Valuación y del Nivel del Tabulador, a efecto de determinar el grupo, grado y nivel, acorde a las atribuciones y funciones que se desempeñan y a las percepciones que se otorgan. Además se analizaron, dictaminaron y registraron 333 contratos de personal por honorarios ante la SFP, mismos que corresponden 97 al sector central y 236 a entidades paraestatales.

En el periodo que se informa, se proporcionaron 137 asesorías a las unidades administrativas de la Dependencia para la integración de manuales de organización; se validaron 15 manuales de organización, correspondiendo 10 de unidades centrales, dos a órganos desconcentrados y tres a organismos descentralizados conforme a la estructura orgánica vigente, encontrándose en proceso de validación nueve manuales. Con relación a la integración de manuales de procedimientos se otorgaron 122 asesorías, se han validado 15 manuales conforme a la Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos y a la fecha se encuentran en proceso de validación ocho manuales.

En el mes de marzo de 2009 se auditaron los 89 procedimientos operativos de esta Dirección General en el marco de la norma ISO 9001:2000, cumpliendo así con lo establecido en la estrategia 5.1 del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 y con el Programa Sectorial de Salud 2007-2012.

A partir del 14 de septiembre de 2008, fecha en que se aprueba el Programa de Mejora de la Gestión, se han integrado y reportado a la SFP los informes de los sistemas de Racionalización de Estructuras y de Procesos Eficientes, encomendados a esta Dirección General.

INTEGRACIÓN PROGRAMÁTICA Y PRESUPUESTAL

La Reforma Constitucional en Materia de Gasto Público y Fiscalización, publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 7 de mayo de 2008, planteó una transformación integral de la Hacienda Pública, que implica modificaciones estructurales en el proceso presupuestario, a fin de lograr que la toma de decisiones incorpore sistemáticamente consideraciones sobre los resultados obtenidos y esperados de la aplicación de los recursos públicos.

En este contexto, para el proceso de integración programática presupuestal 2009, los esfuerzos se orientaron hacia la adopción del enfoque del Presupuesto basado en Resultados (PbR) y la implantación del Sistema de Evaluación del Desempeño (SED), que tienen como una de sus principales vertientes tanto la evaluación de los programas de gobierno, como el inicio de un nuevo tipo de gestión pública para resultados.

El PbR como un instrumento de toma de decisiones contempla como aspecto central el diseño de **un esquema integral de indicadores y resultados**, integrados bajo un enfoque de gradualidad, por lo que se ha impulsado el uso amplio de herramientas de planeación y evaluación con los 32 servicios estatales de salud y las 62 unidades administrativas que conforman esta Secretaría. En este sentido:

- a) Se actualizó y consolidó la calidad de la información incorporada en la **Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)** y la de los indicadores de 25 programas presupuestarios del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2009. En su conjunto, las 25 MIR integran un total de 207 indicadores de desempeño, mismos que constituyen la base para la evaluación en los términos previstos del **Programa Anual de Evaluación 2009** y a los cuales se les da seguimiento de manera trimestral. Asimismo, se seleccionaron 20 indicadores para su reporte a la H. Cámara de Diputados y que además forman parte del Informe de Gestión Financiera para la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y de seguimiento por parte de la SFP.
- b) El esquema integral de indicadores y resultados contempla como un componente adicional el **sistema de indicadores del Programa de Mediano Plazo (PMP)**, en términos de lo previsto en el Acuerdo por el que se establecen las disposiciones para la operación del PMP, publicado en el DOF el 5 de febrero de 2009. Estos indicadores y metas de mediano plazo para los principales bienes y servicios, procesos y actividades, según el caso, permitirán medir los resultados de las políticas, estrategias y medidas de gasto que conforman el PMP, facilita la articulación de las medidas y políticas de gasto desde la planeación hasta la rendición de cuentas, por lo que serán objeto de seguimiento trimestral.
- c) Conforme a los **“Lineamientos, para informar sobre el ejercicio, destino y resultados de los recursos federales transferidos a las entidades federativas”**, publicados en el DOF el 25 de febrero de 2008, se determinaron cuatro indicadores para el seguimiento y evaluación de los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) y del Fondo de Aportaciones Múltiples; estos indicadores son reportados por las 32 entidades federativas, generando, 128 reportes trimestrales de seguimiento.

La SS, para el ejercicio fiscal 2009, tuvo un presupuesto autorizado de 85,036.5 millones de pesos, superior en 22.5 por ciento al de 2008 y en 307.5 por ciento mayor al autorizado en 2003. Por su parte, los recursos financieros que se destinan a las entidades federativas mediante el FASSA del Ramo 33, ascendieron a 48,617.8 de millones de pesos para el ejercicio fiscal 2009, 56.0 por ciento más que en 2003. El total de recursos autorizados para salud en este ejercicio fiscal fue de 133,654.3 millones de pesos, superior en 156.9 por ciento a 2003 (Cuadro 4.1).

Es importante destacar que el Seguro Popular ha sido el instrumento financiero que ha permitido la obtención de más recursos para la operación de los servicios de salud en los estados, con un monto de recursos de 48,228.64 millones de pesos, lo que representa el 16,332.25 por ciento más con respecto a 2003. De tal manera que los recursos del Seguro Popular que reciben las entidades federativas equivalen a 5.5 veces en promedio, al presupuesto de operación del FASSA (Cuadro 4.1). Este crecimiento de los recursos transferidos refleja la prioridad asignada a los servicios estatales de salud como instancias operativas del Sistema Nacional de Salud.

Cuadro IV.1
PRESUPUESTO FEDERAL AUTORIZADO PARA SALUD^{1/}
(MILLONES DE PESOS)

Ramo	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Var % 03/09	TMCA
Ramo 12 "Salud"	20,573.2	17,306.0	25,471.8	25,218.1	29,542.9	31,709.9	36,807.8	78.9	10.2
Seguro Popular de Salud	293.5	3,667.1	8,552.7	17,137.4	26,040.3	37,716.2	48,228.6	16,332.2	134.0
Ramo 33 "FASSA"	31,163.4	34,064.1	36,257.1	38,980.5	41,572.8	43,995.4	48,617.8	56.0	7.7
Total	52,030.1	55,037.2	70,281.6	81,336.0	97,156.0	113,421.5	133,654.3	156.9	17.0

¹ Para 2003 se incluye el presupuesto autorizado al Programa IMSS- Oportunidades y del INAPAN en Ramo 12 "Salud".
FUENTE: SHCP, SS, DGPOP, Presupuesto de Egresos de la Federación 2003-2009

El proceso de programación presupuestación 2009, se orientó a garantizar el mayor impacto posible en la salud de la población por cada peso invertido, por lo que el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación fue formulado en el marco de la alineación de acciones y recursos al Seguro Popular, integrando las diversas fuentes de financiamiento que confluyen en cada uno de los programas sustantivos de la Secretaría (Ramos 12, Ramo 33 y Seguro Popular); con estas acciones se evitan duplicidades, al mismo tiempo que se generan sinergias entre las diferentes fuentes de financiamiento y se logra un equilibrio financiero entre las mismas

GESTIÓN DEL PRESUPUESTO

En apego a la normatividad vigente para el trámite de adecuaciones presupuestarias ante la SHCP, en el periodo que se informa se tramitaron 2,437 adecuaciones, de ellas 936 en el último cuatrimestre del ejercicio anterior y 1,501 durante el primero y segundo cuatrimestres de 2009.

En materia de inversión, al mes de agosto de 2008 se tenían 656 proyectos registrados en la Cartera de Programas y Proyectos de inversión de la SHCP y del primero de septiembre de 2008 a la fecha se registraron o actualizaron 295, para constituir una cartera actualizada de 951 programas y proyectos, de los cuales 758 (80 por ciento) están propuestos para ser financiados con recursos fiscales, propios y del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud y 193 (20 por ciento) corresponden a entidades federativas, financiados con recursos del Fondo de Previsión Presupuestal de dicho Fideicomiso. La inversión original autorizada para 2009 fue de 2,635.3 millones de pesos, de los cuales, el 39 por ciento (1,035.3) son recursos fiscales y 61 por ciento (1,600.0) pertenecen al Fondo de Previsión Presupuestal del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud.

Se realizaron los trámites administrativos establecidos en la normatividad para recuperar 598.9 millones de pesos por concepto de ingresos excedentes, de las unidades administrativas y órganos desconcentrados de la Dependencia, mismos que permitieron fortalecer la operación de los servicios en las propias unidades. Además, se realizaron los trámites para la regularización de 202.1 millones de pesos por ingresos propios de los organismos descentralizados, mediante las modificaciones a sus flujos de efectivo.

Con base en las disposiciones aplicables se gestionó la autorización de siete solicitudes para contrataciones plurianuales; se realizó el trámite de 38 solicitudes de licitación anticipada. Además, se realizaron los trámites ante la Unidad de Política de Ingresos de la SHCP para obtener la autorización de los tabuladores específicos y generales de los servicios que proporcionan los organismos descentralizados, órganos desconcentrados y unidades administrativas de la Secretaría de Salud.

Se atendieron trece solicitudes de las entidades federativas para acceder a los recursos de Fondo Nacional de Desastres Naturales (FONDEN) por un monto de 177.6 millones de pesos; tres de ellas no fueron gestionadas por desistimiento de la solicitud de Durango y Oaxaca y la otra que corresponde a Guerrero se dictaminó no procedente.

CONTROL DEL EJERCICIO DEL PRESUPUESTO

En el marco de la conversión del esquema de transferencias al de gasto directo se actualizaron los procedimientos administrativos y los sistemas informáticos para que los órganos desconcentrados y entidades coordinadas realicen sus trámites de pago mediante cuenta por liquidar certificada de la Tesorería de la Federación. Desde octubre de 2007 los sistemas se encuentran instalados y en operación en las 27 unidades centrales y en los 14 órganos desconcentrados y, a partir del segundo semestre de 2008, en las 22 entidades coordinadas.

La consolidación de los sistemas y procedimientos para realizar los procesos de gestión de las adecuaciones presupuestarias, cuentas por liquidar certificadas, reintegros presupuestarios y demás operaciones presupuestarias, han permitido reducir los días de trámite y realizar de manera oportuna, eficiente y segura los pagos a los prestadores de bienes y servicios contratados por las unidades ejecutoras del gasto.

La implementación y mejora de los sistemas informáticos para el control presupuestario, el desarrollo de reuniones de conciliación permanente con los administradores de las unidades centrales, órganos desconcentradas y entidades coordinadas por la SS y el seguimiento del comportamiento en el ejercicio del presupuesto autorizado modificado, permitieron alcanzar un nivel de ejercicio del 99.9 por ciento al cierre del 2008 (Cuadro IV.2).

Cuadro IV.2
PRESUPUESTO EJERCIDO POR LA SECRETARÍA DE SALUD^{/1} (RAMO 12)
(Millones de Pesos)

Presupuesto	2003 ^{/2}	2004	2005	2006	2007	2008	2009 ^{/3,4}	Var. % 2003-2008	TMCA 2003- 2008
Autorizado	20,866.7	20,973.1	34,024.5	42,355.5	55,583.2	69,426.1	46,608.8	232.7	22.2
Modificado	21,948.3	23,695.5	33,706.1	41,551.2	53,144.9	69,744.2	47,010.0	217.8	21.3
Ejercido	21,933.6	23,694.0	33,705.5	41,547.7	53,144.0	69,743.5	46,419.4	218.0	21.3
Economías	14.7	1.5	0.6	3.5	0.9	0.8	590.5		
% Ejercido vs Modificado	99.933	99.994	99.998	99.992	99.998	99.999	98.744		

^{/1} FUENTE: 2003-2008, Cuenta de la Hacienda Pública Federal, DGPOP,SS y Cierre del Ejercicio al 31 de julio de 2009, DGPOP, SS.
^{/2} Incluye el presupuesto del Programa IMSS-Oportunidades y del INAPAM en Ramo 12 "Salud".
^{/3} Para este ejercicio fiscal, el presupuesto autorizado asciende a 85,036.5 MDP, se espera que sumados los ingresos excedentes y las reducciones instruidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, al cierre del ejercicio se tenga una cifra similar al presupuesto autorizado modificado con un ejercicio cercano al 99.999 por ciento.
^{/4} Para 2009 las cifras de presupuesto autorizado, modificado y ejercido corresponden al periodo enero a agosto; por lo tanto, el rubro de economías en ese periodo corresponde a recursos por ejercer.

En 2009, se han tomando las medidas preventivas y correctivas para orientar los recursos autorizados hacia las prioridades del Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Sectorial de Salud 2007-2012, para mantener los niveles de ejercicio reflejados en años previos; pero sobre todo, para garantizar el desarrollo de los programas sustantivos de la Dependencia. Al cierre del mes de agosto el nivel de ejercicio de los recursos autorizados es del orden del 98.7 por ciento.

INFORMACIÓN FINANCIERA

Se dio cumplimiento a los requerimientos de información de la SHCP, de la SFP, Presidencia de la República y de la Cámara de Diputados, establecidos en los Decretos de Presupuesto de Egresos de la Federación para los Ejercicios Fiscales 2008 y 2009 y demás disposiciones normativas en la materia, respecto a informes del tercer y cuarto trimestres de 2008 y primero y segundo de 2009, sobre la Situación Económica de las Finanzas Públicas y la Deuda Pública, Programa Especial Concurrente, Pueblos Indígenas, Equidad de Género, Fideicomisos y Comportamiento del Ejercicio del Gasto.

Se integró la información correspondiente a la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto para la elaboración de las carpetas del Comité de Control y Auditoría de la Secretaría de Salud.

Además se integró la información para los Informes de Gobierno y de Actividades de la propia Dependencia.

Se revisó y analizó la información contenida en 158 carpetas de los 158 comités de control y auditoría (88) y de las juntas de gobierno (62) de las 22 entidades paraestatales y de 8 consejos internos de algunos órganos desconcentrados, correspondientes al tercero y cuarto trimestre de 2008 y primero y segundo trimestres de 2009. Además se realizó la integración y análisis de la información financiera requerida para llevar a cabo la gestión institucional por parte de las áreas mayores de la dependencia.

Se cumplió con la normatividad emitida por la Comisión Intersecretarial de Gasto Financiamiento para la operación del Sistema Integral de Información SI@WEB y la transmisión mensual de los datos del periodo comprendido entre septiembre de 2008 y agosto de 2009 correspondiente a la dependencia y a sus entidades paraestatales.

CONTABILIDAD Y RENDICIÓN DE CUENTAS

Se elaboraron los Estados Financieros y la Cuenta de la Hacienda Pública Federal de la Dependencia para el ejercicio Fiscal 2008 y el Informe de Avance de Gestión Financiera para el primer semestre de 2009.

En cumplimiento a la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública se atendieron 131 solicitudes de información relacionadas con aspectos organizacionales, programáticos, presupuestales y financieros.

Se dio seguimiento a las 85 observaciones emitidas por la Auditoría Superior de la Federación y el Órgano Interno de Control 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 13 órganos desconcentrados (el Instituto de Geriátrica es de reciente creación) de la Secretaría de Salud para su integración y consolidación a los estados financieros, se brindaron 115 asesorías y se enviaron 193 observaciones y sugerencias para su seguimiento y depuración.

Se efectuó la encuadernación, clasificación y archivo de 19,050 cuentas por liquidar certificadas; así como su documentación para las transacciones presupuestarias realizadas por la Dependencia y se atendieron 41 solicitudes de información realizadas por las unidades ejecutoras del gasto.

Se realizó la verificación contable de 19,141 cuentas por liquidar certificadas, de las cuales 8,146 (43 por ciento) corresponden al periodo septiembre- diciembre de 2008 y 10,995 (57 por ciento) al periodo enero-agosto de 2009.

4.2 DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES

Se llevó a cabo la consolidación de los requerimientos de recolección de residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI) y su supervisión de las unidades médico-hospitalarias y laboratorios de unidades administrativas, órganos desconcentrados y de cuatro órganos descentralizados de la Secretaría, para dar trámite a las licitaciones anticipadas en el 2008 para su ejecución en el ejercicio fiscal 2009.

Se efectuaron 4 sesiones ordinarias y extraordinarias del Comité de Bienes Muebles, en donde se obtuvo opinión favorable en la votación de sus integrantes en los siguientes casos:

1. Donación de 56,664 unidades de insumos médicos a favor de los servicios estatales de salud de Veracruz; así como la operación de comodato de 5 equipos a favor de los servicios estatales de salud de Guerrero, Michoacán, Puebla, Campeche y Veracruz, en apoyo al Programa de Cáncer Cérvico-Uterino.
2. Comodato de 422 unidades médico-móviles del programa Caravanas de la Salud a favor de 31 entidades federativas y la operación de comodato de 41 equipos de los programas Cáncer en la Mujer y Planificación Familiar a favor de 14 entidades federativas.
3. El programa anual de disposición final de los bienes muebles, con la integración de los bienes no útiles reportados por las unidades centrales y desconcentradas.

4. El inventario físico de bienes muebles de activo fijo al 31 de diciembre del 2008 por un valor de 1,220.7 mdp de las unidades administrativas y órganos desconcentrados.

Se levantó el inventario físico total del Almacén Central al 31 de diciembre de 2008, así como seis aleatorios (septiembre, octubre, noviembre de 2008 y marzo, abril, mayo de 2009), sin encontrar diferencias. Tampoco se encontraron diferencias en las conciliaciones de los bienes almacenados en la Dirección de Suministros con los órganos desconcentrados. Asimismo, se estableció el programa de conciliaciones de bienes de activo fijo 2009, formalizándose con actas de conciliación con los responsables del resguardo de dichos bienes.

Se impartieron cursos de capacitación al personal de los SESA de Jalisco en el proceso de inspección física por atributos, se llevó a cabo el programa de muestreo periódico permanente en los insumos médicos que adquirió la Secretaría y se llevó a cabo la atención y seguimiento de quejas emitidas por los servicios de salud por insumos médicos.

Se realizó el programa de escaso y nulo movimiento con las unidades centrales y órganos desconcentrados para el reaprovechamiento de bienes, se atendió la recepción y entrega de bienes para la emergencia sanitaria ante el brote del virus A(H1N1).

Dentro de los procedimientos de licitación celebrados, se obtuvieron economías por 49.3 mdp con respecto a las licitaciones del año anterior, de las cuales, 51 por ciento (25.3mdp) se derivaron de dietas, 34 por ciento (16.7mdp) fueron del servicio de limpieza integral, 10 (5.2mdp) del servicio de seguridad y vigilancia y cuatro por ciento (2.1mdp) de vestuario, uniformes y blancos

Se encuentran publicadas 3 licitaciones (servicio de autobuses para convivencia infantil, periódico México Sano y vales de dispensa) por un monto estimado 6.8 mdp y 5 en proceso de ser convocadas (mobiliario, servicio de infraestructura tecnológica para la aplicación electrónica del ENARM y el servicio de aplicación, reactivos y antirretrovirales) por un monto estimado de 99.3 mdp.

Asimismo, se tiene programado solicitar autorización a la SHCP para la realización de 19 licitaciones anticipadas para los requerimientos de 2010, por un monto similar al del año anterior de 1,556 mdp, resaltando las correspondientes a vacunas, medicamentos e insumos médicos, servicios de limpieza, vigilancia y dietas.

En apoyo a las acciones implementadas para prevenir, controlar y combatir la transmisión del virus de influenza A(H1N1), se realizaron cotizaciones, cuadros comparativos y se celebraron 43 cartas de intención de compra con diversos proveedores de los bienes requeridos para tal fin, con los cuales el CENAVECE y otras unidades administrativas de la Secretaría formalizaron los contratos correspondientes; en el marco del Decreto por el que se ordenan diversas acciones en materia de salubridad general, para prevenir, controlar y combatir la existencia y transmisión del virus de influenza estacional epidémica publicado en el DOF el 25 de abril de 2009.

Con base en las necesidades y requerimientos de las diferentes áreas de la Secretaría, se realizaron 26 procedimientos de contratación: 73 por ciento correspondieron a licitaciones públicas nacionales, 23 a internacionales y 4 por ciento a invitaciones a cuando menos tres personas, el monto total adjudicado fue de 1,202 mdp, de los cuales el 99.99 por ciento correspondió a licitaciones públicas y 0.01 por ciento a invitaciones a cuando menos tres personas.

El Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios dictaminó 11 asuntos de excepción de licitación pública por un importe de 222.4 mdp y se realizó 7 adjudicaciones a empresas y entidades de la Administración Pública Federal por un monto de 129.9 mdp.

Se efectuaron 49 sesiones ordinarias y extraordinarias, de las cuales 19 correspondieron al Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, tres al de Compras consolidadas de Biológicos, dos al de Consolidación para la Contratación de Bienes y Servicios, uno al de Consolidación para la Contratación de Bienes y Servicios relativos a Prestaciones de Personal y 24 al Subcomité Revisor de Bases.

En el primer trimestre de 2009, se registró un parque vehicular a nivel central y órganos desconcentrados de 1,099 unidades, incrementando 57 con respecto a 2008; sin embargo, se generó un ahorro de 21,174 litros de combustible, que representan el 9.05 por ciento respecto al año anterior y \$52,990.32, que significan el 2.65 por ciento de ahorro en pesos.

4.3 DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS

En 2009 se crearon 1,465 plazas, de las cuales 535 (36 por ciento) se encuentran en el Hospital de Referencia y Alta Especialidad de Ciudad Victoria; 150 (10 por ciento) en La Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud (Investigadores); 40 (3 por ciento) pertenecen al Hospital de la Mujer; 151 (10 por ciento) a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud; 82 (6 por ciento) al Instituto Nacional de Rehabilitación (CENIAC); 80 (6 por ciento) al CENAVECE; 125 (9 por ciento) a la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios; 34 (2 por ciento) al Instituto Nacional de Geriátrica, y 268 (18 por ciento) se encuentran en Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (Caravanas de la Salud). Se recategorizaron 1,111 enfermeras y 158 trabajadoras sociales conforme al Programa de Profesionalización.

A partir del 2007 el Gobierno Federal y los Gobiernos Estatales han realizado un esfuerzo para resolver la problemática existente a nivel nacional relacionada con la contratación de personal, cuya contratación fue de manera precaria, para continuar con la prestación de los servicios médicos en las entidades federativas. Este esfuerzo contempló, entre otros aspectos, la identificación de fuentes de financiamiento para regularizar un universo total de 70,000 trabajadores; con esta medida, se beneficiaron a 45,776 trabajadores en una primera etapa que inició y concluyó en diciembre de 2008.

Para el 2009 este proceso de regularización continúa en una segunda etapa, la cual pretende cumplir con el universo de 70,000 trabajadores, a la fecha se realiza la convalidación de los casos incorporados en esta fase para su regularización a partir del primero de julio 2009; con esto se da cumplimiento a lo establecido en el artículo 43 transitorio de la ley del ISSSTE.

En cuanto al servicio profesional de carrera, entre el 1º de septiembre de 2008 y el 20 de mayo 2009, se realizaron 16 concursos públicos y abiertos para 180 plazas, de las cuales se ocuparon 90, 80 se declararon desiertas, 10 están en proceso. En este mismo periodo, se ocuparon de manera temporal 125 plazas con base en el artículo 34 de la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública. Mientras que en febrero y marzo de 2009, se realizó la evaluación del desempeño anual 2008 a 747 servidores públicos, obteniendo un resultado de 87.7 por ciento satisfactorio.

En el mes de agosto de 2009, se realizó la atracción al Comité Técnico de Profesionalización del Sector Central de dos Comités Técnicos de Profesionalización de Órganos Desconcentrados de la SS culminando el 100 por ciento con esta actividad; durante el periodo que se reporta dicho comité sesionó 10 veces.

Durante el cuarto trimestre 2008 y primer trimestre 2009, se realizaron 278 cursos, se capacitó a 2,026 servidores públicos de nivel operativo, 196 servidores públicos de carrera, 62 servidores públicos de libre designación y gabinetes de apoyo, y 27 de categorías especiales, obteniendo un total de 2,500 servidores públicos capacitados.

Al cierre del año 2008, el Sistema de Banderas Blancas de la Secretaría (unidades centrales y órganos desconcentrados) se identifica con semáforo verde en el cumplimiento de implantación del Sistema del SPC al cierre del ejercicio 2008, al obtener el 100 por ciento de la relación entre el avance real del 50.28 por ciento contra la meta programada del 47.37 por ciento.

En materia laboral, se coadyuvó con las unidades centrales, órganos desconcentrados y organismos públicos descentralizados de carácter federal y de las entidades federativas para lograr una estabilidad laboral adecuada y armónica entre las autoridades, representaciones sindicales y trabajadores, a través de atender de manera eficaz y oportuna, la problemática que se presentó, observando la normativa aplicable, evitando así los conflictos laborales y la no prestación de los servicios de salud a la población.

La SS formó parte del equipo piloto del Gobierno Federal en la implementación del “pago centralizado de nómina a través de la Tesorería de la Federación”, para lo cual se desarrolló un sistema informático en la Dirección General de Recursos Humanos, lo que permitió al pago centralizado de nómina entrar en operación exitosa a partir de la primera quincena de septiembre de 2008.

Se terminó de manera exitosa el “Programa de Conclusión de Prestación de Servicios en Forma Definitiva de los Servidores Públicos 2008” con la incorporación de 670 servidores públicos que previamente obtuvieron la autorización del titular de la instancia administrativa correspondiente, con un costo aproximado de \$300'985,745.80. Para su implementación se contó con la autorización de la SHCP para que de manera análoga, el finiquito que se otorga a los trabajadores se realizara con ahorros o recursos presupuestales de la SS, con ello únicamente se cancelaron el 35 por ciento de las plazas.

Continúa de manera permanente, el proceso de reclutamiento, evaluación y selección de personal para los hospitales regionales de alta especialidad, de Chiapas, Bajío, Ciudad Victoria, Oaxaca y la Península de Yucatán a través de convocatorias públicas.

Se otorgaron 11,654 medallas como parte del Programa Nacional de Antigüedad, así como un reconocimiento económico que ascendió a un total de \$136'733,000.00; se otorgaron un total de 7,433 estímulos y 631 recompensas civiles en diciembre de 2008, que ascendió a un total de \$4'908,899.38. Se autorizaron 46 Becas, de las cuales 42 fueron licencias con goce de sueldo y cuatro sin goce de sueldo.

Se emitieron 3,296 documentos de carácter laboral (hojas únicas de servicios, hojas de servicio para retiro de fondos FOVISSSTE, constancias de reconocimiento de antigüedad, integraciones de antigüedad y evoluciones salariales) solicitados por trabajadores y ex trabajadores de esta Dependencia, y se continúa la revisión de las condiciones generales de trabajo para el trienio 2009-2012.

Se llevó a cabo la licitación para la contratación del Seguro de Responsabilidad Profesional para médicos, cirujanos dentistas y enfermeras, todos de base y residentes de unidades centrales, órganos desconcentrados, organismos públicos descentralizados de carácter Federal y de la entidades federativas, La colectividad asegurada es de 51,704 médicos y de 73,936 enfermeras, lo cual representa un costo de \$48,791,121.76 (IVA incluido) para la Secretaría, correspondiente al 50 por ciento del total de la prima por la vigencia completa.

De igual forma, se realizaron las acciones pertinentes a fin de continuar con la cobertura del Seguro de Responsabilidad Civil y Asistencia Legal para el personal de mandos medios, superiores y homólogos de las unidades centrales y órganos desconcentrados, a fin de proteger a los 1,617 servidores públicos de la SS que cuentan con el Seguro, en tanto se lleva a cabo la licitación pública que coadyuvará a asegurar las mejores condiciones para la contratación del seguro con fecha de conclusión de vigencia el 31 de diciembre de 2011, toda vez que se obtuvo la autorización por parte de la SHCP de la contratación plurianual.

La Dirección General de Recursos Humanos, en coordinación con el Comité Ejecutivo Nacional del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud organizó en beneficio de los hijos de los trabajadores, el programa recreativo y cultural denominado “Convivencia Infantil 2009”; el cual se llevó a cabo del 20 de julio al 14 de agosto con la participación de 2,679 menores, quienes compitieron en diversos torneos y asistieron a dos visitas guiadas al Museo de Antropología y Granja Las Américas. El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” realizó nuevamente un estudio relativo a la obesidad en los niños que asistieron a dicha convivencia, quienes obtuvieron un diagnóstico nutricional, exámenes de laboratorio gratuitos y atención médica y nutricional, en caso de requerirla.

4.4 DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA

Para el fortalecimiento de las redes de servicios de salud, se incorporaron a la operación 42 centros de salud (CS), un centro avanzado de atención primaria a la salud (CAAPS) y cinco centros de salud con servicios ampliados (CESSA), beneficiando a 437,000 habitantes con una inversión federal de 251.17 millones de pesos y 13.36 millones de pesos de inversión estatal.

Para fortalecer y ampliar la cobertura del primer nivel de atención se encuentran en proceso de construcción 85 centros de salud en 13 estados, con recursos federales por 148.68 millones de pesos y 14.61 millones de pesos de los estados en beneficio de casi 1 millón de habitantes.

Entre septiembre de 2008 y agosto de 2009, se concluyeron las acciones de fortalecimiento en 40 centros de salud de cinco entidades federativas, con una inversión federal de 31.82 millones de pesos, en beneficio de poco más de 0.1 millones de habitantes y continúan en proceso los fortalecimientos de 15 centros de salud en cinco entidades federativas con una inversión federal de 46.02 millones de pesos. Se inició la operación de dos laboratorios estatales de salud pública (LESP) denominados como establecimientos de apoyo de la Secretaría, con una inversión federal de 66 millones de pesos; 22 unidades hospitalarias iniciaron operaciones, se incrementó la capacidad instalada en 726 camas, en beneficio de 3.21 millones de habitantes de nueve estados, cuya inversión total ascendió a 2,693.77 millones de pesos, correspondiendo el 65.5 por ciento a la aportación Federal y el 34.5 por ciento a recursos estatales. Asimismo, continúan en proceso de construcción 49 unidades hospitalarias, con una inversión federal asignada a la fecha de 3,573.33 millones de pesos y 1,115.50 millones de pesos de inversión estatal, las que incorporarán 1,320 camas en beneficio de 7.3 millones de habitantes de su área de influencia, en 21 entidades federativas.

Se concluyeron dos acciones de fortalecimiento (ampliación, remodelación o equipamiento) en dos unidades de segundo nivel de atención y se encuentran en proceso 44 en otros tantos hospitales de 16 entidades federativas, las cuales en conjunto involucran una inversión federal de casi dos mil millones de pesos y más de 225 millones de pesos de inversión estatal, en beneficio de casi 6 millones de habitantes.

En materia de los centros de atención especializada para pacientes ambulatorios (UMAES), de septiembre de 2008 a agosto de 2009, iniciaron operaciones 288 unidades de especialidades médicas: 15 de salud mental (CESAME); 225 centros de atención primaria en adicciones "Nueva Vida" (CAPA); 38 centros de atención al síndrome de obesidad, riesgo cardiovascular y *diabetes mellitus* (SoRID); seis centros ambulatorios para la prevención y atención del VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual (CAPASITS), una de oncología y tres de hemodiálisis, con una inversión total de 704.24 millones de pesos, aportados en un 86.9 por ciento por la Federación y el 13.1 por ciento por los estados, beneficiando a 20.53 millones de habitantes de las 32 entidades federativas.

En proceso de construcción se encuentran 106 UNEMES en 23 entidades federativas; de las cuales 43 son SoRID, 26 CAPA, siete CAPASITS, cinco de cirugía ambulatoria, cuatro de hemodiálisis, 15 de salud mental; dos de urgencias, dos de oncología, una de imagenología y una de diagnóstico. La inversión federal es por 540.17 millones de pesos y 19.5 millones de pesos aportados por los estados, en beneficio de 8.46 millones de habitantes.

Asimismo, continúan en proceso de construcción seis UMAES en seis entidades federativas con una inversión federal a la fecha de 51.11 millones de pesos y 40.19 millones de pesos estatales, beneficiando a 2.59 millones de habitantes, destacando una unidad de Paidopsiquiatría en Durango, un Centro Infantil de Desarrollo Neuro-conductual en Sonora, una clínica de rehabilitación contra alcoholismo y otras adicciones, en Colima, y la Unidad de Medicina Física en Veracruz.

Para fortalecer la red hospitalaria nacional de alta especialidad, se tienen en ejecución dos hospitales regionales:

- El Hospital Regional de Alta Especialidad (HRAE) de Ciudad Victoria, Tamaulipas, con una capacidad de 100 camas y 21 especialidades médicas, el cual inició su operación en marzo de 2009, cuyas unidades de apoyo ofrecen

servicios ambulatorios de hemodiálisis, cirugía, oncología y rehabilitación. Su zona de influencia abarca los estados de Tamaulipas y parte de Veracruz e Hidalgo, para beneficiar a 1.9 millones de habitantes; a través del esquema denominado Proyecto para Prestación de Servicios (PPS).

- Hospital Regional de Alta Especialidad de Durango, con un avance físico de la obra del 70 por ciento, capacidad de 180 camas, beneficiando a 3.5 millones de habitantes del mismo estado, así como de Zacatecas, estimándose una inversión total de la SS de 848.5 millones de pesos, de los cuales 601 millones son de aportación federal, cuyo financiamiento es a través del esquema de inversión presupuestaria tradicional. Su inicio de operación está programada para el año 2010.

Se encuentra en proceso de licitación pública internacional, el Hospital Regional de Alta Especialidad en Ixtapaluca, Estado de México, que de acuerdo a su regionalización contempla la capacidad de otorgar servicios de salud a los estados de Hidalgo y México, para beneficio de 5.5 millones de habitantes, con una capacidad de 246 camas y 28 especialidades médicas, así como con servicios ambulatorios en hemodiálisis, rehabilitación, cirugía ambulatoria y oncología (radioterapia y quimioterapia).

Adicionalmente, para fortalecer la prestación de servicios de alta especialidad para el tratamiento del cáncer, se encuentra en proceso de construcción la torre de oncología del Hospital Regional de Alta Especialidad "Juan Graham Casassus", en Villahermosa, con una inversión federal de 139 millones de pesos, en beneficio de 2.1 millones de habitantes de la región; también bajo el esquema de inversión presupuestaria tradicional.

Con financiamiento federal del SPSS a través del Anexo IV numeral 2 "Conservación y Mantenimiento de Unidades Médicas", durante 2008, se destinaron recursos para el mantenimiento preventivo y correctivo de 1340 unidades médicas, con una inversión de 481 millones de pesos, de las cuales 1251 son centros de salud y 89 unidades hospitalarias en 27 entidades federativas, con lo cual se fortalece el sistema de protección social en salud y la red de unidades que dan servicio al sistema.

DESARROLLO DE ESTUDIOS Y PROYECTOS

Se realizan los proyectos de:

- Remodelación del auditorio, el acceso y la separación de líneas de gas natural del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".
- Adecuación de los edificios en San Fernando No. 1 para la reubicación de las instalaciones del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" y para la separación de líneas de gas natural existentes.
- Anteproyecto de nuevo gimnasio para el Sindicato de Trabajadores de la SS.
- Reubicación del Centro Nacional de Trasplantes, Centro Nacional de Transfusión Sanguínea y la Comisión Coordinadora de Institutos propuesta en el predio de Arenal.
- Reubicación de las oficinas del Jurídico en los pisos 2, 4, 5, 7 y mezanine del edificio de Guadalajara 46.
- Nuevo edificio de Trasplantes y Nefrología; en el que se contemplan 3 niveles de laboratorios de investigación y dos niveles de aulas para la enseñanza y el anteproyecto de la ampliación del CEDDEM en el Instituto Nacional de la Nutrición y Ciencias Médicas "Dr. Salvador Zubirán".
- Anteproyecto arquitectónico la Ciudad de la Salud Mental en el Hospital Psiquiátrico "Dr. Samuel Ramírez Moreno" que contempla innovaciones modernistas que modifican radicalmente el concepto de este tipo de unidades psiquiátricas.
- Anteproyecto arquitectónico para un laboratorio tipo BSL3 en el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos en las instalaciones de Santo Tomás.
- Remodelación del edificio de Obrero Mundial para la reubicación para el personal administrativo del Hospital Nacional Homeopático (HNNH).

En proceso de ejecución se encuentran:

- Anteproyecto de Conjunto del Instituto Nacional de Geriátrica y de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud en un predio de Tlalpan.
- Anteproyecto arquitectónico del Centro Nacional de Trasplantes y del Centro Nacional de Transfusión Sanguínea en Arenal.
- Anteproyecto para la remodelación de las áreas de oficinas del segundo piso del edificio sede de la SS.

- Desarrollo del proyecto ejecutivo de los laboratorios del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE) en Lomas de Plateros, el cual se encuentra en licitación.
- Anteproyecto y diagnóstico para la viabilidad de la Torre 2010 para alojar a todas las unidades administrativas que conforman la SS. La cual se encuentra en fase de análisis por la Unidad de Proyectos Especiales de la Presidencia.

Entre septiembre de 2008 y agosto de 2009 se llevó a cabo:

- Primera etapa para la sustitución por obra nueva del HNH y Centro de Investigación Aplicada con una inversión de 2.2 millones de pesos.
- Remodelación y mantenimiento del inmueble para la reubicación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, invirtiendo 4.35 millones de pesos en un predio donado por la SEP.
- Construcción de la primera etapa del Centro de Atención Médico Quirúrgica de corta estancia “Juárez” del Hospital Juárez del Centro y mantenimiento de la azotea del Claustro con una inversión de 32.15 millones de pesos.
- Demolición del inmueble de Plateros para la construcción del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE) y estudio geofísico con una inversión de 3.20 millones de pesos.
- Mantenimiento, conservación y adecuación del Hospital Psiquiátrico “Dr. Samuel Ramírez Moreno” y de diversas oficinas de los inmuebles de Reforma 450, Reforma 10 y Picacho-Ajusco 154 con una inversión de 2.29 millones de pesos.
- Restauración de fachadas del CECOSAM Cuauhtémoc y del Centro de Documentación Histórica de la Secretaría de Salud en Donceles 39, incluyendo reordenamiento de espacios de este último.

Los siguientes proyectos se encuentran en proceso de ejecución:

- Construcción de la segunda etapa del INDRE y del HNH con una inversión de 107.6 y 124.2 millones de pesos, respectivamente.
- Adecuación del laboratorio de Contención en el INDRE de Santo Tomás.
- Licitación la segunda etapa del Hospital Juárez del Centro (HJC).
- Verificación in situ de la aplicación de recursos transferidos del ejercicio 2008 a 28 entidades federativas correspondientes al “Programa de Fortalecimiento de la Oferta de Servicios de Salud” con una inversión de 18.25 millones de pesos.
- En colaboración con la DGIS y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) se integró la base de datos georreferenciada de las unidades médicas de la Secretaría para apoyar el diseño de un sistema de análisis de riesgos para el Fondo de Desastres Naturales (FONDEN), la cual se encuentra en fase de implementación.
- Adicionalmente, se integraron propuestas para las modificaciones a las nuevas Reglas de Operación del FONDEN, las cuales se publicaron en el DOF y se participó en una sesión de capacitación a personal de los servicios de salud en los estados para su uso y aplicación en caso de desastres.
- Durante 2008 se apoyó y asesoró a los Servicios de Salud de Veracruz y del estado de Zacatecas en la integración de la solicitud de recursos para cinco eventos ante el FONDEN, cuatro para Veracruz por eventos de junio, julio y septiembre y uno para Zacatecas en el mes de julio, con lo cual se solicitaron recursos para reconstrucción de unidades por 86.49 millones de pesos, los cuales son aportados por la entidad federativa solicitante y el FONDEN. Mientras que durante el 2009 se solicitó el primer apoyo al FONDEN para el estado de Veracruz por un monto de 6.05 millones de pesos por los efectos de las lluvias en cuatro unidades de salud, y lo cual se encuentra en proceso de gestión.

4.5 ADMINISTRACIÓN DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA

DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN DEL PATRIMONIO DE BENEFICENCIA PÚBLICA

El Patrimonio de la Beneficencia Pública (PBP) está conformado por una masa de recursos financieros e inmuebles que provienen de las fuentes principales siguientes: adjudicación de bienes correspondientes a sucesiones donde no existe testamento o herederos legítimos, donativos, arrendamiento y enajenación de inmuebles, así como prescripción de saldos en cuentas de depósito o inversión sin movimientos. En este sentido, dicho patrimonio tiene un carácter *sui géneris*, pues al provenir de la prescripción de derechos de los particulares sobre bienes y recursos de propiedad privada, éstos no adquieren un carácter público, de modo que no pertenecen al dominio público ni privado de la Federación.

La APBP tiene como función sustantiva administrar dichos recursos, así como el presupuesto federal que le es asignado, y aplicarlos en apoyo a programas y proyectos orientados a brindar servicios de prevención, atención y educación en materia salud que beneficien a la población de escasos recursos y sin cobertura de la seguridad social. De igual manera, la APBP se encarga de representar los intereses de la Beneficencia Pública relacionados con su carácter de heredera de última instancia en el Distrito Federal y en todos los juicios y procedimientos de los que es parte interesada.

Para dar cumplimiento a sus funciones, la APBP está integrada por un área de vinculación social y filantropía, que se encarga de gestionar el otorgamiento de apoyos a programas y proyectos de salud; por un área jurídica, que tiene a su cargo la gestión del patrimonio inmobiliario y la representación de los intereses de la Beneficencia Pública; así como por un área de administración y finanzas, que se encarga de gestionar el adecuado ejercicio de los recursos, tanto presupuestarios como patrimoniales.

VINCULACIÓN SOCIAL Y FILANTROPÍA

Los apoyos otorgados para la prevención, atención y educación en materia de salud se otorgan a partir de tres rubros fundamentales:

- i) Ayudas funcionales a personas físicas, mismas que se otorgan a personas de escasos recursos sin cobertura de seguridad social que están bajo tratamiento o rehabilitación en los institutos nacionales, hospitales generales y de alta especialidad, regionales o estatales, quienes requieren algún implemento de alto costo para rehabilitarse, superar un problema de salud o, inclusive, salvar la vida. Entre septiembre de 2008 y agosto de 2009, se benefició a 509 personas con ayudas funcionales adquiridas con recursos federales. Los principales apoyos otorgados fueron: prótesis, sistemas universales de columna, válvulas cardíacas, balones inowe, guías, microguías, stents, cateters, coils, concentradores y tanques de oxígeno, amplatzer, material para embolización y elongadores pediátricos, entre otros, con un monto equivalente a 13.2 millones de pesos. Mediante recursos del PBP, se apoyó a 27 personas con ayudas funcionales, por un monto total de un millón de pesos; mientras que a través del esquema de potenciación de recursos uno a uno con las Beneficencias Públicas Estatales, se beneficiaron a 822 personas de los estados de Campeche, Colima, Chiapas, Chihuahua, Estado de México, Durango, Michoacán, Morelos, Oaxaca, Puebla, San Luís Potosí, Tabasco, Yucatán y Zacatecas, con diversas ayudas funcionales por un monto total de 9.4 millones de pesos, de los cuales el PBP participó con 4.7 millones.
- ii) Apoyos financieros a proyectos de coinversión con organizaciones de la sociedad civil (OSC), este rubro se refiere a los apoyos otorgados a OSC para llevar a cabo proyectos de alto impacto en materia de salud bajo un esquema de co-inversión. Se apoyaron, con recursos federales, 123 proyectos de co-inversión por un monto total de 24.6 millones de pesos. Adicionalmente, a través del esquema de potenciación de recursos con las Beneficencias Públicas estatales, OSC y diversos agentes multiplicadores, se apoyaron 89 proyectos cuyo monto total fue de 104.0 millones de pesos, de los cuales el PBP aportó 7.0 millones de pesos.

iii) Programas especiales. Con recursos patrimoniales se apoyó la implementación de 18 proyectos especiales enfocados a temas de prevención, atención y educación en salud, presentados por diversas organizaciones por un monto total de 17.0 millones de pesos.

Con motivo del brote de influenza A(H1N1) diversos gobiernos extranjeros, así como empresas y OSC nacionales e internacionales, donaron un total de 372.1 toneladas de diversos insumos médicos y medicamentos para atender la contingencia, con un valor estimado de 214.8 millones de pesos. La APBP participó en tareas de coordinación con diversas dependencias federales para recibir, clasificar y determinar la distribución oportuna de los insumos, mismos que fueron enviados a 201 hospitales de 29 entidades federativas del país, en tanto que se puso a disposición de las autoridades sanitarias de los estados de Baja California Sur, Coahuila y Sonora una cantidad significativa de tales insumos como reserva.

Entre los insumos donados se encuentran: cubre bocas, mascarillas, máscaras profesionales, lentes de protección, líquido y jabón antibacterial, guantes, almohadillas, toallas desinfectantes, ropa quirúrgica, equipos de protección personal, fundas para zapatos y termómetros óticos.

DIRECCIÓN JURÍDICA Y DE PATRIMONIO INMOBILIARIO

Esta área se encarga de representar los intereses de la Beneficencia Pública en toda clase de juicios y procedimientos –especialmente los juicios sucesorios en los que la Beneficencia interviene en su carácter de heredera de última instancia en el Distrito Federal–¹, así como de controlar, regularizar y administrar los bienes inmuebles propiedad o en administración del PBP.

La mayor parte de los juicios en que la APBP interviene en representación de la Beneficencia Pública son juicios sucesorios. En este ámbito, la institución debe conocer de todas las sucesiones denunciadas en el Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal; dar seguimiento a todas aquellas sucesiones en las que no existe persona alguna con derecho a heredar y realizar las acciones legales necesarias para incorporar la masa hereditaria al patrimonio de la Beneficencia Pública en los casos en que ésta es nombrada heredera.

En el periodo del informe, se revisó diariamente el boletín judicial a fin de conocer las denuncias de juicios sucesorios en el Distrito Federal, se dictaminaron 70 juicios como de interés para la institución, se ejecutaron 210 acciones –informes generales, presentación de recursos de apelación, promoción de juicios de amparo y promoción de recursos de revisión– que dieron como resultado 11 declaratorias de herederos favorables a la Beneficencia Pública, quien funge como albacea, cuyo cargo de albacea se aceptó y protestó. Se localizaron 3 bienes del acervo hereditario de las sucesiones en las que el PBP fue declarada heredera, los cuales se encuentran en proceso de adjudicación, se realizaron 247 acciones tendientes a recuperar la masa hereditaria de las sucesiones en las que la PBP fue declarada heredera y se inició y dio seguimiento a 25 controversias de arrendamiento correspondientes al ciento por ciento de los contratos de arrendamiento irregulares.

El control, regularización y administración de los bienes inmuebles propiedad o en administración del PBP tiene por objeto el cuidado del patrimonio inmobiliario de la Institución así como la generación de recursos que permitan que ésta siga cumpliendo con sus funciones sustantivas. En este ámbito, las principales tareas consisten en llevar a cabo los procesos de contratación relativos a dichos inmuebles; realizar los procesos de mantenimiento preventivo y correctivo de los mismos; tramitar ante el Instituto de Administración y Avalúos de Bienes Nacionales el dictamen valuatorio de los inmuebles susceptibles de enajenación; proponer la relación de bienes inmuebles susceptibles de enajenación; recibir y notificar las autorizaciones de compra-venta a los petitionarios interesados y supervisar la actualización del catálogo de inmuebles.

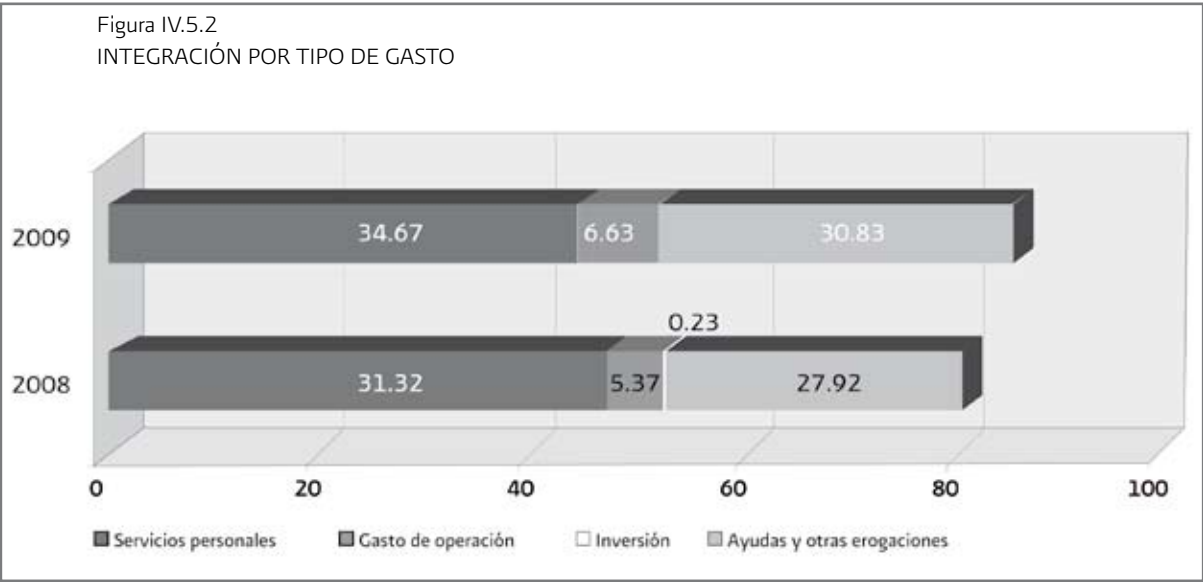
¹ Dicho carácter le fue atribuido a la Beneficencia Pública en el año de 1928. Sin embargo, hoy día se encuentra cuestionado. En el año de 2006 entraron en vigor diversas modificaciones a los códigos Civil y de Procedimientos Civiles del Distrito Federal en virtud de las cuales se trasladó el carácter de heredero de última instancia al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal. La Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública promovió un juicio de amparo sobre el que recayó sentencia favorable a la Beneficencia Pública. Las autoridades del Gobierno del Distrito Federal interpusieron un recurso de revisión ante un tribunal colegiado de circuito. Por la importancia que reviste el asunto, éste fue turnado primeramente a la sala correspondiente de la Suprema Corte de Justicia de la Nación y posteriormente al pleno. A la fecha la corte no ha dictado la resolución correspondiente.

En este periodo, se efectuaron 89 visitas de inspección de tipo administrativo y técnico a los inmuebles administrados por la APBP, se atendieron dos órdenes de trabajo para dar mantenimiento menor a los inmuebles y uno para mantenimiento mayor, se efectuaron cuatro levantamientos arquitectónicos, se elaboraron dos planos arquitectónicos y 11 justipreciaciones de renta.

En materia de arrendamiento de inmuebles se obtuvieron ingresos por más de 4.8 millones de pesos y se celebraron 159 contratos de arrendamiento de los cuales 151 correspondieron a renovaciones y 8 son nuevos. Actualmente se tienen 16 inmuebles otorgados en comodato con la Secretaria de Salud; 23 otorgados a los Servicios de Salud del Distrito Federal y 11 con diversas organizaciones de la sociedad civil; finalmente, se continuó con el programa de visitas de verificación a los inmuebles propiedad del PBP ocupados en comodato por organizaciones de la sociedad civil para realizar acciones en materia de Salud, con el objetivo de detectar posibles incumplimientos que den pie a acciones legales para su reversión.

ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

El seguimiento oportuno de la aplicación del gasto permitió ejercer la totalidad de los recursos federales asignados durante 2008, de conformidad a la normatividad aplicable. El presupuesto federal modificado correspondiente al ejercicio 2008 ascendió a 64.9 millones de pesos, mientras que el presupuesto autorizado para 2009 asciende a 72.1 millones, superior en 11.1 por ciento respecto del año anterior. Esto también se refleja en la integración por tipo de gasto, en donde se observa un crecimiento en casi todos los rubros de entre 10 y 23 por ciento con respecto al 2008, excepto por el gasto de inversión, concepto que no se considero en el ejercicio 2009 (Figura IV.5.2)



Al 31 de agosto de 2009 se estima haber ejercido recursos federales por 11,066.6 miles de pesos en ayudas funcionales para personas físicas y por 19,759.6 miles de pesos en donativos a organizaciones de la sociedad civil.

Al 30 de junio de 2009 la APBP cuenta con una plantilla de 161 trabajadores, de los cuales 21 son servidores públicos de carrera de mando medio y superior.

En el año 2008 se cumplió con la meta programada en los indicadores de banderas blancas; logrando obtener el primer lugar entre los órganos desconcentrados y el sector central de la Secretaría de Salud.

En relación al Programa de Capacitación, en 2008 se otorgaron 30 horas de capacitación a todo el personal, considerando las funciones que desempeña y cargo que ocupa. En cuanto al año 2009, hasta el mes de junio se han otorgado 20 horas de capacitación al 40 por ciento del personal, dando cumplimiento a lo programado.

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

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

La Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), sistematiza, regula y orienta las actividades de los 12 institutos nacionales de salud, los seis hospitales federales de referencia, los cinco hospitales regionales de alta especialidad, los Servicios de Atención Psiquiátrica, los Centros Nacionales de la Transfusión Sanguínea y de Transplantes así como el Instituto de Geriátrica. La CCINSHAE agrupa instituciones con un enorme prestigio en investigación en salud, en formación de recursos humanos de alta especialidad y en atención médica especializada, tanto a nivel nacional como internacional; algunas de ellas tienen varias décadas de vida institucional y otras son de reciente creación pero en conjunto, aportan conocimiento de vanguardia en medicina, recursos humanos de alta especialidad para la salud y atención médica de calidad a la población mexicana.

La CCINSHAE está compuesta por áreas especializadas que atienden las necesidades específicas de cada uno de los grupos de instituciones coordinados y las particularidades de las funciones sustantivas de investigación, enseñanza y atención médica, tanto en el cumplimiento de los objetivos institucionales, como en el manejo de los recursos, la relación interinstitucional, la rendición de cuentas e informes y en general, la relación con las instancias globalizadoras. Al mismo tiempo, coadyuva en el proceso de dirección y participa en los grupos colegiados que definen y dirigen el quehacer institucional.

Las tareas desarrolladas por la CCINSHAE cubren un amplia gama de aspectos en los que la realización de sesiones conjuntas implican la revisión de los aspectos fundamentales de las organizaciones y la toma de decisiones estratégicas; la organización y conducción de las juntas de gobierno implican el apoyo y asesoría en aspectos jurídicos, administrativos, de operación y de evaluación del desempeño y la ejecución de planes y programas. Su participación en los comités de control y auditoría facilita el apoyo a la gestión de las instituciones coordinadas, el cumplimiento con la normatividad, con el control interno y la mejoría de la gestión, además de revisar el ejercicio presupuestal y la rendición de cuentas.

La coordinación implica adicionalmente, la realización de actividades de asesoría para la presentación de presupuestos, proyectos de inversión, generación de indicadores, evaluación y seguimiento de programas y de otros servicios a la población, como son la difusión del conocimiento, la transmisión de información que va desde la salud pública y cuidados de la salud hasta los avances científicos en materias de vanguardia como la medicina genómica, todo ello en diferentes medios de comunicación. Para el cumplimiento de esas tareas, la Coordinación de Proyectos Estratégicos integró a todos los institutos nacionales de salud y hospitales de alta especialidad al manejo del presupuesto basado en resultados y la evaluación del desempeño con el propósito de que sus recursos financieros sean orientados a atender las necesidades de la población, utilizando la Metodología del Marco Lógico e informó a la SHCP los resultados de los indicadores concertados para el ejercicio presupuestal 2009, se definió y registró su Programa de Mediano Plazo en el portal aplicativo de la SHCP.

Se impulsó de manera decidida la capacitación permanente de los funcionarios de los institutos nacionales de salud y hospitales de alta especialidad, particularmente en lo que se refiere a la Metodología de Marco Lógico y su aplicación. En noviembre de 2008 se tuvo la asesoría de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) para la revisión de los indicadores de marco lógico de la CCINSHAE, y en enero se impartieron talleres para la redefinición de los indicadores presupuestales para el ejercicio 2010.

De especial interés fueron las diversas reuniones del Grupo de Planeación de la CCINSHAE en el que se abordaron temas relacionados con la problemática que se tiene respecto a manuales, a las propias funciones de las áreas de planeación y su papel en la transformación de las instituciones, nuevas metodologías para programar y presupuestar recursos, ejecución de los programas gubernamentales, entre otras temáticas analizadas.

En el ámbito interno, se dio continuidad a los trabajos para consolidar el manejo de archivo de las diversas direcciones generales que integran la Comisión y se implementó el Sistema de Gestión Documental automatizado, con la intervención de la DGTI.

Por último, se inició con la elaboración del Anteproyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2010 con la definición de la estructura programática, vinculándola con el Programa de Mediano Plazo y una identificación más precisa de los recursos que se destinan a investigación, enseñanza y asistencia médica.

La CCINSHAE apoyó la integración, elaboración y seguimiento de proyectos de inversión que se realizan en las entidades coordinadas en diversas áreas tan especializadas como unidades de investigación científica, de remodelación o construcción de áreas de atención médica especializada hasta la edificación de unidades hospitalarias para poder contar con instalaciones que permitan atender las demandas de salud de la población.

El área de Comunicación Social, con la responsabilidad de difundir y promover los programas de investigación científica y los servicios atención médica de cada uno de los institutos nacionales de salud (INSalud), de los hospitales federales de referencia (HFR) y de los hospitales regionales de alta especialidad (HRAE) realizó un diagnóstico situacional para detectar, ponderar y estructurar su programa de trabajo, el cual va desde la elaboración de formatos de acopio y actualización de datos para la formación de los directorios de comunicación social, la estructuración de la línea de los procesos operativos, hasta la puesta en marcha del programa de normatividad, unificación, identidad, colaboración y capacitación de todas las áreas de Comunicación Social de la comisión a partir del establecimiento de acuerdos de colaboración, alianzas y estrategias con los diferentes medios informativos, con el compromiso de proporcionar la información científica en materia de salud que se genera en las instituciones coordinadas por la CCINSHAE con el fin de coadyuvar a mejorar los niveles de salud de la población del país.

Con el apoyo de los especialistas de los INSalud, la Dirección de Comunicación Social ante la epidemia de la influenza coordinó las entrevistas y la participación en diversos medios para brindar información útil a la población que permitió afrontar la emergencia y ampliar el conocimiento de la situación. Durante este periodo, se llevaron a cabo 460 participaciones en medios, distribuidas en: 179 (39 por ciento) entrevistas en televisión; 218 (47 por ciento) en radio; 41 (9 por ciento) aportaciones para la prensa escrita; 14 (3 por ciento) en internet y 8 (2 por ciento) colaboraciones para medios extranjeros.

Durante el periodo de abril a junio, se realizaron 256 (55.7 por ciento) participaciones con un alto porcentaje referido a la emergencia por la influenza.

ACCIONES PARA LA ATENCIÓN DE LA INFLUENZA A(H1N1)

La CCINSHAE inició su participación en el Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Influenza en el año 2006 bajo la coordinación del CENAVECE, con la elaboración del Protocolo de Atención Médica cuya última versión fue del 18 de julio de 2008. En cuanto se dio la alerta epidemiológica se puso a disposición de los directores médicos de los institutos y hospitales de alta especialidad y sirvió de base para iniciar las acciones contra la contingencia. Se actualizó semanalmente por expertos del grupo de atención médica bajo la dirección del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) con difusión nacional vía Internet y comunicaciones directas con representantes estatales desde el primer documento generado el 23 de abril de 2009, mediante intervención directa del CENAVECE.

Las actividades en la CCINSHAE ante la emergencia sanitaria, se realizaron sin ampliación del presupuesto original y se diferencian en:

1. Organización interna del personal de la CCINSHAE: Se efectuaron guardias de 24 horas, domingos y días festivos, con la instrucción de permanecer comunicados con todo el personal directivo de las unidades a través de teléfonos en domicilio y telefonía celular, cuya disposición fue de acuerdo a necesidades operativas con el uso de los propios del personal de confianza, se dieron facilidades al personal femenino que se encontraba gestante (2) o en periodo de lactancia (12) para permanecer en sus domicilios y

no acudir a su centro de trabajo, el Comisionado estuvo presente en varias sesiones del Consejo para dar seguimiento a la epidemia, se difundieron y aplicaron las medidas preventivas recomendadas por la Dirección General de Promoción de la Salud, se aplicaron 110 vacunas para inmunización de influenza estacional a miembros del personal.

2. Coordinación con los INSalud y HRAE: se elaboró y difundió un directorio de todas las unidades, con los datos de tres contactos para facilitar la comunicación con teléfono de oficina, celular y de domicilio, se integró la información de las unidades hospitalarias de la CCINSHAE e informó a la oficina del Secretario de Salud cada 6 horas sobre casos sospechosos, confirmados, defunciones de todas las unidades e ingresos los cuales se enviaron a la oficina, se organizaron sesiones de coordinación y de presentaciones informativas con directores médicos, de enseñanza, titulares de las áreas de epidemiología e infectología y los jefes de las áreas de enfermería y de trabajo social de los INSalud y HRAE. Se instaló la Red Mexicana de Investigación Clínica en Enfermedades Emergentes y se involucraron a todas las unidades hospitalarias de la Comisión para iniciar protocolos de investigación para atender la emergencia.
- 3) Coordinación dentro de la Secretaría de Salud: del 22 de abril al 08 de mayo de 2009 se participó diariamente de manera activa y resolutive con el grupo de Coordinación y Logística en el CENAVECE; posteriormente, se coordinaron las acciones de promoción de la salud para la obtención y distribución de folletos informativos, (trípticos, póster, carteles etc.), insumos de la reserva estratégica en especial cubrebocas, mascarillas, alcohol, gel, antibióticos y oseltamivir.

Es conveniente señalar que todas las instituciones participaron en las acciones de orientación al personal, a la población y se ofrecieron otros apoyos en la red de alta especialidad como la atención de pacientes sin influenza pero con padecimientos muy graves que tuvieron que ser reubicados para vigilancia, resaltan las actividades llevadas a cabo en la prestación de servicios que incluyeron la reconversión de las áreas de atención para pacientes aislados tanto como los apoyos para el funcionamiento de todo el Sistema Nacional de Salud.

En los INSalud y hospitales de alta especialidad, se llevó a cabo la atención médica de un gran número de pacientes, atendiendo aproximadamente 1,700 casos de los cuales cerca del 22 por ciento fueron confirmados por pruebas de laboratorio como positivos a influenza A(H1N1). En ellos se proporcionaron servicios de hospitalización y terapia intensiva cuando así se requirió. Además, se hicieron la detección de contactos y la medicación en los casos para el control epidemiológico de contactos y detener el contagio.

Asimismo, el INSP realizó actividades de apoyo como: 1) operación de los sistemas de vigilancia epidemiológica con georreferenciación de casos y creación de un programa virtual de notificación; 2) un modelo probabilístico de predicción del comportamiento de la epidemia en colaboración con la DGEpi y de la Universidad de Arizona; 3) instalación de un laboratorio nivel 2 para la confirmación de casos de influenza; 4) estudio de casos y controles para evaluar el impacto poblacional del antecedente de vacuna contra la Influenza con apoyo del INER y Birmex, y 5) participación de investigadores comisionados asignados a las áreas de la SPPS, de la DGE y Birmex.

Como parte del apoyo, el personal de especialistas médicos, psicólogos, psiquiatras y directivos participó en 103 entrevistas, 42 por ciento de televisión, 46 por ciento en radio y 125 en prensa escrita para proporcionar información específica y orientación a la población del país y del extranjero al darse 4 participaciones para medios de comunicación de otros países.

El Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, con el fin de evitar contagios y el desabasto de sangre en los servicios médicos, difundió recomendaciones e instrucciones técnicas, en coordinación con los Centros Estatales. Se insistió en las recomendaciones nacionales para la prevención de la transmisión del virus A(H1N1) y para la continuidad de operaciones en los bancos de sangre y se instruyó a los establecimientos que continuaran con la recolección de sangre, evitando aglomeraciones de donantes.

Finalmente, se integró el "Libro Blanco" sobre las acciones para la atención de la emergencia por la influenza A(H1N1).

INSTITUTO DE GERIATRÍA

El Instituto de Geriatría se creó por decreto presidencial el 29 de julio de 2008, inició su operación en 2009, cuando se le asignaron recursos para su funcionamiento. A partir de febrero de 2009, se integró el primer grupo de colaboradores con una plantilla de 13 miembros de las áreas administrativas y de enseñanza; quienes trabajan en el desarrollo de los programas académicos y en la creación y definición del programa estratégico para el inicio de su operación. A partir del 1 de marzo se incorporaron 20 plazas de residencia de especialidad en geriatría para residentes de 1er año.

Se inició un programa dirigido a la prevención de la violencia y discriminación hacia los adultos mayores, cuya primera actividad se realizó el 15 de junio al celebrar la cuarta emisión del Día Mundial de Toma de Conciencia del Abuso a las Personas Mayores, con el propósito de llamar la atención de la sociedad sobre el problema de derechos humanos y de salud que implica el abuso y la negligencia cometidos contra esta población. Finalmente, en el mes de julio, se llevó a cabo la presentación de la memoria institucional en sesión extraordinaria conjunta con la Academia Nacional de Medicina, en donde se presentó el proceso de creación, la justificación y la misión del Instituto.

5.1 DIRECCIÓN GENERAL DE POLÍTICAS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Una de las estrategias del *Programa Sectorial de Salud 2007-2012* es fortalecer la investigación y la enseñanza en salud para el desarrollo del conocimiento y los recursos humanos. Dicho Programa establece que la CCINSHAE es la entidad responsable de promover la investigación científica en salud y coordinar los esfuerzos para mejorar los entornos normativos y su financiamiento y desarrollo, así como de estimular el desarrollo de los recursos humanos dedicados a la investigación y promover la vinculación entre la investigación y el ejercicio técnico de los profesionales de la salud.

Respecto al personal que realiza la investigación, se tiene la función de coordinar la promoción de los esfuerzos encaminados a mejorar los entornos normativos, de financiamiento, de desarrollo de los investigadores, de vinculación, de difusión y de control de la investigación médica que se realiza en el sector de la salud en el país.

Sobre los avances en materia de normalización de la investigación en salud, las mejoras salariales para los investigadores de la SS, la participación en el desarrollo del nuevo esquema de financiamiento a través del Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social (FOSISS) y otras acciones más reflejan la importancia prestada al desarrollo de políticas públicas para la investigación en México.

En congruencia con las estrategias y líneas de acción plasmadas en el Programa de Acción Específico Investigación para la Salud (PAEIS) 2007-2012, durante el segundo semestre de 2008 y primero de 2009 se emprendieron acciones tendientes a consolidar la rectoría nacional en materia de investigación en salud; para lo cual se cambió el procedimiento para el financiamiento de la investigación, se incorporaron las necesidades de los operadores de los servicios y de los responsables de los programas preventivos y de manejo de enfermedades en la agenda de asuntos pendientes de resolver por la investigación.

Con base en los problemas prioritarios enmarcados en el PROSESA se definió la agenda de investigación para la salud a efecto de realizar más y mejor investigación y se reorientó el desarrollo y la innovación tecnológica para la salud. Se determinaron las vertientes de participación y los resultados esperados en el ámbito de la vinculación con la industria en condiciones de beneficio mutuo y proyección social de los resultados de la investigación para la salud.

En materia de vinculación con otros actores del Sistema Nacional de Salud y del Sector Social, específicamente en cuanto al financiamiento de la investigación, de manera colegiada las tres principales instituciones del sector (SS, IMSS e ISSSTE) y el CONACyT aportaron recursos al Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social (FOSISS) y participaron en la determinación de las prioridades y en el proceso de aprobación y seguimiento del financiamiento de 154 proyectos aprobados en la convocatoria FOSISS 2008/01, cuyos resultados se publicaron el 10 de septiembre de 2008, con un monto total de 141,720,724.00 pesos. Mientras que para la Convocatoria FOSISS 2009/01 se cuenta con un monto aproximado de 130 millones de pesos para financiamiento y se dio a conocer durante el primer trimestre del 2009.

En cuanto a la normatividad y reglamentación de la investigación científica y tecnológica destinada a la salud, se propuso la revisión de las disposiciones legales en materia de investigación, evaluación y promoción de los profesionales dedicados a la investigación en salud contenidas en el Reglamento de la Ley General de Salud, con miras a lograr una actualización de las mismas en razón del desfase que han sufrido desde su publicación en el año de 1984. Al efecto, se constituyó un grupo de trabajo inicialmente conformado por representantes del Consejo de Salubridad General, de COFEPRIS, la Comisión Nacional de Bioética y de la CCINSHAE, en el seno del cual se revisaron las interfases que estas instancias tienen con la investigación, abarcando procesos normativos, operativos, éticos y de regulación.

En el renglón de las acciones para incentivar la investigación en ciencias de la salud, se implantó la emisión semanal del Boletín Electrónico de Difusión Académica, para la difusión de oportunidades de apoyo a la investigación, becas e intercambios científicos hacia la base de datos del Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud, así como acciones puntuales de financiamiento directo a la investigación a través del Fondo Sectorial respectivo y de la difusión específica de acceso a financiamiento extranjero, becas y congresos; y, en coordinación con el CONACyT, se realizaron talleres de difusión del 7° Programa Marco de Investigación de la Unión Europea con la finalidad de interesar a investigadores mexicanos en las oportunidades de financiamiento externo disponibles. Para 2008-2009 se tienen 120 alumnos en el Programa de Becas de Inicio (PROBEI) a estudiantes de los últimos años de las carreras de la salud para fomentar la investigación.

Respecto a la productividad científica, los investigadores en ciencias médicas de los INSalud publicaron un total de 1,486 artículos en revistas científicas periódicas, que sumados a los 297 artículos de los investigadores en ciencias médicas de los HFR hacen un total de 1,783 artículos. Esta producción representa una disminución de 0.38 por ciento de lo producido en el periodo anterior, en el cual, la productividad en los INSalud fue de 1,483 artículos, mientras que en los HFR se produjeron 294 artículos, en conjunto fue un total de 1,777 publicaciones. El promedio de artículos publicados por investigador en los Institutos Nacionales de Salud fue de 1.2, en los Hospitales Federales de Referencia de 0.99 y en general se logró una productividad de 2.1 artículos por investigador.

El número de investigadores en los INSalud registró un incremento de 10.4 por ciento con respecto al periodo anterior, pasando de 958 a 1,070 investigadores en ciencias médicas. Por su parte, los HFR aumentaron en 11.2 por ciento su plantilla de investigadores al registrar 213 investigadores en el periodo de evaluación con relación a los 189 del anterior. En consecuencia, el incremento reportado en el número de investigadores en ciencias médicas, en sus diferentes categorías, fue de 10.6 por ciento.

El número de investigadores adscritos a los INSalud, e inscritos en el Sistema Nacional de Investigadores (SNI) fue de 582, que contrastados con los 566 del periodo anterior incrementaron en un 2.7 por ciento. Por su parte, los HFR, incrementaron en 2.6 por ciento su participación al pasar de 677 a 696 investigadores inscritos en el SNI. El incremento total para el periodo fue de 5.3 por ciento.

5.2 DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD

Esta Unidad coordina al Hospital Infantil de México Federico Gómez y a los Institutos Nacionales de Cancerología, Cardiología Ignacio Chávez, Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, Medicina Genómica, Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, Pediatría, Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Salud Pública y el de Rehabilitación.

A partir de julio de 2008, también se realizaron acciones de consolidación del Instituto de Geriátrica, se apoyaron los procesos de funcionamiento de los HRAE del Bajío, de Oaxaca, de la Península de Yucatán y del Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas con sus dos unidades ubicadas en Tuxtla Gutiérrez y Tapachula, así como el de Ciudad Victoria, Tamaulipas.

Durante el periodo que se evalúa, se coordinaron 24 sesiones ordinarias y once extraordinarias de las juntas de gobierno de los INSalud; se organizaron seis procesos de consulta ante la comunidad médica y científica del país para la designación de los directores generales de los Institutos Nacionales de: Cardiología Ignacio Chávez, Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Cancerología, del Hospital Infantil de México Federico Gómez y del Hospital General de México,

Se organizaron 16 sesiones ordinarias de órganos de gobierno de los HRAE del Bajío, Oaxaca, de la Península de Yucatán y del Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas y en colaboración con la Dirección General de Coordinación de los HFR, se participó en la organización y revisión de carpetas de 12 sesiones de juntas de gobierno de los HFR.

Se participó como miembro permanente o en representación del Titular de la CCINSHAE en 56 sesiones de los Comités de Control y Auditoría de los V y en las sesiones de los Centros Nacionales de la Transfusión Sanguínea y de Trasplantes.

Se organizó la primera sesión extraordinaria en la que se instaló el Consejo Interno del Instituto de Geriátrica, apoyando la elaboración, presentación y aprobación en COMERI, de la normatividad interna de esa entidad desconcentrada.

Se emitieron 14 opiniones técnicas a iniciativas presentadas por Diputados, Senadores y el Ejecutivo Federal de reformas a diversas leyes en materia de salud.

Se coordinaron dos reuniones con los Prosecretarios de las juntas de gobierno de los INSalud, y cuatro con personal encargado de obra en las instituciones coordinadas por la Comisión.

A efecto de coadyuvar con el correcto funcionamiento de las entidades coordinadas, se brindó asesoría jurídica diversa a los INSalud en materias administrativa y presupuestaria; y se realizaron diez reuniones de trabajo con los directores médicos de los institutos, para mejorar la interacción y la colaboración entre estas instituciones. Se participó en una reunión del Comité Técnico Sectorial de Estadística y de Información Geográfica del Sector Salud.

Con el fin de consensuar políticas internas en materia de estudios socioeconómicos de los pacientes en los INSalud y en los HRAE se coordinaron los trabajos con los titulares del área de trabajo social de ambas direcciones, se realizaron 11 sesiones con el grupo técnico y se llevó a cabo un Encuentro con duración de dos días para la definición del *estándar de oro* en el proceso de la clasificación socio económico y para el desarrollo del nuevo modelo de atención, se apoyó al Programa de Cataratas, y se revisó el proceso “visita domiciliaria”. Además, se coordinó un taller para el análisis del Estudio Socioeconómico con sede en el Hospital Infantil de México y se iniciaron gestiones para implementar una página Web de trabajo social.

Para definir las políticas internas en materia de atención de enfermería para pacientes en los INSalud y en los HRAE, se coordinaron 11 sesiones de trabajo con los titulares del área de enfermería, se fomentó el intercambio de experiencias exitosas, así como visitas a diferentes unidades para realizar *benchmarking* de algunos procesos e implementación de estrategias para la mejora de procesos en cada unidad; se apoyó el programa de “Si Calidad”; se elaboró una propuesta de proceso para incorporarse en el Manual de Enfermería, enfocado en la selección, permanencia y separación de directivos de enfermería, se iniciaron gestiones para implementar una página Web de enfermería; finalmente, se realizaron cursos de capacitación para la atención de alta especialidad con la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, iniciándose en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca como sede.

La CCINSHAE coordinó las acciones de la campaña “*Está en tus Manos*” en las instituciones lográndose una respuesta amplia de aceptación por parte del personal de salud, arrancando en todas ellas el día 1º de octubre.

A efecto de tener políticas internas en materia de organización y otorgamiento de servicios para usuarios de bibliotecas en los Institutos y de los HRAE se coordinaron mesas de trabajo con los titulares de las áreas de bibliotecas y centros de documentación e información en salud.

Se asistieron a las reuniones del grupo de trabajo del “Comité de Referencia y Contrarreferencia Pediátrica del Distrito Federal y Área Conurbada del Estado de México”, En conjunto con la DGIS, se coordinan las actividades del reporte mensual de egresos hospitalarios, en los que se promueve el uso del Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH). Así mismo, se iniciaron los trabajos de coordinación para la incorporación del los INSalud en el Sistema de Información de Salud en su componente de prestación de servicios de salud y se dio seguimiento a las actividades para la implementación del expediente clínico electrónico centralizado para uso de todos los INSalud a fin de optimizar recursos y evitar la duplicidad de información de los pacientes que acuden a los Institutos.

Se realizaron doce reuniones de trabajo con los directores de enseñanza de los Institutos y de los HRAE en las que se presentaron experiencias exitosas en enseñanza, propuestas de solución problemas tanto en cursos de especialización, como de ingreso y registro de médicos residentes, inclusión en nómina; así como en la capacitación e intercambio de especialistas, la cual se amplió sus horizontes al recibir estudiantes de más instituciones educativas y de salud así como de estados de la República y del extranjero, se revisaron programas educativos, de servicio social profesional, y se organizó el primer encuentro de enseñanza.

Se realizaron doce reuniones de trabajo con los jefes de médicos residentes de los INSalud y HFR, en las que se favoreció su interacción y vinculación en procesos asistenciales y la realización de actividades deportivas y de la Segunda Jornada de Médicos Residentes; se implementó la página Web de los médicos residentes, donde interactúan y establecen comunicación para mejorar el desempeño de sus actividades académicas y profesionales.

En coordinación con la Dirección General de Políticas de Investigación en Salud, se participó en las actividades del Comité de Posgrado y Educación Continua, el de Evaluación, y el Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS).

De manera permanente, en colaboración con Consejo de Salubridad General se coordinan las reuniones del Comité de Medicamentos en las que se discute sobre temas como farmacovigilancia, Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos del Sector.

En los INSalud, se realizan acciones para robustecer la infraestructura tecnológica con la apertura de nuevas unidades de alta tecnología y se coadyuva en el fortalecimiento de la infraestructura de las áreas médicas y quirúrgicas. Mientras que de acuerdo a las disposiciones de racionalidad y austeridad presupuestaria, los INSalud incentivaron el ahorro en rubros como: fotocopiado, combustibles y agua.

Acorde con el Plan Sectorial, los INSalud cumplieron con los objetivos para la atención médica de alta especialidad dirigida a la población sin seguridad social con un enfoque del usuario bajo el modelo de gestión de calidad; al otorgar de julio del 2008 a agosto del 2009 un total de 1,594,885 consultas, realizar 43,227 cirugías; registrar 59,837 egresos hospitalarios, de los cuales el 88.6 por ciento fue por mejoría; en promedio, la tasa bruta de mortalidad hospitalaria fue de 3.6 y la ajustada fue de 2.9; la tasa media de infecciones nosocomiales fue de 4.9; mientras que al atender en su mayoría, a personas provenientes de entidades de la República (50.3 por ciento) y de niveles socioeconómicos más bajos (74 por ciento) se refrenda el compromiso social de estas instituciones.

Como se observa en el Cuadro V.1, de continuar con la tendencia anual registrada por los INSalud, en el 2009 se estima que la tasa de infecciones en los Institutos se reducirá en un 3.3 por ciento, mientras que los resultados en las actividades de consulta, cirugías y egresos que reflejan una discreta disminución respecto al 2008, deben ser analizados considerando que la contingencia por la influenza A(H1N1) hizo necesario cancelar las actividades programadas o electivas para dar atención a pacientes que presentaban la enfermedad. Asimismo, la situación económica nacional ha repercutido en la operación de los Institutos ya que los procedimientos de alta especialidad, son muy costosos.

Cuadro V.1

Variable	Productividad de los Institutos Nacionales de Salud									
	HIM	INCan	INCar	INCMN	INER	INNN	INP	INPer	INR	TOTAL
Consultas										
2008	184,742	163,950	108,231	263,392	80,370	85,035	250,966	144,380	251,725	1,532,791
2009*	177,448	170,928	104,500	267,585	81,000	84,174	264,973	148,700	228,936	1,528,244
Variación %	-3.9	4.3	-3.4	1.6	0.8	-1.0	5.6	3.0	-9.1	-0.3
Egresos										
2008	6,582	7,495	5,748	4,740	4,244	2,468	7,193	13,743	8,112	60,325
2009*	6,512	7,531	5,700	4,333	4,200	2,838	6,525	13,431	7,749	58,819
Variación %	-1.1	0.5	-0.8	-8.6	-1.0	15.0	-9.3	-2.3	-4.5	-2.5
Egresos por mejoría										
2008	77.1	92.0	76.3	96.9	84.8	94.4	91.0	99.1	99.7	90
2009*	76.9	94.0	66.7	95.8	84.8	93.3	90.0	99.2	99.6	89
Variación %	-0.3	2.2	-12.6	-1.1	0.0	-1.2	-1.1	0.1	-0.1	-1.4
Tasa de infecciones hospitalarias										
2008	3.1	6.0	5.0	7.4	7.7	17.0	5.2	2.2	0.2	6.0
2009*	3.2	6.0	4.5	7.4	7.6	16.0	5.0	2.1	0.2	5.8
Variación %	3.2	0.0	-10.0	0.0	-1.3	-5.9	-3.8	-4.5	0.0	-3.3
Cirugías										
2008	4,758	4,033	1,833	4,029	4,124	2,391	5,126	8,274	10,942	45,510
2009*	5,060	4,078	1,600	4,045	4,185	2,276	4,530	8,200	10,950	44,924
Variación %	6.3	1.1	-12.7	0.4	1.5	-4.8	-11.6	-0.9	0.1	-1.3

* Las cifras de 2009 son estimadas-programadas

Se formaron 2,178 residentes con una eficiencia terminal de 91.4 por ciento en promedio y en 61 cursos de posgrado se atendió a 456 profesionales. Los cursos de educación continua fueron 782 con un promedio de 50 participantes. La capacitación a profesionales de la salud se realizó a través de 992 cursos. Con el fin de ofrecer mayores posibilidades de acceso al conocimiento al personal de los servicios de salud se impartieron 240 cursos semipresenciales y a distancia; en total, se organizaron 238 eventos académicos con 18,513 participantes.

5.3 DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN DE HOSPITALES DE REFERENCIA

La Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia (DGCHFR), tiene como propósito establecer y conducir las estrategias técnico-administrativas, para estructurar un Sistema de Gestión Hospitalaria en red entre los Hospitales Federales de Referencia (HFR), para proporcionar servicios de salud de excelente calidad; básicamente sus actividades se diferencian en dos rubros: las de operación y las de calidad.

ACCIONES DE OPERACIÓN HOSPITALARIA DE LA DGCHFR

Ante la posibilidad de una pandemia de influenza A(H1N1) se elaboró el Plan de Continuidad de Operaciones (PCO) de la DGCHFR y para la aplicación en cada HFR, se realizó la coordinación de atención médica ante la contingencia epidemiológica y se entregó el “Libro Blanco de Influenza” de la CCINSHAE.

En cuanto a reconstrucción de HFR, con la demolición y cimentación del inmueble se concluyó la primera etapa del proyecto del “Centro de Atención Médico-Quirúrgica de Corta Estancia en el Hospital Juárez del Centro; la segunda etapa se encuentra en proceso de licitación; se concluyó el Modelo Médico-Técnico-Administrativo para la licitación del equipo médico, instrumental y mobiliario de la nueva unidad, se conformaron grupos de trabajo en el Comité de Asesoría Técnica para concluir la plantilla ideal, establecer el modelo de gestión y dar seguimiento a las obras de infraestructura. En el Proyecto de Reconstrucción del HNH, en coordinación con el respectivo Comité de Asesoría Técnica se realizó el seguimiento de actividades del proyecto de reconstrucción para la puesta en marcha de la nueva unidad hospitalaria, se condujo la entrega expedientes del personal del HNH y lo correspondiente a licitaciones para la adquisición de instrumental, mobiliario y equipo.

Acorde con el objetivo específico 6 del PAEMAE, estrategia 14. “Desarrollar y aplicar el uso de guías de práctica clínica (GPC) de atención médica acordes con las políticas y procedimientos de cada institución de alta especialidad”, en este periodo se concluyeron las GPC de pancreatitis, CaCu, VIH, y de diabetes mellitus, están en proceso: parto pretérmino, hipertensión arterial, manejo del paciente traumatizado candidato a donación de órganos y la de manejo de la insuficiencia cardíaca crónica.

Para el logro del objetivo 4 y la meta estratégica No. 13, estrategia 12 y línea de acción 12.1 del PAEMAE, se coordinó la elaboración de Lineamientos Generales y el Manual de Procedimientos para la Referencia y Contrarreferencia de pacientes en la Red de los HFR, se actualizó la propuesta generada por esta dirección para el Comité de Referencia y Contrarreferencia Pediátrica del Distrito Federal y Área Conurbada del Estado de México, se participó como ponente en el “Foro de Expresión sobre temas de Referencia Pediátrica”.

Se efectuó la evaluación de dos HFR conducida por seis médicos certificados adscritos a la DGCHFR, y quienes continúan en un curso taller de 10 meses de duración para reforzamiento y actualización en un programa promovido por la Secretaría de Gobernación y la DGCEs en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

En materia de desconcentración correspondiente al objetivo 2 y la 4 meta estratégica del PAE, se obtuvo un la propuesta final para la “Desconcentración del Hospital de la Mujer”, elaborada por un grupo de trabajo entre el hospital, la DGCHFR, la DGGFA y la DGAJ.

ACCIONES DE CALIDAD HOSPITALARIA DE LA DGCHFR

A través de los indicadores de calidad, durante el periodo que se reporta se observó un índice de trato digno del 92 por ciento; información proporcionada por el médico 92 por ciento; satisfacción con la oportunidad en la atención 90 por ciento, y satisfacción por el trato recibido 94 por ciento en los HFR; se acreditó el HJM dentro del SPSS. Mientras que en cuanto a capacitación continua, en coordinación con el InCARY con la DGCEs se participó en seis eventos relacionados con la calidad de la atención en los servicios de salud y seguridad del paciente, entre ellos destaca las Jornadas Técnicas del SiCalidad; en colaboración con la DGPLADES se elaboraron los manuales de procedimientos de las clínicas de excelencia del HJC y del Proyecto de Procedimientos de la DGCHFR, y se establecieron Acuerdos de Gestión en el HM y HGG.

En la contingencia de Influenza, se difundió la normatividad a la red de calidad de los hospitales, se establecieron grupos técnicos para la prevención de la mortalidad materna, uso racional de medicamentos, mejora del expediente clínico y la seguridad del paciente. El HGG, participó en el Premio Nacional de Calidad.

Respecto a ofrecer atención médica de alta especialidad dirigida a la población sin seguridad social bajo el modelo de gestión de calidad de julio del 2008 a Agosto del 2009 los HFR otorgaron un total de 1,261,366 consultas; practicaron 47,285 cirugías; registraron 73,533 egresos hospitalarios, de éstos el 92.1 por ciento fue por mejoría; mientras que en promedio, la tasa bruta de mortalidad hospitalaria fue de 3.7 y la ajustada fue de 2.9; y la de infecciones nosocomiales fue de 3.9. Estos indicadores dan cuenta de la alta calidad de la atención ofrecida por estos hospitales. Al igual que en los INSALUD, el porcentaje de los pacientes provenientes de entidades de la República fue superior al 50 por ciento, en tanto que el 96 por ciento de los pacientes pertenecían a los niveles socioeconómicos más bajos del país. Si las cifras se mantienen como el 2008, para finales del 2009 se estima que los HFR incrementaran su productividad en el número de consultas, egresos y cirugías llevadas a cabo (Cuadro V.2).

Cuadro V.2

Variable	"Productividad de los Hospitales Federales de Referencia (1)"						
	HGM	HGG	HJM	SAP(2)	HM	HJC	TOTAL
Consultas							
2008	759,158	232,629	229,354	218,969	59,946	10,752	1,510,808
2009*	775,810	227,000	242,929	241,696	65,194	11,304	1,563,933
Variación %	2.2	-2.4	5.9	10.4	8.8	5.1	3.5
Egresos							
2008	41,506	12,753	18,627	5,489	14,736		93,111
2009*	43,073	16,500	18,700	4,647	20,020		102,940
Variación %	3.8	29.4	0.4	-15.3	35.9		10.6
Egresos por mejoría							
2008	92.0	94.5	91.5	93.0	98.1		93.8
2009*	92.2	96.1	90.0	92.9	98.6		94.0
Variación %	0.2	1.7	-1.6	-0.1	0.5		0.1
Tasa de infecciones hospitalarias							
2008	4.0	2.5	4.7		0.4		2.9
2009*	3.9	2.5	6.0		0.8		3.3
Variación %	-2.5	0.0	27.7		100.0		13.8
Cirugías							
2008	29,442	12,952	12,838		7,734		62,966
2009*	33,537	15,800	10,500		8,367		68,204
Variación %	13.9	22.0	-18.2		8.2		8.3

* Las cifras de 2009 son estimadas-programadas
(1) No incluye el Hospital Nacional Homeopático por estar en construcción
(2) No ofrece servicios quirúrgicos

Es necesario aclarar que derivado de las obras que se realizan en el HNH y en el HJC, en coordinación con la DGRH fue necesario elaborar un diagnóstico para definir la situación laboral de los servidores públicos del HNH quienes en su mayoría se encuentran comisionados a diferentes unidades hospitalarias; sin embargo, se realizan actividades de capacitación para todos ellos (103 cursos para 338 trabajadores). En tanto que en el HJC únicamente presta atención en el servicio de consulta externa.

En el periodo que se informa se formaron 960 residentes con una eficiencia terminal de 77 por ciento en promedio y en 5 cursos de posgrado se atendió a 98 profesionales. Se realizaron 203 cursos de educación continua, con un promedio de 54 participantes; y, se capacitó a profesionales de la salud a través de 183 cursos en distintas modalidades.

Se realizaron las gestiones de los cursos y diplomados conforme a lo siguiente: 29 cursos en la modalidad presencial, en la cual 44 servidores públicos se capacitaron en la capacidad específica y 8 en la transversal. A la fecha 30 servidores públicos están tomando el Diplomado de “Docencia y Herramientas Metodológicas en Enfermería” (\$195,000.0), 20 más se encuentran en el de Trabajo Social (\$125,000.0); 25 servidores públicos tomaron el Diplomado “Calidad y Trato Digno en los Servicios de Salud” (\$125,000.0) y 4 están programados para tomar el curso “Integral de Protección Civil, nivel intermedio” (\$8,004.0).

5.4 DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN DE HOSPITALES REGIONALES DE ALTA ESPECIALIDAD

De conformidad con las facultades de la Dirección General de Coordinación de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad, así como actividades asignadas de manera especial, durante el periodo que se informa, se buscó incrementar la productividad y consolidar su desempeño.

En este periodo, se conformó el tabulador único de servicios de los HRAE, mismo que integra diferentes niveles de costo aplicables por sectores económicos derivados de la conformación de costos reales de operación, derivadas de 10 reuniones con la Comisión Coordinadora y los directores de los hospitales, se avanzó un 10 por ciento en la descentralización de nómina del HRAE Oaxaca; el HRAE Bajío marchó un 30 por ciento y 10 por ciento en la profesionalización de servidores públicos y en la farmacia hospitalaria, respectivamente; mientras que el HRAE Chiapas progresó 55 por ciento en el análisis de la estructura.

Se llevaron a cabo reuniones para selección de personal en la que se contó con la participación del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud.

Con la integración de funcionarios de mando medio que faciliten la prestación de servicios y optimicen los recursos, se modificó la estructura organizacional y se realizaron las gestiones para modificar el código de puesto de Físico Médico de Hospital de acuerdo a los lineamientos de Seguridad Radiológica de la Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguarda.

Se participó de manera activa en la evaluación técnica y financiera de la licitación pública internacional del proyecto Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca; mientras que para el HRAE Ciudad Victoria se dio amplia cobertura y seguimiento a las acciones y gestiones que permitan iniciar operaciones, el cual se inauguró el 27 de marzo de 2009.

Por lo que corresponde a la colaboración con los órganos de gobierno, se realizaron en tiempo y forma 4 sesiones de cada uno de los hospitales para un total de 16, en las que se establecieron compromisos que estuvieron vinculados con la presentación de casos a las Juntas de Gobierno; y se realizaron 16 sesiones de Comités de Control y Auditoria, de acuerdo a la implementación legal indicada por la SFP a través del órgano interno de control en cada HRAE.

De julio del 2008 a agosto del 2009, la productividad de los HRAE se ha incrementado paulatinamente, logrando otorgar 100,629 consultas médicas y el 80 por ciento de pacientes atendidos pertenecían a los tres estratos socioeconómicos más bajos; de continuar con la tendencia, para el cierre del 2009 se estima lograr un crecimiento del treinta por ciento en las consultas médicas, más del cincuenta por ciento en egresos y sesenta por ciento en cirugías (Cuadro V.3) con ello se reafirma el compromiso el compromiso social y de calidad de los HRAE.

Cuadro V.3

Variable	Productividad de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad				
	HRAEB	HRAEO	HRAEY (1)	CRAE	TOTAL
Consultas					
2008	39,857	25,678	1,496	23,880	90,911
2009*	64,350	24,614	8,000	21,530	118,494
Variación %	61.5	-4.1	434.8	-9.8	30.3
Egresos					
2008	3,043	2,428	153	3,099	8,723
2009*	5,451	3,565	1,412	3,297	13,725
Variación %	79.1	46.8		6.4	57.3
Egresos por mejoría					
2008	81.6	87.4	93.0	83.9	86
2009*	80.0	83.0	95.0	96.5	89
Variación %	-2.0	-5.0	2.2	15.0	2.5
Tasa de infecciones hospitalarias					
2008	5.9	4.7	0.1	6.2	4
2009*	7.9	3.7	4.9	7.3	6
Variación %	33.9	-21.3		17.7	40.8
Cirugías					
2008	2,323	1,619	86	2,761	6,789
2009*	4,175	2,592	756	3,336	10,859
Variación %	79.7	60.1		20.8	59.9

* Las cifras de 2009 son estimadas-programadas

(1) Inició operaciones en 2008

En colaboración con el Instituto Nacional de Perinatología se organizó el “Primer Diplomado de Docencia en Línea InSalud”, que se realiza desde el mes de julio y concluirá en octubre de 2009; cuyo objetivo es capacitar sobre los principios pedagógicos y disciplinas relacionadas con el proceso de aprendizaje-enseñanza, que redunden en una práctica docente de alta calidad.

En coordinación con la DGCE, se integró a los HRAE al programa de servicio social profesional para las especialidades de cirugía general, medicina interna, pediatría, y anestesiología; el cual inició en noviembre de 2008 en el Hospital de Especialidades Pediátricas del Centro del Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas, y actualmente participan todos los HRAE con excepción del de la Península de Yucatán y el de Ciudad Victoria “Bicentenario 2010” (Cuadro V.4). Asimismo, se consolidó el convenio con la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México para la integración de los HRAE al programa de Internado de Pregrado; con ello a partir de enero del presente año 18 médicos realizan el ciclo académico de Internado de Pregrado.

Cuadro V.4
SERVICIO SOCIAL PROFESIONAL-CICLO ACADÉMICO 2009-2010*

HRAE	Nº de residentes
Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío	27
Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca	5
CRAE. Especialidades Pediátricas, Tapachula	6
CRAE. Ciudad Salud. Tapachula, Chiapas	4

*FUENTE: Elaboración propia con datos de la Dirección de Procesos Normativos en Salud.

5.5 DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

Los resultados acumulados en la Dirección General de Gestión Financiera y Administrativa (DGGFA) se han orientado a apoyar la adecuada gestión en los procesos relativos al ejercicio presupuestal, planeación, evaluación y seguimiento de programas que se llevan a cabo en las entidades coordinadas.

Durante el periodo que se informa, se continuó con las acciones de mejora en los procesos de la administración y control de los recursos humanos, materiales y financieros, con el propósito de apoyar administrativamente la función sustantiva de las CCINSHAE; entre ellas destacan: el inventario y actualización de kardex del almacén general de la Comisión, la actualización del manual de procedimientos en septiembre de 2008, la instauración del Instituto de Geriátrica, a través de la publicación de su decreto de creación en el Diario Oficial de la Federación el 29 de julio de 2008 y conformación de plazas y de recursos presupuestarios para su operación .

Se integró lo correspondiente a la Cuenta de la Hacienda Pública Federal y se consolidó la información del Avance de la Gestión Financiera, y, durante todo el ejercicio 2008 se participó en el seguimiento y reporte de los indicadores de gestión de los organismos descentralizados coordinados por la CCINSHAE requeridos por la SHCP.

Como actividad continua se aplican medidas de racionalidad en el ejercicio del gasto público, en rubros tales como energía eléctrica, fotocopiado, consumo de combustible, entre otros. Se integró el programa anual de adquisiciones de bienes y servicios para el óptimo funcionamiento de las unidades administrativas de la Comisión, y se atendieron sus requerimientos de apoyo administrativo.

Se arrendó equipo de cómputo a través del proceso consolidado llevado a cabo por la DGTI y se dio el mantenimiento requerido para el parque vehicular en beneficio de las actividades de la Comisión.

Se cubrió el pago de becas de inicio a la investigación a estudiantes de diversas instituciones de educación superior que realizan investigación en los INSalud y hospitales, se llevaron a cabo las acciones administrativas para la celebración del encuentro anual de investigadores y la autorización de recursos presupuestales para el otorgamiento de premios a los investigadores ganadores en dicho encuentro.

Se llevaron a cabo las gestiones administrativas para la transferencia presupuestaria de 35 millones de pesos, autorizados a la Comisión en el presupuesto del ejercicio 2009 para la aportación al Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social (FOSISS) para el desarrollo de investigaciones médicas.

El 4 de noviembre de 2008, en conjunto con otras direcciones de la CCINSHAE y el CENEVECE se realizó un Taller para la Elaboración de los Planes de Continuidad de Operaciones de los Institutos Nacionales de Salud, los Hospitales Federales de Referencia y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad, pieza clave de la respuesta institucional ante la pandemia de influenza meses posteriores.

En apoyo a la investigación por el brote de influenza en el país, en mayo de 2009 se realizaron las acciones administrativas para la obtención de 5 millones de pesos, para aportación al Fideicomiso denominado Fondo Institucional del CONACyT.

A fin de contar con un instrumento adecuado para el seguimiento y evaluación del desempeño institucional de las entidades coordinadas, se apoyó la integración de la numeralia de los informes de autoevaluación de los directores generales, apoyando la revisión de dichos informes previo a su presentación ante los órganos de gobierno.

La DGGFA apoyó la elaboración de informes de gobierno en las diversas actividades sustantivas, y atendió solicitudes de información recibidas de la Unidad de Enlace de la Secretaría de Salud, se participó en las reuniones mensuales del Comité de Información de la Secretaría de Salud.

En cuanto a la integración de proyectos de inversión, además del Instituto de Geriátría, se apoyó al Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea y al Centro Nacional de Trasplantes, así como a los hospitales e institutos que requirieron de gestiones de fondos para llevar a cabo obras o adquisiciones.

Se instrumentaron procesos de información para que el personal obligado cumpliera con sus procesos de capacitación y de presentación de declaraciones de modificación patrimonial, se atendió las solicitudes de información remitidas y se participó en los procesos de respuesta establecidos por la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información, asimismo se participó en el Comité de Mejora Regulatoria de la Secretaría de Salud a través de la revisión de la normatividad interna y de la asistencia a las sesiones convocadas.

En coordinación con la Dirección General de Políticas de Investigación, se organizaron sesiones y actividades del Comité Asesor de Infecciones Nosocomiales, en particular en las acciones relativas a la atención de la emergencia por la influenza A(H1N1).

5.5.1 CENTRO NACIONAL DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

El Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea (CNTS) es el responsable de promover y coordinar el desarrollo e implantación de estrategias nacionales que garanticen el abasto suficiente de sangre, componentes sanguíneos y células progenitoras hematopoyéticas para atender oportunamente la demanda hospitalaria en todo el país.

El CNTS en coordinación con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva participó en el Proyecto “disminución de la mortalidad materna y neonatal”, los productos derivados de este proyecto consisten en la georreferenciación del sistema de sangre de las ocho entidades federativas (Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Estado de México, Distrito Federal, Nayarit y Chihuahua) que se determinaron como prioritarias por el índice de mortalidad materna, también se definió la necesidad de fortalecer las unidades resolutivas con un servicio de transfusión adjunto al quirófano, se determinó fortalecer a los centros estatales de la transfusión

sanguínea con personal y equipos móviles para abastecer a las sedes resolutivas, y se elaboró un proyecto de “guías de uso clínico de la sangre en la atención de la salud materna y neonatal”.

Entre septiembre de 2008 y agosto de 2009, México cuenta con 4,953 servicios de sangre, de los cuales 4,180 (85 por ciento) son servicios de transfusión, 560 (11 por ciento) bancos de sangre y 213 (4 por ciento) puestos de sangrado. De la totalidad de los servicios de sangre 752 (15 por ciento) son públicos, 3,633 (73 por ciento) privados y 568 (12 por ciento) de seguridad social. En conjunto aportaron 1'650,000 unidades de sangre; de los cuales el 40.4 por ciento pertenece al sector público, 46.1 por ciento a los establecimientos de la seguridad social y 13.4 por ciento a privados. Con el fin de fortalecer los servicios de sangre en las entidades federativas, el CNTS en el 2009 registró dos proyectos en cartera de inversión para los estados de Chiapas y Durango con menor Índice de Desarrollo Humano (IDH) (Cuadro V.5)

La tasa nacional de donación es de 146 por 10,000 habitantes cumpliendo con la tasa de 100 a 300 por 10,000 habitantes que marca la OPS en países de América Latina, esto sitúa al país por arriba del 42 por ciento de los países latinoamericanos.

Si bien la tasa de donación en México es una de las más altas en los países latinoamericanos, al evaluarse la proporción de donadores voluntarios y altruistas reclutados en 2009 se observa una diferencia del 84 por ciento menos con respecto a la meta programada para este año (Cuadro V.5); por tal motivo, el 23 de enero del presente se llevó a cabo la reunión gerencial con los centros estatales de transfusión sanguínea (CETS) en donde se acordó redefinir la meta en términos reales, de acuerdo a su viabilidad y proyectos de inversión estatal para este objetivo; también se elaboraron y difundieron los materiales promocionales, se otorgó reconocimiento social al donador de sangre voluntario y altruista, considerándolo como una “estrella”, en Guanajuato el CNTS celebró el Día Mundial del Donante de Sangre, y, entre CETS se distribuyó el documento denominado “elegibilidad para la donación de sangre” emitido por la OPS, así como el “Programa de Acción Específico 2007 – 2012 Transfusión Sanguínea”.

Uno de los temas esenciales para la operación del CNTS es la evaluación de la seguridad sanguínea mediante programas de control de calidad externa de los laboratorios de los bancos de sangre y servicios de transfusión. En esta materia, se realizó el primer control de calidad externo en inmunohematología, cuya instrumentación se efectuó en menor tiempo del programado, en el cual se evaluaron todos los bancos de sangre y los resultados que pudieran representar un riesgo sanitario para la población se notificaron a la COFEPRIS, se implementó un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001:2008 para el mejoramiento de los programas de control de calidad externo, vale la pena resaltar que la participación de los bancos de sangre se incrementó en un 6 por ciento (Cuadro V.5).

Aun en el ámbito de seguridad sanguínea, en cuanto a la prevención de la transmisión de infecciones, vale la pena destacar que durante el mismo periodo, se estudiaron poco más del 98 por ciento de todas las donaciones para los marcadores de infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), virus de la hepatitis C y B (VHC, VHB) *Treponema pallidum*. En cuanto a la detección del *Trypanosoma cruzi* (enfermedad de Chagas), quedó un 8 por ciento por debajo de la meta establecida para este año. Es importante resaltar que en congruencia con el proyecto de modificación de la NOM-003-SSA2-1993 respecto a la obligatoriedad de realizar en todas las donaciones la detección de marcadores de infección de *T. cruzi*, únicamente el IMSS a finales del 2008 gestionó recursos para implementar el estudio al 100 por ciento en todas las donaciones.

En relación a la actualización de la normatividad y de las disposiciones legales y reglamentarias en la materia, se envió el proyecto de modificación de NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-003-SSA2-1993, “Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos” al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario; el cual contempla, entre otros, la obligatoriedad para los bancos de sangre y servicios de transfusión de participar en los programas de control de calidad externo que aplica el Centro Nacional; con lo cual se alcanza la meta definida para el 2009 en relación a la proporción de armonización de la normatividad (Cuadro V.5).

En relación a la actualización de la normatividad y de las disposiciones legales y reglamentarias en la materia, se envió el Proyecto de Modificación de NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-003-SSA2-1993, “Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos” al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario; el cual contempla, entre otros, la obligatoriedad para los bancos de sangre y servicios de transfusión de participar en los programas de control de calidad externo que aplica el Centro Nacional; con lo cual se alcanza la meta definida para el 2009 en relación a la proporción de armonización de la normatividad (Cuadro V.5).

Cuadro V.5

Indicadores del Programa de Acción específico 2007–2012 “Transfusión Sanguínea”				
Indicador	Línea base	Programada 2009	Alcanzada 2009	Diferencia %
Proporción de donantes voluntarios y altruistas no remunerados reclutados.	4.0	20.5	3.28	-84
Porcentaje de entidades federativas que han implementado acciones para fortalecer sus servicios de sangre.	0.0	40	30	-25
Proporción de calificación biológica de unidades de sangre en serología infecciosa para prevenir la transmisión de infecciones por la vía transfusional.	VIH 94.08 VHC 93.94 VHB 93.55 T. cruzi 44.84 T. pallidum 89.52	97	VIH 98.95 VHC 98.03 VHB 98.43 T. cruzi 89.05 T. pallidum 98.55	2 1 1 -8 2
Porcentaje de los bancos de sangre que participan en el programa de control de la calidad externa de las determinaciones analíticas.	70.0	68	72%	6
Poner en marcha el programa de evaluación externa de inmunohematología.	0.0	40	60	50
Proporción de armonización de la normatividad.	20.0	50	50	0

Se establecieron acuerdos con los Secretarios de Salud de los estados de Morelos, Querétaro, México, Guanajuato y Tamaulipas para favorecer la organización de los servicios de sangre de la SESA con equipos móviles para realizar colectas externas, así como para promover que los CETS tengan facultades para ejercer el control de la gestión de insumos para los servicios de sangre públicos en la entidad federativa correspondiente; y ejercer la coordinación institucional del Programa Transfusión Sanguínea

Por contingencia epidemiológica del virus de la influenza A(H1N1), se emitió una circular a todos los establecimientos con los lineamientos a seguir para prevenir contagios y el desabasto de sangre.

5.5.2 CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

En concordancia con el PND que establece como objetivo mejorar las condiciones de salud de la población y de brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente, el Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA) sustentando su Plan de Acción Específico en la estrategia del PROSESA relativa a organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud con el diseño e instrumentación del Sistema Nacional de Trasplantes (SNT) desarrolló del 1° de septiembre del 2008 al 31 de agosto del 2009 las acciones que a continuación se detallan.

En el Programa de desarrollo y fortalecimiento de la red de establecimientos proveedores de órganos, se realizó la propuesta, desarrollo y consenso de los “Lineamientos para la asignación y distribución de órganos y tejidos de cadáveres de seres humanos para trasplante”, mismos que establecen el orden de prelación para la asignación de órganos a los pacientes y los mecanismos de coordinación para la distribución de los mismos entre las diversas instituciones que conforman el SNT, dichos lineamientos se publicaron en el DOF el 23 de abril del 2009; se integraron al SNT 61 nuevos establecimientos para hacer un total de 400 establecimientos activos que realizan actividades de disposición de órganos y tejidos con fines de trasplantes.

Dentro del Programa para el fortalecimiento de los comités internos de trasplante, se realizaron visitas a los comités internos de 65 establecimientos, con el fin de dar a conocer y promover la aplicación de la normativa en la materia y favorecer su reintegración y funcionamiento regular, así como promover la toma de decisiones colegiadas y el registro oportuno de la información de su actividad.

Actualmente se encuentran registrados un total 11,998 pacientes en espera de un trasplante a nivel nacional; de mantenerse como hasta ahora las cifras de trasplantes y donaciones, se estima que para agosto de 2009 se realizarán un total 4,630 trasplantes, de los cuales el 52 por ciento serán de córnea y 48 por ciento de riñón; mientras que las donaciones ascenderán a 2,186, de las cuales el 61 por ciento provienen de personas vivas y 39 por ciento de fallecidas (Cuadro V.6); es necesario aclarar que las cifras estimadas para este periodo, toman en consideración que durante los meses de abril, mayo y junio las actividades relativas a trasplantes fueron afectadas por la contingencia de la influenza A(H1N1), por lo que son menores a las reportadas en los años 2007 y 2008.

Con respecto a los procesos de control y seguimiento de la actividad de trasplantes se integró al Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes (SIRNT), el subsistema para el reporte de trasplante de progenitores hematopoyéticos, se realizaron 25 talleres para su manejo y se otorgó asesoría a 2032 usuarios de este sistema.

Cuadro V.6

Principales Datos anuales de la actividad de donación y trasplantes en México				
Concepto	2007	2008	2009 ¹	Variación % 2008-2009
Donaciones de personas fallecidas ²	925	951	851	-11
Donaciones de personas vivas ²	1620	1757	1335	-24
Total donaciones	2,545	2,708	2,186	-19
Trasplantes de riñón (personas fallecidas y vivas)	2197	2244	1930	-14
Trasplantes de córnea (donaciones nacionales/importadas)	2639	2386	2095	-12
Total trasplantes	4,836	4,630	4,025	-13

FUENTE:
Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes. Agosto 2009.
¹Cifras estimadas
² Donaciones concretadas

En cuanto a las actividades de enseñanza y capacitación, en el periodo que se informa, se llevaron a cabo los VIII, IX y X Diplomados de coordinadores hospitalarios de donación y los V y VI Cursos de promotores líderes de la donación, con el fin de capacitar a los profesionales de la salud asignados a los servicios de donación y obtención de órganos y tejidos con fines de trasplante; se participó en seis sesiones clínico académicas sobre diversos aspectos de donación y un taller sobre el procedimiento para el diagnóstico de muerte encefálica en el área metropolitana; y, se realizó la campaña anual de donación y trasplante de órganos con la participación coordinada de 16 estados de la República en la Semana Nacional de Donación y Trasplante de Órganos 2008 y se organizó el 1er Concurso Nacional de Dibujo Infantil con el tema de donación y trasplante de órganos.

Se llevaron a cabo cuatro reuniones con los secretarios técnicos y directores generales de consejos y centros estatales de trasplantes de 20 entidades federativas de concertación de acciones, así como con cuatro reuniones con las coordinaciones de trasplantes de las instituciones de salud en México que cuentan con establecimientos dedicados a la actividad de disposición de órganos o tejidos con fines de trasplante, para establecer los mecanismos de distribución de los órganos y tejidos.

Se publicaron cuatro números de la revista de trasplantes con un tiraje de 3,000 ejemplares más su versión electrónica que se difunde de forma permanente en el portal www.cenatra.salud.gob.mx, mismo que fue actualizado y complementado en todos sus contenidos, además de la edición de tres materiales de difusión sobre el tema de la donación y trasplantes para la población.

En relación a la atención de la población se atendieron 1,300 personas con información personalizada sobre los procesos de donación y trasplantes, se distribuyeron 150,000 tarjetas de donadores voluntarios y se tuvieron 463,514 consultas a la página Web.

5.5.3 SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

Los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) se agrupan en un organismo público desconcentrado, que proporciona servicios de atención médica especializada de alto nivel, para la prevención, tratamiento y rehabilitación de personas con trastornos mentales y del comportamiento, promueve estudios e investigación clínica y socio-médica para el desarrollo de mejores estrategias de prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, publica los resultados de las investigaciones y trabajos que se realizan, difunde la información técnica y científica en materia de salud mental y capacita a profesionales en el campo de la psiquiatría.

Las actividades sustantivas de SAP están alineadas al PND y al PROSESA, a través de 11 estrategias y 6 objetivos generales, plasmados en el Programa de Acción Específico de Atención en Salud Mental 2007-2012, cuyo objetivo general es: "Contribuir a mejorar el nivel de salud mental de la población mediante la promoción de políticas y programas que garanticen un trato digno, abata la estigmatización y discriminación del paciente y permitan su reintegración social a través de una atención comunitaria integral, continua y con calidad, misma que se encuentra incluida en la Red de Servicios de Salud General y bajo los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud". A continuación se desglosan analíticamente las metas y acciones de SAP relacionadas con dichos temas.

De enero a julio de 2009 se otorgaron 88,851 consultas, al compararse con el 2008 en el mismo periodo, se observa un incremento del 24.52 por ciento, el cual se mantiene de manera progresiva desde el 2007, probablemente debido a una mayor disponibilidad del servicio y a una mayor demanda de los usuarios. El promedio de días estancia también tuvo una variación positiva de 19.1 por ciento en el 2009, cifra que se encuentra dentro del estándar, debido a que uno de los 3 hospitales atiende pacientes de larga estancia; lo mismo sucede con el porcentaje de ocupación hospitalaria de las 3 unidades, cuyo aumento fue de 3.05 por ciento, cifra ubicada dentro del estándar, esto se traduce en un mejor aprovechamiento del recurso cama instalada (Cuadro V.7).

Al comparar el periodo de enero a julio del año pasado comparado con el año actual en cuanto a satisfacción con el trato, se observó un descenso del 6.8 por ciento en este indicador; esto se explica porque en el presente año se homogenizó el formato de la encuesta; sin embargo, se encuentra por arriba de la meta establecida.

En las actividades académicas, destaca el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", el cual es sede del Curso de Especialización en Psiquiatría, en el 2008 concluyeron 19 alumnos, en 2009 ingresaron 25, y egresaron 5 alumnos de los Cursos de Alta Especialidad. En el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", sede clínica del Curso de Especialización en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, concluyeron 12 alumnos e ingresaron 16 médicos residentes. Paralelamente, se realizaron 102 cursos de capacitación con 1,366 asistentes.

Si bien la publicación de artículos científicos en 2009 fue escasa, es necesario aclarar que la mayor parte de éstas se tienen programadas en el segundo trimestre del 2009.

Cuadro V.7
INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA*

Concepto	Datos Anuales			Enero-Julio		
	Observado		Meta 2009	2008	2009	Variación anual%
	2007	2008				
Total de consultas otorgadas	129,932	199,614	222,509	71,354	88,851	24.52
Promedio de días estancia	22.96	25.77	30.00	23.40	27.87	19.09
Porcentaje de ocupación hospitalaria	77.58	84.01	82.10	77.40	80.53	4.05
Porcentaje de usuarios satisfechos con el trato recibido	94.24	92.26	85.00	93.10	87.73	-5.76
Médicos formados	30	41	41	41	41	0.00
Artículos publicados	31	20	20	10	1	-90.00
Artículos publicados en revistas de alto impacto	6	3	3	1	0	-100.00

*FUENTE: Sistema de Información en Salud (SIS) 2009. Sistema de Egresos Hospitalarios (SAEH) 2009.

6. IMSS-OPORTUNIDADES

6. IMSS-OPORTUNIDADES

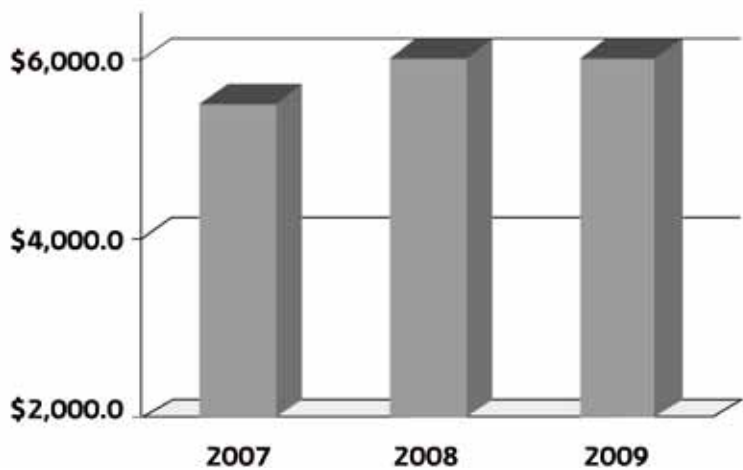
A lo largo de 30 años de labor, el Programa IMSS-Oportunidades ha logrado establecer una sólida red de servicios en salud que beneficia a más de 10.2 millones de mexicanos que carecen de seguridad social -entre ellos, 3.4 millones de indígenas, en zonas rurales y urbano marginadas de 27 estados de la República-, su objetivo principal es otorgar servicios integrales de salud, principalmente, a población abierta en desventaja social, articula sus acciones al Programa Desarrollo Humano Oportunidades, al otorgar el Componente de Salud a las familias beneficiarias del mismo, y, brinda atención a derechohabientes del IMSS y de otras instituciones de seguridad social, como Seguro Popular, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, entre otros.

IMSS-Oportunidades fundamenta su operación en el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS), sustentado en la atención primaria a la salud, y compuesto por dos vertientes primordiales: la atención médica y la acción comunitaria; la primera se encarga de proporcionar servicios de salud y llevar a cabo acciones de vigilancia epidemiológica, a través de una red regionalizada de servicios, la cual está integrada por 3,549 unidades médicas rurales, 226 unidades médicas urbanas, 70 hospitales rurales y 225 unidades móviles²; mientras que la segunda, incorpora a las comunidades e individuos en la práctica de hábitos saludables, con lo que se busca mejorar la calidad de vida de las personas a largo plazo, a través de un ejército de más de 292 mil voluntarios de salud que apoyan las acciones médicas.

El programa IMSS-Oportunidades se vincula con el PND y el PROSESA, en la Estrategia “Vivir Mejor” debido a que prioriza los servicios médicos de calidad y calidez, mediante acciones de capacitación, equipamiento y fortalecimiento de infraestructura; lo cual contribuye a mejorar las condiciones de salud de la población usuaria. Además, refuerza actividades de alto impacto, con las cuales busca reducir las desigualdades de salud en zonas marginadas y promueve convenios de colaboración interinstitucional con miras a contribuir a la universalización de los servicios de salud rumbo al año 2010. De esta manera, IMSS-Oportunidades se constituye como un pilar fundamental del Sector Salud de México, y como uno de los componentes más importantes de dicha estrategia del Gobierno de la República.

El IMSS-Oportunidades es un Programa financiado con recursos públicos, aprobados por la H. Cámara de Diputados en el Presupuesto de Egresos de la Federación. Estos recursos constituyen un subsidio Federal y son ministrados, a través del Ramo XIX, “Aportaciones a Seguridad Social”, para el Ejercicio Fiscal 2009, el programa recibió 1,500.0 millones de pesos según lo señalado en el Anexo 25 C. “Infraestructura para la Función Salud en Seguridad Social” del Presupuesto de Egresos de la Federación (Figura 6.1), los cuales se invirtieron en importantes obras en beneficio de la población, entre las cuales destaca la construcción y equipamiento de ocho nuevos hospitales rurales, 39 unidades médicas rurales, 101 centros de atención al adolescente rural, nueve módulos de salud ginecológica y 70 unidades médicas urbanas.

Figura VI.1
PRESUPUESTO AUTORIZADO AL PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES EN EL RAMO XIX
“APORTACIONES A LA SEGURIDAD SOCIAL” (CIFRAS EN MILLONES DE PESOS)



² Destinadas a atender localidades particularmente dispersas y apartadas, denominadas microrregiones.

De acuerdo al Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA), durante el periodo de evaluación, se realizaron 213,567 egresos hospitalarios, 20,242,083 consultas, 101,140 intervenciones quirúrgicas, 7,809,717 estudios de laboratorio, 416,798 estudios de rayos X, se atendieron 123,286 partos y la ocupación hospitalaria del IMSS-Oportunidades fue del 78 por ciento, con un promedio de 3 días por estancia.

IMSS-Oportunidades brinda el componente de salud al 26 por ciento del total de familias que atiende el Programa Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO) en todo el país, llega hasta las localidades más lejanas y dispersas en el ámbito rural y urbano de nuestro país. Durante el periodo que se informa, el programa tuvo presencia en 15 entidades en el ámbito rural y 125 en el urbano, 1,323,598 familias se beneficiaron, se otorgaron 15,083,571 consultas, de las cuales el 16 por ciento (2,410,380) fueron a menores de 5 años y 985,845 (6 por ciento) a mujeres embarazadas o en lactancia y se distribuyeron 11,088,023 sobres de complemento alimenticio a niños y mujeres beneficiarias.

El Programa IMSS-Oportunidades lleva a cabo encuentros médico quirúrgicos (EMQ) con el objetivo de acercar servicios gratuitos de alta especialidad a zonas rurales e indígenas del país. En promedio, durante siete días médicos especialistas y enfermeras del IMSS, viajan a las comunidades más dispersas y apartadas, para realizar intervenciones y procedimientos quirúrgicos en las especialidades de cirugía pediátrica, cirugía reconstructiva, ginecología, oftalmología, y traumatología, principalmente. Entre septiembre de 2008 y mayo de 2009 se realizaron 15 encuentros, se valoraron 8,319 y se efectuaron 2,102 procedimientos quirúrgicos; de junio a agosto del 2009 se tiene programado efectuar 9 EMQ más, con los cuales se considera rebasar las cifras correspondientes al periodo anterior (Cuadro VI.2). Entre los beneficios de los EMQ destacan la operación de cataratas, detección de cáncer de mama y cérvico uterino, corrección de labio leporino y paladar hendido, de problemas ortopédicos, secuelas de traumatismos y quemaduras.

Cuadro VI.2
ENCUENTROS MÉDICOS QUIRURGICOS DEL PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES

Periodo	Encuentros Médico Quirúrgicos Realizados	Pacientes Valorados	Procedimientos Quirúrgicos Realizados
Sept.2007-Ago. 2008	22	15,989	2,859
Sept.2008-Mayo 2009	15	8,319	2,102
Junio 2009-Ago-2009	9		

FUENTE: Registros de Encuentros Médico Quirúrgicos del Programa IMSS-Oportunidades 2007-2008.

Durante el periodo septiembre de 2008 al mes de agosto de 2009, se llevó a cabo la supervisión en los ámbitos rural y urbano del Programa, correspondientes a las delegaciones de Chihuahua, Coahuila, Campeche, Michoacán, Oaxaca, Puebla, Hidalgo y San Luís Potosí, con ello se logró una cobertura del 89 por ciento, de acuerdo a lo programado con base al método de trazadores, lo cual permitió implementar estrategias de mejora de la calidad de la atención médica en beneficio de las familias Oportunohabientes. Mientras que solo se visitó a una unidad médica urbana en la delegación Guanajuato.

Las coberturas de vacunación del esquema básico en niños de un año de edad, ascienden al 98.5 por ciento; mientras que en el grupo de niños de 1 a 4 años, alcanzan el 99.5 por ciento; en ambos casos, las cifras se encuentran por arriba de los criterios de certificación establecidos por el Consejo Nacional de Vacunación (95 por ciento), con lo que se logró un impacto significativo en el control de enfermedades prevenibles por vacunación; con ello se considera que el Programa IMSS-Oportunidades se encuentra en armonía con la línea de acción cinco, correspondiente a la estrategia dos del PRONASA 2007-2012 en torno a reducir la incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación.

En la temporada invernal 2008-2009 se realizó la vacunación contra la influenza estacional, aplicándose 599,046 dosis a los grupos de riesgo; y durante la contingencia por la Influenza A(H1N1) se aplicaron a trabajadores de salud del programa IMSS-Oportunidades 10,800 vacunas contra esta misma enfermedad

En coordinación con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, en este periodo IMSS-Oportunidades participó en la prevención integral del cáncer cérvico uterino en municipios con alta marginación donde se aplicaron 46,793 dosis de vacuna contra el virus del papiloma humano, y de igual forma se realizaron 36,520 detecciones de cáncer mediante la captura de híbridos; además, en el último año, se realizaron 2,243,969 exploraciones ginecológicas, con 1,690,952 estudios de cáncer cérvico uterino y 2,429,863 de cáncer de mama; con ello se avanza en el cumplimiento de las metas estratégicas 1.5 y 1.6 contenidas en el PRONASA 2007-2012.

Los niños menores de 5 años forman parte de la población más susceptible a sufrir consecuencias adversas por la desnutrición infantil. IMSS-Oportunidades combate dicha situación mediante 3,521 centros de educación nutricional y 190 centros de recuperación nutricional, además de llevar a cabo acciones de valoración nutricional en niños menores de 5 años, para identificar a aquellos que padezcan dicho problema. Del 1° de septiembre de 2008 al 31 de agosto de 2009, la desnutrición infantil pasó de una prevalencia del 8.81 por ciento al 8.61 por ciento y se cumplió con el 92 por ciento de valoraciones del estado nutricional, de esta manera, el programa apoya el cumplimiento de la meta 5.1 del PRONASA 2007-2012.

En materia de salud reproductiva, –que incluye los componentes de planificación familiar, salud materna y salud perinatal–, según cifras SISPA, IMSS-Oportunidades registró 339,532 nuevas aceptantes de métodos anticonceptivos, logró una cobertura de 77.41 por ciento de métodos anticonceptivos post-evento obstétrico, otorgó 1,413,390 consultas de control prenatal y atendió 105,173 partos con personal calificado; esto dio como resultado la reducción de la tasa de mortalidad materna, de 58.2 por 100,000 nacidos vivos –en el periodo de septiembre de 2007 a agosto de 2008– a 38.5 por 100,000 nacidos vivos estimados por el Consejo Nacional de Población.

IMSS-Oportunidades ha dado continuidad a la operación del MAIS del adolescente rural, mediante el fortalecimiento de sus 3,617 centros de atención rural al adolescente (CARA), los cuales forman parte de una exitosa estrategia educativa que busca modificar comportamientos y prácticas de alto riesgo mediante actitudes informadas, con lo cual, no sólo se pretende mantener una población adolescente sana y responsable, sino la potencial formación de una población adulta saludable; en este ámbito, se formaron y capacitaron 11,574 equipos juveniles, se desarrollaron 25,545 módulos ambulantes o actividades extramuros para la atención de adolescentes, se organizaron 10,637 encuentros educativos, se capacitaron 545,663 adolescentes en temas de promoción a la salud y prevención de enfermedades. El PREVENIMSS en el medio rural, constituye la estrategia central de IMSS-Oportunidades en materia de prevención y control de padecimientos transmisibles y crónico-degenerativos; en este periodo se entregaron de manera informada, 129,183 cartillas y guías del usuario adicionales en los cinco grupos prioritarios; esto significa una cobertura del 95 por ciento del total de la población.

Respecto a los padecimientos crónico-degenerativos con mayor impacto en la morbilidad y mortalidad de la población atendida por el Programa, del 1° de septiembre de 2008 al 31 de agosto de 2009 se realizaron 3,360,242 detecciones de diabetes mellitus, esto permitió incorporar a 14,474 casos nuevos a tratamiento y control. Mientras que se detectaron 4,212,028 casos de hipertensión arterial, incluyendo 14,719 casos nuevos a manejo terapéutico.

En materia de enfermedades transmisibles, en el periodo que se informa se llevaron a cabo 74,061 detecciones de tuberculosis, se identificarán 968 casos nuevos de tuberculosis respiratoria, lo que dio como resultado una incidencia de 9.6 casos nuevos por cada 100,000 personas atendidas por el Programa; mientras que se estudiaron y trataron 2,296 casos de dengue clásico y 175 de dengue hemorrágico.

Parte fundamental del MAIS, es la organización comunitaria, figura esencial con quien el Programa IMSS-Oportunidades lleva a cabo las acciones de promoción de la salud a nivel local, constituye el enlace entre los servicios de salud y la comunidad. La organización está formada por los diferentes grupos de voluntarios. Para el presente periodo se contó con 14,939 voluntarios de salud, 157,715 voluntarios y 16,763 comités de salud, quienes orientan a la comunidad a través de diversas actividades, entre ellas destacan los talleres sobre 35 temas del PDHO, en dicho periodo llevaron a cabo 601,560 talleres con un total de 9,870,797 asistentes y un promedio de 16 participantes por taller, realizaron 298,401 círculos de lectura sobre las guías para el cuidado de la salud con las familias beneficiarias de IMSS-Oportunidades con la asistencia de 2,970,257 personas con 10 asistentes en promedio.

Dichos grupos, derivaron a 154,906 mujeres para control prenatal, atención del parto y puérperas y dieron seguimiento a 48,879 mujeres que les fueron contrarreferidas por los equipos de salud, contribuyeron con la valoración de 226,226 niños y de 8,856 embarazadas probables desnutridos, de los cuales 140,332 fueron derivados a los equipos de salud para su correspondiente diagnóstico y efectuaron el control en comunidad de 107,918 personas con desnutrición contrarreferidos por los equipos de salud.

Entre septiembre de 2008 y agosto de 2009, el promedio de la participación familiar con relación al universo de trabajo de IMSS-Oportunidades en agua limpia fue de 96.8 por ciento, en disposición sanitaria de excreta fue de 94.2 por ciento, en disposición sanitaria de basura y desechos de 97.1 por ciento y en control de fauna nociva y transmisora de 92.2 por ciento; esto implica que se superó la meta establecida para este año en la Matriz de Indicadores del Marco Lógico y se contribuyó a la reducción de riesgos de padecimientos de vías digestivas, respiratorias y transmitidos por vectores.

Un elemento importante que favorece el acercar los servicios de salud es la vinculación de la medicina institucional con la medicina tradicional. A la fecha se mantiene coordinación con 6,158 parteras voluntarias rurales, quienes otorgaron 178,243 pláticas de consejería para la planificación familiar y derivaron a 21,667 parejas para la adopción de algún método temporal o definitivo de planificación familiar; atendieron a 166,287 embarazadas para su control prenatal (de primera vez y subsecuentes) y 12,411 partos de bajo riesgo, derivando a unidades médicas a 64,634 embarazadas para control prenatal y 7,026 para atención del parto. Mientras que los 1,727 terapeutas tradicionales identificaron y derivaron a 59,069 personas a las unidades médicas de 1° y 2° nivel de atención y atendieron a 140,755 pacientes con enfermedades respiratorias, digestivas y padecimientos crónico-degenerativos.

En cuanto a capacitación y comunicación en salud 13 directores de hospitales rurales del Programa fueron capacitados con el curso ATLS (Advanced Trauma Life Support), 28 jefas de enfermería recibieron el curso BLS (Basic Life Support), 5 técnicos radiólogos recibieron capacitación sobre el uso adecuado del equipo de mastografía. Con estas acciones se reitera el compromiso del Programa en la formación del personal institucional.

A fin de contribuir a una cultura de transparencia, honestidad y rendición de cuentas, la contraloría social en cada unidad médica tiene a disposición el buzón de quejas y sugerencias, donde la población beneficiaria deposita de manera escrita sus comentarios, quejas y sugerencias. En el periodo descrito se recibió un total de 58,409 reconocimientos; 18,284 quejas de las cuales el 72 por ciento fueron atendidas, el motivo más frecuente de queja fue la falta de medicamentos e insumos.

7. SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

7. SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

En consonancia con el Objetivo 2 del PROSESA, en relación a reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginada, a través del Programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia S149 Sujeto a Reglas de Operación que el Sistema Nacional DIF coordina con los sistemas estatales (SEDIF) entre el mes de septiembre de 2008 y el mes de agosto de 2009 se realizaron 67 reuniones, 59 campañas y 2,252 eventos con la participación de 54,426 niñas y niños y 31,489 adultos. En 241 Ciudades de 19 entidades se atendieron a 10,580 niñas y niños en riesgo, y 643 niñas y niños víctimas, al compararse con los resultados alcanzados con las estimaciones proyectadas del 1 de enero de 2007 al 30 de junio de 2009, se da cuenta de un avance del 97 por ciento.

En el periodo, se logró proporcionar atención a 141,005 niñas y niños menores de seis años, hijos de madres trabajadoras; de los cuales el 63 por ciento (88,814) asistieron a centros de asistencia infantil comunitarios (CAIC) y 37 por ciento (52,191) a los centros asistenciales de desarrollo infantil (CADI); esto significa un desempeño del 100 por ciento respecto a lo programado.

En cuanto a prevención, atención, desaliento y erradicación del trabajo infantil urbano marginal (PADETIUM), de enero de 2007 a junio de 2009, los SEDIF atendieron a 168,412 niñas, niños y adolescentes trabajadores y 249,197 niñas y niños considerados en riesgo por ser miembros de 289,861 familias en situación de vulnerabilidad. A las niñas y niños beneficiados por el programa se les proporcionó el acceso a diversos apoyos y servicios, tanto de orientación escolar, como asistenciales en coordinación con sistemas estatales y municipales DIF. En el periodo mencionado se tuvo un desempeño del 106 por ciento en cuanto a las coberturas de la población objetivo.

De enero de 2007 a junio de 2009 se beneficiaron a 102,682 madres, padres y embarazadas adolescentes; de éstos 96,008 fueron mujeres y 6,674 hombres (14 por ciento menos de lo programado) y se proporcionó información y orientación a 1,374,125 adolescentes (13 por ciento menos).

Entre septiembre de 2008 y agosto de 2009 se logró otorgar protección a 21,910 niñas, niños y adolescentes migrantes o repatriados no acompañados por autoridades migratorias, proporcionándoles servicios en los diferentes albergues públicos y privados que integran la red en las fronteras norte y sur, así como el traslado seguro y ordenado a sus comunidades de origen. Al comparar los resultados acumulados entre el 1° de enero de 2007 al 30 de junio de 2009, respecto al periodo del 1° de enero de 2001 al 30 de junio de 2003, se puede observar un incremento en las coberturas alcanzadas del 126 por ciento, al haberse proporcionado atención y servicios en la red de albergues a 48,560 personas contra 21,524, respectivamente.

El Sistema Nacional DIF busca promover la adecuada ejecución de los proyectos, aspectos relacionados con la atención a niñas, niños y adolescentes en situación de calle, esquemas de becas, investigación, promoción y difusión del fenómeno; así como la identificación de las principales necesidades de fortalecimiento institucional de los SEDIF, SMDIF y OSC participantes. Mediante el establecimiento de estos vínculos ha sido posible proporcionar servicios consistentes en alimentación, educación y cuidados diarios en instalaciones como son albergues, casas hogar e internados. Ello ha dado como resultado generar beneficios en 23,516 niñas y niños, a través de 101 proyectos de esquemas de becas. Así como en el conocimiento de las condiciones y su situación por medio de 7 investigaciones. Al comparar los resultados acumulados entre los periodos comprendidos entre el 1° de enero de 2007 al 30 de junio de 2009, respecto al periodo del 1° de enero de 2001 al 30 de junio de 2003, se puede observar un incremento en las coberturas alcanzadas del 30 por ciento, al haberse integrado 72,654 personas a los diversos campos de acción del programa en el primero de los periodos referidos, respecto a 56,039.

Respecto al Programa de estancias infantiles para apoyar a las madres trabajadoras (S174) sujeto a:

- Reglas de operación, que el Sistema Nacional DIF en coordinación con la SEDESOL en el periodo enero de 2007 a junio de 2009 se tienen 8,290 estancias abiertas; 221,277 niños y niñas de 1 a 4 años de edad inscritos, 3,861 cursos impartidos y 36,095 visitas realizadas. En 2009 se realizaron 9,633 visitas de seguimiento a las estancias infantiles, lo que significa un 107 por ciento de cumplimiento respecto a lo programado al mes de mayo; y de enero de 2007 a junio de 2009 se realizaron 18,609 visitas iniciales para la apertura de estos centros. Esta información se refleja en el indicador “avance de visitas de seguimiento del Programa de Estancias Infantiles” de la Matriz de Marco Lógico 2009 (MML) del nivel de actividad.

En el 2009 se realizaron 151 acciones de capacitación a las estancias infantiles, lo que significa un 100.7 por ciento de cumplimiento respecto a lo programado al mes de mayo. En el periodo de enero de 2007 a junio de 2009 se efectuaron 450 capacitaciones sobre el programa. Esta información se reporta en el indicador “avance en el cumplimiento de procesos de capacitación del Programa de Estancias Infantiles” de la MML del nivel de actividad.

Del 1° de enero de 2007 al 30 de junio de 2009, el SNDIF a través de 4 centros nacionales modelo, y del Centro Amanecer para Niños, correspondientes al Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable otorgó 3,786,794 servicios a niños, niñas y adolescentes en desamparo, 30.9 por ciento más de lo programado en el mismo periodo, así como 1,293,003 raciones alimenticias con una variación del -0.3 por ciento, a un promedio 396 menores, 7 por ciento más de lo programado; las variaciones presentadas se deben principalmente a que se brindó albergue temporal para su protección del mes de octubre del año 2007 a enero de 2008 a 101 niñas, niños y adolescentes originarios de Tabasco por la contingencia climatológica (inundaciones); y actualmente se proporciona albergue temporal a 112 niños, niñas y adolescentes en las casas hogar para menores desde el pasado 29 de enero de 2009 a la fecha, provenientes de la institución “Casitas del Sur”.

En México, la situación de los adultos mayores es preocupante, ya que son una población vulnerable frecuentemente susceptible a asistencia social, en las 4 Casas Asistenciales del SNDIF, de septiembre de 2008 a agosto de 2009 se efectuaron 1,024,575 acciones a favor de dicho grupo, con una variación de 1.2 por ciento más respecto de las acciones del mismo periodo del 2007, se otorgaron 460,004 raciones alimenticias 2 por ciento más que las realizadas en este periodo durante el 2007. Todas estas acciones y raciones se brindaron en el 2008 a un promedio de 470 adultos mayores. También se fomenta la participación de las y los adultos mayores en actividades ocupacionales, recreativas, culturales y sociales a través del “Programa de Atención de Día”, atendiendo a un promedio anual de septiembre de 2008 a agosto de 2009 de 98 adultos mayores, con una variación del 5.3 por ciento más con respecto al mismo periodo del 2007.

Se otorgaron 181 apoyos en especie a familias y población vulnerable, 1,163 apoyos económicos; mientras que de enero de 2007 a junio de 2009 éstos ascendieron a 354 y 2,425, respectivamente. En promedio, se atendieron 348 personas mensualmente que fueron derivadas por este sistema a instituciones con convenio de colaboración; a diferencia del promedio mensual de las 331 personas derivadas durante enero de 2007 a junio de 2009.

En los siete campamentos recreativos del SNDIF, de septiembre de 2007 a junio de 2008 la cobertura fue de 33,184 menores, adolescentes, adultos mayores y personas con alguna discapacidad (100.7 por ciento de lo programado); a todos ellos se les proporcionó 475,118 raciones alimenticias, así como la realización de 6,877 eventos culturales, deportivos y recreativos. Se logró una cobertura de 30,925 menores, adolescentes, adultos mayores y personas con alguna discapacidad (93.9 por ciento de lo programado) y se otorgaron 443,387 raciones alimenticias, así como la realización de 6,468 eventos culturales, deportivos y recreativos. La desviación de -6.8 por ciento se debió al cierre de los campamentos durante cuatro semanas como medida preventiva para evitar contagios de la influenza A(H1N1).

A través de los Programas Alimentarios para la Superación de la Pobreza, correspondientes al Ramo 33, Fondo de Aportaciones Múltiples, Rubro Asistencia Social, el SNDIF contribuye con el objetivo 5 del PROSESA respecto a garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país; mediante la distribución de desayunos y asistencia nutricional a familias en desamparo y sujetos vulnerables.

El objetivo de la distribución de desayunos escolares consisten en “Contribuir a mejorar el estado de nutrición y promover una alimentación correcta mediante un desayuno o comida escolar” al sustituir la leche entera por semidescremada, salvo justificación con base en el estado de nutrición de los beneficiarios, e incluir alimentos de los tres grupos del plato del bien comer con énfasis en el consumo de verdura, fruta y cereales integrales, y disminuyendo el aporte de azúcar, grasa y sodio. Adicionalmente el programa promueve la participación conjunta de los niños, padres de familia y maestros a través de orientación alimentaria y desarrollo comunitario.

Con recursos federales los sistemas estatales DIF, de septiembre de 2008 a agosto de 2009, se estima distribuyeron 946,668,466 desayunos escolares, beneficiando a 5,245,667 niños y niñas. De éstos 1,238,549 (24 por ciento) son beneficiarios indígenas. Al compararse con los periodos de enero de 2001 a junio de 2003 y de enero de 2007 a junio de 2009 (cifras estimadas) se tiene un incremento del 29 por ciento en los desayunos distribuidos. También se otorgó apoyo alimentario a 432,578 menores de 5 años no escolarizados, de los cuales 133,440 (31 por ciento) son menores indígenas y se distribuyeron 85,222,838 raciones en 1,539 municipios del país

Los SEDIF otorgaron 3,618,061 apoyos alimentarios directos y temporales, acompañados de acciones formativas dirigidas a fomentar hábitos alimentarios adecuados en el núcleo familiar, desarrollo de habilidades y conocimientos para el mejoramiento de sus condiciones de desamparo a 496,766 familias en situación de pobreza o desastre, en 885 municipios. Asimismo, en dicho periodo distribuyeron 7,374,593 despensas a madres embarazadas o en periodo de lactancia, discapacitados y adultos mayores, apoyando a 947,034 beneficiarios, de los cuales 257,131 (26 por ciento) habitan en municipios indígenas.

En cuanto a espacios de alimentación, encuentro y desarrollo; el DIF benefició a 251,954 personas con 58,833 miles de raciones alimenticias calientes elaboradas en 2,092 cocinas y repartidas en espacios habilitados para la elaboración comunal de alimentos con población en condiciones de inseguridad alimentaria.

- El SNDIF a través de la estrategia denominada Modelo Nacional de Educación Familiar tiene como objetivo impulsar la profesionalización de las personas que llevan programas de orientación y educación familiar que benefician a familias en comunidades, escuelas, centros de rehabilitación social y directamente en los SEDIF y SMDIF. De enero de 2007 a agosto de 2009 se incrementó la cobertura en 33 por ciento, al pasar de 15 a 20 estados que llevan a cabo dicha estrategia; el número de orientadores se incrementó a 15 por ciento, esto hace un total de 1,600; mientras que el número de beneficiarios incrementó en 42 por ciento, para un total de 17,000. Asimismo, se trabaja en la ampliación de la “Estrategia de Fortalecimiento Familiar”, sus herramientas se presentaron en 20 entidades.

Como un primer paso para la comprensión de la realidad familiar en México, se publicó con el Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM, el libro: “Las Familias Mexicanas Contemporáneas: Comportamientos, Percepciones y Valores”, mismo que se distribuyó en los sistemas estatales DIF y en eventos como el “Encuentro Mundial de Familias”, realizado en la Ciudad de México en enero de 2009. Con esta se alcanza la cifra de 12 publicaciones derivadas de la Perspectiva Familiar y Comunitaria y el Diagnóstico de la Familia Mexicana. Adicionalmente se distribuyeron 1,000 ejemplares del documento “Diagnóstico de la Familia Mexicana y Estrategia de Fortalecimiento Familiar”, cuyo objetivo es impulsar un trabajo coordinado desde el Sistema Nacional DIF con diferentes instancias y así generar alianzas para prevenir y combatir vulnerabilidades.

Dos veces al año, se realiza el taller de procuradores de la defensa del menor y la familia, cuyo objetivo es congrega a los 32 procuradores a fin de generar acuerdos que permitan mejorar el funcionamiento operativo para la prestación de servicios de asistencia jurídica y social. En octubre de 2008 se llevó a cabo el XVIII Taller con sede en Chihuahua, y en junio del año en curso se celebró el XIX Taller en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Adicionalmente se efectuaron 13 cursos de capacitación al personal de las procuradurías durante el periodo de septiembre de 2008 a agosto de 2009, a 6 SEDIF.

Con las acciones anteriores, el SNDIF se encuentra en armonía con la estrategia 2 del PROSESA que pretende fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades, y a través de la línea de acción 2.3 correspondiente a diseñar programas y acciones para el fortalecimiento y desarrollo integral de la familia.

Referente a la estrategia 5 del PROSESA, respecto a organizar e integrar la prestación de servicios del sistema nacional de salud; línea de acción 5.4. Fortalecer la prevención, atención y rehabilitación integral de las personas con discapacidad; el SNDIF a través del programa de atención a personas con discapacidad logró reintegrar a 16,567 personas de 110,927 personas atendidas de primera vez, al cierre del año, la meta alcanzada de este indicador fue de 14.9 por ciento, lo que significó un cumplimiento de 112 por ciento, con relación a la meta original. Se otorgaron 4,037,396 servicios y apoyos para la prevención y atención de las personas con discapacidad al cierre del 2008, la meta alcanzada fue de 114.3 por ciento, con relación a la meta original, mientras que para el mes de mayo de 2009 se lleva un cumplimiento del 101.8 por ciento de ésta..

Se realizaron 22,543 pláticas de orientación e información sobre la discapacidad a diversos grupos de la comunidad, a las que asistieron 390,172 personas con discapacidad o en riesgo de presentarla y sus familias, 20.9 por ciento y 25.3 por ciento más a lo programado en el mismo periodo, respectivamente.

De enero de 2007 a junio de 2009 se realizaron 207,484 valoraciones médicas, lo que significó un avance del 1.2 por ciento con respecto al programado al mismo periodo; lo mismo sucedió con las consultas médicas especializadas otorgadas a personas con discapacidad o en riesgo de presentarla y sus familias, las cuales registraron una variación del 3.9 por ciento con relación a lo programado al mismo periodo, esto significa un volumen de 2, 924,443 consultas.

8. CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, A.C.

8. CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, A.C.

Centros de Integración Juvenil A.C. (CIJ), como institución especializada en la atención integral de las adicciones, realizó acciones de prevención, tratamiento, investigación y capacitación para reducir la demanda de drogas, alcohol y tabaco en la población que se encuentra en situación de riesgo. Para la prestación de estos servicios, CIJ cuenta con 110 unidades de atención: 98 Centros de Integración Juvenil, 10 Unidades de hospitalización y dos unidades de tratamiento a personas con problemas del consumo de heroína, además de dos unidades móviles del programa extramuros para dejar de fumar.

En materia de prevención, CIJ realizó acciones en dos modalidades: universal y selectiva. La primera está dirigida a la población en general, mientras que con las actividades de prevención selectiva se atendió a grupos y sectores con una alta condición de riesgo y vulnerabilidad.

Durante el periodo comprendido entre el 1° de septiembre de 2008 y el 31 de agosto de 2009, se efectuaron 185,072 acciones preventivas sobre factores de riesgo y protección contra el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. El 36 por ciento de éstas correspondió a la estrategia de información; 48 por ciento a orientación y el 16 por ciento restante, a capacitación. Se alcanzó una cobertura de 2,062,900 personas entre niños, adolescentes, adultos jóvenes, padres de familia, familias conjuntas y población abierta.

A través del programa “Para vivir sin adicciones,” se atendió a 111,840 adolescentes, los cuales se encuentran en una etapa de la vida con mayor riesgo y vulnerabilidad a las adicciones.

Entre septiembre de 2008 y agosto de 2009 se realizaron 19,365 actividades de movilización comunitaria, con estas actividades se impactó a un total de 606,252 personas, con el fin de promover la participación activa de adolescentes y jóvenes, así como de la comunidad en general en actividades preventivas.

En las actividades de tratamiento, se llevaron a cabo acciones en cuatro vertientes tendientes a la rehabilitación y reinserción social de los usuarios de sustancias: consulta externa, centros de día, hospitalización y deshabituación con metadona en usuarios de heroína.

Adicionalmente, se realizaron 313,344 consultas externas a 54,380 pacientes y familiares mediante un abordaje profesional e interdisciplinario que incluye acciones diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación. En las unidades de hospitalización especializada se proporcionaron servicios de valoración, admisión, tratamiento en el modelo de comunidad terapéutica y rehabilitación a 1,223 pacientes, de los cuales 830 (68 por ciento) egresaron y 393 (32 por ciento) continúan en tratamiento. En la mayoría de los casos, se ha logrado la remisión total de la sintomatología adictiva.

El proceso de tratamiento y rehabilitación de cada paciente varía en función de la severidad de la adicción y del tipo de sustancias utilizadas, así como de los problemas médicos y psicosociales asociados al mismo. A través de las clínicas para personas con problemas de dependencia a heroína, se atendieron 722 pacientes a los que se les administraron 78,840 dosis de metadona. El programa de mantenimiento y deshabituación con metadona permite estabilizar a los usuarios de heroína, incidiendo positivamente en su reinserción familiar y social.

Con relación al tratamiento para dejar de fumar se realizaron 1,234 reuniones informativas con un impacto sobre 17,803 personas. En consejo médico se logró una cobertura de 7,838 pacientes y en tratamiento integral participaron 2,066 personas.

Al analizar los resultados acumulados de enero de 2007 a mayo de 2009, se observa que, en total, se efectuaron 478,321 acciones de información, orientación y capacitación preventiva, con una cobertura de 5,516,271 personas. Las actividades de movilización comunitaria ascendieron a 52,606 eventos impactando a 2,223,586 personas. Se otorgaron 756,394 consultas a 140,740 pacientes o familiares. Las unidades de hospitalización proporcionaron atención a 2,084 pacientes, de los cuales 1,769 (85 por ciento) egresaron y 315 (15 por ciento) continuaron su tratamiento. Se realizaron 3,322 reuniones informativas para dejar de fumar, en las cuales participaron 45,934 personas. En consejo médico se logró una cobertura de 24,057 pacientes y en tratamiento integral de 7,063.

Se desarrollaron diversas actividades de investigación y capacitación, con la finalidad de enriquecer y actualizar el marco teórico referencial de atención de las adicciones, así como para desarrollar alternativas en los modelos de atención preventiva y tratamiento. En el periodo comprendido entre el 1° de septiembre de 2008 y el 31 de agosto de 2009, se realizaron las siguientes actividades:

- Se concluyeron 16 investigaciones, en cuatro modalidades: Investigación Evaluativa, enfocada a la generación de indicadores de evaluación de los programas institucionales (4 estudios); Investigación Epidemiológica, centrada en la forma y tendencias del consumo de drogas en los usuarios de servicios de tratamiento de CIJ (3 estudios); Investigación Psicosocial, orientada al estudio de factores de riesgo o protección y del contexto socio-cultural del problema (7 estudios); e Investigación en Psicoterapia, dirigida a explorar el proceso de enfermedad y su atención psicoterapéutica (2 estudios).
- Se impartieron cursos de actualización en las modalidades presencial y a distancia a 803 profesionales de la salud especializados en adicciones.
- Diez médicos inscritos en la especialidad para el tratamiento de las adicciones egresaron satisfactoriamente. Cabe mencionar que con la actualización y especialización del personal, se logra un mayor impacto en los servicios de prevención, tratamiento y mejor calidad en la atención hospitalaria.
- Finalmente, cabe destacar, que CIJ lleva a cabo acciones concertadas con diversas instituciones para lograr sus objetivos. Entre las instituciones que existen convenios o acuerdos se encuentran la Secretaría de Salud, el CONADIC y la UNAM, entre otros.

**9. LABORATORIOS DE BIOLÓGICOS
Y REACTIVOS DE MÉXICO, S.A. DE C.V.**

9. LABORATORIOS DE BIOLÓGICOS Y REACTIVOS DE MÉXICO, S.A. DE C.V.

La empresa paraestatal Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México S.A. de C.V. (BIRMEX), se encarga del desarrollo, producción, comercialización y distribución de las vacunas, sueros y otros biológicos que emplean los programas de inmunización del país. Entre el 1° de septiembre de 2008 y el 30 de junio de 2009 la entidad realizó las siguientes actividades.

PRODUCCIÓN DE BIOLÓGICOS

Durante el periodo de enero a junio de 2009, se produjeron 18.9 millones de dosis de vacunas, sueros y reactivos biológicos en las plantas de producción del Instituto Nacional de Higiene y el Instituto Nacional de Virología, destinados a las campañas de vacunación que realiza el Sector Salud a lo largo del país. Este volumen es más de seis veces superior al producido durante el mismo periodo en 2008.

De vacunas bacterianas se produjeron 7.9 millones de dosis, volumen que es dos veces superior a la producida en 2008. Este comportamiento obedece a la necesidad de atender los compromisos del área comercial para surtir la demanda de este tipo de vacunas. Con relación a las vacunas virales, cabe aclarar que durante el primer semestre de 2008 la planta de producción de vacuna antipoliomielítica estuvo en remodelación; en tanto que en 2009 la producción de esta vacuna fue de 10.9 millones de dosis (Cuadro IX.1)

Cuadro IX.1
PRODUCCIÓN DE VACUNAS Y SUEROS 2007-2009

Concepto	Datos anuales			Enero-junio		
	Observado		Meta 2009	2008	2009	Variación % anual
	2007	2008				
Dosis producidas	45,401,632	47,503,034	72,004,305	2,626,055	18,917,289	620%
Vacunas bacterianas	20,562,985	18,264,375	51,000,000	2,444,830	7,951,135	225%
Vacunas virales	24,602,720	28,928,480	21,000,005	0	10,860,695	No aplica
Sueros hiperinmunes	194,727	310,179	4,300	181,225	105,459	-42%

FUENTE: BIRMEX-SS

PRODUCCIÓN DE ANTIVIRALES

En apoyo a las actividades que generó la contingencia sanitaria por la aparición del virus de la Influenza “A(H1N1)”, BIRMEX produjo 88,983 tratamientos de antivirales durante abril y mayo del 2009. Esta cantidad incluye muestras de retención, para lo cual reconstituyó parte de la reserva de Fosfato de Oseltamivir a granel, adquirida por la Secretaría de Salud en previsión de una pandemia.

La producción se efectuó en las instalaciones del Instituto Nacional de Higiene e inició el 18 de abril. Debido a la urgencia, el mismo día se entregaron los primeros 240 tratamientos al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Sin embargo, la solución reconstituida tenía la desventaja de una caducidad de tres semanas a temperatura ambiente y de seis semanas en refrigeración.

Inicialmente se produjo un lote diario, equivalente a 5,561 tratamientos en promedio, pero en la medida que la demanda aumentó, se produjeron hasta tres lotes diarios. Esta actividad duró hasta el 30 de abril, fecha en que se decidió suspender la producción porque se contaba con tratamientos reconstituidos por BIRMEX y con 205,000 tratamientos adicionales del antiviral adquiridos por la Secretaría de Salud. Además, ya existía un proyecto alternativo para producir antivirales a un mayor ritmo y con dos años de caducidad, sin refrigeración.

La demanda de antivirales aumentó rápidamente al principio y en previsión de que siguiera aumentando a ese ritmo, BIRMEX propuso el encapsulamiento del Oseltamivir como una medida más ágil para producir los antivirales, lo que fue aprobado por el grupo de trabajo respectivo. La entidad se encargó de contratar a una empresa farmacéutica con la meta de encapsular 500,000 tratamientos del principio activo del Oseltamivir. La producción de antivirales, con un ritmo de 50,000 tratamientos diarios, inició el 1° de mayo y la primera entrega de 45,692 tratamientos se efectuó el 6 de mayo. En total se encapsularon 496,980 tratamientos.

INFRAESTRUCTURA PARA AMPLIAR LA CAPACIDAD

La entidad inició en 2007 un ambicioso programa de modernización de sus plantas de producción y la construcción de una nueva planta en Cuautitlán para la producción de la vacuna contra Influenza, los avances de este programa son los siguientes:

PROYECTO DE INFLUENZA EN CUAUTITLÁN

Entre el 1° de septiembre de 2008 y el 30 de junio de 2009, la entidad concluyó los estudios de ingeniería conceptual y básica para llevar a cabo las adecuaciones en la planta de Cuautitlán y poder fabricar allí la vacuna contra Influenza. Entre enero y marzo de 2009 se llevó a cabo la revisión de la información de ingeniería básica para la planta de producción multipropósitos, y se homogenizaron las últimas versiones de los planos de zonificación, flujo de materiales, personal y desechos. Una vez preparados los planos en su versión final, fueron calificados por un grupo consultor internacional antes de presentarlos a la COFEPRIS para su aprobación. Se inició la etapa de la ingeniería de detalle, que deberá concluirse en septiembre de 2009. Con relación al laboratorio de control de calidad, fue concluida la ingeniería conceptual y también la ingeniería básica, y se trabaja en la ingeniería de detalle.

Por otro lado, se adquirió la línea de llenado para la planta multipropósitos, cuya construcción en Europa se estima en 14 meses. Se adquirieron también las máquinas de inspección visual, autoclaves, y máquinas lavadoras, y se concluyó el programa de adquisición de equipo complementario.

Se realizó el dictamen de los servicios generales para agua helada, vapor industrial, agua caliente, aire comprimido y HVAC, y se determinó su ubicación. Además, se iniciaron trámites para las licencias de impacto ambiental, regional y desmantelamiento, para lo cual fue necesario realizar estudios de mecánica de suelos.

Se envió a la Organización Mundial de la Salud (OMS) una propuesta para participar en el segundo apoyo financiero que ofrece esta organización a los países interesados en la producción de la vacuna contra la influenza. Esta propuesta dará continuidad al proyecto original por el cual la entidad recibió un primer apoyo financiero de la OMS durante 2008.

BIRMEX preparó, conjuntamente con su aliado tecnológico, la estrategia de transferencia de tecnología tanto para las áreas productivas, como de aseguramiento de calidad y control de calidad. Además se trabajó en el Plan Maestro de Validación de la Planta y en el Plan Maestro de Validación de Métodos Analíticos.

PROYECTO DE DOBLE Y TRIPLE VIRAL EN CUAUTITLÁN

Se han concluido los aspectos técnicos de los términos de referencia, para realizar la licitación y contratar a la empresa que desarrolle el proyecto de ingeniería conceptual, básica y de detalle de esta planta.

OTRAS OBRAS EN CUAUTITLÁN

Se concluyeron los términos de referencia para la construcción de dos cámaras frías en el almacén de producto terminado en Cuautitlán, para llevar a cabo su construcción en el segundo semestre de 2009.

PROYECTO DE REMODELACIÓN DEL INH

Con el propósito de modernizar las instalaciones y equipos del Instituto Nacional de Higiene, y para garantizar la renovación de los registros sanitarios para la producción, se inició el proyecto de remodelación de este instituto. Los proyectos de ingeniería para la remodelación de los laboratorios de fabricación fueron concluidos y calificados por un experto reconocido por la OMS.

Se realizaron los procesos de licitación pública nacional para llevar a cabo las obras de remodelación de los laboratorios de fermentaciones, procesos finales, sueros heterólogos hiperinmunes y medios de cultivo, y sustituir los sistemas de aire filtrado HVAC en los citados laboratorios.

Las obras de remodelación mencionadas han iniciado. La primera etapa concluirá en diciembre de 2009 y la segunda en marzo de 2010. Asimismo, se ha contratado a la empresa que llevará a cabo el acondicionamiento de los equipos para la producción de agua para inyectables, vapor puro, tanque de almacenamiento de agua y los circuitos de distribución de dichos servicios críticos a las plantas de graneles concentrados de vacunas bacterianas y procesos finales.

REMODELACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIROLOGÍA

La planta de producción de la vacuna antipoliomielítica fue remodelada en 2007 y 2008 y la producción de la vacuna reinició en julio de 2008 en su fase farmacéutica (formulación, envase y acondicionamiento). Durante el primer trimestre de 2009 se efectuaron remodelaciones bajo un plan emergente de las áreas de control de calidad, de modo que en junio de 2009 inició la producción de graneles monovalentes (fase bioquímica de la producción), lo que permitirá solicitar el Certificado de Buenas Prácticas de Fabricación a la COFEPRIS y eventualmente exportar los excedentes de la vacuna que no se utilicen en México. En el mismo Instituto se encuentra en proceso la remodelación de las áreas de control de calidad. La primera fase concluyó en diciembre de 2008 y de inmediato inició la segunda fase que concluirá en diciembre de 2009.

INVESTIGACIÓN, DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS Y CAPACITACIÓN

Entre septiembre de 2008 y junio de 2009, BIRMEX continuó con el desarrollo de 16 proyectos de investigación organizados en:

I. Proyectos de vacunas bacterianas	4 proyectos
II. Proyectos sobre vacunas virales	6 proyectos
III. Estudios clínico epidemiológicos	3 proyectos
IV. Proyectos sobre otras vacunas y biológicos (sueros)	3 proyectos

De estos proyectos, cinco cuentan con financiamiento de CONACYT y se está gestionando el financiamiento para otros dos; los nueve restantes se ejecutan con recursos propios. Adicionalmente, en el primer trimestre de 2009 se elaboró un protocolo para estudios de purificación y destoxificación de toxoide diftérico, con la finalidad de mejorar los rendimientos y el índice de pureza antigénica de dicho toxoide.

En diciembre de 2008 concluyó el primer bloque de la Maestría en Vacunología iniciado en 2008. El segundo bloque inició en el mes de enero de 2009 en coordinación con el Instituto Nacional de Salud Pública.

Desde el año 2008 BIRMEX inició el Proyecto Desarrollo de una vacuna experimental trivalente contra el virus de influenza, en embrión de pollo como medio de cultivo, utilizando para ello la cepa H5N1 donada por la OMS. Sin embargo, debido a los nuevos acontecimientos relacionados con la pandemia de Influenza, BIRMEX aceleró las negociaciones con algunas instituciones que poseen tecnologías más novedosas para la producción de la vacuna contra el virus “A(H1N1)”, formulando los tres protocolos siguientes:

- i) *Desarrollo y producción de una vacuna inactivada fraccionada contra influenza epidémica tipo A/México/2009 (H1N1) en células Vero.*
Objetivo: Desarrollo y evaluación preclínica y clínica de una vacuna epidémica contra el virus de influenza tipo A/México/2009 (H1N1) en células Vero.

- Resultados esperados: El proyecto permitirá contar con la capacidad de producir a escala industrial vacuna contra influenza A(H1N1).*
- ii) *Adquisición e implementación de tecnología para la producción de vacuna recombinante contra el virus de la influenza humana basada en el sistema células de insecto-baculovirus.*
- Este proyecto se desarrollará conjuntamente con el Instituto de Biotecnología de la UNAM, quien recibirá, asimilará la tecnología desarrollada por la empresa Protein Sciences de Canadá para la producción de la vacuna A(H1N1) y la transferirá a Birmex.
- Objetivo: Licenciar e implementar una plataforma tecnológica para la producción de vacunas recombinantes contra el virus de la influenza por el sistema células de insecto baculovirus, utilizando como prototipo una vacuna contra el virus de la influenza humana A(H1N1).*
- Resultados esperados: Una plataforma tecnológica integral en México para la producción de una vacuna recombinante contra la influenza humana utilizando el sistema células de insecto baculovirus.*
- iii) *Estudio clínico de fase 1, parcialmente a ciegas, aleatorio, controlado con placebo, para evaluar la seguridad, tolerabilidad e inmunogenicidad de una nueva vacuna para la gripa “influenza A(H1N1)”, administrada vía intramuscular en adultos sanos entre 18 y 50 años de edad.*
- Objetivos: Se trata de evaluar la vacuna SFV2, desarrollada por la empresa Variation Biotechnologies, Inc (VBI) de Canadá, para emplear a SFV2 como vacuna estacional y pandémica (Fase Clínica I).*
- Resultados esperados: Demostrar la Seguridad e Inmunogenicidad de SFV2 en la Fase Clínica I.*

SUMINISTRO DE VACUNAS, SUEROS Y OTROS BIOLÓGICOS

En el periodo comprendido entre el 1 de septiembre de 2008 y el 30 de junio de 2009, BIRMEX surtió al Sector Salud con 29.9 millones de dosis de los diferentes tipos de vacunas que comercializa. Este volumen es inferior al correspondiente de 2008 debido a un cambio en la estacionalidad de la demanda que se corregirá al cierre de 2009. (Ver cuadro IX.2)

Cuadro IX.2
SUMINISTRO DE VACUNAS, SUEROS Y OTROS BIOLÓGICOS

Concepto	Periodos		Datos anuales			Enero-junio		
	1° de enero de 2001 al 31 de junio de 2003	1° de enero de 2007 al 31 de junio de 2009	Observado		Meta 2009	2008	2009	Variación % anual
			2007	2008				
Dosis comercializadas	217,402,275	227,058,911	109,157,457	87,976,805	123,894,685	40,323,842	29,924,649	-26%
Vacunas bacterianas	52,139,428	65,828,581	25,120,587	28,342,440	37,884,374	13,591,820	12,365,554	-9%
Vacunas virales	130,639,474	160,365,068	83,656,112	59,427,829	85,617,522	26,627,403	17,281,127	-35%
Sueros hiperinmunes	541,536	802,292	367,918	191,316	296,679	100,609	243,058	142%
Otros biológicos	34,081,837	62,970	12,840	15,220	96,110	4,010	34,910	771%

FUENTE: BIRMEX-SS

DISTRIBUCIÓN DE ANTIVIRALES Y VACUNA PARA LA CONTINGENCIA

Birmex produjo 88,927 tratamientos de Oseltamivir en forma de solución y contrató la maquila de 496,980 tratamientos en forma de cápsulas. Además de esta producción, la Secretaría de Salud adquirió 805,000 tratamientos y en los almacenes de la entidad se recibieron donaciones por 300,696 tratamientos adicionales, todo esto hace un total de 1,691,603 tratamientos de antivirales recibidos por Birmex entre abril y mayo de 2009.

Para la distribución, tanto de los antivirales como de las vacunas, el área comercial de Birmex, de común acuerdo con CENAVECE, instrumentó un mecanismo para la recepción de las necesidades que los estados enviaron tanto a CENAVECE, como al propio Birmex directamente. En total, al día 25 de junio de 2009 se distribuyeron 340,286 tratamientos y quedaban en reserva 1,351,301 en los almacenes de Cuautitlán.

Birmex se encargó también de la distribución de vacuna contra la influenza estacional, fundamentalmente para completar el esquema de inmunización de los profesionales del Sistema Nacional de Salud. Al inicio de la contingencia, Birmex contaba con 13,000 dosis de vacuna y adquirió 242,000 dosis adicionales. Además, se recibieron donaciones por 313,540 dosis. En total se obtuvieron 568,540 dosis, se distribuyeron 448,068 y quedó un remanente de 120,472 dosis que caducaron en junio de 2009 y fueron desechadas.

10. CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

10. CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA EPIDEMIA DE INFLUENZA A(H1N1)

Como consecuencia de la epidemia de influenza A(H1N1), el Consejo de Salubridad General (CSG) llevó a cabo cinco sesiones extraordinarias entre el 24 de abril y el 14 de mayo de 2009.

Derivados de estas reuniones, se publicaron en el DOF cinco acuerdos. Básicamente declarando a la influenza una enfermedad de atención prioritaria y estableciendo las actividades de preparación y respuesta ante esta epidemia.

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE PRIORIZACIÓN

El Consejo de Salubridad General, a través de su Comisión Interinstitucional, elabora el Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud y los mantiene permanentemente actualizados. De acuerdo al Reglamento de dicha comisión, los Comités Específicos realizaron durante este periodo 53 reuniones que permitieron la actualización del Cuadro Básico para el primer nivel de atención y de los catálogos para el segundo y tercer nivel. Las reuniones se dividieron de acuerdo al Comité Específico en: Medicamentos, 14 reuniones; Instrumental y Equipo Médico, 16; Auxiliares de Diagnóstico, 11; y Material de Curación, 12. Los trabajos de los Comités Específicos permitieron la publicación en el DOF de la edición 2008 del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud.

Se han efectuado 15 actualizaciones del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud por la Comisión Interinstitucional, las cuales fueron publicadas en el DOF. Se realizó la actualización (inclusión, modificación o exclusión) de 43 claves en medicamentos, 4 en auxiliares de diagnóstico, 43 en material de curación y 563 en Instrumental y Equipo Médico. En éste proceso de actualización se han excluido un total de 392 claves, 288 en el Cuadro Básico y Catálogo de Instrumental y Equipo Médico, y 4 en el Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos.

Respecto a los medicamentos genéricos, el Grupo de Expertos en Pruebas de Intercambiabilidad continúa su labor de asignar las pruebas de intercambiabilidad que corresponden a cada medicamento, definiendo si se debe realizar perfil de disolución o estudio de bioequivalencia. Las actividades del Grupo de Expertos permitieron la publicación en el DOF de 2 Acuerdos por el que se adiciona y modifica la Relación de Especialidades Farmacéuticas Susceptibles de Incorporarse al Catálogo de Medicamentos Genéricos. Las publicaciones contienen 679 inclusiones y 9 modificaciones. El 7 de noviembre de 2008 se publicó en el DOF la sexagésima tercera Actualización del Catálogo de Medicamentos Genéricos que contiene 18 genéricos y 48 presentaciones. Actualmente el Catálogo de Medicamentos Genéricos (GI) está integrado por 5,094 medicamentos.

El Consejo de Salubridad General aprobó, a través del Comité para Definir Tratamientos y Medicamentos asociados a Enfermedades que ocasionan Gastos Catastróficos, el método y la estructura para definir los Protocolos Técnicos, los cuales tienen como propósito describir los procedimientos diagnósticos, las etapas del tratamiento, las intervenciones, los medicamentos y otros insumos necesarios para la atención integral de los pacientes con enfermedades que ocasionan gastos catastróficos.

Los Protocolos Técnicos son desarrollados por consenso de los Comités Específicos y representan el marco de referencia para la integración del Catálogo de Servicios Cubiertos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y las Guías Clínicas Terapéuticas de parte de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

En la reunión del 9 de diciembre del 2008 se aprobaron 22 protocolos técnicos en la Categoría I "Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer (niños)": leucemia aguda linfoblástica, leucemia aguda mieloblástica,

leucemias crónicas, síndromes mielodisplásicos, enfermedad de Hodgkin, linfoma no Hodgkin, histiocitosis, tumor maligno del cerebro (meduloblastoma), tumor maligno del encéfalo (astrocitoma diferenciado, astrocitoma anaplásico/glioblastoma), tumor maligno del encéfalo (ependimoma), tumor de células germinales del encéfalo, tumores del sistema nervioso central de baja frecuencia, retinoblastoma, tumor maligno de los nervios periféricos y del sistema nervioso autónomo (neuroblastoma), tumor maligno de otros tejidos conjuntivos y de tejidos blandos (sarcoma de partes blandas), tumor maligno de los huesos y cartílagos articulares (osteosarcoma), sarcoma de Ewing, tumor maligno del hígado (hepatoblastoma y hepatocarcinoma), tumor maligno del riñón (tumor de Wilms), tumores malignos del riñón (no Wilms), tumores de células germinales y otros tumores de baja frecuencia

Además, el Consejo de Salubridad General realizó durante 2008 actividades relacionadas con la revisión de Guías de Práctica Clínica. El grupo de trabajo para la Evaluación de Guías de Práctica Clínica revisó y aprobó dos guías completas: Cáncer de Mama y Enfermedad Arterial Periférica; así como nueve guías de referencia rápida y nueve Resúmenes de evidencias y recomendaciones, de los siguientes padecimientos:

1. Prevención y Diagnóstico Oportuno del Cáncer de Mama en el Primer Nivel de Atención.
2. Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Arterial Periférica.
3. Atención inicial del Traumatismo craneoencefálico en pacientes menores de 18 años.
4. Diagnóstico Oportuno del Cáncer de Testículo en el Primer y Segundo Nivel de Atención.
5. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento Oportuno de la Enfermedad Hemorroidal en el Primer Nivel de atención.
6. Prevención y diagnóstico oportuno de la Infección del Tracto Genitourinario Inferior debido a *Chlamydia Trachomatis* en el Primer Nivel de Atención.
7. Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida.
8. Atención de Urgencia Obstétrica por Preeclampsia/Eclampsia en el Segundo Nivel de Atención.
9. Diagnóstico y Tratamiento Oportuno del Pie Diabético en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención.

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE ARTICULACIÓN

Con relación con al Informe del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica los resultados fueron los siguientes:

1. CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA

En el periodo comprendido entre el 1 de septiembre de 2008 y 31 de agosto de 2009, 31 establecimientos no cumplieron los porcentajes requeridos en la autoevaluación, 26 continúan pendientes de auditoría y 82 pendientes de dictamen. Cabe señalar que 266 establecimientos han mantenido la vigencia de su certificado frente a 30 que se encuentran sin certificar. Los establecimientos que no cumplieron con los estándares indispensables de estructura Fueron 29, que comprometen el diagnóstico, tratamiento y la vida del paciente, por lo que permanecen con observaciones de auditoría relevantes y/o cuentan con procedimiento administrativo abierto ante la autoridad de protección contra riesgos sanitarios, motivo por el cual la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica les otorgó un plazo perentorio de 6 meses para dar cumplimiento en los puntos señalados. Finalmente, se seleccionaron 23 establecimientos para realizar un seguimiento anual con el propósito de constatar que han mantenido y mejorado los estándares con calificaciones bajas y aquellos que comprometen el diagnóstico, tratamiento y la vida de los pacientes.

Asimismo, es importante señalar que el 63.7 por ciento de los establecimientos participantes en el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica son hospitales, y 35.7 por ciento son del Instituto Mexicano del Seguro Social, 29 por ciento de Instituciones Privadas y 15.8 por ciento pertenecen a los Servicios Estatales de Salud (Cuadro X.1)

Cuadro X.1
ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA, POR TIPO DE ESTABLECIMIENTO Y ESTATUS

Estatus de Establecimientos	Tipo de Establecimiento					TOTAL
	Hospital	Ambulatorio	Psiquiátrico	Rehabilitación	Hemodiálisis	
No pasó Autoevaluación	21	9	1			31
Pendiente Auditoría	17	8	1			26
Pendiente Dictamen	54	25	2	1		82
Certificado vigente		94	6	2	1	266
No Certificado	19	10	1			30
Pendiente verificación de Observaciones de Auditoría	23	5			1	29
Pendiente Seguimiento Anual	13	8	1		1	23
TOTAL		159	12	3	3	487
1ra Certificación	84	96	2	1	3	186
Recertificación		63	10	2		301

FUENTE: Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

Cuadro X.2
ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA, POR INSTITUCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO Y ESTATUS

Estatus de Establecimientos	Institución del Establecimiento								TOTAL
	IMSS	Privados	Salud	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	Otros ^{1/}	
No pasó Autoevaluación	8	11	10	1			1		31
Pendiente Auditoría	9	13	1		3				26
Pendiente Dictamen	42	21	9	2	5	1	1	1	82
Certificado vigente	91	70	45	26	14	7	6	7	266
No Certificado	8	10	4	5	1			2	30
Pendiente verificación de Observaciones de Auditoría	8	9	7	3	1			1	29
Pendiente Seguimiento Anual	8	8	1	2	3			1	23
TOTAL	174	142	77	39	27	8	8	12	487
1ra Certificación	65	59	25	25	4	2	1	5	186
Recertificación	109	83	52	14	23	6	7	7	301

^{1/} Secretaría de Comunicaciones y Transportes, Magisterio, Universitario, Cruz Roja Mexicana, Desarrollo Integral de la Familia, Sistema de Transporte Colectivo Metro y Fundación TELETON.

FUENTE: Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

2. INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO DE INDICADORES, MÉTODOS Y ESTÁNDARES DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

En el marco de la Estrategia 3 del Programa Nacional de Salud 2007-2012, que señala *“Reestructurar y fortalecer el proceso de certificación de calidad de establecimientos y prestadores de servicios de salud para convertirlo en un estándar nacional de calidad en salud. Este proceso de certificación de calidad actualizado debe estandarizarse y ser competitivo internacionalmente”*. El 1º de enero de 2009 se publicaron los nuevos estándares para la certificación de hospitales, los cuales se encuentran homologados con los estándares internacionales que aplica en sus procesos de acreditación The Joint Commission International. Además, el proceso de auditoría se fortaleció y la evaluación del grado de cumplimiento de los estándares se realizó mediante rastreadores enfocados a procesos y sistemas críticos de los Hospitales. A la fecha se han inscrito 10 hospitales para certificarse con esta nueva metodología.

3. FORTALECIMIENTO PERMANENTE DE AUDITORES

El 20 de febrero de 2009, se llevó a cabo una sesión con los 110 auditores, donde se les retroalimentó sobre su desempeño con relación al cumplimiento de las Normas de Auditoría para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, además se les dieron los comentarios que realizaron tanto sus compañeros de los equipos de auditoría como de directores de los establecimientos auditados.

Para contar con auditores que aplicaran la nueva metodología para la certificación de hospitales, del 15 al 19 de junio se llevó a cabo el *Primer Curso Taller de capacitación para la Certificación de Hospitales con Estándares Internacionales Homologados* donde se capacitó a 28 auditores de instituciones públicas y privadas, teniendo como sede el Hospital Infantil de México Federico Gómez.

4. ARTICULACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA CON OTRAS INSTITUCIONES Y ORGANIZACIONES

Con el propósito de dar congruencia a los procesos de certificación de los establecimientos de atención médica, periódicamente se intercambia información con la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios a fin de no certificar algún establecimiento que tenga impuestas medidas de seguridad, así como para impulsar la atención de Procedimientos Administrativos que tengan abiertos con dichas instancias.

Con el objetivo de reconocer la calidad y fortalecer el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros y la Asociación Nacional de Hospitales Privados, bajo la convocatoria del Consejo de Salubridad General, firmaron un Convenio de colaboración en el cual se estableció que, entre otros puntos, las aseguradoras proporcionarán los servicios hospitalarios a sus asegurados sólo en Hospitales Certificados para lograr un servicio de calidad y con seguridad.

Para incrementar los incentivos a los establecimientos certificados, se aprobó un acuerdo por el que se establece como obligatorio el requisito de Certificación del Consejo de Salubridad General en los procedimientos de contratación de servicios de atención médica que celebren las Dependencias y Entidades de las Administraciones Públicas Federal, Estatales, del Distrito Federal y Municipales.

5. DIFUSIÓN Y PROMOCIÓN

Con el propósito de difundir la nueva metodología para la certificación de hospitales, se diseñó un *Curso de Inducción a los Nuevos Estándares Internacionales del Consejo de Salubridad General* dirigido a Directivos de los Hospitales. A la fecha se han llevado a cabo 10 cursos para el ISSSTE, Instituciones Privadas y Servicios Estatales de Salud en Jalisco, Morelos, Guanajuato, Sinaloa, Tabasco y Sonora, con una asistencia total de 320 directivos.

11. COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

11. COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

Durante el 2008, esta Comisión Federal llevó a cabo un proceso de planeación estratégica, en el cual, además de evaluar los logros y retos a alcanzar, se analizaron los resultados y perspectivas de los proyectos instrumentados en el Sistema Federal Sanitario (SFS) en materia de protección contra riesgos sanitarios. Como resultado de este ejercicio, se definieron 7 ámbitos de riesgo y 6 estrategias, mismas que quedaron incorporadas en el Programa de Acción Específico y cuyas acciones y resultados al 31 de agosto de 2009 se detallan a continuación:

EXPOSICIÓN A RIESGOS SANITARIOS POR ALIMENTOS

Los riesgos a los que se expone la población por el consumo de alimentos, pueden deberse a: contaminación microbiológica y toxicológica en la cadena de valor, uso de insumos prohibidos, deficiencia de la adición obligatoria de nutrimentos, y hábitos alimenticios inadecuados. Con el propósito de abatir y/o disminuir estos riesgos, las acciones realizadas fueron las siguientes:

CALIDAD MICROBIOLÓGICA DE ALIMENTOS

- Se tomaron 62,687 muestras de alimentos, lo que representa un porcentaje de cumplimiento del 93.2 por ciento de lo programado a nivel nacional. Del total de las muestras reportadas, el 75.5 por ciento se encontró dentro de especificaciones, siendo los grupos con menor cumplimiento los productos lácteos y los alimentos preparados.
- Se llevaron a cabo 87,465 visitas a establecimientos dedicados al proceso y venta de alimentos a nivel nacional, cifra que equivale al 83.3 por ciento de cumplimiento de la programación nacional. El porcentaje de cumplimiento general de Buenas Prácticas de Higiene y Sanidad en los establecimientos procesadores y expendedores de alimentos fue de 82.3 por ciento. Como resultado de estas visitas, se aseguraron 67,464 kg de alimentos, se destruyeron 141,831 kg y se aplicaron 1,377 suspensiones de establecimientos.
- Se difundieron 357,296 trípticos, carteles y folletos y se impartieron 16,000 asesorías y 28,000 cursos de capacitación a nivel nacional.

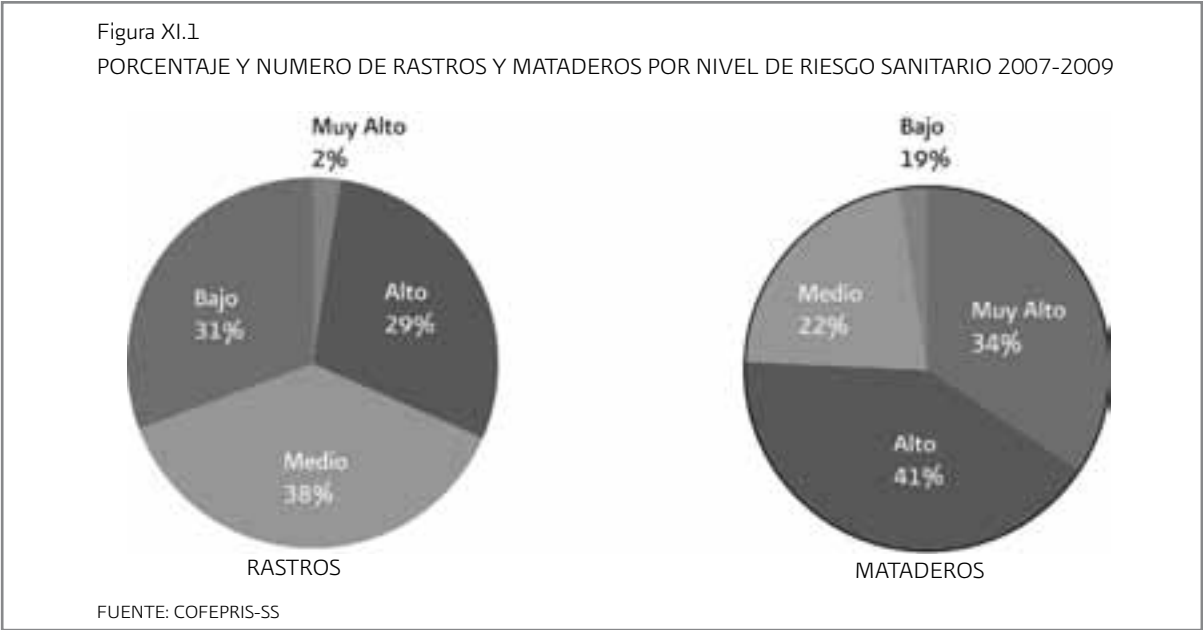
RASTROS

- 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, mediante la evaluación de riesgos de rastros y mataderos, la gestión de las propuestas de mejora, la coordinación intersectorial, la capacitación y difusión y la adecuada verificación y dictaminación de establecimientos.³

³ Rastro: Establecimiento dedicado al sacrificio y faenado de animales para abasto, con capacidad diaria de sacrificio de al menos 28 cabezas de ganado mayor, o 56 de ganado menor o 1000 aves domésticas, o una combinación considerando la relación de dos cabezas de ganado menor por una de ganado mayor o de 35 aves domésticas por un animal de ganado mayor.

Matadero: Establecimiento dedicado al sacrificio y faenado de animales para abasto, con capacidad diaria de sacrificio menor a la de los rastros.

- De 2007 al 30 de junio de 2009 se han analizado las condiciones sanitarias de 860 establecimientos. Resultado de esta evaluación de riesgos, se identificó el nivel de éstos, el cual se desglosa en la siguiente figura:



ZOONOSIS

Respecto a las enfermedades que se transmiten de animales vertebrados al ser humano, se realizaron las siguientes actividades:

- Firma de Acuerdo interestatal en Durango a través del cual diferentes dependencias del estado se comprometen a coordinar acciones para disminuir la brucelosis bajo sus respectivas competencias a nivel estatal.
- Consolidación del “Acta de la Ciudad de Puebla” donde se establecieron diferentes líneas de acción para atacar la problemática en salud pública del consumo de quesos denominados “artesanales”.
- Capacitación sobre pasteurización lenta en la elaboración de quesos a 11 entidades federativas (Puebla, Morelos, Oaxaca, Tabasco, Veracruz, Chihuahua, San Luís Potosí, Guerrero, Coahuila, Estado de México y Yucatán).

HÁBITOS ALIMENTICIOS

Se realizaron acciones de vinculación con la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud para la creación del Programa México Sano (PROMESA), el cual se compromete a introducir en los restaurantes alimentos balanceados, con el objetivo de combatir el sobrepeso y la obesidad.

EXPOSICIÓN A RIESGOS SANITARIOS POR INSUMOS A LA SALUD

Los medicamentos 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. Por lo tanto, el control sanitario de los medicamentos debe realizarse a partir de su proceso de fabricación, el otorgamiento del registro sanitario, dispensación y comercialización.

FABRICACIÓN:

- De septiembre de 2008 a mayo de 2009 se realizaron 81 verificaciones sanitarias para constatar el cumplimiento de las buenas prácticas de fabricación en establecimientos dedicados a la fabricación y distribución de medicamentos.

REGISTRO SANITARIO

- De los 10,500 medicamentos a renovar, 6,600 (63 por ciento) ingresaron a la COFEPRIS y a la fecha se han renovado 5,100 (50 por ciento del total).

PRESCRIPCIÓN, DISPENSACIÓN Y COMERCIALIZACIÓN

- Descentralización del Programa Nacional de Manejo y Dispensación de Medicamentos en Farmacias, otorgando a las entidades el manejo autónomo bajo la supervisión y rectoría de COFEPRIS.
- Del 1° de septiembre de 2008 al 31 de agosto de 2009 se promovió, conjuntamente con el Sistema Nacional de Gestión de Residuos de Envases de Medicamentos A.C. (SINGREM), el Plan Nacional de Manejo de Residuos Farmacéuticos, del cual forman parte la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica (CANIFARMA) y los Distribuidores de Productos Farmacéuticos de la República Mexicana, A.C. (DIPROFAR). Este plan tiene como objetivo establecer la obligatoriedad, para la industria, importadores, exportadores y distribuidores, de destruir de manera adecuada los medicamentos caducos provenientes de los hogares.

FARMACOVIGILANCIA

El Proyecto de Farmacovigilancia se basa en el análisis de las notificaciones de sospechas de reacciones adversas de medicamentos por parte de los profesionales de la salud, en estudios fármaco epidemiológicos o de farmacovigilancia intensiva y en el análisis de los reportes de seguridad, con la finalidad de medir la frecuencia, identificar grupos poblacionales de riesgos y prevenir riesgos innecesarios con el uso de los medicamentos.

- Del 1° de enero de 2007 a junio de 2009 se elaboraron 8 comunicados (Carisprodol, Efalizumab, Aclimafel, Herbalife, Capslim, Sevoflurano, Tegaserod y Antivirales utilizados para el tratamiento de Influenza), a través de los cuales se tomaron decisiones basadas en el análisis y evaluación del riesgo con la información contenida en la base de datos del Centro Nacional de Farmacovigilancia.
- Con la finalidad de agilizar y sistematizar el reporte de notificaciones de sospechas de reacciones adversas se implementó un formato en línea para hacer el reporte en tiempo real.

EXPOSICIÓN A RIESGOS SANITARIOS EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Así como la calidad y eficacia de medicamentos y dispositivos médicos representa un riesgo inherente a la salud de la población, la calidad y oportunidad de los servicios médicos y la atención médica en establecimientos también. Estos riesgos son: carencia de servicios oportunos y servicios con calidad deficiente. Los avances y resultados en esta materia, fueron los siguientes:

- Del 1° de enero de 2007 al 31 de agosto de 2009 se realizaron acciones que contribuyen al control de los riesgos sanitarios en establecimientos de atención médica. Como parte de estas acciones, se estableció como proyecto prioritario en el SFS la vigilancia sanitaria de la muerte materna en establecimientos de atención médica. También se homologaron los instrumentos de verificación sanitaria en todo el país para evaluar, en forma dirigida y objetiva; la estructura y procesos normados de las áreas hospitalarias relacionadas con la atención del embarazo, parto y puerperio; así como la capacidad instalada para la atención de las emergencias obstétricas. En este sentido, se capacitó al personal de las áreas de regulación sanitaria de las entidades federativas para la vigilancia y el dictamen sanitario de los establecimientos con casos de muerte materna.
- Del 1° de septiembre de 2008 a mayo de 2009 se realizaron 234 visitas de verificación sanitaria en establecimientos donde se presentó alguna muerte materna.

EXPOSICIÓN A RIESGOS SANITARIOS POR PRODUCTOS Y SERVICIOS DE CONSUMO, TABACO Y ALCOHOL

TABACO

- A partir del 28 de agosto de 2008, entró en vigor la Ley General para el Control del Tabaco, dando como resultado la ejecución de 8 procedimientos administrativos. Estos derivaron principalmente del patrocinio de eventos como medio para posicionar los elementos de la marca de producto del tabaco y de la difusión de publicidad de productos del tabaco en revistas que no son exclusivas para adultos.
- El 31 de mayo de 2009, se publicó en el DOF el Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco, y se elaboraron dos manuales para la operación de dicho Reglamento, dirigidos a propietarios y responsables de establecimientos donde se consumen alimentos y bebidas para promover la participación ciudadana y propiciar mayores espacios libres de humo de tabaco y como una medida de fomento sanitario.

ALCOHOL

- De septiembre 2008 a agosto 2009 se elaboraron 116 informes de verificación por la difusión de publicidad irregular de bebidas alcohólicas, ordenándose como medida de seguridad la suspensión de los mensajes publicitarios.
- En el periodo del 14 de agosto del 2008 al 26 de marzo del 2009 se realizaron 8 operativos de combate a la ilegalidad en establecimientos productores y comercializadores de bebidas alcohólicas en 7 entidades federativas (Baja California, Jalisco, Distrito Federal, Hidalgo, Quintana Roo, Zacatecas y Nuevo León). Derivado de éstos, se realizaron 197 visitas de verificación sanitarias, cuyo resultado implicó la suspensión de 21 establecimientos y el aseguramiento de 42,471 litros de bebidas alcohólicas en 50 establecimientos.

EXPOSICIÓN A RIESGOS SANITARIOS POR EMERGENCIAS SANITARIAS

En el periodo comprendido del 1° de enero de 2007 a agosto de 2009 se registraron y atendieron, conjuntamente con el SFS, 1,837 eventos, relacionados con la ocurrencia de desastres naturales (21.2 por ciento), accidentes químicos (24.1 por ciento), brotes e intoxicaciones (31.9 por ciento), concentraciones masivas (21.7 por ciento) e infecciones nosocomiales (1.1 por ciento).

EXPOSICIÓN A RIESGOS SANITARIOS AMBIENTALES

La población se encuentra expuesta a riesgos ambientales que provocan efectos adversos a la salud mucho más frecuentemente que otros riesgos, debido a la presencia de sustancias tóxicas en la atmósfera, en el agua y en la tierra. Las acciones desarrolladas para reducir la exposición son las siguientes:

AGUA DE CALIDAD BACTERIOLÓGICA

- La vigilancia de la calidad de agua de los sistemas de abastecimiento permite conocer el porcentaje de la población que está protegida contra enfermedades de origen bacteriano derivados de la calidad del agua. A partir del 2008 se instrumentó un monitoreo estratégico a través del cual se redujeron las muestras totales, pero se amplió la cobertura de vigilancia hacia una mayor cantidad de municipios.

AGUA DE MAR PARA USO RECREATIVO CON CONTACTO PRIMARIO

- Mejorar la coordinación operativa con las entidades federativas y los municipios en materia de protección contra riesgos sanitarios permitió que se incrementara en 8 por ciento las playas que cumplen con los niveles de calidad de agua.
- Durante el periodo 2007-2009 se incorporaron seis destinos turísticos y 46 playas más al sistema de vigilancia (ver cuadro XI.1).

Cuadro XI.1
RESULTADOS DEL SISTEMA DE MONITOREO DE PLAYAS LIMPIAS, 2007-2009

Concepto	Datos acumulados	Datos anuales			Enero-Junio		
	1° de enero de 2007 al 30 de junio de 2009	2007	2008	2009	2008	2009	Variación % anual
Destinos turísticos	52	46	53	52	53	52	-1.88%
Playas monitoreadas	322	276	334	322	334	322	-3.59%
Porcentaje de muestras que cumplen los niveles de calidad.	99.69%	98.36%	98.79%	99.69%	99.37%	99.69%	0.32%
Porcentaje de playas que cumplen los niveles de calidad.	98.44%	89.85%	92.89%	98.44%	97.68%	98.44%	0.77%

FUENTE: COFEPRIS-SS

EXPOSICIÓN A RIESGOS SANITARIOS LABORALES

PLAGUICIDAS

El proyecto Uso de Plaguicidas al que da seguimiento la COFEPRIS busca proteger la salud de la población que directa o indirectamente está expuesta a riesgos sanitarios por el uso y manejo de plaguicidas. Los principales indicadores a los que se da seguimiento para este aspecto son: i) productores agrícolas con los que se trabaja y que han instrumentado esquemas auto regulatorios; ii) porcentaje de población intervenida que conoce el riesgo en materia de plaguicidas y que aplica medidas preventivas y de protección; iii) número de Centros de Información Toxicológica (CIT) fortalecidos y funcionando; y, iv) tasa de intoxicaciones por el uso de plaguicidas.

Adicionalmente, las actividades realizadas de 2007 a 2009 fueron las siguientes:

- Intervención con la estrategia de comunicación de riesgos en 8 entidades federativas: Baja California, Baja California Sur, Jalisco, Morelos, Nayarit, San Luis Potosí, Sonora y Tamaulipas.
- Vinculación a nivel estatal para establecer planes de trabajo para la atención de jornaleros agrícolas e instalación de Centros de Acopio de envases vacíos de plaguicidas entre SALUD (Programa Vete Sano Regresa Sano y Vectores), SEDESOL (Programa de Jornaleros Agrícolas), Comités Estatales de Sanidad Vegetal, SEMARNAT, PROFEPA, Asociación Mexicana de la Industria Fitosanitaria A.C. (AMIFAC) presidentes municipales y empresas agrícolas.
- Recolección de productos DDT caducos en todos los estados de la República a iniciativa de SEMARNAT-SALUD. Se logró la disposición final de 12 toneladas de plaguicidas caducos.
- Desarrollo del proyecto Reducción de Exposición a Amonio Anhidro en Sinaloa bajo el esquema del proyecto Reducción de Exposición laboral por uso de plaguicidas.
- Se instrumentaron estrategias de capacitación que complementan las acciones de comunicación de riesgos: taller a instructores sobre habilidades de capacitación en plaguicidas; talleres a aplicadores de plaguicidas; capacitación a jornaleros agrícolas migrantes; actividades pedagógicas en la guardería de la estancia; talleres a bandereros; taller a pequeños productores y jornaleros agrícolas y, pláticas para madres de familia.
- Se realizó el estudio de percepción de riesgos a jornaleros inmigrantes en el cultivo de manzana conjuntamente con el Departamento de Agricultura del estado de Washington, EE.UU. Se levantaron 125 encuestas en 10 diferentes campos agrícolas de la región central del estado de Washington y se diseñó la campaña de comunicación de riesgos.

PLOMO EN LOZA VIDRIADA DE BAJA TEMPERATURA

El objetivo de este proyecto es proteger la salud de la población alfarera y sus familias de la exposición al óxido de plomo, por ello se da seguimiento a los siguientes indicadores: i) porcentaje de alfareros capacitados; ii) porcentaje de estrategias de comunicación del riesgo evaluadas; iii) porcentaje de talleres que cumplen con la normatividad; y iv) porcentaje de alfareros que usan esmalte sin plomo.

Adicionalmente se realizaron las siguientes actividades:

- Se aplicaron 81 encuestas en dos comunidades de los estados de Tlaxcala y Morelos con el fin de conocer el nivel de información que tienen sobre el uso de la greta y sus efectos a la salud. Derivado de estos estudios se diseñaron dos carteles, dos trípticos; un volante, un mandil y un spot de radio con el objetivo de aplicar la campaña de comunicación de riesgos en comunidades de estos estados.
- Se instrumentaron tres campañas de comunicación de riesgos en los estados de Veracruz, Morelos y Tlaxcala, con el objetivo de que los alfareros modifiquen hábitos y actitudes con respecto al uso de la greta y utilicen el esmalte como una alternativa de vidriado en sus piezas.
- Del 23 al 28 de junio del 2008 se realizó la Primera Semana de Salud y Loza Vidriada en la comunidad de Santa María Atzompa, Oaxaca, la cual consistió en pega de carteles, pláticas con los alfareros en relación a los efectos del plomo, perifoneo, capacitación en el uso de esmalte sin plomo, entrega de mandiles en la actividad de capacitación y exposición de las piezas esmaltadas en la capacitación.
- Primera Semana de Salud en Loza Vidriada en las comunidades de Santa María Atzompa, Oaxaca y Tlayacapan, Morelos.

En lo que respecta al cumplimiento de las Líneas de Acción comprometidas en el Programa Sectorial de Salud, los avances y resultados se presentan a continuación:

1.1 RENOVAR Y HACER MÁS EFICIENTE EL MARCO NORMATIVO EN MATERIA DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS.

Entre las implicaciones de los nuevos avances tecnológicos se encuentran la generación de nuevos bienes y servicios. Asimismo, las investigaciones en la materia permiten contar con mayor información para una correcta evaluación de los riesgos sanitarios asociados a productos o servicios. Aunado a esto, México como parte de la Organización Mundial de Comercio (OMC), requiere armonizar en la medida de lo posible su normatividad para evitar que ésta se convierta en una barrera no arancelaria al comercio internacional.

Todo lo anterior obliga a una continua actualización del marco normativo, cuyos avances y resultados se señalan a continuación:

- El 19 de junio de 2009 se publicó en el DOF el Acuerdo por el que se dan a conocer los trámites y servicios, los formatos que aplica la Secretaría de Salud y la lista de actividades reguladas a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Mediante esta publicación se da certeza jurídica a los particulares sobre las actividades económicas que se encuentran sujetas a regulación por parte de la COFEPRIS. Uno de los beneficios inmediatos que este acuerdo ha provocado es la interoperabilidad entre las dependencias del sector público, al homologar las actividades reguladas por el Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte (SCIAN), publicado por el INEGI.
- El 31 de mayo de 2009, se publicó en el DOF el Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco.
- A principios del 2000 se contaba con un marco normativo de 114 Normas Oficiales Mexicanas, de las cuales se cancelaron 22 durante el periodo 2000-2006 representando una reducción del 19 por ciento, 15 fueron incluidas en 6 nuevas y, durante el mismo periodo, se emitieron como definitivas 34 NOM's.
- En el periodo de septiembre de 2008 a julio de 2009 se concluyó la modificación de 11 NOM's, 7 de ellas para publicarse como normas definitivas y 4 como proyectos, que sumadas a las 3 definitivas y 8 proyectos publicados de enero de 2007 a agosto 2008, representan la actualización del 25 por ciento del marco normativo y a su vez implican una reducción del 12.7 por ciento de éste.
- De enero de 2007 a julio de 2009 se trabajó en la elaboración de 16 temas nuevos para los cuales no existía regulación. Asimismo, se publicaron dos actualizaciones a cada uno de los Acuerdos de Aditivos y de Perfumería y Belleza.

1.3 COORDINAR LAS ACCIONES DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS CON LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES Y ATENCIÓN MÉDICA.

ÁMBITO INTERNACIONAL

De enero de 2007 a junio de 2009 se reforzó el trabajo intersectorial e intergubernamental encaminado a la atención de los compromisos internacionales derivados de los diversos instrumentos y mecanismos en los que participa la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).

En lo que respecta a asuntos multilaterales, de enero de 2007 a junio de 2009, la COFEPRIS ha logrado posicionarse en los siguientes foros internacionales:

- La COFEPRIS ha sido reconocida por agencias homólogas y Organismos Internacionales especializados en la materia debido a las medidas implementadas por esta Comisión Federal para prohibir el uso y comercialización de la pseudoefedrina y efedrina, salvo las excepciones estipuladas. Asimismo, se ha solicitado presentar en diversos foros internacionales el modelo regulatorio instrumentado por esta Dependencia para el control de dichas sustancias, a fin de que se replique en otros países.
- Para proteger a la población, principalmente a los sectores de mayor vulnerabilidad, de la exposición a sustancias químicas con alto nivel de toxicidad, esta Comisión Federal ha participado activamente en la instrumentación de convenios multilaterales en esta materia. En mayo de 2009 se presentó en la Segunda Conferencia del Manejo Internacional de Productos Químicos un documento que contenía la experiencia de México en la instrumentación del Enfoque Estratégico para la Gestión de Productos Químicos a Nivel Mundial (SAICM, por sus siglas en inglés).
- En materia de alimentos, la COFEPRIS participó activamente en las Reuniones Internacionales relacionadas con los Comités Horizontales del Codex Alimentarius, cuya atención es del ámbito de competencia de esta Dependencia.
- En noviembre de 2008, durante la 16ª Reunión del Comité Coordinador FAO/OMS para América Latina y el Caribe celebrada en el puerto de Acapulco, Guerrero, el Comité Coordinador acordó por unanimidad la reelección de México para un segundo mandato como Coordinador para América Latina y el Caribe. Esta candidatura fue aceptada por México.

NACIONAL

- Se suscribieron con el Sistema Federal Sanitario (SFS) 31 Convenios Específicos para Transferencia de Recursos FASSA-C 2008 publicados en el Diario Oficial de la Federación (D.O.F.), a través de los cuales se enviaron 199 millones de pesos a las entidades federativas para fortalecer las acciones de protección contra riesgos sanitarios y la red nacional de laboratorios.
- Se actualizaron, de acuerdo a las modificaciones de la Ley General de Salud, un total de 7 Acuerdos Específicos de Coordinación para el ejercicio de Facultades en Materia de Control y Fomento Sanitario con las Entidades Federativas, mismos que fueron publicados en el D.O.F.
- Durante este periodo se realizaron la XVI Reunión Nacional del Sistema Federal Sanitario en Aguascalientes, Ags. y la XVII Reunión Nacional del SFS en Zacatecas, Zac. En estas reuniones se exponen y aprueban las principales estrategias y mecanismos de coordinación para la Protección contra Riesgos Sanitarios, y se acuerdan metas y objetivos futuros.
- Se asistió a 2 reuniones de la Región Sur-Sureste, en el estado de Puebla y Guerrero. El objetivo fue conocer la problemática que enfrentan los estados de la región y buscar la posible solución en coordinación con la COFEPRIS.

1.5 FORTALECER LAS POLÍTICAS Y ACCIONES DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

ATENDIENDO LAS EVIDENCIAS CIENTÍFICAS.

La Comisión Federal realiza diversas actividades encaminadas a la identificación de riesgos con el objetivo de reducir la exposición de la población a factores físicos, químicos y/o biológicos, para prevenir o en su defecto identificar las medidas correctivas pertinentes a fin de disminuir la exposición de la población y proteger su salud. En la mayoría de las ocasiones las medidas correctivas requieren de la participación intra e interinstitucional.

ATLAS DE RIESGOS

En el 2006, la COFEPRIS en coordinación con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y la Dirección General de Epidemiología inició el desarrollo de un sistema nacional interactivo de información geográfica: el Atlas Nacional de Riesgos Sanitarios, para registrar, geo-referenciar y analizar información epidemiológica, de riesgos sanitarios y ambientales, que integre un sistema de alerta temprana para la detección oportuna de contingencias en salud y sirva para el análisis espacio-temporal de riesgos, apoyando así, el diseño y las evaluaciones de intervenciones en salud.

El sistema funciona con la plataforma informática con la que cuenta el INSP. A la fecha, se cuenta con la cartografía en un sistema Web, mismo que contiene: infraestructura para la atención de la salud, información socioeconómica y demográfica, escuelas, centros comerciales, mercados, el 99.8 por ciento de puntos geo-referenciado de muestreos de cloro residual libre en agua, y el 100 por ciento de Rastros geo-referenciados.

1.7 CONSOLIDAR LA RED NACIONAL DE LABORATORIOS DE SALUD PÚBLICA Y TERCEROS

AUTORIZADOS.

Como resultado de las acciones de fortalecimiento y armonización de la Red Nacional de Laboratorios Estatales de Salud Pública (RNLESP) en un esquema regionalizado, se ha logrado ampliar la cobertura analítica microbiológica en 1 por ciento al pasar de 74.5 por ciento en 2007 a 75.5 por ciento al mes de junio de 2009.

- En lo que respecta a Terceros Autorizados, la cobertura analítica se incrementó en comparación con el 2007 en 2 por ciento, logrando al mes de junio 82 por ciento.
- De igual forma, el Laboratorio Nacional de Referencia incrementó su cobertura analítica en 6 por ciento en comparación al 2007, logrando un 37 por ciento.

Como estrategia para incrementar la capacidad analítica federal para llevar a cabo los análisis de las muestras asociadas a las importaciones y exportaciones de productos sujetos a control sanitario, así como emergencias, se plantearon dos estrategias:

A) FORTALECIMIENTO A TRAVÉS DE LABORATORIOS EN PUNTOS DE ENTRADA

- Identificación de puntos de entrada de mayor flujo de mercancía, estableciendo por orden de prioridad las siguientes ciudades: Nuevo Laredo, Tijuana, Ciudad Juárez, Reynosa, Manzanillo y Ciudad Hidalgo.
- Se inició la gestión ante la Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física (DGDIF) de la Secretaría de Salud, la posibilidad de desarrollar un "prototipo de laboratorio" para que pueda llevarse a cabo la remodelación o construcción de dichos laboratorios. Actualmente, se cuenta con el planteamiento de necesidades básicas de los laboratorios.
- Finalmente, se ha planteado ante los Secretarios de Salud de las entidades federativas, el Instituto de Administración y Avalúos de Bienes Nacionales y la Comisión Nacional de Pesca el proyecto de fortalecimiento, donde se asumió el compromiso de evaluar la factibilidad de donación de terreno para dicho fin, para lo que se debe considerar los requerimientos mínimos del mismo en cuanto a ubicación y dimensiones.

B) FORTALECIMIENTO A TRAVÉS DE LABORATORIOS MÓVILES

- Se está trabajando en la identificación de necesidades específicas de productos y pruebas analíticas requeridas para llevar a cabo el diseño de requerimientos básicos para dichos laboratorios.
- Adicionalmente se ha identificado a proveedores de laboratorios móviles que nos ha permitido identificar la información que debemos recabar para estar en posibilidades de realizar el diseño del laboratorio conforme las necesidades.

1.8 FORTALECER LAS ACCIONES REGULATORIAS DE LA PUBLICIDAD DE PRODUCTOS DE TABACO Y BEBIDAS DE CONTENIDO ALCOHÓLICO

- De septiembre 2008 a agosto 2009, se han instaurado 116 informes de verificación por la difusión de publicidad irregular de bebidas alcohólicas, ordenándose como medida de seguridad la suspensión de los mensajes publicitarios.

- A partir del 28 de agosto de 2008, entró en vigor la Ley General para el Control del Tabaco. De septiembre de ese año a la fecha se han llevado a cabo 8 procedimientos administrativos; las principales causas fueron patrocinar eventos como medio para posicionar los elementos de la marca de producto del tabaco y difundir publicidad de los productos en revistas que no son exclusivos para adultos.
- El 31 de mayo de 2009, se publicó en el DOF el Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco.
- En el periodo del 14 de agosto del 2008 al 26 de marzo del 2009, se realizaron 8 operativos de combate a la ilegalidad en establecimientos productores de bebidas alcohólicas y de venta de éstas en las entidades federativas de: Baja California, Jalisco, Distrito Federal, Hidalgo, Quintana Roo, Zacatecas y Nuevo León; realizándose 197 visitas de verificación sanitarias, en las que se suspendieron 21 establecimientos. En 50 establecimientos más se aseguró un total de 42,471.207 litros de bebidas alcohólicas.

12. COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

12. COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud tiene como misión promover, coordinar y supervisar las acciones del Sistema de Protección Social en Salud, cuyo objetivo es evitar el empobrecimiento de la población que carece de seguridad social, por gastos en salud, brindándole acceso a un esquema de protección financiera que satisfaga de manera integral sus necesidades de salud.

Para cumplir con este fin, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud definió tres objetivos del Sistema, en concordancia con las prioridades establecidas en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012. El primero consiste en contribuir al logro de la cobertura universal en salud; el segundo busca lograr que la población afiliada al Sistema tenga acceso efectivo a los servicios de salud, y, por último, se busca fortalecer y consolidar la operación y sustentabilidad financiera del Sistema.

Estos objetivos constituyeron la base para la planeación de las estrategias, actividades y metas del Sistema de Protección Social en Salud contenidas en su Programa de Acción Específico 2007-2012, así como en la Matriz de Indicadores de Marco Lógico.

Es importante señalar, que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud opera a través del Seguro Popular, la Estrategia Embarazo Saludable, el Programa Seguro Médico para una Nueva Generación, el Programa Desarrollo Humano Oportunidades, en su Componente Salud y el Programa Cirugía Extramuros.

CONTRIBUIR AL LOGRO DE LA COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD

Con la incorporación paulatina de las familias no derechohabientes de la seguridad social al Seguro Popular, se avanza hacia el cumplimiento del objetivo de lograr en los próximos años la cobertura universal en salud. Debido a que un número significativo de la población susceptible de ser afiliada al Sistema presenta amplias disparidades socioeconómicas, culturales y territoriales; se ha dado prioridad a las mujeres embarazadas y sus familias, las familias que residen en municipios de alta y muy alta marginación y que son beneficiarias del Programa Oportunidades, así como las familias con niños y niñas nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006. Los principales resultados alcanzados son:

- Al mes de junio 2009, el número acumulado de familias afiliadas al Sistema rebasó los 9.6 millones, que representó 87.4 por ciento respecto a la meta anual 2009. Del total de familias afiliadas de enero a junio 2009, 660,878 correspondieron a familias nuevas que se incorporaron a través del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación y la Estrategia Embarazo Saludable.

Cuadro XII.1
AFILIACIÓN REGISTRADA AL SISTEMA 2007-2009

Entidad federativa	2007	2008	2009 ^{1/}
Aguascalientes	114,796	116,748	114,669
Baja California	229,946	242,755	258,493
Baja California Sur	36,597	40,960	36,752
Campeche	95,769	107,569	113,081
Coahuila	92,320	146,016	157,411
Colima	82,073	85,544	89,478
Chiapas	488,502	598,969	648,566
Chihuahua	149,966	205,316	207,674
Distrito Federal	170,846	282,901	318,672
Durango	85,291	100,091	113,824
Guanajuato	568,573	620,299	640,182
Guerrero	279,618	355,086	386,482
Hidalgo	207,678	280,399	298,924
Jalisco	318,726	471,002	519,525
México	529,518	830,986	931,716
Michoacán	211,961	284,638	317,964
Morelos	164,786	191,825	184,590
Nayarit	111,783	130,256	134,141
Nuevo León	145,151	196,323	206,257
Oaxaca	386,585	492,503	514,179
Puebla	390,029	479,667	453,460
Querétaro	112,235	146,642	154,944
Quintana Roo	61,816	80,837	85,344
San Luis Potosí	231,794	254,421	258,024
Sinaloa	187,317	221,875	222,708
Sonora	209,672	204,280	182,707
Tabasco	412,942	414,797	427,485
Tamaulipas	294,772	325,792	328,323
Tlaxcala	101,661	162,506	164,503
Veracruz	540,183	719,806	765,441
Yucatán	154,099	177,509	190,532
Zacatecas	140,168	177,695	186,892
Total nacional	7,307,173	9,146,013	9,612,943

^{1/} Cifras acumuladas a junio de 2009.
FUENTE: CNPSS-SS

- Con la estrategia Embarazo Saludable, que beneficia a toda mujer embarazada no derechohabiente de la seguridad social a fin de proporcionarle un seguro médico, se ha logrado incorporar a 287,662 mujeres embarazadas y sus familias, lo que representó 53 por ciento del avance acumulado respecto a la meta 2009. De enero a junio de 2009, se afiliaron 190,737 mujeres embarazadas y sus familias a través de dicha estrategia.
- Para proteger la salud de las familias que residen en zonas con los más altos niveles de marginación y como refuerzo a la política social con enfoque territorial, al mes de marzo 2009, la cifra acumulada de familias afiliadas al Sistema que viven en municipios atendidos por el Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias, operado por la Secretaría de Desarrollo Social en coordinación con otras instituciones, alcanzó los 2.7 millones.
- Debido a que gran parte de la población indígena vive en condiciones de pobreza extrema y es considerada como población prioritaria para el Sistema, al mes de marzo 2009, el número acumulado de familias afiliadas al Sistema que habitan en localidades con más del 40 por ciento de población de habla indígena ascendió a 825,229.
- Al mes de marzo 2009, se han afiliado al Sistema más de 2.8 millones de familias beneficiarias del Programa Oportunidades.
- Al mes de junio 2009, se han incorporado al Programa Seguro Médico para una Nueva Generación, 2 millones de niños y niñas, lo que implica un avance acumulado de 73 por ciento en relación con la meta 2009. De enero a junio 2009, se afiliaron 470,141 niños y niñas.

Cuadro XII.2
 AFILIACIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS AL SEGURO MÉDICO
 PARA UNA NUEVA GENERACIÓN 2007-2009 ^{1/}

Entidad Federativa	2007	2008	2009
Aguascalientes	6,374	20,192	22,988
Baja California	15,429	33,030	35,950
Baja California Sur	2,592	6,628	7,613
Campeche	9,222	19,165	21,163
Coahuila	16,335	34,859	40,065
Colima	6,629	14,181	15,333
Chiapas	46,580	112,328	128,854
Chihuahua	21,748	42,828	41,232
Distrito Federal	38,949	92,395	114,380
Durango	10,942	25,182	30,359
Guanajuato	43,571	109,010	123,677
Guerrero	29,347	62,247	63,839
Hidalgo	21,028	51,008	58,672
Jalisco	61,860	120,649	132,845
México	91,484	232,076	255,990
Michoacán	30,655	58,785	62,798
Morelos	16,453	33,009	26,851
Nayarit	10,199	23,004	26,690
Nuevo León	19,364	49,676	57,949
Oaxaca	23,359	68,926	75,767
Puebla	48,743	108,227	113,508
Querétaro	14,752	34,254	34,341
Quintana Roo	11,927	20,747	21,890
San Luis Potosí	21,037	44,670	48,207
Sinaloa	19,189	43,618	44,787
Sonora	21,300	40,768	37,468
Tabasco	25,734	54,218	59,376
Tamaulipas	26,278	59,027	65,131
Tlaxcala	12,448	33,107	35,620
Veracruz	63,190	134,836	151,681
Yucatán	17,168	34,197	38,715
Zacatecas	15,524	36,044	40,593
Total nacional	819,410	1,852,891	2,034,332

^{1/} Cifras acumuladas a junio de 2009.
 FUENTE: CNPSS-SS

Para coadyuvar al logro de la cobertura universal en salud, resulta indispensable determinar el avance en la incorporación de la población sin seguridad social al Sistema. Por ello, una actividad fundamental es actualizar y verificar permanentemente el Padrón Nacional de Beneficiarios, las acciones realizadas fueron:

- De enero a marzo 2009, se fortalecieron los criterios para validar los registros de las familias afiliadas al sistema con el fin de lograr el 100 por ciento del soporte documental.
- Se proporcionaron herramientas informáticas a los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) para identificar registros con inconsistencias.

ACCESO EFECTIVO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Dado que la población afiliada al Sistema muestra una composición social, cultural, étnica y territorial marcadamente heterogénea, requiere distintas modalidades de atención en salud. Por ello, el acceso de la población beneficiaria del Seguro Popular a los servicios de salud ha tenido avances importantes, entre los que destacan:

- En el primer trimestre 2009, el promedio de consultas por afiliado fue de 0.42, cifra que contrasta favorablemente contra 0.38 del primer trimestre 2008.
- Al primer trimestre de 2009, mediante el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, se validaron 24,137 casos por un monto de 1,023 millones de pesos. En 2008, el número de casos validados ascendió a 54,949 por un monto de 2,320 millones de pesos y correspondieron a 7 enfermedades catastróficas más 26,820 casos de VIH/SIDA por un monto de 1,587 millones de pesos.
- Con la cobertura en salud que ofrece el Programa Seguro Médico para una Nueva Generación, de enero a junio 2009 se apoyaron 2,342 intervenciones médicas para menores de 5 años.
- En compromiso con la salud de las mujeres embarazadas, de enero a marzo 2009, se brindó atención obstétrica a 153,839 mujeres beneficiarias del Sistema; 93 por ciento de los casos por trabajo de parto y un 3 por ciento por situación aborto.
- De enero a marzo 2009, se estima que, mediante el Componente Salud del Programa Oportunidades, se cubrió a 4.9 millones de familias en control y se brindaron más de 21 millones de consultas médicas a los beneficiarios del Programa. Asimismo, se proporcionaron 206 millones de dosis de complemento alimenticio a los niños menores de cinco años y 95.6 millones de dosis de suplemento alimenticio a mujeres embarazadas.
- Para atender las necesidades de salud de la población que habita en las zonas con los niveles más altos de marginación, de enero a mayo 2009, a través del Programa Cirugía Extramuros, se realizaron 13,110 cirugías con infraestructura y personal médico voluntario de la Secretaría de Salud federal y las Secretarías de Salud de los estados, así como el empleo de los insumos médicos donados por la Fundación Telmex.

El propósito de la operación del Sistema es lograr que los beneficiarios reciban servicios de salud en el momento y el lugar donde los requieran. Los resultados alcanzados respecto a la oportunidad y calidad de los servicios médicos se resumen como sigue:

- Para garantizar a los afiliados el acceso a los servicios de salud en la mayor parte del territorio nacional, de enero a junio 2009, se firmaron 47 convenios de portabilidad interestatal, que representa un 43 por ciento de avance en la firma de convenios programados durante el año 2009.
- A fin de que los afiliados reciban atención médica con estándares de calidad, de enero a mayo 2009, se acreditaron 5,999 unidades médicas que cubren las intervenciones establecidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud.
- Para contar con recursos humanos suficientes que fomenten la atención con calidad y calidez, durante 2008 se regularizaron las plazas de 45,776 trabajadores, que representó una erogación para el Sistema de más de 6 millones de pesos. Para 2009, se tiene programado regularizar otras 24,224 plazas.
- En cumplimiento con el mandato del artículo 39 del PEF 2008, durante el mes de diciembre 2008, se levantó la última encuesta semestral del Sistema para identificar, entre otros aspectos, la percepción de los afiliados sobre la calidad y oportunidad de los servicios médicos. Los hallazgos principales son:
 - A nivel nacional, el 73 por ciento de los usuarios se mostró "muy satisfecho" con los servicios médicos del Seguro Popular.
 - A nivel nacional, el tiempo promedio que los usuarios esperaron para recibir atención médica fue de 64 minutos.

SUSTENTABILIDAD FINANCIERA Y OPERATIVA DEL SISTEMA

Para poder hacer frente a los retos que representa la cobertura universal de la población sin seguridad social en salud y el acceso efectivo a los servicios de salud, se estableció como tercer objetivo, fortalecer y consolidar la operación y sustentabilidad financiera y operativa del Sistema.

De este modo, para incrementar la afiliación y garantizar un acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud, es imperativo mantener el ritmo de las contribuciones financieras que sustentan la operación del Sistema y fortalecer su capacidad operativa. Al respecto, los resultados más importantes son:

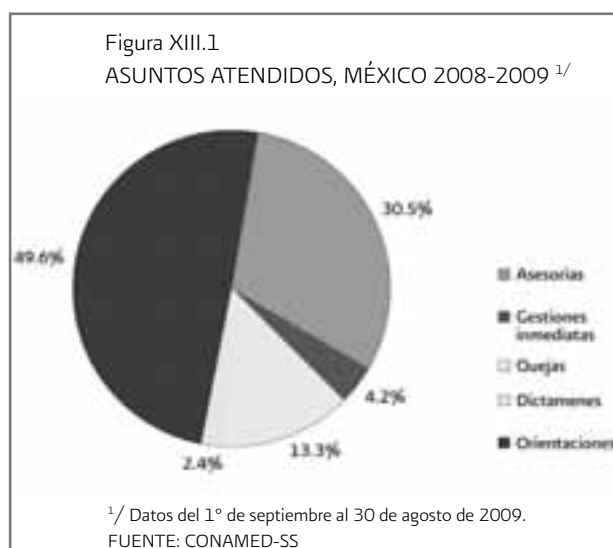
- El presupuesto federal autorizado para 2009 ascendió a 48,693 millones de pesos, del cual al mes de marzo 2009, se han ejercido 10,821 millones de pesos, lo que representa un avance del 22 por ciento.
- Los recursos se destinaron a garantizar la prestación de servicios de salud a la población afiliada al Seguro Popular. Al mes de junio 2009, de los 32,891 millones de pesos programados para transferir a los estados, se ha entregado un monto de 7,168 millones de pesos. Los recursos transferidos por concepto de Cuota Social y Aportación Solidaria Federal a las entidades federativas representan el 21.8 por ciento de avance a nivel nacional de los recursos transferibles programados.
- Al mes de marzo 2009, se avanzó en un 70 por ciento en la actualización de los tabuladores de costos de los servicios médicos contempladas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud, a través de la ejecución de un protocolo de investigación para determinar este rubro.

13. COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

13. COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

Las actividades de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) se encuentran enmarcadas en el eje tres del Plan Nacional de Desarrollo (PND), “Igualdad de Oportunidades” y particularmente en su objetivo cinco dirigido a “Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente”. Adicionalmente, la CONAMED contribuye con el objetivo tres del PROSESA que se refiere a “Prestar servicios de salud con calidad y seguridad”, a través de la línea de acción dirigida a “Proteger los derechos de los pacientes mediante el arbitraje y la conciliación”. En ese marco, la CONAMED es el órgano responsable de atender las quejas de los usuarios de servicios de salud y formular recomendaciones para mejorar la calidad de atención en el Sistema Nacional de Salud.

- Del periodo del 1º de septiembre de 2008 al 30 de agosto de 2009, se concluyeron 13,416 asuntos a través de un modelo de atención que incluye acciones de orientación, asesoría especializada, gestión inmediata, conciliación, arbitraje y emisión de dictámenes. De ese total, 6,653 se resolvieron a través de orientación (49.6 por ciento), 4,094 mediante asesoría especializada (30.5 por ciento), 564 a través de gestiones inmediatas en instituciones de salud (4.2 por ciento) 1,777 asuntos fueron documentados para ser atendidos como quejas mediante el proceso conciliatorio-arbitral (13.3 por ciento) y se emitieron 328 dictámenes (2.4 por ciento). De las 1,777 quejas, el 48.5 por ciento se resolvieron a través de conciliación (863) y 3.9 por ciento mediante arbitraje (69 laudos). Del restante 47.6 por ciento (845 quejas), 473 no se conciliaron, 101 abandonaron el proceso arbitral y en 271 asuntos el proceso arbitral no procedió. Los resultados descritos se muestran en la siguiente figura.



Comparativamente, el promedio de asuntos atendidos en los dos periodos previos de septiembre-agosto 2006-2007 y 2007-2008, fue de 17,830 y 14,949, respectivamente. Este comportamiento se debe a una combinación de los siguientes factores: en primer lugar al aumento en la atención de inconformidades por las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico; en segundo lugar a la supresión del registro de asuntos sin relación directa con la solución de controversias y en tercer lugar, a la disminución de consultas por teléfono o correo postal y mayor utilización de Internet para preguntar asuntos a la CONAMED.

El número de controversias en salud que son atendidas es determinado por la demanda de la población hacia dichos servicios. Como se mencionó anteriormente, el número global de atenciones ha disminuido en los últimos años; sin embargo, cabe aclarar que ello se debe fundamentalmente al menor número de orientaciones que proporciona personal no especializado de la CONAMED. A lo largo de la historia de la institución, las orientaciones han sido el mayor volumen de atenciones proporcionadas, llegando a representar el 76 por ciento del total en 1998 y manteniendo ese volumen hasta 2003, año en que aún representaban el 75 por ciento. A partir de 2004 empezaron a disminuir y en 2006 ya sólo correspondían al 65 por ciento. Durante la presente administración, se ha enfatizado el uso racional y eficiente de los recursos institucionales, por lo que éstos se han reorientado prioritariamente hacia la atención de controversias en salud mediante la conciliación y el arbitraje médico, por ser estos los tipos de atención esenciales de la institución. Debido a ello, en 2007 las orientaciones disminuyeron a 62 por ciento y en 2008 a 51 por ciento. Por la misma razón, de las 12,260 orientaciones atendidas en 2006 disminuyeron a 7,390 en el 2008, lo que representa una reducción del 39 por ciento. Este ajuste programático permitió incrementar, en 2008, el porcentaje de atenciones en las que participa personal especializado en conciliación y arbitraje médico, en comparación a 2006.

Cuadro XIII.1
ASUNTOS ATENDIDOS, SEGÚN TIPO
MÉXICO 1996-2009

Año	Total	Orientaciones	Por Asesoría	Gestión Inmediata	Atención de Quejas						
					Total	Por conciliación	Por emisión de laudo	Propuesta Institucional de arreglo ^{1/}	No conciliación	No sujetas al proceso arbitral ^{2/}	Dictámenes médicos periciales
1996	2 306		1 597	72	593	309	0	0	92	192	44
1997	3 971		1 935	352	1 546	750	12	0	532	252	138
1998	17 864	13 665	2 017	468	1 439	742	29	0	543	125	275
1999	16 321	11 695	1 850	579	1 643	809	43	0	624	167	554
2000	15 445	10 342	1 672	692	1 997	947	29	0	854	167	742
2001	12 758	7 537	2 464	738	1 546	763	33	0	592	158	473
2002	14 560	9 071	2 849	862	1 114	568	19	38	342	147	664
2003	23 702	17 864	3 145	941	1 309	704	29	33	285	258	443
2004	20 393	14 696	3 060	698	1 508	801	35	139	195	338	431
2005	17 894	11 141	4 126	594	1 608	782	55	108	415	248	425
2006	18 897	12 260	4 179	591	1 544	805	63	9	419	248	323
2007	17 298	10 664	4 187	494	1 667	840	86	6	469	266	286
2008	14 579	7 390	4 596	553	1 735	846	75	5	545	264	305
2009 e/	8 534	4 169	2 645	364	1 137	535	47	2	379	174	219

e/ Cifras estimadas para el periodo de enero a agosto de 2009.

^{1/} Alternativa de solución que se propone a las partes, cuando estas no llegan a un acuerdo para someter su controversia a la resolución de la CONAMED. Las estimula para optar por el arbitraje u otra vía.

^{2/} Debido a falta de interés procesal, improcedencia, sobreseimiento u otra causa.

FUENTE: CONAMED-SS

El ajuste programático mencionado se refleja en el incremento de 10 por ciento en asesorías especializadas, disminución de seis por ciento en gestiones inmediatas, aumento de cinco por ciento en conciliaciones y aumento de 19 por ciento en la emisión de laudos.

A partir de 2002 se observa una disminución en el número de dictámenes periciales, ya que en ese año se emitieron 664 y en el 2008 sólo 305, una reducción del 54 por ciento. Por el contrario, en el mismo periodo se observa un aumento en el número de quejas atendidas de 1,114 a 1,735, esto representa un incremento del 56 por ciento. El aumento de quejas atendidas y la disminución en la emisión de dictámenes, puede reflejar la tendencia social a solucionar las quejas médicas a través de la conciliación y el arbitraje, que es un mecanismo sin costo económico para los involucrados y más expedito, que mediante la vía judicial.

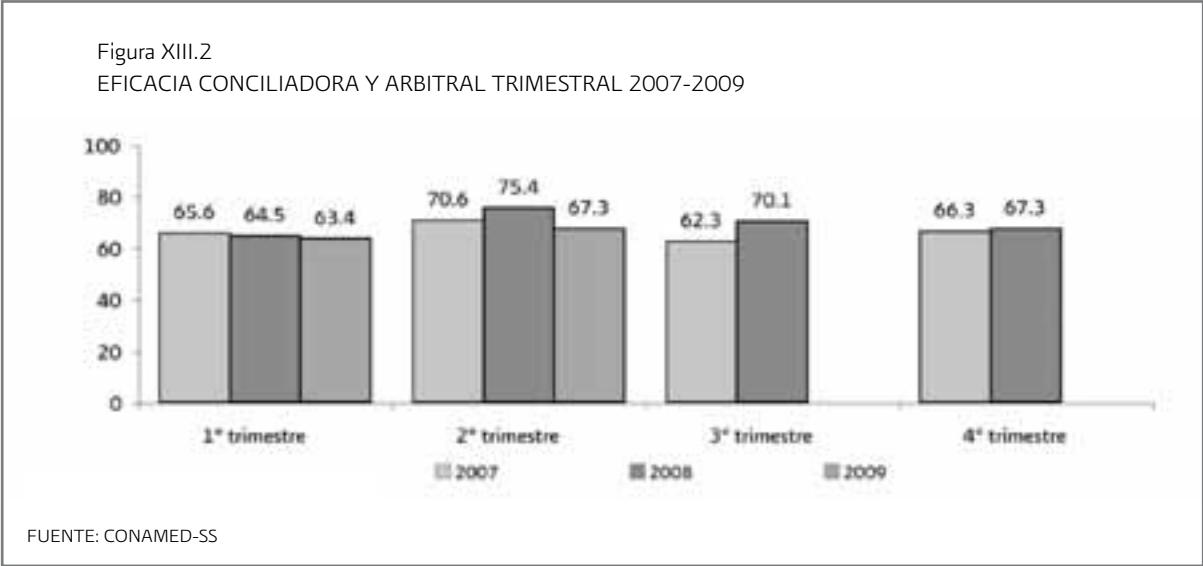
Durante el periodo que se informa, se enfatizó el enfoque al usuario en la atención de controversias, el uso del marco lógico como base de la programación institucional y la ejecución del presupuesto con base a resultados. Por otra parte, con la participación de todas las áreas de la Institución, se concluyó el ajuste de la planeación estratégica institucional y se redefinieron la misión, visión, objetivos estratégicos, líneas de acción, indicadores estratégicos y programas operativos. Para avanzar en la utilización del marco lógico e implementar la planeación estratégica, se definieron los programas operativos y se determinaron sus objetivos, productos, metas e indicadores para su monitoreo. En el siguiente cuadro se muestra el resultado del ajuste mencionado, que servirá de marco de referencia para la operación institucional en los próximos cuatro años:

Cuadro XIII.2
PLANEACIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL 2009-2012

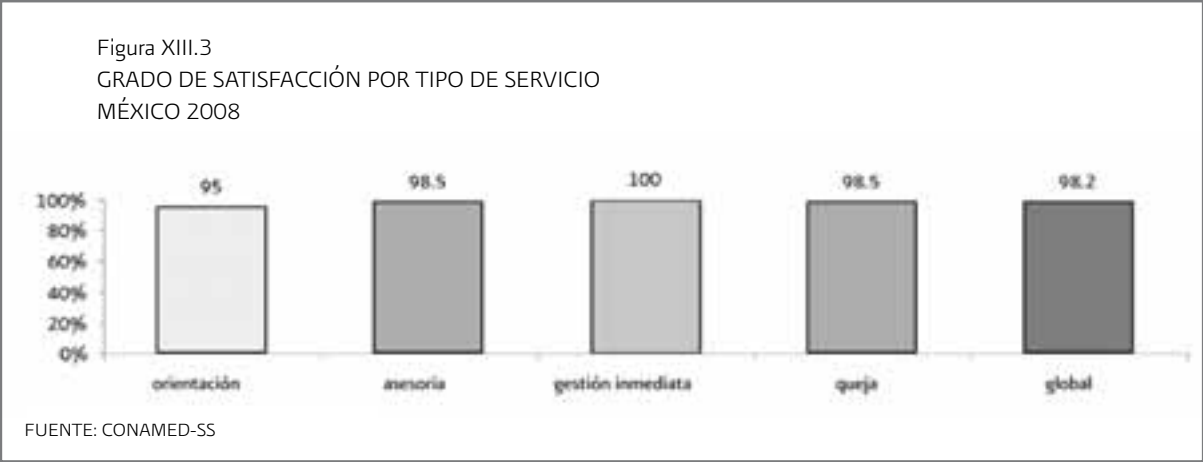
Visión, Misión y Valores	Objetivos estratégicos	Indicadores estratégicos	Líneas de acción	Programas operativos
Visión: Ser generadores de políticas y lineamientos relacionados con la solución de controversias entre usuarios y prestadores de servicios médicos; reconocidos como centro de referencia altamente especializado en el ámbito nacional e internacional.	Contribuir a salvaguardar el derecho a la protección de la salud de la población, ofreciendo medios alternos para la solución de controversias entre usuarios y prestadores de los servicios médicos.	Eficacia conciliatoria y arbitral.	Reingeniería del proceso de atención de inconformidades.	Mejora a la atención inicial de inconformidades, la conciliación y el arbitraje.
		Satisfacción del usuario con el servicio otorgado.	Realizar acciones conducentes y alineadas para la calidad total.	Mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad.
			Desarrollar la participación ciudadana en la gestión institucional.	Participación ciudadana.
Misión: Somos una Institución Pública que ofrece medios alternos para la solución de controversias entre usuarios y prestadores de servicios médicos; promueve la prestación de servicios de calidad y contribuye con la seguridad de los pacientes.	Retroalimentar al Sistema Nacional de Salud con los resultados de la investigación y el análisis de la queja, para contribuir a mejorar la calidad de la atención médica.	Porcentaje de investigaciones realizadas.	Promover y desarrollar líneas de investigación.	Investigación.
		Eventos académicos realizados para la formación de profesionales de la salud.	Realizar eventos académicos para la formación de profesionales de la salud.	Formación de recursos humanos en salud.
			Difundir el quehacer institucional.	Difusión.
			Implementar un sistema nacional de registro de la queja médica.	Registro Nacional de la Queja Médica.
Valores: Integridad Honradez Imparcialidad Legalidad Justicia Confidencialidad Respeto Igualdad Transparencia Rendición de Cuentas	Generar políticas y lineamientos relacionadas con la solución de controversias entre usuarios y prestadores de servicios médicos y servir de centro de referencia en el ámbito nacional e internacional.	Comisiones estatales con modelo de atención homologado	Establecer relaciones interinstitucionales.	Vinculación interinstitucional.
			Promover el acceso al arbitraje médico.	Ampliación de cobertura.
			Promover la reforma del marco jurídico.	Reformas al marco jurídico.

FUENTE: CONAMED-SS

La eficacia conciliatoria y arbitral se continuó utilizando como un indicador estratégico general, debido a que refleja la función sustantiva de la institución, que es atender las controversias mediante la conciliación y el arbitraje. Su comportamiento en los últimos años se muestra en la siguiente figura:



La institución continuó actualizando los procesos y procedimientos de su Sistema de Gestión de Calidad y conservó la certificación ISO 9001:2000. En ese marco, se revisó el sistema de encuestas de la institución, ajustando la metodología y cuestionarios del Área de Orientación y Gestión para mejorar su objetividad en la exploración de la satisfacción de los usuarios. Los resultados preliminares se presentan en la siguiente figura XIII.3.



Para avanzar en la homologación de los procedimientos de conciliación y arbitraje, la CONAMED continuó asesorando a las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico que actualmente funcionan en el país y coordinó las reuniones del Consejo Mexicano de Arbitraje Médico, instancia colegiada en la que participan todas las comisiones de arbitraje del país y entre cuyos principales acuerdos se encuentra la creación del Sistema Nacional de Información sobre la Queja en los Servicios de Salud, que se desarrolla actualmente en coordinación con el Instituto Nacional de Información y Estadística (INEGI). Cabe señalar que los estados de Baja California Sur, Quintana Roo y Zacatecas, ya iniciaron el proceso para constituir sus respectivas comisiones estatales. Con el propósito de acercar la atención de controversias a la población asegurada en las propias entidades federativas, se continuó impulsando la celebración de convenios de colaboración con el IMSS e ISSSTE, así como con las respectivas Comisiones Estatales de Arbitraje Médico. Durante el periodo que se informa, se firmaron convenios de colaboración interinstitucional en los estados de Guerrero, Sinaloa, Oaxaca y Nayarit, con lo cual ya suman 11 estados con este tipo de convenios. Cabe mencionar que previo a la celebración del convenio, se llevó a cabo la homologación de procedimientos de atención con la Comisión Estatal correspondiente.

En el siguiente cuadro se muestra el estado actual de la homologación y los convenios mencionados.

Cuadro XIII.3
HOMOLOGACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE
CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE EN LAS COMISIONES
ESTATALES DE ARBITRAJE MÉDICO, MÉXICO 2008-2009

Entidad federativa	Inicio de actividades	Comisiones con convenio ^{1/}
Aguascalientes	14-04-00	11-03-08
Baja California	25-04-03	
Campeche	04-08-03	01-08-08
Chiapas	08-01-03	
Coahuila	11-07-05	
Colima	27-04-99	22-05-08
Guanajuato	01-10-98	22-09-06
Guerrero	01-06-00	13-11-08
Jalisco	18-06-01	
México	31-03-98	
Michoacán	01-01-01	
Morelos	01-01-01	
Nayarit ^{c/}	01-03-02	28-05-09
Nuevo León	17-02-03	08-07-08
Oaxaca	09-02-06	03-02-09
Puebla	01-07-00	16-06-08
Querétaro	17-07-99	
San Luis Potosí	02-07-99	
Sinaloa	31-07-01	30-01-09
Sonora	25-05-07	
Tabasco	01-06-97	
Tamaulipas	01-01-04	
Tlaxcala	16-03-99	
Veracruz	16-03-99	06-09-06
Yucatán	14-07-03	

^{1/} Convenio de colaboración de la CONAMED con el IMSS, ISSSTE para atender quejas de los derechohabientes directamente en las entidades federativas.
FUENTE: CONAMED-SS

En el ámbito internacional, en coordinación con la OPS, la CONAMED organizó en febrero de 2009 la Primera Reunión Regional de América Latina en la Solución de Controversias entre Usuarios y Prestadores de Servicios de Salud, evento en el cual participaron 300 profesionales nacionales y 16 expertos internacionales, representando a los siguientes países: Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, España, México, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela. Asimismo, se llevó a cabo un intenso intercambio de experiencias con instancias de mediación y arbitraje de Brasil, así como de algunas Provincias Autónomas de España, quienes solicitaron a la Comisión compartir su experiencia en la materia.

Con la finalidad de formar profesionales de la salud para la prevención del conflicto médico y contribuir a la seguridad del paciente, en junio de 2009 se impartió el curso sobre “Prevención del conflicto derivado del acto médico” en una doble modalidad, presencial y no presencial, con la participación de 102 profesionales de cinco entidades federativas.

14. COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA

14. COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA

ACCIONES REALIZADAS

La Comisión Nacional de Bioética (CNB) durante los primeros tres años de la presente administración ha tomado como directrices de sus acciones los objetivos y estrategias del PND y el PROSESA 2007-2012, para proceder de forma congruente con la visión que se tiene para el desarrollo de acciones en bioética, principalmente en el campo de la salud, e integrar de esta manera su Programa de Acción Específico 2007-2012.

Las acciones contenidas en los programas anuales de trabajo de la CNB en el periodo de 2007 a 2009 están abocadas al cumplimiento de sus facultades como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud y en apego básicamente a lo establecido en el PROSESA en la estrategia 3, *Situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud*, misma que contiene la línea de acción 3.7, *Fortalecer la vinculación de la bioética con la atención médica*, a través de actividades específicas para promover el adecuado funcionamiento de comités hospitalarios de bioética y comisiones de bioética de acuerdo a las disposiciones normativas aplicables. Emitir guías nacionales de apoyo para el funcionamiento de los comités de ética en investigación y hospitales, y, establecer una estrategia educativa para los profesionales de la salud que promueva que los integrantes de dichos comités se capaciten en la materia, mejoren tanto las habilidades de profesionales de la salud; como de la población con el desarrollo de normas éticas y asesorías para la atención, investigación, legislación, política pública y docencia en salud, que contribuyan a la creación de una cultura bioética en el país.

RESULTADOS ALCANZADOS

Resultados relevantes del periodo septiembre 2008 al mes de agosto de 2009:

1. ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS NORMATIVOS

- Elaboración del Programa de Acción Específico 2007-2012. Octubre 2008
- Edición y difusión de la Guía Nacional para la Integración y funcionamiento de Comités de Ética en Investigación. Marzo de 2009.
- Edición y difusión de la Guía Nacional para la Integración y funcionamiento de Comités Hospitalarios de Bioética. Julio de 2009.

2. ACTIVIDADES ACADÉMICAS

- Participación en el taller de expertos de capacitación para comisiones nacionales de bioética en países en desarrollo. Proyecto ABC de UNESCO en Ghana. Enero, 2009.
- Asistencia a la conferencia: Colaboración Internacional de Comisiones de Bioética de Europa y países en desarrollo, organizada por la Comisión Europea. Febrero, 2009.
- Participación en el taller de expertos de capacitación para comisiones nacionales de bioética en países en desarrollo. Proyecto ABC de UNESCO en Jamaica. Marzo, 2009.
- Asistencia al Encuentro Internacional: Ética de las Regulaciones en Salud. Organizado por la OPS en Santiago de Chile del 23 al 25 de Abril 2009.
- Asistencia a la reunión del Comité Directivo de Bioética del Consejo de Europa en representación de México. Abril, 2009.
- Participación en el desarrollo de la Declaración de Principios Éticos para la Investigación que se lleva a cabo en países en desarrollo. Iniciativa del Consejo de Europa. Documento que suscribirán los Secretarios de Salud. Abril y junio de 2009

2.1 CURSOS PARA COMITÉS HOSPITALARIOS DE BIOÉTICA

Para mejorar la atención de problemas bioéticos surgidos en la atención médica se iniciaron actividades de capacitación en 2008, con la organización y desarrollo de cuatro cursos a 120 integrantes de Comités Hospitalarios de Bioética (CHB), que se impartieron en Cuernavaca, Morelos. A estos cursos asistió personal del Sector Salud del Distrito Federal y de seis estados (México, Hidalgo, Morelos, Puebla, Querétaro y Tlaxcala).

En apoyo a estas actividades, en julio y agosto de 2009, se desarrollaron 4 cursos en Chihuahua, Zacatecas, Oaxaca y Tabasco, con el objetivo de avanzar en el proceso de creación de la infraestructura de bioética nacional. A estos cursos asistieron 120 integrantes de los comités hospitalarios de bioética provenientes de 25 entidades federativas.

3. ANÁLISIS DE INICIATIVAS DE LEY

Se participó en la revisión y/o actualización de instrumentos normativos y legislativos, así como de asesoría en materia de atención médica, investigación en salud, política pública y docencia:

- 1. Reforma a la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal.
- 2. Proyecto de Código Deontológico Médico.
- 3. Proyecto de Reglamento en materia de Cuidados Paliativos.
- 4. Proyecto de Decreto por el que se adicionan y reforman diversos artículos de la Ley General de Salud en materia de Reproducción Humana Asistida.

4. ORGANIZACIÓN DE CONFERENCIAS

- Organización del Foro: *Reflexiones, Propuestas, Acciones y Perspectivas de la Bioética en América Latina y el Caribe*, desarrollado del 25 al 27 de marzo de 2009, en Mérida Yucatán.
- *Encuentro Nacional de Bioética 2009*, organizado en forma conjunta con la Comisión de Bioética del Estado de México, se desarrolló en la ciudad de Toluca, el 3 de julio, 2009.

5. COMISIONES DE BIOÉTICA DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS

A junio de 2009 se encuentran registradas 22 comisiones estatales de bioética, que se enlistan a continuación:

1. Aguascalientes	7. Colima	13. Morelos	19. Tamaulipas
2. Baja California	8. Durango	14. Nayarit	20. Tlaxcala
3. Baja California Sur	9. Guanajuato	15. Nuevo León	21. Yucatán
4. Campeche	10. Guerrero	16. Oaxaca	22. Zacatecas
5. Chiapas	11. Jalisco	17. Sonora	
6. Coahuila	12. Estado de México	18. Tabasco	

Las Comisiones de Bioética de las Entidades Federativas llevaron a cabo una reunión regional en Oaxaca el 2 y 3 de abril de 2009, con la asistencia de representantes de Campeche, Chiapas, Guerrero, Tabasco y Oaxaca. También realizaron la 5ª. Reunión Nacional de Comisiones de Bioética de las Entidades Federativas en Tampico, Tamaulipas el 27 y 28 de agosto de 2009, donde se convocó a representantes de las 32 entidades federativas.

La Comisión Nacional de Bioética desarrolla acciones para promover la creación de comisiones de bioética en las entidades federativas. De enero a julio de 2009 se realizaron las actividades siguientes:

- Cuatro reuniones preparatorias para la instalación de comisiones de bioética en los estados de San Luis Potosí, Chiapas, Chihuahua y Michoacán.
- Cuatro visitas de promoción y seguimiento de la comisiones en el Estado de México, Quintana Roo, San Luis Potosí y Veracruz.
- Seguimiento continuo a 22 Comisiones estatales de Bioética existentes.
- Apoyo a diez entidades federativas que se encuentran en proceso de creación de su Comisión de Bioética.

6. CENTRO DEL CONOCIMIENTO BIOÉTICO (CECOBE)

A través del portal electrónico de la Comisión Nacional es posible acceder al CECOBE, que integra los acervos bibliográficos relacionados a la bioética. Entre el 1º de septiembre de 2008 y el 31 de agosto de 2009, se reportaron las siguientes actividades:

- Ocho actualizaciones de la página electrónica de la CNB.
- Tres presentaciones de las publicaciones: Memoria del Foro de Muerte Digna y la revista Clonación Humana; Guía Nacional para la Integración y Funcionamiento de Comités de Ética en Investigación; y, Memorias del Seminario de Aspectos Sociales de la Bioética.
- Tres transmisiones de videoconferencias por Internet a todo el país de la presentación de las publicaciones y eventos de la Comisión Nacional.
- Diseño de anuncios y promocionales para actividades de la CNB.
- Organización de la biblioteca de la Comisión Nacional de Bioética:
 - a) Biblioteca Física: Libros impresos y publicaciones periódicas impresas.
 - b) Biblioteca por vía electrónica (Internet): servicios del portal de libre acceso a la información digital sobre salud y bioética; servicios de consulta a 5 bases de datos en ciencias de la salud, con acceso a más de 7,000 títulos de publicaciones periódicas y revistas.
- Atención a usuarios de la información en la Biblioteca del CECOB: medios electrónicos, vía telefónica y presencial.
- Cinco cursos de capacitación "Búsqueda y recuperación de información a través de recursos electrónicos en ciencias de la salud" a los integrantes de CEI, CHB y Comisiones Estatales de Bioética (CEB). Las entidades federativas donde se realizó este curso fueron: Distrito Federal, México, Guerrero, Chihuahua y Quintana Roo.

7. PUBLICACIONES

Las publicaciones realizadas en el periodo septiembre 2008 al mes de agosto de 2009 son:

- Memorias del Foro "Muerte Digna. Una oportunidad real". Diciembre, 2008
- Reimpresión de la Memoria del Foro "*Homofobia y Salud*". Febrero, 2009.
- Edición de la Guía Nacional para la Integración y Funcionamiento de Comités de Ética en Investigación. Marzo, 2009.
- Versión en inglés de la revista "La Comisión Nacional de Bioética, Su Quehacer, su entender". Mayo, 2009.
- Memorias del Seminario "Aspectos Sociales en la Bioética". Junio, 2009.
- Edición de la Guía Nacional para la Integración y Funcionamiento de Comités Hospitalarios de Bioética. Julio, 2009.
- Versión en Inglés de la Guía Nacional para la Integración y Funcionamiento de Comités Hospitalarios de Bioética. Agosto, 2009.

15. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

15. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

En continuidad con la estrategia nacional para la Prevención y el Tratamiento de las Adicciones y en correspondencia con los objetivos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo sobre la universalidad en el acceso a los servicios médicos de calidad y como parte del Programa de Acción Específico 2009 se programaron un conjunto de acciones en coordinación con las entidades federativas para fortalecer a los Consejos Estatales Contra las Adicciones y las cuales consistieron en lo siguiente:

1. RED NACIONAL DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES

Se lleva a cabo un programa para la construcción, equipamiento y operación de una Red de Atención con 329 Unidades de Especialidad Médica con Centro de Atención Primaria en Adicciones, denominados también Centros “Nueva Vida”, los cuales se encuentran distribuidos en los municipios prioritarios del país.

- Gradualmente, se a iniciado la operación de los Centros “Nueva Vida” en todo el país con una primera fase de elaboración del diagnóstico comunitario de cada localidad y, una segunda, con la prestación de servicios de atención al público, contando hasta el momento con 302 Centros en operación. Cabe destacar que en diciembre de 2008 esta red de atención contaba con 302 centros construidos y equipados, de los cuales operaban 269.
- Durante los dos primeros trimestres de 2009 se realizaron 883 cursos de capacitación sobre prevención, detección temprana, intervención breve y tratamiento de las adicciones dirigido al personal de los Centros “Nueva Vida”, Secretarios Técnicos de los Consejos Estatales contra las Adicciones y miembros de organizaciones de la sociedad civil. En el año 2008 se realizaron 767 para un total de 1,650.
- Durante los dos primeros trimestres de 2009, las acciones de prevención en los Centros “Nueva Vida” han beneficiado a 642,979 adolescentes de 12 a 17 años de edad. Mientras que en 2008 beneficiaron a 1,268,797, sumando un total de 1,911,776 adolescentes que participaron en acciones de prevención.
- En el periodo de septiembre de 2008 a agosto de 2009 se han aplicado 471,963 pruebas de tamizaje a alumnos en sus centros escolares para la detección de situaciones de riesgo frente al consumo de drogas y se han brindado entrevistas de primera vez de orientación psicológica e intervención breve para 19,153 adolescentes y 46,812 consultas subsecuentes.

Aunado a este esfuerzo por consolidar una red de atención a las adicciones, a la fecha se cuenta con 711 municipios con Comités Municipales contra las Adicciones, así como con redes de prevención y tratamiento integradas por organismos gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil.

Un total de 476 establecimientos que brindan servicios de tratamiento a las adicciones cumplen con lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999 para prevención, tratamiento y control de las adicciones.

En cuanto a los servicios de salud, 3,326 unidades básicas de primer nivel, aplican los procedimientos para la detección, orientación y consejería en materia de adicciones.

2. CAMPAÑA NACIONAL DE INFORMACIÓN “PARA UNA NUEVA VIDA”

En el marco de la Campaña Nacional de Información Para una Nueva Vida, se han capacitado en la detección, orientación y consejería en adicciones a más de 20,000 promotores procedentes de diversas instituciones de los tres órdenes de gobierno. En lo que respecta al proceso de difusión y diseminación de la Campaña, se editaron más de 12 millones de materiales y guías de apoyo. Por otro lado, en coordinación con la SEP, se inició la capacitación de los maestros de educación básica, específicamente de nivel secundaria, tanto de escuelas

públicas como privadas, las cuales suman alrededor de 300 mil. Posteriormente, se iniciará la capacitación de los maestros de las primarias y los jardines de niños a través de 2,300 equipos de capacitadores integrados por profesionales de salud y de educación.

3. OFICINA NACIONAL PARA EL CONTROL DEL TABACO

Un acontecimiento relevante de las acciones realizadas dentro de esta estrategia fue la publicación el 30 de mayo de 2008, en el DOF de la Ley General para el Control del Tabaco. Es un hecho histórico en cuanto a la protección de la salud de los mexicanos y coloca a nuestro país a la vanguardia en Latinoamérica. Así también, y en coordinación con otras instancias, se elaboró el Reglamento respectivo; mismo que fue publicado el 30 de junio de 2009 en el DOF. Además, se ha elaborado un diagnóstico de implementación de la Ley General para el Control del Tabaco, así como el Programa de la Oficina Nacional para el Control del Tabaco.

4. MECANISMOS DE APOYO A ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

Dentro de las acciones previstas para el subsidio de pago de servicios de tratamiento con organizaciones de la sociedad civil y con base al Acuerdo Nacional por la Seguridad, la Justicia y la Legalidad, emitido el 21 de agosto de 2008 en el marco de la XXIII Sesión Ordinaria del Consejo Nacional de Seguridad Pública, en donde se establece el objetivo XXI que a letra dice: *“Fortalecer la atención a personas con problemas de adicciones”* y en donde se señala el compromiso de *“establecer mecanismos de apoyo a organizaciones de la sociedad civil dedicadas a la rehabilitación de personas con adicciones”*, este Secretariado Técnico del Consejo Nacional Contra las Adicciones realizó la transferencia de recursos financieros hacia las entidades federativas, para que éstas a su vez, otorgaran subsidios a organizaciones de la sociedad civil para la prestación de servicios especializados de tratamiento a las adicciones, bajo las siguientes especificaciones y resultados:

- Objetivo general: otorgar subsidios para la prestación de servicios especializados de tratamiento a las adicciones para personas con problemas de abuso y/o dependencia a sustancias psicotrópicas, y a sus familiares.
- Objetivos Particulares:
 - Otorgar subsidios a organizaciones de la sociedad civil que cumplan con lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
 - Promover las mejores prácticas en el tratamiento especializado de las adicciones.
 - Impulsar la articulación de redes interinstitucionales para el tratamiento a las adicciones.
- Resultados:
 - Los recursos federales totales fueron transferidos a las Secretarías de Salud de las entidades federativas.
 - Se beneficiaron 58 organizaciones de la sociedad civil especializadas en el tratamiento a las adicciones de 13 entidades federativas.
 - Se subsidió un total de 1,472 tratamientos, de los cuales 117 son en modalidad residencial, 107 en semipresidencial y 248 en ambulatorio.

5. EL CENTRO DE ORIENTACIÓN TELEFÓNICA (COT)

En este centro se brinda servicios de escucha y orientación psicológica, intervención y consejería breve, así como información y canalización a establecimientos de tratamiento en adicciones, en forma continua las 24 horas del día, los 365 días del año. De esta manera, el COT se mantiene como la principal asistencia a distancia en nuestro país respecto al tema de las adicciones con una amplia cobertura nacional y en forma gratuita. Entre los principales resultados obtenidos por este servicio se encuentran:

- Durante los dos primeros trimestres de 2009 se recibieron un total de 114,880 llamadas telefónicas; mientras que para el 2008 éstas fueron 156,815.
- Los principales motivos de las llamadas en orden descendente son: solicitud de información básica, orientación preventiva y derivación a centros especializados de tratamiento.
- El grupo de edad que más solicita el servicio es el de 16 a 20 años.
- La sustancia de primer uso, y relacionada con la llamada telefónica, es la cocaína base.

Con el propósito de apoyar con la difusión de los programas, las acciones y estrategias que realiza el STCONADIC para la prevención, control y tratamiento de las adicciones, así como para favorecer un cambio de la actitud de la población ante el fenómeno de las adicciones, se instrumentaron seis campañas:

- Del 3 de noviembre al 15 de diciembre de 2008, se llevó a cabo la campaña “Ley General para el Control de Tabaco”, misma que fue transmitida por tiempos comerciales. Se utilizaron spots en radio y anuncios en medios impresos (periódicos y revistas), así como medios complementarios (pantallas gigantes, espectaculares, publicidad en microbuses, dovelas, marquesinas).
- Del 12 de noviembre al 26 de diciembre de 2008 se difundió por tiempos comerciales la campaña “Centros Nueva Vida”. Se recurrió a tres televisoras y sus repetidoras, 434 emisoras de radio, además de publicidad en periódicos y revistas.
- De marzo a abril de 2009, se difundió la campaña nacional emergente “Contra las Adicciones”, Centros Nueva Vida, bajo la modalidad de tiempos comerciales.
- Para mayo de 2009 y con apoyo de RTC, se colocó en radiodifusoras nacionales la campaña contra el tabaquismo versión “muertos”, haciendo uso de tiempos oficiales.
- En junio, entraron dos campañas más. La primera de ellas fue de alcoholismo, donde el STCONADIC participó como co-emisor en coordinación con CENAPRA. Por las restricciones en materia electoral, sólo se emplearon tiempos oficiales y medios electrónicos (radiodifusoras). Mientras que la segunda fue la campaña “Centros Nueva Vida” salió al aire en radiodifusoras y con tiempos oficiales la última semana de junio y primera de julio.
- En cuanto a las acciones de cooperación internacional, el Secretario Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones participó mediante sus representantes en forma directa y/o coadyuvó en diversas actividades de carácter bilateral, multilateral e internacional.
- En la cooperación bilateral México-Estados Unidos, se apoyaron las negociaciones sobre la Carta de Acuerdo (LOA-Letter of Agreement) de la Iniciativa Mérida. Mediante este acuerdo se refleja un nuevo paradigma de la cooperación bilateral y se instrumentará la Red Nacional de Transferencia de Tecnología para la Atención de las Adicciones (RENADIC), proporcionando la plataforma tecnológica necesaria para el intercambio de información y educación a distancia.
- Participación en el Grupo de Expertos en Reducción de la Demanda de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). Para el periodo de 2009 a 2010, México, a través del CONADIC, ocupa la presidencia del señalado Grupo de Expertos, a partir del 2 de octubre de 2008.
- Se acordó como tema central del trabajo de México al frente del Grupo de Expertos de CICAD, discutir la situación actual del tratamiento para los consumidores de drogas en el Hemisferio, así como el desarrollo de metodologías para el establecimiento de prioridades nacionales en el tema de intervenciones en tratamiento. La 11ª Reunión del Grupo, se llevará a cabo en México, en las salas de conferencias de la Secretaría de Relaciones Exteriores, del 29 de septiembre al 1º de octubre de 2009.

16. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL

16. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL

Desde que se realizó la firma de la Declaración de México para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en octubre de 2006, se han emprendido acciones relevantes con el propósito de proporcionar a los usuarios de todo el país, una atención médico-psiquiátrica de calidad y con calidez, a través de acciones de promoción, prevención y rehabilitación en el campo de la salud mental, que redunden en un mejor nivel de vida del usuario y de la familia, así como de su reintegración al medio en el que se desarrolla. En este sentido, a partir de este año se otorgaron recursos para la construcción de 36 Unidades de Especialidades Médicas en Salud Mental (UNEMES-CISAME) en la República Mexicana, de las cuales a agosto de 2009, se tienen en operación 18, terminadas 11 y en proceso de construcción o equipamiento 7. (Ver cuadro XVI.1).

Cuadro XVI.1
ENTIDADES FEDERATIVAS QUE CUENTAN CON UNIDADES DE ESPECIALIDADES MÉDICAS EN SALUD MENTAL (UNEMES-CISAME), MÉXICO 2009

Entidad federativa	Operación	Terminadas	Proceso
Aguascalientes	1		
Baja California			2
Baja California Sur	2		
Coahuila	1		
Colima		1	
Chiapas			1
Chihuahua		2	
Durango	1		
Guanajuato	3		
Mexico		3	1
Morelos	1		
Nayarit	1		1
Quintana Roo	2		
San Luis Potosi	2		
Sinaloa		3	
Tabasco			1
Tamaulipas	1		1
Veracruz		2	
Yucatán	1		
Zacatecas	2		
Totales	18	11	7

- En lo que respecta al periodo de 1° de septiembre de 2008 al 31 de agosto de 2009, las acciones realizadas fueron las siguientes:
- En relación con los derechos humanos se supervisó el cumplimiento de la NOM-025-SSA2-1994; asimismo, se participó en la elaboración y difusión de lineamientos en materia de derechos humanos, trato, respeto y protección a las personas internadas en 25 estados de la República Mexicana y el Distrito Federal que cuentan con servicios de hospitalización.
- Respecto a la difusión del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental,⁴ se establecieron estructuras de atención en siete estados de la República Mexicana, tales como Aguascalientes, Estado de México, Distrito Federal, Tamaulipas, Hidalgo, Durango y Oaxaca. También se llevaron a cabo tres Reuniones nacionales de trabajo con los responsables de salud mental en las entidades federativas para diseñar estrategias para la implementación de este modelo. Asimismo se desarrollaron los programas específicos en temas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y autismo a través de las siguientes actividades:
 - Curso-Taller para padres de hijos con TDAH (CISAME-DF, abril-junio 2008).
 - Curso de diagnóstico temprano y estrategias de tratamiento en autismo, impartido a los coordinadores de salud mental de todas las entidades federativas (septiembre-2008).

⁴ Este modelo representa un cambio en el concepto de la atención psiquiátrica, que promueve la creación de estructuras de prevención, hospitalización breve y reintegración social para las personas que padecen alguna enfermedad mental, con el objetivo de brindarles una atención digna, oportuna y con respeto a los derechos humanos para su pronta rehabilitación psicosocial.

- Establecimiento del Comité Técnico de Autismo, en el que participan el Secretariado Técnico CONSAME, AUTISM SPEAKS, CLIMA, AUTISMEX, Asociación Mexicana de Pediatría, y, Asociación Mexicana de Neurología Pediátrica (octubre-2008).
- Impartición de seminarios, conferencias y entrevistas nacionales e internacionales sobre el Modelo Miguel Hidalgo, Programa Nacional de Salud Mental.

En relación con la implementación del modelo, destaca el apoyo para la construcción de 10 villas de transición hospitalaria en sustitución de hospitales psiquiátricos, un área de gobierno y tres aulas de capacitación en el Estado de México y 6 villas de transición hospitalaria en Oaxaca; la impartición de asesorías a las entidades que cuentan con UNEMES-CISAME, mismas en las que se gestionó y solicitó al Instituto Mexicano de Psiquiatría las guías clínicas de las UNEMES-CISAME propuestas por el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental en conjunto con el Comité Técnico de las UNEMES-CISAME. También se otorgaron recursos económicos para la continuidad de los programas de rehabilitación psicosocial en los hospitales psiquiátricos de Tamaulipas, Estado de México e Hidalgo.

Cabe destacar que, para el mismo periodo, el Centro de Integración de Salud Mental CISAME-DF, otorgó 46,600 consultas de los servicios de paidopsiquiatría, psiquiatría, psicogeriatría y psicología, y 14,513 de consultas de rehabilitación; además, se puso en operación la clínica de autismo, desarrolló un sistema de control de citas para mejorar los servicios y controlar la productividad, impartió cursos de yoga, kung fu y baile. Para usuarios de todas las edades, integró grupos de autoayuda, grupos terapéuticos para usuarios adultos, grupos de psico-educación para usuarios adultos y jóvenes y desarrolló alternativas terapéuticas y de rehabilitación para adultos mayores mediante la integración de grupos de terapia ocupacional, como talleres de manualidades, clases de yoga, baile y paseos recreativos.

17. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

17. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Durante el periodo septiembre 2008-agosto 2009, este Secretariado Técnico celebró las reuniones ordinarias del Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad (CONADIS) en octubre de 2008, mayo de 2009 y julio de 2009. Este Consejo es un instrumento permanente de coordinación intersecretarial e interinstitucional en el que participan Secretaría de Salud, Secretaría de Comunicaciones y Transportes, Secretaría de Desarrollo Social, Secretaría de Educación Pública, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Sistema Nacional DIF, así como organizaciones de la sociedad civil. El objetivo es promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones, estrategias y programas en la materia. Como producto de las reuniones mencionadas se acordaron las estrategias y líneas de acción que se llevarán a cabo durante la presente Administración Pública en beneficio de las personas con discapacidad.

Se aprobó la publicación del Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad, 2009-2012 (PRONADDIS), cuya misión es conjuntar políticas de Estado y conducir la operación de estrategias en las instituciones del sector público en los tres órdenes de gobierno, para favorecer el desarrollo integral y la inclusión plena de las personas con discapacidad y sus familias en la vida social y productiva del país, con absoluto respeto a sus derechos humanos y libertades fundamentales. En apego a las disposiciones de la Ley General de las Personas con Discapacidad. Este importante documento se elaboró con la activa participación de las instituciones que conforman el CONADIS, con la participación de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) y de la Secretaría de Relaciones Exteriores, entre otras. Se tiene previsto presentar oficialmente este programa antes de que finalice el año.

Se efectuaron 12 sesiones ordinarias del Consejo Consultivo para las Personas con Discapacidad, integrado por 26 organizaciones de la sociedad civil, con el objeto de proponer y opinar sobre los programas y acciones que se emprendan a favor de las personas con discapacidad; así como recabar propuestas y presentarlas al CONADIS. Este Consejo Consultivo participó en la elaboración del PRONADDIS, así como en la organización de diversos eventos orientados a sensibilizar a la población en torno al tema de la discapacidad siendo éstos la “Carrera por la inclusión de las Personas con Discapacidad”, la exposición de fotografía del ABC de la Discapacidad, la Cena en Oscuridad, el Día del Niño, entre otras.

Se distribuyeron 15,000 ejemplares de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, entre funcionarios públicos, legisladores, bibliotecas y población en general de las 32 entidades federativas del país.

En el marco de la conmemoración el Día Internacional de las Personas con Discapacidad, por segundo año consecutivo el CONADIS efectuó su estrategia anual de difusión denominada “Segunda Semana Nacional de las Personas con Discapacidad”, la cual se llevó a cabo del 24 al 30 de noviembre de 2008 con el objetivo central de promover los derechos de las personas con discapacidad, así como dar a conocer los programas que el Ejecutivo Federal y las Organizaciones de la Sociedad Civil tienen para este grupo de la población.

En diciembre de 2008, en el seno del CONADIS, se instaló el “Comité de Trabajo y Capacitación” cuyo objeto es impulsar la adopción de políticas públicas en la materia que coadyuven al cumplimiento de las disposiciones aplicables en materia de trabajo y capacitación por parte del Estado Mexicano.

En febrero de 2009 se instaló el “Comité de Inclusión de y para Personas con Discapacidad”, en el Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales (CONOCER). Este comité revisará todos los proyectos de Normas Técnicas de Competencia Laboral, que deriven en temas de discapacidad, sumándose a los 15 ya existentes en otros campos.

En coordinación con CONOCER se elaboró la Norma Técnica de Competencia Laboral para la Prestación de Servicios de Interpretación de la Lengua de Señas Mexicana al Español y viceversa, la cual se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 9 de junio de 2009. Esta Norma Técnica tiene el propósito de servir como

referente para la evaluación y certificación de las personas que prestan el servicio de interpretación de la lengua de señas mexicana al español y viceversa, en sus diversas modalidades: preparar las condiciones para la prestación del servicio de interpretación, interpretar de manera simultánea, consecutiva, y traducir a vista.

En junio de 2009, en el seno del CONADIS, se instaló el “Comité de Accesibilidad y Diseño Universal” cuyo objetivo general es impulsar y priorizar la ejecución de acciones que tiendan a la accesibilidad y diseño universal en los entornos urbanos y arquitectónicos, así como a las tecnologías de la información y las comunicaciones para permitir la plena inclusión en la sociedad de las personas con discapacidad.

En cumplimiento al artículo 4, numeral 1, incisos a y b de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en coordinación con la Dirección General de Asuntos Jurídicos de esta Secretaría, se realizaron reuniones de trabajo con las comisiones de atención a grupos vulnerables del H. Congreso de la Unión para iniciar el proceso de armonización de las leyes con la Convención. Al respecto se emitieron 64 opiniones sobre proyectos de reformas y adiciones de diversas leyes.

El Secretariado Técnico del CONADIS apoyó técnica y financieramente a los Institutos Nacionales de Cancerología, Neurología y Rehabilitación, así como al Hospital General de México y al Hospital Juárez de México para el mejoramiento de las condiciones de accesibilidad para personas con discapacidad. Las adecuaciones se realizaron entre los meses de octubre a diciembre de 2008.

En materia de atención ciudadana, de septiembre del 2008 a agosto del 2009 el Secretariado Técnico del CONADIS recibió aproximadamente 210 peticiones de la sociedad (solicitudes de diversos apoyos: 49.62 por ciento; solicitudes de información 42.11 por ciento, solicitudes de inclusión laboral 4.51 por ciento, quejas o denuncias 2.26 por ciento y propuestas para políticas públicas 1.5 por ciento). Del total de las peticiones recibidas, fueron respondidas o canalizadas al área correspondiente el 91 por ciento, se encuentran en proceso de atención 7.5 por ciento y 1.5 por ciento fueron canceladas por desinterés del solicitante.

En el campo la salud, en octubre de 2008 se concluyó la elaboración del Programa de Tamiz Auditivo Neonatal e Intervención Temprana, cuyo objetivo es garantizar la atención integral de los neonatos con diagnóstico de hipoacusia y sordera para disminuir la prevalencia de discapacidad auditiva en población infantil y contribuir a su plena integración e inclusión social. Para asegurar la adecuada operación de este programa se han realizado las siguientes acciones:

En 2008 se realizaron 18 cursos mediante los cuales se capacitaron cerca de 600 médicos y enfermeras en los 250 hospitales del país donde se atiende el mayor porcentaje de partos de la Secretaría de Salud. Esta acción contribuirá a establecer el tamiz auditivo neonatal como un procedimiento rutinario y obligatorio en la institución.

- Se distribuyeron 3,000 ejemplares de este programa entre las instituciones del Sector Salud y en unidades médicas y hospitalarias de los 32 Servicios Estatales de Salud.
- En coordinación con el Instituto Nacional de Rehabilitación, en abril de 2009 se efectuó el Primer Curso Nacional para Audiólogos, mediante el cual se capacitaron 35 especialistas de 25 entidades federativas, en la adaptación de auxiliares auditivos a niños y niñas con diagnóstico confirmado de hipoacusia. Asimismo, con el apoyo de la Federación Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello (FESORMEX) se realizaron dos cursos para la certificación de otorrinolaringólogos en la aplicación de implantes cocleares para la atención de niños y niñas con diagnóstico de sordera profunda (febrero y julio de 2008), lo cual permitió certificar 45 especialistas en esta materia.
- Se incluyeron en el Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, los equipos portátiles de emisiones otoacústicas y los implantes cocleares.
- En coordinación con las instituciones del Sector Salud, en noviembre de 2008 se concluyó la elaboración del Programa de Atención Integral a la Salud de las Personas con Discapacidad, cuyo objetivo general es prevenir la discapacidad en la población general del país y contribuir a que las personas con discapacidad disfruten del derecho al más alto nivel de salud, sin discriminación, mediante el establecimiento de políticas públicas y estrategias en materia de promoción, prevención, detección temprana, tratamiento oportuno,

habilitación y rehabilitación. Como parte de este programa, durante el periodo de este informe se realizaron las siguientes acciones:

- Se distribuyeron 2,000 ejemplares de este programa en las instituciones del Sector Salud, así como en jurisdicciones sanitarias y unidades centrales de la Secretaría de Salud.
- Se efectuó la Reunión Nacional del Programa de Atención Integral a la Salud de las Personas con Discapacidad, los días 8 y 9 de diciembre del 2008, con la participación de los líderes estatales del programa de 31 entidades federativas del país.
- Se elaboraron las “Guías de Práctica Clínica” en materia de: a) diagnóstico oportuno de displasia de desarrollo de la cadera en el primer nivel de atención, b) atención del paciente con osteoartritis de cadera y rodilla en el primer nivel de atención y c) atención del paciente con esguince cervical.

ANEXO ESTADÍSTICO

ANEXO ESTADÍSTICO

ESPERANZA DE VIDA AL NACER
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008

ENTIDAD FEDERATIVA	ESPERANZA DE VIDA AL NACER		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Nacional	75.1	72.7	77.5
Aguascalientes	75.4	73.2	77.5
Baja California	76.0	73.5	78.4
Baja California Sur	75.9	73.5	78.4
Campeche	75.1	72.7	77.4
Coahuila	74.8	72.5	77.2
Colima	75.5	73.0	78.0
Chiapas	74.1	71.7	76.4
Chihuahua	75.7	73.5	78.0
Distrito Federal	76.1	73.6	78.5
Durango	74.5	72.2	76.8
Guanajuato	75.4	73.1	77.7
Guerrero	73.5	71.2	75.8
Hidalgo	74.8	72.4	77.2
Jalisco	75.4	73.1	77.6
México	75.8	73.3	78.2
Michoacán	74.8	72.6	77.0
Morelos	75.9	73.3	78.4
Nayarit	75.0	72.8	77.3
Nuevo León	75.4	73.0	77.8
Oaxaca	74.3	71.9	76.6
Puebla	75.2	72.7	77.7
Querétaro	75.4	73.0	77.9
Quintana Roo	76.2	74.0	78.5
San Luis Potosí	75.2	72.8	77.5
Sinaloa	74.6	72.5	76.8
Sonora	75.2	72.7	77.8
Tabasco	74.6	72.4	76.9
Tamaulipas	75.1	72.7	77.5
Tlaxcala	75.9	73.6	78.2
Veracruz	73.9	71.5	76.3
Yucatán	75.1	72.8	77.5
Zacatecas	75.7	73.4	77.9

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2007

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA/ ¹	CÓDIGO CIE-10/ ²	DEFUNCIONES	TASA/ ³
	Total	A00-Y98	514,420	486.3
1	Enfermedades del corazón	I00-I51 excepto I46	87,185	82.4
	- Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	56,027	53.0
2	Diabetes mellitus	E10-E14	70,517	66.7
3	Tumores malignos	C00-C97	65,112	61.5
4	Accidentes	V01-X59,Y40-Y86	39,340	37.2
	- 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	15,344	14.5
5	Enfermedades del hígado	K70-K76	30,554	28.9
	- Enfermedad alcohólica del hígado	K70	13,266	12.5
6	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	29,277	27.7
7	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	J44	15,430	14.6
8	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	P00-P96,A33	7,214	6.8
	- Dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en el periodo perinatal	P22-P28	15,004	14.2
9	Influenza y Neumonía	J10-J18	12,927	12.2
10	Insuficiencia renal	N17-N19	10,466	9.9
	Las demás Causas		72,089	68.1

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas la cual permite establecer comparaciones a nivel internacional, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas.

^{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: Instituto Nacional de Estadística y Geografía / Secretaría de Salud, SINAI: Base de datos de mortalidad 2007.
Consejo Nacional de Población, 2006; Proyecciones de la población de México, 2005-2050.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2007

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA/ ¹	CÓDIGO CIE-10/ ²	DEFUNCIONES	TASA/ ³
	Total	A00-Y98	30,425	777.8
1	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	P00-P96,A33	15,004	383.6
	- Dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal	P22-P28	7,214	184.4
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99	6,417	164.0
	- Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	Q20-Q28	3,218	82.3
3	Influenza y Neumonía	J10-J18	1,473	37.7
4	Enfermedades infecciosas intestinales	A00-A09	981	25.1
5	Accidentes	V01-X59,Y40-Y86	968	24.7
	- Accidentes de tráfico de vehículos de motor	V02-V04 (.1-.9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4 -V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9	91	2.3
6	Infecciones respiratorias agudas	J00-J06,J22	658	16.8
	- Bronquitis y bronquiolitis agudas	J20-J21	416	10.6
7	Septicemia	A40-A41	602	15.4
8	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	463	11.8
9	Enfermedades del corazón	I00-I51 excepto I46	343	8.8
	- Enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón	I26-I45,I47-I51	341	8.7
10	Enfermedad del esófago	K20-K22	182	4.7
	Las demás Causas		2,026	51.8

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas la cual permite establecer comparaciones a nivel internacional, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas.

¹/ Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.

²/ Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10ª revisión.

³/ Tasa por cien mil nacidos vivos, estimados por CONAPO.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía / Secretaría de Salud, SINAIS: Base de datos de mortalidad 2007.
Consejo Nacional de Población, 2006; Proyecciones de la población de México, 2005-2050.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD PREESCOLAR
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2007

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA/ ¹	CÓDIGO CIE-10/ ²	DEFUNCIONES	TASA/ ³
	Total	A00-Y98	6,068	76.6
1	Accidentes	V01-X59,Y40-Y86	1,483	18.7
	- Accidentes de tráfico de vehículos de motor	V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4 -V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9	479	6.0
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99	790	10.0
	- Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	Q20-Q28	472	6.0
3	Enfermedades infecciosas intestinales	A00-A09	484	6.1
4	Tumores malignos	C00-C97	465	5.9
	- Leucemias	C91-C95	210	2.7
5	Influenza y Neumonía	J10-J18	397	5.0
6	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	251	3.2
7	Septicemia	A40-A41	176	2.2
8	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	G80-G83	137	1.7
9	Enfermedades del corazón	I00-I51 excepto I46	111	1.4
	- Enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón	I26-I45,I47-I51	104	1.3
10	Infecciones respiratorias agudas	J00-J06,J22	106	1.3
	- Bronquitis y bronquiolitis agudas	J20-J21	64	0.8
	Las demás Causas		971	12.3

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas la cual permite establecer comparaciones a nivel internacional, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas.

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: Instituto Nacional de Estadística y Geografía / Secretaría de Salud, SINAI: Base de datos de mortalidad 2007. Consejo Nacional de Población, 2006; Proyecciones de la población de México, 2005-2050.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD ESCOLAR
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2007

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA/ ¹	CÓDIGO CIE-10/ ²	DEFUNCIONES	TASA/ ³
	Total	A00-Y98	6,575	30.1
1	Accidentes	V01-X59,Y40-Y86	2,032	9.3
	- Accidentes de tráfico de vehículos de motor	V02-V04 (.1,.9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4 -V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9	845	3.9
2	Tumores malignos	C00-C97	1,035	4.7
	- Leucemias	C91-C95	579	2.6
3	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99	392	1.8
	- Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	Q20-Q28	206	0.9
4	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	G80-G83	311	1.4
5	Enfermedades del corazón	I00-I51 excepto I46	194	0.9
	- Enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón	I26-I45,I47-I51	149	0.7
6	Agresiones (homicidio)	X85-Y09	172	0.8
7	Insuficiencia renal	N17-N19	159	0.7
8	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio)	X60-X84	138	0.6
9	Influenza y Neumonía	J10-J18	127	0.6
10	Epilepsia	G40-G41	114	0.5
	Las demás Causas		1,110	5.1

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas la cual permite establecer comparaciones a nivel internacional, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas.

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: Instituto Nacional de Estadística y Geografía / Secretaría de Salud, SINAIS: Base de datos de mortalidad 2007.
Consejo Nacional de Población, 2006; Proyecciones de la población de México, 2005-2050.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD PRODUCTIVA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2007

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA/ ¹	CÓDIGO CIE-10/ ²	DEFUNCIONES	TASA/ ³
	Total	A00-Y98	192,124	281.4
1	Tumores malignos	C00-C97	27,886	40.8
2	Diabetes mellitus	E10-E14	27,737	40.6
3	Accidentes	V01-X59,Y40-Y86	26,946	39.5
	- Accidentes de tráfico de vehículos de motor	V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4 -V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9	11,968	17.5
4	Enfermedades del corazón	I00-I51 excepto I46	21,626	31.7
	- Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	14,413	21.1
5	Enfermedades del hígado	K70-K76	18,989	27.8
	- Enfermedad alcohólica del hígado	K70	9,666	14.2
6	Agresiones (homicidio)	X85-Y09	7,924	11.6
7	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	6,886	10.1
8	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (SIDA)	B20-B24	4,834	7.1
9	Insuficiencia renal	N17-N19	4,011	5.9
10	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio)	X60-X84	3,853	5.6
	Las demás Causas		25,198	36.9

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas la cual permite establecer comparaciones a nivel internacional, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas.

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: Instituto Nacional de Estadística y Geografía / Secretaría de Salud, SINAIS: Base de datos de mortalidad 2007.
Consejo Nacional de Población, 2006; Proyecciones de la población de México, 2005-2050.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD POSTPRODUCTIVA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2007

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA/ ¹	CÓDIGO CIE-10/ ²	DEFUNCIONES	TASA/ ³
	Total	A00-Y98	277,313	4,795.9
1	Enfermedades del corazón	I00-I51 excepto I46	64,665	1,118.3
	- Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	41,420	716.3
2	Diabetes mellitus	E10-E14	42,683	738.2
3	Tumores malignos	C00-C97	35,592	615.5
	- De la tráquea, de los bronquios y del pulmón	C33,C34	4,569	79.0
	- De la próstata	C61	4,435	76.7
	- Del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	C22	3,162	54.7
4	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	22,048	381.3
5	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	J44	13,712	237.1
6	Enfermedades del hígado	K70-K76	11,194	193.6
	- Enfermedad alcohólica del hígado	K70	3,516	60.8
7	Influenza y Neumonía	J10-J18	8,276	143.1
8	Accidentes	V01-X59,Y40-Y86	7,426	128.4
	- 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	1,829	31.6
9	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	6,694	115.8
10	Insuficiencia renal	N17-N19	6,119	105.8
	Las demás Causas		33,817	584.8

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas la cual permite establecer comparaciones a nivel internacional, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas.

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: Instituto Nacional de Estadística y Geografía / Secretaría de Salud, SINAIS: Base de datos de mortalidad 2007.
Consejo Nacional de Población, 2006; Proyecciones de la población de México, 2005-2050.

MORTALIDAD EN LA INFANCIA POR ENTIDAD FEDERATIVA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2007

ENTIDAD FEDERATIVA	MENORES DE 1 AÑO/ ¹		MENORES DE 5 AÑOS/ ¹	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
Nacional	16.8	13.4	19.8	16.0
Aguascalientes	15.5	12.4	18.3	14.8
Baja California	13.9	11.1	16.5	13.4
Baja California Sur	14.2	11.4	17.0	13.8
Campeche	18.3	14.5	21.3	17.1
Coahuila	14.1	11.3	16.6	13.4
Colima	14.6	11.7	17.3	14.0
Chiapas	24.5	19.9	28.4	23.2
Chihuahua	15.7	12.5	18.6	15.0
Distrito Federal	13.3	10.7	16.0	13.0
Durango	18.6	14.7	21.5	17.2
Guanajuato	18.8	14.9	22.1	17.7
Guerrero	25.1	20.4	28.7	23.5
Hidalgo	19.5	15.4	22.6	18.1
Jalisco	15.8	12.6	18.7	15.1
México	16.6	13.2	19.7	15.9
Michoacán	20.2	16.0	23.4	18.8
Morelos	15.6	12.5	18.5	14.9
Nayarit	17.7	14.0	20.7	16.6
Nuevo León	12.4	10.0	14.8	12.1
Oaxaca	22.6	18.2	26.2	21.3
Puebla	20.8	16.6	24.5	19.7
Querétaro	17.5	13.9	20.6	16.5
Quintana Roo	15.3	12.2	18.2	14.7
San Luis Potosí	18.7	14.8	21.8	17.5
Sinaloa	16.6	13.2	19.3	15.6
Sonora	14.7	11.7	17.3	14.0
Tabasco	18.9	15.0	22.2	17.8
Tamaulipas	14.5	11.6	17.1	13.8
Tlaxcala	18.6	14.8	22.0	17.7
Veracruz	21.1	16.8	24.4	19.7
Yucatán	17.8	14.1	20.8	16.7
Zacatecas	19.9	15.7	23.3	18.6

¹/ Probabilidad de morir por mil menores del grupo de edad.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía / Secretaría de Salud, SINAIS: Base de datos de mortalidad 2007.
Consejo Nacional de Población, 2006; Proyecciones de la población de México, 2005-2050.

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR ENFERMEDAD DIARRÉICA AGUDA Y POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN MENORES DE 5 AÑOS, TOTAL Y POR SEXO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1995-2007

AÑO	EDAS			IRAS		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
1995	54.8	58.7	51.6	97.5	106.5	88.3
1996	47.0	50.3	43.6	90.1	97.1	82.8
1997	39.3	42.0	36.5	79.9	87.7	71.8
1998	33.4	36.7	30.0	59.7	65.1	54.1
1999	28.3	31.4	25.0	52.8	57.8	47.5
2000	26.4	28.8	24.7	44.7	49.8	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	36.6
2003	20.2	22.1	18.1	34.0	37.2	30.7
2004	18.4	20.3	16.3	35.9	39.4	32.5
2005	17.7	19.2	16.3	31.8	35.6	28.4
2006	15.0	16.5	13.6	30.6	33.6	27.9
2007	14.8	16.6	13.0	29.4	32.1	26.5

Tasa observada por cien mil niños menores de 5 años.
 Nota: Se excluyen residentes en el extranjero.
 Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía / Secretaría de Salud, SINAIS: Base de datos de mortalidad 2007.
 Consejo Nacional de Población, 2006; Proyecciones de la población de México, 2005-2050.

MORTALIDAD POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA Y POR INFECCION RESPIRATORIA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS POR ENTIDAD FEDERATIVA, SEGÚN SEXO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2007

ENTIDAD FEDERATIVA	EDAS			IRAS		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Nacional	14.8	16.6	13.0	29.4	32.1	26.5
Aguascalientes	6.3	5.7	7.1	13.4	17.2	9.5
Baja California	4.2	4.8	3.6	12.9	14.5	11.3
Baja California Sur	7.7	4.4	11.0	14.7	15.3	14.1
Campeche	17.3	9.7	24.8	12.7	4.9	20.6
Coahuila	6.2	8.2	4.2	15.2	12.7	17.8
Colima	14.6	15.5	13.6	5.5	11.3	0.0
Chiapas	58.6	67.4	49.6	48.1	50.3	45.7
Chihuahua	10.9	11.2	10.6	23.1	27.3	18.5
Distrito Federal	7.0	8.2	5.7	31.1	33.2	28.8
Durango	8.8	3.8	12.9	8.8	11.5	6.5
Guanajuato	10.9	12.9	8.9	18.3	19.3	16.9
Guerrero	34.3	45.1	22.9	18.7	21.6	15.6
Hidalgo	18.6	22.3	14.7	11.9	12.1	11.8
Jalisco	6.3	6.2	6.3	12.2	12.4	12.0
México	15.6	17.8	13.3	47.4	54.3	40.2
Michoacán	14.7	15.4	14.1	22.8	25.7	19.7
Morelos	13.7	18.3	8.6	10.3	13.1	7.2
Nayarit	12.5	16.6	8.0	13.0	15.0	11.0
Nuevo León	4.0	3.6	4.6	7.5	7.1	8.0
Oaxaca	30.1	29.4	30.6	31.2	37.3	24.9
Puebla	20.9	24.9	16.7	42.4	47.3	37.4
Querétaro	15.6	14.9	16.3	17.9	18.3	17.5
Quintana Roo	17.5	13.2	21.9	17.5	19.1	16.0
San Luis Potosí	21.0	26.1	16.0	21.0	18.1	23.5
Sinaloa	7.3	8.3	6.3	18.3	13.0	24.0
Sonora	8.7	9.9	7.3	15.3	11.2	19.2
Tabasco	14.7	17.7	11.5	19.3	19.9	18.5
Tamaulipas	5.3	5.9	4.6	5.6	6.5	4.6
Tlaxcala	14.2	16.8	11.5	25.6	26.6	24.4
Veracruz	15.3	16.3	14.2	20.5	21.4	19.4
Yucatán	16.3	22.2	10.2	16.2	11.8	20.3
Zacatecas	11.9	7.4	16.4	20.4	28.8	12.2

Tasa observada por cien mil niños menores de 5 años.
Nota: Se excluyen residentes en el extranjero.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía / Secretaría de Salud, SINAIS: Base de datos de mortalidad 2007.
Consejo Nacional de Población, 2006; Proyecciones de la población de México, 2005-2050.

MORTALIDAD MATERNA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2007

CAUSA	CÓDIGO CIE-10	DEFUNCIONES	TASA/ ¹
Total	000-095, 098-099, A34, D392, F53, M830 y B20-B24/ ²	1,097	55.6
Aborto	000-008	81	4.1
Hemorragia obstétrica	O20,O44-O46, O67, O72	267	13.5
Infección puerperal	O85-O86, A34	28	1.4
Edema, proteinuria, trastornos hipertensivos en embarazo, parto y puerperio (toxemia)	O10-O16	278	14.1
Parto obstruido	O64-O66	14	0.7
Causas obstétricas indirectas	O98-O99	242	12.3
Otras causas maternas	O21-O43, O47-O63, O68-O71, O73-O84, O87-O95	187	9.5

¹/ Tasa por cien mil nacidos vivos estimados por CONAPO.
²/ B20-B24 Si la mujer estaba embarazada.
No incluye las defunciones maternas tardías (O96 y O97)
Fuente: Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud.
Consejo Nacional de la Población, 2006; Proyecciones de la Población de México, 2005-2050.

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA POR ENTIDAD
FEDERATIVA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2007

ENTIDAD FEDERATIVA	RMM/ ¹
Nacional	55.6
Aguascalientes	17.5
Baja California	40.1
Baja California Sur	83.4
Campeche	21.0
Coahuila	27.0
Colima	19.7
Chiapas	81.5
Chihuahua	74.9
Distrito Federal	68.1
Durango	46.9
Guanajuato	39.6
Guerrero	97.7
Hidalgo	65.9
Jalisco	35.4
México	54.0
Michoacán	51.5
Morelos	52.0
Nayarit	29.0
Nuevo León	22.1
Oaxaca	102.0
Puebla	51.4
Querétaro	53.2
Quintana Roo	56.8
San Luis Potosí	61.9
Sinaloa	53.8
Sonora	44.4
Tabasco	59.1
Tamaulipas	44.1
Tlaxcala	31.5
Veracruz	75.6
Yucatán	60.5
Zacatecas	37.4

¹/ Razón por cien mil nacidos vivos estimados
CIE10: O00-099, A34, D392, F53, M830, y embarazadas con B20-B24.
Excluye muertes maternas tardías o por secuelas (O96 y O97) y por coriocarcinoma (C58X).
Excluye una defunción con residencia habitual en el extranjero y defunciones
extemporáneas anteriores a 2006.
Para 2008 se incluyen dos defunciones maternas de 2006 y 2007 que fueron
registradas hasta 2008.
FUENTE:
Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud.
Consejo Nacional de la Población, 2006; Proyecciones de la Población de
México, 2005-2050.

MORTALIDAD POR CÁNCER CÉRVICO-UTERINO Y POR CÁNCER DE MAMA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1995-2007

AÑO	CÉRVICO 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

Tasa observada por cien mil mujeres de 25 años o más.
Nota: Se excluyen residentes en el extranjero.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía / Secretaría de Salud, SINAIS: Base de datos
de mortalidad 2007.
Consejo Nacional de Población, 2006; Proyecciones de la población de México, 2005-2050.

MORTALIDAD POR CÁNCER CÉRVICO-UTERINO Y POR CÁNCER DE MAMA POR ENTIDAD FEDERATIVA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2007

ENTIDAD FEDERATIVA	CÉRVICO-UTERINO	MAMA
Nacional	14.3	16.3
Aguascalientes	13.2	17.5
Baja California	12.5	19.7
Baja California Sur	12.5	25.1
Campeche	21.2	6.6
Coahuila	13.4	23.6
Colima	15.9	23.6
Chiapas	21.8	8.0
Chihuahua	15.5	22.1
Distrito Federal	11.4	22.2
Durango	13.5	18.1
Guanajuato	11.1	15.6
Guerrero	17.2	11.0
Hidalgo	10.8	10.9
Jalisco	12.9	18.9
México	11.7	14.2
Michoacán	16.0	15.3
Morelos	16.9	18.0
Nayarit	16.6	15.4
Nuevo León	10.6	22.1
Oaxaca	21.6	10.3
Puebla	16.1	14.2
Querétaro	12.4	13.9
Quintana Roo	13.7	9.6
San Luis Potosí	16.6	16.0
Sinaloa	11.9	16.5
Sonora	12.4	20.8
Tabasco	13.7	9.4
Tamaulipas	13.8	20.1
Tlaxcala	11.2	14.0
Veracruz	21.6	14.6
Yucatán	14.7	9.3
Zacatecas	10.3	17.2

Tasa de observada por cien mil mujeres de 25 años o más.
 Nota: Se excluyen residentes en el extranjero.
 Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía / Secretaría de Salud, SINAIS: Base de datos de mortalidad 2007.
 Consejo Nacional de Población, 2006; Proyecciones de la población de México, 2005-2050.

MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS, ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO, TOTAL Y POR SEXO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1995-2007

AÑO	DIABETES MELLITUS			ENFERM. 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

Tasas observadas por cien mil habitantes.
 Nota: Se excluyen residentes en el extranjero.
 Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía / Secretaría de Salud, SINAIS: Base de datos de mortalidad 2007.
 Consejo Nacional de Población, 2006; Proyecciones de la población de México, 2005-2050.

MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS, ENFERMEDADES ISQUÉMICAS
DEL CORAZÓN Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO POR ENTIDAD FEDERATIVA, SEGÚN SEXO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2007

ENTIDAD FEDERATIVA	DIABETES MELLITUS			ENFER. ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN			ACCIDENTES DE TRÁNSITO DE VEHÍCULO DE MOTOR		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Nacional	66.6	63.9	69.2	52.7	60.1	45.5	14.3	22.7	6.1
Aguascalientes	61.1	63.1	59.0	38.9	46.4	31.7	16.5	27.3	6.3
Baja California	53.2	52.5	54.0	50.8	64.2	36.3	6.0	8.5	3.3
Baja California Sur	45.2	45.2	45.2	61.2	70.8	50.7	32.9	51.9	12.1
Campeche	54.4	49.4	59.0	42.4	52.0	33.0	12.1	20.7	3.6
Coahuila	80.7	70.9	90.4	66.6	77.8	55.5	11.2	17.8	4.7
Colima	63.5	52.4	74.7	54.7	67.8	41.5	19.6	32.0	7.2
Chiapas	40.5	34.1	46.6	31.0	33.9	28.1	3.4	5.5	1.4
Chihuahua	67.7	62.6	73.0	76.6	89.0	63.7	14.4	22.5	5.9
Distrito Federal	96.8	97.6	96.1	79.9	81.6	78.3	10.9	16.4	5.8
Durango	74.2	68.7	79.4	72.0	85.4	59.1	22.4	35.8	9.4
Guanajuato	76.0	76.0	75.9	49.2	54.6	44.3	17.8	30.0	6.7
Guerrero	50.6	49.4	51.8	35.6	40.3	31.2	10.5	16.7	4.7
Hidalgo	61.1	59.1	63.1	54.4	62.1	47.3	15.7	24.9	7.2
Jalisco	64.1	63.4	64.8	53.0	59.0	47.1	21.3	33.1	9.8
México	67.5	65.4	69.6	35.7	39.5	31.8	13.9	21.5	6.3
Michoacán	74.0	71.4	76.3	49.2	58.2	40.8	15.5	25.2	6.5
Morelos	70.6	66.1	75.0	49.6	57.6	42.0	10.8	16.3	5.5
Nayarit	60.5	59.0	61.9	63.2	76.7	49.8	28.4	46.0	10.9
Nuevo León	61.0	57.7	64.3	70.4	84.0	56.6	12.1	18.2	5.8
Oaxaca	55.8	53.2	58.2	41.5	47.2	36.4	15.8	26.3	6.1
Puebla	71.5	67.5	75.2	39.6	43.0	36.4	14.2	22.3	6.6
Querétaro	55.4	53.2	57.5	43.4	50.1	37.0	19.3	31.1	7.9
Quintana Roo	33.5	31.5	35.5	18.1	23.9	12.1	15.7	25.6	5.6
San Luis Potosí	59.7	59.4	59.9	51.8	62.1	41.9	14.0	22.0	6.5
Sinaloa	49.1	47.5	50.8	66.3	77.8	54.6	20.7	33.6	7.5
Sonora	59.0	58.5	59.5	78.3	98.8	57.3	23.3	35.5	10.9
Tabasco	62.3	59.7	64.9	38.8	48.1	29.7	19.0	33.2	5.3
Tamaulipas	68.7	65.3	72.1	67.2	80.2	54.2	12.5	18.6	6.3
Tlaxcala	71.6	67.4	75.6	28.5	34.1	23.3	14.2	23.4	5.5
Veracruz	73.2	70.0	76.1	57.4	64.4	50.9	9.6	16.1	3.5
Yucatán	57.3	46.3	68.2	68.5	80.1	56.9	14.9	25.8	4.1
Zacatecas	65.7	60.0	71.1	53.3	59.6	47.4	19.2	31.1	8.1

Tasas observadas por cien mil habitantes
Nota: Se excluyen residentes en el extranjero.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía / Secretaría de Salud, SINAIS: Base de datos de mortalidad 2007.
Consejo Nacional de Población, 2006; Proyecciones de la población de México, 2005-2050.

TENDENCIA DE LA MORBILIDAD POR TUBERCULOSIS PULMONAR, PALUDISMO, DENGUE Y DIABETES MELLITUS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1995-2008

AÑO	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	36,029	39.3	272,308	297.3
1996	16,995	18.2	6,380	6.8	35,082	37.7	249,774	268.0
1997	19,577	20.7	4,808	5.1	52,561	55.5	312,892	330.3
1998	18,032	18.8	15,121	15.7	23,267	24.2	336,967	350.1
1999	16,881	17.2	6,418	6.5	22,982	23.4	284,811	290.2
2000	15,649	15.7	7,391	7.4	1,714	1.7	291,135	292.4
2001	16,323	16.2	4,996	4.9	4,643	4.6	299,351	296.4
2002	15,432	15.1	6,626	4.5	13,254	12.9	322,285	314.8
2003	15,055	14.8	3,819	3.6	5,220	5.0	393,844	377.9
2004	14,443	13.7	3,406	3.2	6,243	5.9	417,678	396.5
2005	15,249	14.3	2,967	2.8	17,487	16.4	410,751	385.9
2006	13,813	12.9	2,514	2.3	24,661	22.9	409,580	380.9
2007	14,550	13.8	2,361	2.2	42,936	40.6	419,884	393.6
2008	15,035	14.1	2,295	2.1	28,015	26.3	413,283	387.4

¹/ Tasa por cien mil habitantes
FUENTE: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE).

COBERTURA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS DE 1 AÑO Y EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008

ENTIDAD FEDERATIVA	PORCENTAJE DE NIÑOS DE 1 AÑO/ ¹	PORCENTAJE DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS/ ¹
Nacional	95.3	97.0
Aguascalientes	97.7	99.3
Baja California	96.9	99.0
Baja California Sur	98.5	99.3
Campeche	100.0	100.0
Coahuila	97.1	99.0
Colima	93.8	98.1
Chiapas	96.0	98.3
Chihuahua	93.6	96.4
Distrito Federal	82.8	94.5
Durango	97.2	99.0
Guanajuato	98.9	99.4
Guerrero	91.1	96.7
Hidalgo	97.9	99.3
Jalisco	96.6	98.0
México	87.2	94.7
Michoacán	99.1	99.6
Morelos	93.5	97.4
Nayarit	98.3	99.5
Nuevo León	95.3	98.4
Oaxaca	92.8	97.8
Puebla	96.5	98.8
Querétaro	95.2	98.4
Quintana Roo	92.4	97.4
San Luis Potosí	100.0	100.0
Sinaloa	99.4	99.8
Sonora	98.0	99.2
Tabasco	99.4	99.8
Tamaulipas	99.0	99.5
Tlaxcala	99.3	99.7
Veracruz	88.9	97.4
Yucatán	96.6	98.2
Zacatecas	99.6	99.8

Nota: Cifras definitivas 2008.
¹/ Esquema completo de vacunación.
FUENTE: Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia CENSIA.

AFILIACIÓN DENTRO DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD
 POR ENTIDAD FEDERATIVA
 ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008

ENTIDAD FEDERATIVA	FAMILIAS AFILIADAS AL SPS	NIÑOS AFILIADOS AL SMNG
Nacional	9,146,013	1,852,891
Aguascalientes	116,748	20,192
Baja California	242,755	33,030
Baja California Sur	40,960	6,628
Campeche	107,569	19,165
Coahuila	146,016	34,859
Colima	85,544	14,181
Chiapas	598,969	112,328
Chihuahua	205,316	42,828
Distrito Federal	282,901	92,395
Durango	100,091	25,182
Guanajuato	620,299	109,010
Guerrero	355,086	62,247
Hidalgo	280,399	51,008
Jalisco	471,002	120,649
México	830,986	232,076
Michoacán	284,638	58,785
Morelos	191,825	33,009
Nayarit	130,256	23,004
Nuevo León	196,323	49,676
Oaxaca	492,503	68,926
Puebla	479,667	108,227
Querétaro	146,642	34,254
Quintana Roo	80,837	20,747
San Luis Potosí	254,421	44,670
Sinaloa	221,875	43,618
Sonora	204,280	40,768
Tabasco	414,797	54,218
Tamaulipas	325,792	59,027
Tlaxcala	162,506	33,107
Veracruz	719,806	134,836
Yucatán	177,509	34,197
Zacatecas	177,695	36,044

SPS: Seguro Popular de Salud.
 SMNG: Seguro Médico para una Nueva Generación.
 Fuente: Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

PRINCIPALES SERVICIOS PROPORCIONADOS POR LA SECRETARÍA DE SALUD
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008-2009

SERVICIOS	2008	2009/ ^e	VARIACIÓN PORCENTUAL
Consulta			
Externa general ^{1/}	81,969,975	83,589,077	2.0
Especializada ^{2/}	14,604,971	15,372,564	5.3
De urgencias	5,751,790	6,326,969	10.0
De planificación familiar ^{3/}	6,177,481	6,059,979	-1.9
Odontológica	8,314,990	9,121,337	9.7
Hospitalización			
Intervenciones quirúrgicas	1,426,223	1,592,409	11.7
Egresos	2,463,847	2,625,865	6.6
Partos atendidos	906,265	975,945	7.7

^{1/} Se refiere a las consultas que otorgan los médicos generales, pasantes de medicina y las consultas proporcionadas por las enfermeras.

^{2/} Se refiere a las consultas que otorgan médicos especialistas y residentes.

^{3/} No incluye información de la estrategia de extensión de cobertura.

^{e/} Cifras estimadas.

Fuente: Secretaría de Salud. DGIS. Sistema de Información en Salud. Subsistema de Servicios.

RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS POR ENTIDAD FEDERATIVA/¹
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008

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/ ⁵	
					FEDERAL/ ⁶	ESTATAL/ ⁷
Nacional	1.2	1.6	0.6	0.2	84.1	15.9
Aguascalientes	2.5	3.8	1.0	0.2	86.5	13.5
Baja California	0.8	1.3	0.4	0.2	90.3	9.7
Baja California Sur	2.3	3.3	1.1	0.4	79.0	21.0
Campeche	1.8	2.4	0.8	0.3	62.8	37.2
Coahuila	0.6	1.0	0.7	0.3	94.5	5.5
Colima	1.2	1.3	1.0	0.6	97.5	2.5
Chiapas	0.8	1.0	0.3	0.3	96.3	3.7
Chihuahua	1.1	1.5	0.8	0.2	62.7	37.3
Distrito Federal	2.8	3.8	1.7	0.1	65.2	34.8
Durango	1.7	2.1	0.9	0.3	98.7	1.3
Guanajuato	1.0	1.6	0.5	0.2	85.6	14.4
Guerrero	1.2	1.5	0.4	0.4	94.3	5.7
Hidalgo	1.3	1.7	0.4	0.4	96.6	3.4
Jalisco	1.4	1.9	0.8	0.2	71.4	28.6
México	0.8	1.1	0.4	0.1	63.4	36.6
Michoacán	1.1	1.1	0.4	0.2	94.9	5.1
Morelos	1.3	1.8	0.4	0.2	89.9	10.1
Nayarit	2.0	2.3	0.6	0.5	91.2	8.8
Nuevo León	1.2	1.3	0.4	0.4	89.8	10.2
Oaxaca	0.9	1.2	0.4	0.3	97.6	2.4
Puebla	0.8	1.0	0.4	0.1	95.8	4.2
Querétaro	1.6	1.8	0.5	0.3	96.0	4.0
Quintana Roo	1.2	1.3	0.4	0.3	80.8	19.2
San Luis Potosí	1.1	1.4	0.5	0.2	93.7	6.3
Sinaloa	1.6	1.9	0.5	0.2	81.2	18.8
Sonora	1.7	2.7	1.2	0.3	76.8	23.2
Tabasco	2.2	2.8	0.8	0.4	60.7	39.3
Tamaulipas	1.6	2.6	1.0	0.2	83.3	16.7
Tlaxcala	1.3	1.6	0.5	0.2	95.2	4.8
Veracruz	1.1	1.3	0.5	0.2	87.4	12.6
Yucatán	1.1	1.6	0.6	0.2	92.3	7.7
Zacatecas	1.1	1.3	0.5	0.2	94.9	5.1

^{1/} Para los recursos humanos y físicos es sólo información de la Secretaría de Salud. Para los indicadores del gasto se incluyen cifras tanto 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.

^{3/} Enfermeras en contacto con el paciente por mil habitantes. Incluye enfermeras generales, especialistas, pasantes y auxiliares.

^{4/} Por mil habitantes.

^{5/} Los porcentajes son preliminares debido a que se estimó la información para los estados de Colima, Chihuahua, Guerrero y Veracruz.

^{6/} El Gasto Federal incluye el gasto de la Secretaría de Salud (Ramo 12), del FASSA e IMSS-Oportunidades.

^{7/} El Gasto Estatal es el efectuado por los Servicios Estatales de Salud.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. 2009.

ACRÓNIMOS

AFASPE	Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en las entidades federativas
AME	Atención a la Mujer Embarazada
AMIFAC	Asociación Mexicana de la Industria Fitosanitaria, A.C.
APBP	Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública
APEO	Anticoncepción Postevento Obstétrico
APF	Administración Pública Federal
ATLS	Advanced Trauma Life Support
BIRMEX	Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México; S.A. de C.V.
BLS	Basic Life Support
CAAPS	Centro avanzado de atención primaria a la salud
CADI	Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil
CAIC	Centros de Asistencia Infantil Comunitarios
CANIFARMA	Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica
CAPASITS	Centros Ambulatorios para la Prevención y el Control del SIDA e ITS
CARA	Centros de Atención Rural al Adolescente
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CCINSHAE	Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
CCNPMIS	Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios y Medicamentos y otros Insumos para la Salud
CDI	Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas
CE	Comisión de Estupefacientes
CEB	Comisiones Estatales de Bioética
CECMED	Control Estatal de la Calidad de los Medicamentos
CECOBE	Centro del Conocimiento Bioético
CENAPRA	Centro Nacional para la Prevención de Accidentes
CENATRA	Centro Nacional de Trasplantes
CENAVECE	Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades
CENETEC	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
CENSIDA	Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CESSA	Centros de salud con servicios ampliados
CETS	Centros Estatales de Transfusión Sanguínea
CHB	Comités Hospitalarios de Bioética
CICAD	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas

CIDE	Centro de Investigación y Docencia Económicas
CIE	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud
CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud
CIFRHS	Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud
CIJ	Centros de Integración Juvenil, A.C.
CINVESTAV	Centro de Investigación y Estudios Avanzados del IPN
CISAME	Centro de Integración de Salud Mental
CLUES	Clave Unica de Establecimientos de Salud
CMCT	Convenio Marco para el Control del Tabaco
CNB	Comisión Nacional de Bioética
CNDH	Comisión Nacional de Derechos Humanos
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
CNS	Cartillas Nacionales de Salud
CNSF	Comisión Nacional de Seguros y Fianzas
CNTS	Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea
COFEMER	Comisión Federal de Mejora Regulatoria Interna
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios
COLEF	Colegio de la Frontera Norte
COMERI	Comité de Mejora Regulatoria
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica
CONACYT	Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
CONADIC	Consejo Nacional contra las Adicciones
CONADIS	Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad
CONAGUA	Comisión Nacional del Agua
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONAPRED	Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación
CONAVA	Consejo Nacional de Vacunación
CONOCER	Consejo Nacional de Normalización de Competencias Laborales
COT	Centro de orientación telefónica
CS	Centros de salud
CSFMEU	Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos
CSG	Consejo de Salubridad General
DA	Dirección Administrativa

DAA	Desempeño en la Atención Ambulatoria
DGACPE	Dirección General Adjunta de Coordinación de Proyectos Estratégicos
DGACSESA	Dirección General Adjunta de Coordinación con los Sistemas Estatales de Salud
DGAJ	Dirección General de Asuntos Jurídicos
DGAVS	Dirección General Adjunta de Vinculación Social
DGCHFR	Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia
DGCES	Dirección General de Calidad y Educación en Salud
DGDIF	Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física
DGED	Dirección General de Evaluación del Desempeño
DGGFA	Dirección General de Gestión Financiera y Administrativa
DGIS	Dirección General de Información en Salud
DGPLADES	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
DGPS	Dirección General de Promoción de la Salud
DGPOP	Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto
DGRH	Dirección General de Recursos Humanos
DGRI	Dirección General de Relaciones Internacionales
DGTI	Dirección General de Tecnologías de la Información
DIPROFAR	Distribuidores de Productos Farmacéuticos de la República Mexicana, A.C.
DOF	Diario Oficial de la Federación
EMQ	Encuentros Médico Quirúrgicos
ENARM	Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas
FASSA	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud
FEPADE	Fiscalía Especializada en Delitos Electorales
FESORMEX	Federación Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello
FONHAPO	Fondo Nacional de habitaciones Populares
FONDEN	Fondo Nacional de Desastres Naturales
FOROSS	Fortalecimiento de la oferta de los servicios de salud
FOSISS	Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social
FOVISSSTE	Fondo de Vivienda del ISSSTE
GAPS	Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud
GHSI	Global Health Security Initiative
GI	Medicamentos Genéricos
GPC	Guías de Práctica Clínica
HFR	Hospitales Federales de Referencia
HJC	Hospital Juárez Centro

HNH	Hospital Nacional Homeopático
HRAE	Hospitales Regionales de Alta Especialidad
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IFAI	Instituto Federal de Acceso a la Información Pública
IMESEVI	Iniciativa Mexicana de Seguridad Vial
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
IMSS-Oportunidades	Instituto Mexicano del Seguro Social régimen Oportunidades
INDICAS	Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud
InDRE	Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INSalud	Institutos Nacionales de Salud
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
IPN	Instituto Politécnico Nacional
IRC	insuficiencia renal crónica
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LESP	Laboratorios Estatales de Salud Pública
MAIS	Modelo de Atención Integral a la Salud
MIDO	Modelo Integral de los Órganos de Vigilancia y Control
MIR	Matriz de Indicadores para Resultados
MML	Matriz del Marco Lógico
NOM	Norma Oficial Mexicana
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMC	Organización Mundial y Comercio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organizaciones de la sociedad civil
PADETUM	Prevención, Atención, Desaliento y Erradicación del Trabajo Infantil Urbano Marginal
PAEIS	Programa de Acción Específico Investigación para la Salud
PBP	Patrimonio de la Beneficencia Pública
PbR	Presupuesto basado en Resultados
PCO	Plan de Continuidad de Operaciones
PDHO	Programa Desarrollo Humano Oportunidades
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación

PEMEX	Petróleos Mexicanos
PES	Programa Escuela y Salud
PF	Planificación Familiar
PIMSA	Programa de Investigación en Migración y Salud
PMI	Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud
PMG	Programa de Mejora de la Gestión
PMP	Programa de Mediano Plazo
PMS	Plan Maestro Sectorial
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PNRCTCC	Programa Nacional de Rendición de Cuentas, Transparencia y Combate a la Corrupción
PPS	Proyecto para Prestación de Servicios
PROBEI	Programa de Becas de Inicio
PROCEDES	Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud
PROFEPA	Procuraduría Federal de Protección al Ambiente
PROIGUALDAD	Programa Nacional de Igualdad entre Mujeres y Hombres
PROMESA	Programa México Sano
PRONADDIS	Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad
PRONAREMI	Programa Nacional de Reducción de la Mortalidad Infantil
PRONASA	Programa Nacional de Salud
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
RENADIC	Red Nacional de Transferencia de Tecnología para la Atención de las Adicciones
REPSS	Regímenes Estatales de Protección Social en Salud
REUNA	Red Nacional de Universidades contra las Adicciones
RIIMSIDA	Registro de Investigaciones e Intervenciones Mexicanas sobre VIH/SIDA
RNLESP	Red Nacional de Laboratorios Estatales de Salud Pública
ROSES	Comisión de Reestructuración Organizativa de los Sistemas Estatales de Salud
RPBI	Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos
SAEH	Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios
SAP	Servicios de Atención Psiquiátrica
SCIAN	Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte
SCT	Secretaría de Comunicaciones y Transportes
SED	Sistema de Evaluación del Desempeño
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social
SEDIF	Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia

SEMAR	Secretaría de Marina-Armada de México
SEMARNAT	Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales
SENASICA	Servicio Nacional de Sanidad Inocuidad y Calidad Agroalimentaria
SEP	Secretaría de Educación Pública
SRE	Secretaría de Relaciones Exteriores
SESA	Servicios Estatales de Salud
SFP	Secretaría de la Función Pública
SFS	Sistema Federal Sanitario
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SIARHE	Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería
SIC	Subsecretaría de Innovación y Calidad
SICALIDAD	Sistema Integral de Calidad en Salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SINAC	Subsistema de Información sobre Nacimientos
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SINERHIAS	Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud
SINGREM	Sistema Nacional de Gestión de Residuos de Envases de Medicamentos, A.C.
SIRNT	Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes
SIS	Sistema de Información en Salud
SISPA	Sistema de Información en Salud para Población Abierta
SMDIF	Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia
SNDIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
SNI	Sistema Nacional de Investigadores
SNS	Sistema Nacional de Salud
SNT	Sistema Nacional de Trasplantes
SNTE	Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación
SPC	Servicio Profesional de Carrera
SPPS	Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
SPSA	Semana Nacional de Promoción de la Salud de la Adolescencia
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SS	Secretaría de Salud
STPS	Secretaría del Trabajo y Previsión Social
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
TRA	Tratamiento Restaurativo Atraumático

UAE	Unidad de Análisis Económico
UCVPS	Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social
UAM	Universidad Autónoma Metropolitana
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
UNEMES	Unidades de Especialidades Médicas
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UMM	Unidades Médicas Móviles
VDS	Programa de Ventanillas de Salud
VIH/SIDA	Virus de Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
VPH	Virus del Papiloma Humano

Tercer Informe de Labores

Se terminó de imprimir el mes de agosto de 2009 en

Soluciones Gráficas Lithomat, S.A. de C.V., 5 de Febrero No. 494-B,

Colonia Algarín, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06880, México, D.F.

Esta edición consta de 1,500 ejemplares

