



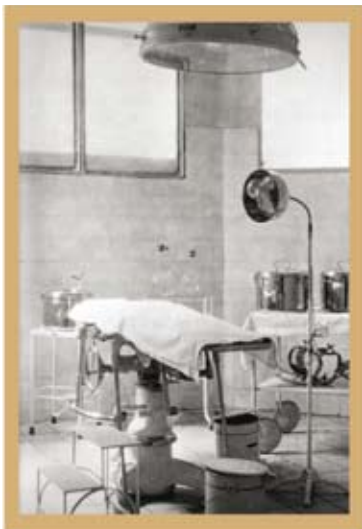
4

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

CUARTO INFORME DE LABORES

SECRETARÍA DE SALUD

MÉXICO
2010
Bicentenario
Independencia Centenario
Revolución



4TO. 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

Título: Quirófano de un hospital interior

Título Serie: Consultorios, dispensarios y hospitales

Autor: Casasola

CONACULTA
Consejo Nacional de Cultura y Artes

Instituto Nacional
de Antropología
e Historia

SINAFO
Fórmula Nacional del Bien

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	5
ESTRUCTURA ORGÁNICA BÁSICA	10
1. ÁREA DEL C. SECRETARIO	11
1.1 UNIDAD DE ANÁLISIS ECONÓMICO	16
1.2 COORDINACIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS	18
1.3 DIRECCIÓN GENERAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL	20
1.4 UNIDAD COORDINADORA DE VINCULACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL	21
1.4.1 DIRECCIÓN GENERAL DE RELACIONES INTERNACIONALES	24
1.4.2 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD	27
2. SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD	29
2.1 DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD	32
2.2 DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD	34
2.3 DIRECCIÓN GENERAL DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	37
2.4 DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	38
2.5 CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA TECNOLÓGICA EN SALUD	40
3. SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	43
3.1 DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	45
3.2 CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES	48
3.3 CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA	51
3.4 CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA	53
3.5 CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH/SIDA	55
4. SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS	59
4.1 DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO	61
4.2 DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES	64
4.3 DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS	65
4.4 DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA	66
4.5. DIRECCIÓN GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	69
4.6 ADMINISTRACIÓN DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA	71
5. COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD	73
5.1 DIRECCIÓN GENERAL DE POLÍTICAS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD	77
5.2 DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD	78
5.3 DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN DE LOS HOSPITALES FEDERALES DE REFERENCIA	79
5.4 DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN DE LOS HOSPITALES REGIONALES DE ALTA ESPECIALIDAD	81
5.5 DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRACIÓN	83
5.6 CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA	84

5.7 CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES	86
5.8 SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA	88
5.9 INSTITUTO DE GERIATRÍA	89
6. PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES	91
7. SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	97
8. CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, A.C.	103
9. LABORATORIOS DE BIOLÓGICOS Y REACTIVOS DE MÉXICO, S.A. DE C.V.	109
10. CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL	115
11. COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS	121
12. COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD	127
13. COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO	133
14. COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA	139
15. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES	143
16. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL	149
17. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD	153
18. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	159
ANEXO ESTADÍSTICO	165
ACRÓNIMOS	191

PRESENTACIÓN

PRESENTACIÓN

De conformidad con lo establecido en los Artículos 93 de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, 23 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y 8 de la Ley de Planeación, me permito someter a consideración de esta H. Soberanía el Informe de Labores de la Secretaría de Salud, correspondiente al periodo comprendido del 1° de septiembre de 2009 al 31 de agosto de 2010, según se establece.

Durante este periodo las acciones se desarrollaron en el marco del Plan Nacional de Desarrollo y en atención a las líneas estratégicas del Programa Nacional de Salud, ambos documentos rectores del quehacer institucional para el periodo 2007-2012.

A más de tres años de trabajo, se ha logrado avanzar en diversos campos de la salud pública, lo que ha requerido de un esfuerzo de todos los actores del sector salud, logrando acercar los servicios a toda la población, tanto derechohabiente como no derechohabiente.

Estamos inmersos en un proceso de transformación que no puede ni debe detenerse; la consolidación democrática del país está abriendo paso a una nueva etapa de modernidad en diversas áreas de nuestra vida económica, política y social. Los mexicanos enfrentamos durante el periodo en comento, el gran reto que constituye la contingencia financiera mundial, y frente a esta circunstancia estamos doblemente obligados a utilizar los recursos de manera eficiente, multiplicando las capacidades de atención para todos aquellos que, ante la incertidumbre económica, se encuentran desprotegidos y lejos de la posibilidad de recibir atención médica de calidad.

Para responder a la magnitud de este reto, hoy contamos con el Sistema de Protección Social en Salud, cuyo brazo operativo es el Seguro Popular, para extender el aseguramiento público en salud a la población sin acceso a la seguridad social; protegiendo a los niños a partir de su nacimiento a través del Seguro Médico para una Nueva Generación y a las mujeres en proceso de gestación por medio de la estrategia de Embarazo Saludable.

La prioridad de la política en salud es proteger a la población vulnerable, evitando que las familias empobrezcan por razones de salud, para ello, se ha aumentado la disponibilidad de recursos, lo que ha permitido reducir las diferencias en el gasto público en salud per cápita entre la población asegurada y no asegurada.

En este marco destacan las siguientes acciones específicas:

Se optó como prioridad estratégica impulsar la promoción de la salud, la cual tiene como objetivo “proporcionar los medios para que la población tenga el control de su vida y su salud”. Para lograr esto, se han aplicado acciones integrales a fin de que la población, en el corto y mediano plazo, desarrolle hábitos en favor de su salud; también se han generado políticas saludables a partir del impulso de la creación de ambientes saludables, reorientación de los servicios de salud, reforzamiento de la participación comunitaria y desarrollo de aptitudes personales.

En el último año se realizaron tres semanas nacionales de salud, en las cuales se aplicaron más de 15 millones de vacunas, predominantemente contra la polio, la pentavalente acelular, contra el sarampión-rubeola-paroditis, y contra el rotavirus y neumococo. Destaca de forma especial la aplicación de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), como elemento esencial en la prevención del cáncer cérvico-uterino, esfuerzo que significó la ampliación de la cobertura en vacunación.

A más de un año de la pandemia de influenza A(H1N1) iniciada en 2009, se han dado muestras del compromiso social y la responsabilidad sanitaria que ha tenido la presente administración en el delicado manejo de esta crisis, así como de la importancia de la colaboración nacional e internacional para implementar acciones oportunas, eficaces y coordinadas de cara a la sociedad, para la atención de este tipo de eventos. En este punto, debemos reconocer la respuesta responsable de la sociedad mexicana en su conjunto.

Un tema que por demás representa uno de los retos más importantes en materia de salud pública son las adicciones, tema fundamental para esta administración donde estamos llevando a cabo múltiples acciones de coordinación nacional e internacional, construyendo una de las redes más importantes para la prevención y atención de las adicciones. Una de esas acciones, fue la construcción de 334 Centros Nueva Vida, que están en operación en todo el país, con acciones de prevención, capacitación y atención a la población más susceptible de contraer adicciones vinculadas al abuso en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. En este esfuerzo también participan 110 Centros de Integración Juvenil y otras unidades para el tratamiento de este flagelo, lo que nos permitirá contener el avance de las adicciones principalmente en jóvenes y niños.

Destaca la respuesta del Titular del Ejecutivo, en reforzar la infraestructura médica donde, en lo que va del sexenio, se ha ejecutado obra pública por tres veces más de lo generado en el sexenio anterior, acercando aún más los servicios de salud a la población. A la fecha, se han realizado más de mil 700 acciones de inversión que incluyen obras nuevas, de sustitución y modernización, entre las que destacan la construcción de hospitales regionales y centros médicos de alta especialidad en diferentes partes de la República. Adicionalmente se han fortalecido las unidades médicas existentes en el sistema.

La determinación de acercar los servicios de salud a la población con difícil acceso, se manifiesta con el fortalecimiento del Programa de Caravanas de la Salud, que tiene en operación mil 391 unidades móviles con las que cubren a la población marginada de casi mil municipios de aproximadamente 15 mil localidades.

Para la atención de problemas de salud más frecuentes, se han construido unidades de atención de primer nivel, dedicadas a la atención integral de problemas de adicciones, sobrepeso, obesidad, diabetes, hipertensión, salud mental e infecciones de transmisión sexual.

Conviene destacar que al cierre de 2006, el Seguro Popular cubría a 15.7 millones de mexicanos y al 31 de agosto de 2010 a casi 38 millones; con esto, se potencializa el gasto en salud al beneficiar a población de menores ingresos, que no tiene acceso a mecanismos de aseguramiento. Con ello estamos cerca de atender el compromiso de esta administración de garantizar el acceso universal a los servicios de salud.

Dos de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial son el sobrepeso y la obesidad, en los cuales lamentablemente, la población mexicana ocupa los primeros lugares. Por ello, nos hemos dado a la tarea de impulsar que todos los sectores participen en una campaña permanente de atención a estos problemas que representan un impacto económico difícil de atender, sobre todo si dejamos que crezcan de manera exponencial. En atención a esto, el 25 de enero de 2010, se firmó el "Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad".

Estamos avanzando en la integración de un Sistema Único de Salud, donde todo el sector hace su mejor esfuerzo para lograrlo. Una de las acciones que se promueve es la integración de un padrón de beneficiarios que identifique los diferentes esquemas públicos de aseguramiento médico. Otra acción importante es la implementación de expedientes clínicos electrónicos compatibles entre instituciones para fortalecer y hacer posible la portabilidad del usuario, así como el establecimiento del intercambio de servicios médicos entre las diferentes instituciones, que permita disminuir el rezago de atención médica y optimizar el uso de la infraestructura instalada. Un caso que ya está operando bajo este esquema de intercambio es la Atención de Emergencias Obstétricas, donde las mujeres que presentan problemas urgentes de atención, pueden y deben acudir a la unidad médica más cercana sin importar su condición de derechohabiente en esas instituciones públicas.

Cabe mencionar que en la negociación de 2009 y 2010, para obtener mejores precios de medicamentos patentados e insumos, se generaron ahorros de alrededor de casi 10 mil millones de pesos.

Lo anterior sólo es una muestra de algunas de las múltiples acciones que se realizaron a lo largo y ancho del país, con la decidida e invaluable participación del personal de salud, donde enfermeras, médicos, personal técnico y administrativo se comprometen día a día en beneficio de la salud de la población.

Señoras y Señores legisladores

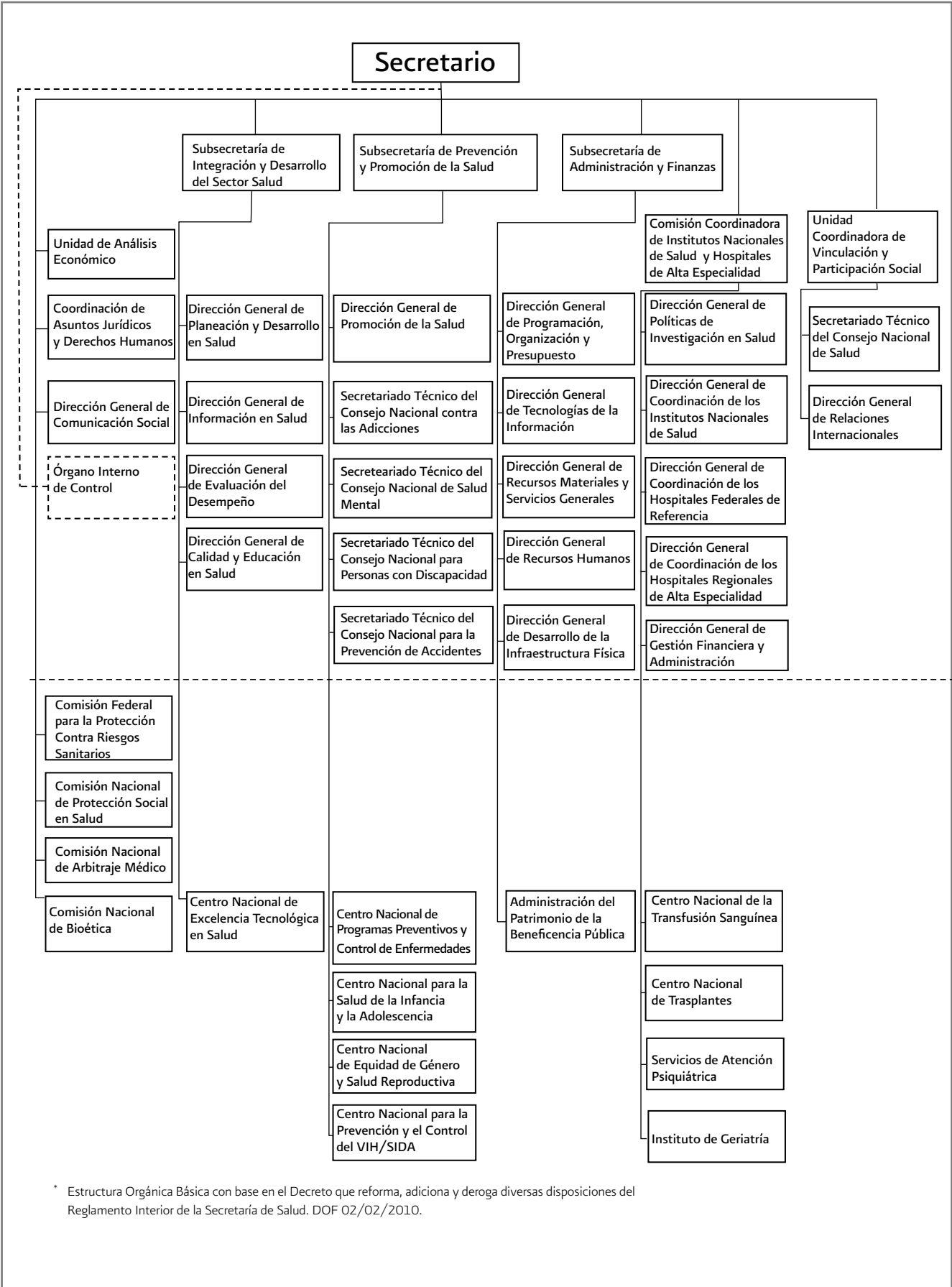
Como ya mencionamos, este Informe de Labores da cuenta de las acciones realizadas y pone a consideración de ustedes lo que se manifiesta en cada uno de sus apartados, donde las diferentes áreas administrativas informan de manera responsable, algunas de las actividades desarrolladas en el periodo en comento.

La Secretaría de Salud continuará con su compromiso permanente de informar y rendir cuentas a la sociedad en su conjunto sobre el estado que guarda la salud de la población, así como de los resultados del ejercicio de los recursos públicos que se le encomiendan para el desarrollo de sus funciones. La transparencia y oportunidad de difusión de los avances y sus resultados es una obligación legal que en mucho contribuye a la construcción del régimen democrático que nuestro país requiere.

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

Con base en las atribuciones establecidas en la legislación vigente, las oficinas del C. Secretario de Salud llevaron a cabo, durante el periodo del 1° de septiembre de 2009 al 31 de agosto de 2010, distintas actividades, entre las que destacan la atención permanente de las agendas nacional e internacional y la implantación y seguimiento de las políticas y estrategias establecidas en el PND 2007-2012 y el PROSESA 2007-2012, teniendo como visión, la edificación de un sistema de salud integrado y universal, regido por la Secretaría, que garantice el acceso a servicios esenciales de salud a toda la población, que sea efectivo, seguro, eficiente y sensible, a fin de mejorar la salud de las personas y coadyuvar a lograr el desarrollo humano sustentable en el país.

A partir de ello, durante 2009, una de las actividades prioritarias para la SS fue enfrentar la pandemia causada por el virus de la Influenza A(H1N1), a fin de reducir los daños que ésta pudiera provocar en la salud de la población, como para el desarrollo del país. Destaca la conducción y coordinación que la SS efectuó durante el periodo de contingencia epidemiológica, lo que permitió que todas las dependencias y entidades que integran el sector salud aplicaran las medidas preventivas y correctivas que propiciaron el control de la pandemia y que evitaron un mayor número de decesos por esta causa. Es necesario resaltar la participación de la sociedad en su conjunto, ya que favoreció la respuesta oportuna y efectiva durante la aplicación de las medidas de prevención, contención, distanciamiento e higiene, así como para lograr la aplicación de la vacuna a más de 27 millones de mexicanos. Todo ello permitió que el 29 de junio de 2010 se levantara la alerta epidemiológica, pero sin descuidar la vigilancia epidemiológica y la atención de la población.

Respecto de la Estrategia 100x100, cuyo propósito es promover el desarrollo social y económico que permita incrementar las oportunidades productivas y de empleo, tanto de las familias como de los municipios donde se asientan, a través de la transformación integral de las condiciones de rezago de los municipios con MIDH del país; la participación de la SS, junto con las dependencias que conforman la mesa de salud, se orientó a:

- Apoyar a los programas de salud, a través del Programa de Empleo Temporal y de Jornaleros Agrícolas.
- Coordinar, junto con la SEDESOL, la identificación de los migrantes que no están afiliados al Seguro Popular.
- Subsanan el déficit existente en materia de pisos firmes, techos y muros en casas de salud.
- Promover e instalar fogones ahorradores de leña en las viviendas de la población beneficiaria por la estrategia.
- Apoyar el rubro de infraestructura de centros de salud.
- Invertir en redes de agua potable en los municipios con mayor mortalidad infantil debida a enfermedades diarreicas que coincidan con las zonas críticas identificadas por CDI y CONAGUA.
- Atender la demanda de caminos rurales, a fin de ampliar las rutas del Programa Caravanas de la Salud.
- Apoyar la distribución de cartillas de salud a escolares.
- Priorizar el fortalecimiento de las escuelas, a fin de favorecer la obtención de la certificación como escuelas favorables para la salud.

En la vertiente de salud, por su parte, se privilegiaron varios programas que tienen presencia en los 125 municipios de MIDH, obteniendo los siguientes avances:

- Se redujo en 2.7 por ciento las defunciones en menores de un año y se obtuvieron coberturas de vacunación con esquema completo superiores al 95 por ciento.
- Se instaló el programa *Madrinas Obstétricas*, con el cual se capacita a parteras tradicionales y a vocales del Programa Oportunidades, a fin de que funjan como *Madrinas* que apoyen el traslado oportuno de mujeres en trabajo de parto.
- En las localidades de los 125 municipios con MIDH, para prevenir las enfermedades por vector se realizaron acciones de control larvario y nebulización ULV, con un bloqueo de casos probables.

- En lo que va del presente año, se intensificaron las acciones de control contra el tracoma lo que contribuyó a que se presentaran sólo ocho casos nuevos de esta enfermedad en toda el área de riesgo.
- Se afilió a 57 mil 421 niños al Seguro Médico para una Nueva Generación y a través de la estrategia Embarazo Saludable se afiliaron 5 mil 649 mujeres embarazadas. En total se han afiliado 992 mil 741 personas al SPS, lo que equivale a 82.3 por ciento de la población no derechohabiente de los municipios beneficiados por la estrategia 100 X 100.
- A través de 241 unidades médicas móviles se brindó atención en mil 142 localidades de difícil acceso, ubicadas en 69 municipios, beneficiando a 147 mil 076 habitantes. A través de estas unidades se otorgaron 234 mil 425 consultas y 223 mil 789 acciones de prevención y promoción de la salud.
- Entre las niñas de 12 a 16 años de edad de los MIDH, se logró una cobertura del 80.8 por ciento con la aplicación de la nueva vacuna contra el virus del papiloma humano, cuyo objetivo es prevenir el cáncer cérvico uterino.
- Las acciones de promoción de la salud implementadas durante el periodo de análisis permitieron certificar como favorables para la salud a 47 comunidades y 85 escuelas; la formación de 2 mil 778 comités locales de salud; el otorgamiento de 1 millón 922 mil 295 atenciones integrales en línea de vida y de 364 mil 677 pláticas de desarrollo de capacidades; así como el financiamiento de 21 proyectos, entre los que se distribuyeron 7.9 millones de pesos.
- Se amplió la cobertura del Programa Desarrollo Humano Oportunidades un 13 por ciento con relación a 2008; se vigiló el crecimiento de 87 mil niños y de 183 mil familias que se tenían en control durante 2009, otorgándose más de 1.6 millones de consultas médicas, cifra 10 por ciento mayor a la reportada en 2008.
- Se concluyeron 33 centros de salud, dos hospitales comunitarios, un módulo de medicina tradicional y una Unidad de Atención Ambulatoria Integral a la Salud. De igual modo se fortalecieron 73 centros de salud y un hospital comunitario y se mejoró el equipamiento de seis centros de salud, ocho hospitales comunitarios y dos hospitales generales.

En el periodo del 1º de septiembre de 2009 al 31 de agosto de 2010, los adherentes a la Alianza para un México Sano desarrollaron acciones enmarcadas dentro 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. Asimismo, realizaron acciones para enfrentar los graves problemas relacionados con la salud que actualmente aquejan a nuestro país: sobrepeso, obesidad y sus consecuencias, adicciones, accidentes, cáncer, influenza y VIH-SIDA.

En materia de transparencia y rendición de cuentas se desarrollaron diferentes programas, todos bajo la conducción de las oficinas del Secretario, destacando los siguientes resultados:

Se desarrolló una estrategia de difusión y actualización para que, a través de los sitios *Web*, el sector salud tuviera acceso al tutorial del Programa Blindaje Electoral 2010. Asimismo, se impartió el curso en línea Procuración de justicia penal electoral y acciones de blindaje electoral, a través del cual se dotó a los servidores públicos de mejores herramientas de análisis, con base en las particularidades tipificadas en las legislaciones penales de cada entidad. Se dio continuidad a la difusión de la normatividad en materia electoral a través del portal de la SS; se publicaron tres carteles que promovieron la denuncia de los delitos electorales y 10 propuestas de mensajes dirigidos a los servidores públicos que se difundieron a través de comprobantes de pago de nómina y correos electrónicos. Asimismo, la SS participó en la reunión de las entidades y dependencias de la Administración Pública Federal convocada por la FEPADE, enviando, a través del CNPSS, información relativa al funcionamiento del Seguro Popular en las 15 entidades donde tendrían verificativo procesos electorales en 2010.

Por otra parte, se integró al sistema electrónico de la SFP el formato seguimiento a las líneas de acción de los programas sectoriales en materia de rendición de cuentas, transparencia y combate a la corrupción, a través del cual se registran los indicadores: esperanza de vida al nacer; cobertura anual de mastografía para la detección del cáncer de mama en mujeres de 50 a 69 años; tasa de mortalidad

por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 años y más; razón de mortalidad materna, y tasa de mortalidad infantil en los 100 municipios de MIDH.

Durante el segundo semestre de 2009, 32 unidades administrativas de la SS, de los órganos desconcentrados y de los OPD, mejoraron sus páginas *Web* en los rubros de arquitectura y tecnología de la información, imagen institucional, calidad en el servicio y contenidos, y experiencia del usuario. Desde el inicio de 2010, se realizan cambios a las plantillas utilizadas en las páginas *Web* con el fin de conmemorar el Centenario de la Revolución y el Bicentenario de la Independencia.

A través del Programa de Cultura Institucional se promueven objetivos, estrategias y líneas de acción para incidir en aspectos relativos a la homologación salarial, promoción de mujeres en puestos de toma de decisiones, corresponsabilidad entre la vida laboral, familiar y personal, y eliminación de prácticas de hostigamiento sexual, entre otras. Se diseñó y elaboró el plan de trabajo con las acciones comprometidas por la SS, en el cual se incluyó el abordaje de tres de los nueve objetivos que contempla el Programa de Cultura Institucional.

Con el propósito de analizar el comportamiento de los indicadores establecidos en los programas estratégicos del sector salud con perspectiva de género, se llevaron a cabo cuatro reuniones de trabajo con la participación del INMujeres, la SFP y personal de la SS. Los programas analizados fueron: Igualdad de género; Salud sexual y reproductiva en adolescentes; Prevención de la violencia; Cáncer cérvico-uterino; Cáncer mamario; Planificación familiar y Arranque Parejo en la Vida.

Al 30 de mayo del 2010, participaron 13 órganos desconcentrados, tres subsecretarías y unidades operativas en el proceso de seguimiento de instauración del control interno. En 2008 se registraron 725 acciones de mejora, de las cuales se atendieron 647, lo que representó 89.2 por ciento de cumplimiento. Para 2009 se comprometieron 72 acciones de mejora, mismas que se informaron a la SFP por medio del sistema electrónico y que a la fecha se encuentran en proceso de análisis.

El Programa Especial de Mejora de la Gestión de la Administración Pública Federal se enfoca a realizar mejoras que orienten sistemáticamente la gestión de las instituciones al logro de mejores resultados en beneficio de la ciudadanía, así como a eliminar aquellas normas, internas o externas, que no aportan mayor valor y que generan trámites y servicios poco útiles. A partir de ello, en 2010 se comprometieron 22 Proyectos de Mejora que serán desarrollados por ocho unidades de la Secretaría.

CUADRO I.1 PROYECTOS DE MEJORA

UNIDADES RESPONSABLES	NUMERO DE PROYECTOS
Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	6
Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud	1
Dirección General de Tecnologías de la Información	1
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	1
Dirección General de Evaluación del Desempeño	4
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	4
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	1
Coordinación de Asesores del Secretario	4
Total de proyectos	22

FUENTE: Secretaría de Salud.

Derivado de la estrategia presidencial Regulación Base Cero y del acuerdo generado en la reunión de gabinete económico, el pasado 25 de noviembre de 2009, se busca realizar una reforma regulatoria de fondo, para simplificar, eliminar y fusionar todos aquellos trámites, servicios, normas, acuerdos, oficios, decretos y reglamentos, cuya necesidad no estuviera justificada, clara y que no agregara valor a la Administración Pública, ni a los ciudadanos. A partir de 2010, en la SS se están eliminando los trámites y servicios que no cumplen con el objetivo para el cual fueron creados, los que no están alineados con los objetivos de la institución y los que no cuentan con un fundamento jurídico, es decir, que no están normados por ninguna ley, reglamento, circular, oficio, manual, entre otros.

1.1. UNIDAD DE ANÁLISIS ECONÓMICO

La UAE tiene como misión apoyar a las diferentes áreas de la Secretaría de Salud en el diseño y conceptualización de políticas de salud mediante el análisis económico y de políticas públicas en salud como herramientas para identificar áreas de oportunidad que contribuyan a 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.

En el marco del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, la UAE estimó el impacto financiero de la obesidad y el sobrepeso tanto en la atención médica como en los ingresos perdidos por muerte prematura.

En el ámbito de la atención médica se realizaron análisis de costo e impacto presupuestal para el trasplante renal y de córnea, así como para el Programa de Acceso Universal a Medicamentos Antirretrovirales, ambos con vistas a proporcionar elementos que sustenten la decisión relativa a su inclusión en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

En el marco de la contingencia sanitaria por el virus de la influenza A(H1N1), la UAE apoyó los trabajos de la Secretaría mediante las siguientes acciones: actualización diaria de la presentación de resultados epidemiológicos de morbi-mortalidad; análisis de costo-efectividad del uso de la vacuna contra el virus de la influenza A(H1N1); estimación del impacto financiero de la influenza tanto en el sector salud como en la economía general —dando seguimiento al modelo CEPAL-OPS—; estimación de requerimientos materiales y financieros, y generación de algoritmo para la distribución de insumos requeridos en el tratamiento hospitalario de la influenza A(H1N1) a las entidades federativas. Adicionalmente, se trabajó en coordinación con el CENAPRECE en la evaluación de diversos mecanismos para la mitigación del impacto económico derivado de la ocurrencia de emergencias epidemiológicas.

A fin de apoyar las acciones orientadas a disminuir la mortalidad materna a nivel nacional, la Unidad ha participado en los trabajos para la instrumentación del Convenio General de Colaboración en Emergencias Obstétricas, específicamente colaborando en la definición e integración de los costos de la atención de emergencias obstétricas mediante la identificación de los conceptos facturables y de los principales factores diferenciadores entre las instituciones (IMSS, ISSSTE y SS), así como en la identificación de las fuentes de financiamiento y la evaluación de diversas alternativas para operar el pago de las contraprestaciones derivadas de dicho Convenio. Al cierre de este informe, el convenio operará en todas las entidades federativas.

Asimismo la UAE desarrolló análisis de costo-efectividad tanto de la introducción de un refuerzo de la vacuna contra *Pertussis* en adolescentes de 12 años como de la aplicación de las vacunas hepatitis A y varicela al personal médico.

La UAE coordina, de manera conjunta con la Secretaría de Economía, los trabajos intersecretariales para mejorar el desempeño del mercado farmacéutico. Durante el periodo que se reporta, los grupos de trabajo analizaron los siguientes temas: 1) promoción de la participación de mercado de los medicamentos genéricos; 2) establecimiento de mecanismos para optimizar la compra pública de medicamentos; 3) control de precios de medicamentos patentados; 4) protección al consumidor contra riesgos a la salud; 5) fomento de buenas prácticas de prescripción; 6) dispensación y vinculación con la industria; 7) promoción de la competencia en el mercado farmacéutico.

La UAE brindó apoyo técnico al Grupo de Trabajo Intersectorial sobre Protección de Datos de Prueba, realizando un análisis del impacto que tendría la implementación de disposiciones en materia de protección de datos en la legislación mexicana.

En el marco de la CCNPMIS, la UAE coordinó y participó activamente en los trabajos desarrollados por el Comité de Evaluación Económica realizando una revisión sistemática de evaluaciones económicas relacionadas con medicamentos antirretrovirales, cuyo informe sirvió de apoyo para el proceso de negociación de precios 2010 de la CCNPMIS.

Como parte del apoyo a la consolidación del Sistema de Protección Social en Salud, la UAE realizó un análisis del Padrón de Beneficiarios en el periodo 2004-2006. Los resultados del análisis coadyuvieron al cambio en la asignación de recursos hacia un porcentaje por persona, aprobado en diciembre de 2009. Además, la UAE apoyó a la CNPSS 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. La UAE también desarrolló la nota metodológica y los cálculos respectivos para los indicadores de gastos catastróficos y empobrecedores por motivos de salud.

La UAE participó como representante técnico de la Secretaría de Salud en el Comité de Salud de la OCDE. Se dio seguimiento y se coordinó la participación de México en los siguientes proyectos: estadísticas sobre salud, indicadores de calidad de la atención médica, políticas de precios de medicamentos, aspectos económicos de la prevención y eficiencia de la coordinación entre niveles de atención médica. En particular, la UAE coordinó todas las notas técnicas a revisar en la reunión ministerial del Comité a celebrarse en octubre próximo, cuyos temas principales serán Prioridades de los Sistemas de Salud cuando el Dinero es Escaso y Opciones Saludables.

Adicionalmente la UAE colaboró en la revisión de los resultados del análisis de la eficiencia del gasto en salud 2009 y participó en la recopilación de información a partir del análisis de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares sobre trabajadores formales e informales relacionados con cuidados de largo plazo, la cual formó parte de las respuestas de una encuesta en este tema que llevó a cabo la OCDE hacia finales de 2009.

La UAE participó como representante de la Secretaría de Salud en tres eventos organizados por la OPS: el Taller Regional de la Iniciativa PROVAC en los componentes esenciales de una análisis de costo-efectividad: el caso de la vacuna contra el rotavirus, que se realizó en marzo de 2010 en Managua, Nicaragua; la Reunión Regional de Unidades y Departamentos de Economía de la Salud, celebrada en Washington en noviembre de 2009, y la Reunión del Grupo de Trabajo de la OPS Banco de Precios de Medicamentos, efectuada en diciembre de 2009 en esa misma ciudad.

La UAE funge como secretariado técnico en los trabajos para elaborar el denominado Mapa Conceptual sobre Salud Pública y Propiedad Intelectual, proyecto auspiciado por OPS e iniciado en junio, cuyo objetivo es generar una herramienta útil para la toma de decisiones de política pública en el tema de propiedad intelectual y acceso a medicamentos.

La UAE también participa en un proyecto para calcular las externalidades en salud derivadas de la generación de energía eléctrica. Este proyecto se está realizando en conjunto con la Secretaría de Energía y el Banco Mundial.

En el marco de los Foros de Diálogo con la Comunidad Económica Europea, la UAE coordina el tema de Facturación Cruzada y participa además en el tema de Política de Medicamentos. El primer diálogo se realizó en enero pasado; el segundo se realizará en septiembre. Los diálogos tienen como finalidad intercambiar experiencias entre expertos europeos y mexicanos en diversos temas del sector salud que ayuden en el proceso de reforma del Sistema de Salud Mexicano.

En el marco del proyecto del Banco Interamericano de Desarrollo, Red de Difusión de Conocimiento en Salud (Health Knowledge Brokers Network) en México, la UAE elaboró un estudio sobre el diseño y ajuste de los planes explícitos de beneficios médicos para el caso de México, el cual fue publicado por las Naciones Unidas en el mes de noviembre de 2009.

1.2. COORDINACIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS

La Coordinación General de Asuntos Jurídicos provee asesoría y consultoría jurídica en general. Se encarga de la defensa de los intereses patrimoniales de la Secretaría de Salud y del sector coordinado por ésta; asimismo orienta, asesora y realiza análisis y propuestas jurídicas para promover los elementos que consoliden y sustenten las bases del derecho a la protección a la salud, en el marco de las atribuciones establecidas en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

En el periodo comprendido del 1° de septiembre de 2009 al 31 de agosto de 2010 y con relación a las actividades de defensa patrimonial, se informa que en materia civil se cuenta con tres asuntos iniciados, por un monto de 11.5 millones de pesos; siete asuntos resueltos, de los cuales dos han sido favorables por un monto de tres millones de pesos y uno desfavorable por un monto de 850 mil pesos. También se realizaron 183 comparecencias ante juzgados, se desarrollan 27 asuntos vigentes por un monto de 170 millones de pesos aproximadamente y se han brindado 46 asesorías. En materia laboral se tienen 955 juicios laborales en trámite; 93 demandas; 11 laudos favorables, mil 036 audiencias y 16 consultas. En materia penal se cuenta con 25 averiguaciones previas, hubo 116 comparecencias ante el Ministerio Público y juzgados y cinco consultas. En materia Contenciosa administrativa se tienen en trámite 449 juicios de nulidad y tres juicios de amparo, se recibieron ocho demandas nuevas y se promovieron seis juicios contenciosos administrativos federales y uno local.

En materia de derechos humanos se atendieron ocho quejas presentadas ante la CNDH. De éstas, seis quejas fueron concluidas sin responsabilidad para la Secretaría de Salud y se recibió una recomendación cuya aceptación corresponde al Hospital General de México.

En materia de juicios de amparo, además de continuar con la atención de los juicios vigentes durante el periodo que se reporta, se recibieron mil 241 demandas nuevas de amparo. En 645 de ellas se ejerció la representación presidencial. Para su atención se rindieron mil 601 informes de ley: mil 381 informes justificados y 220 informes previos.

Asimismo, se elaboraron 466 promociones de contenido diverso, se interpusieron 20 recursos de queja, cinco de revisión y cuatro de revisión adhesiva. Se concluyeron 417 juicios: 284 de manera favorable y 133 de manera desfavorable. Con relación a los asuntos desfavorables se destaca que en su mayoría corresponden a asuntos en los que se ejerció la representación presidencial, en los que el acto reclamado fue la reforma a la Ley General de Salud publicado en el DOF el 20 de agosto de 2009.

Por otro lado, se dio atención y seguimiento a la Controversia Constitucional 54/2009, promovida por el C. Gobernador del estado de Jalisco en contra de la Federación por la expedición de la Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, publicada en el DOF el 16 de abril de 2009. Dicha controversia fue resuelta favorablemente.

Se atendieron un total de 723 consultas, asesorías y solicitudes de opinión relacionadas con diversos temas del marco jurídico sanitario, iniciativas, dictámenes o minutas en estudio en el H. Congreso de la Unión, puntos de acuerdo, anteproyectos de diversos ordenamientos jurídicos y normas oficiales mexicanas, entre las cuales destacan:

- Opiniones de iniciativas, dictámenes o minutas en estudio en el H. Congreso de la Unión, respecto de Obesidad, Nutrición y Trastornos Alimenticios, Ley General de Guarderías, y Suplementos Alimenticios.
- Acuerdo mediante el cual se dan a conocer las disposiciones para la formulación, aprobación, aplicación, utilización e incorporación de las leyendas, imágenes, pictogramas, mensajes sanitarios e información que deberán figurar en todos los paquetes de productos del tabaco y en todo empaquetado y etiquetado externo de los mismos.

- Acuerdo por el que se emitieron las Reglas de Operación de los programas de Comunidades Saludables, Seguro Médico para una Nueva Generación, Caravanas de la Salud, Protección y Desarrollo Integral de la Infancia 2010, Atención a Personas con Discapacidad 2010, Sistema Integral de Calidad en Salud, Atención a Familias y Población Vulnerable 2010.
- Acuerdo por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles.
- Acuerdo que modifica los Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud.
- Acuerdo por el que se determinan los lineamientos a los que estará sujeta la venta y disposición de antibióticos.
- Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-247-SSA1-2008, Productos y servicios. Cereales y sus productos. Cereales, harinas de cereales, sémolas o semolinas. Alimentos a base de: cereales, semillas comestibles, de harinas, sémolas o semolinas o sus mezclas. Productos de panificación. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales. Métodos de prueba, publicada el 27 de julio de 2009.

En apoyo a las actividades sustantivas de las unidades administrativas, órganos desconcentrados y sector coordinado de la Secretaría de Salud, y en ejercicio de las atribuciones que nos confiere el Reglamento Interior para remitir los documentos que requieran ser publicados en el DOF, entre septiembre de 2009 y agosto de 2010 se gestionó la publicación de 463 documentos.

Se registraron 646 instrumentos consensuales, entre convenios, contratos y anexos. Se elaboraron y registraron 80 nombramientos. Asimismo, se fungió como enlace con la Secretaría de Gobernación para el registro de 27 autógrafos de servidores públicos, en el Sistema de Digitalización de Firmas a cargo de dicha Dependencia.

Se llevó a cabo la revisión, dictaminación, elaboración y validación de 757 convenios, 237 acuerdos, 141 consultas jurídicas, 67 instrumentos internacionales, y 38 bases, en los que la Secretaría es parte, tanto en el ámbito nacional como en el internacional.

En materia de adquisiciones y obra pública se asistió a un total de 308 sesiones de distintos comités y subcomités de la dependencia. Asimismo, se otorgó asesoría jurídica en mil 967 asuntos y 626 consultas en materia administrativa en general, entre los que destacan el contrato de prestación de servicios de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad de Ciudad Victoria e Ixtapaluca y la adquisición de bienes o servicios para la Influenza A(H1N1).

El COMERI implementó mejores prácticas de simplificación regulatoria con el fin de detectar áreas de oportunidad de la Secretaría de Salud, se coadyuvó en los objetivos del Programa de Regulación Base Cero y aprobó en su pleno ordenamientos internos de diversa índole. Destaca la realización de cuatro sesiones ordinarias y 10 extraordinarias, las cuales generaron 39 acuerdos. Se auditó a este Comité en dos ocasiones, obteniendo una calificación de 100 por ciento de cumplimiento.

De manera continua se lleva a cabo el mantenimiento y la actualización de la Normateca Interna de la Secretaría de Salud, cuyo acceso se encuentra disponible en el portal *web*: <http://www.comeri.salud.gob.mx> y en el portal de la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos.

El 14 de diciembre de 2009 se publicó en el DOF el Decreto de Creación del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010". Por otro lado, el 11 de diciembre de 2009 se publicó en dicho medio el Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General.

Se realizaron 13 sesiones de trabajo para el proceso de entrega recepción de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad de Oaxaca, Yucatán y Chiapas; se asistió a 10 reuniones del Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud; nueve reuniones de trabajo de la CIBIOGEM, 21 reuniones del Programa de Regulación Base Cero en la Secretaría y 33 reuniones de asuntos competencia de esta Coordinación General.

En cuanto a la transparencia y acceso a la información pública que instrumentó el gobierno actual, destacan labores del Comité de Información de esta Dependencia, cuya Presidencia corresponde a esta Coordinación General. Entre septiembre de 2009 y agosto de 2010, el Comité de Información, sesionó en 46 ocasiones; se recibieron para revisión 268 solicitudes de información, mismas que fueron resueltas y tramitadas, en términos de la legislación de la materia. Asimismo, se tramitó la defensa ante el IFAI de 76 recursos interpuestos, donde se formularon sus respectivos alegatos.

En materia de derechos humanos, se participó en 140 reuniones relacionadas con derecho a la no discriminación, contra la trata de personas y atención a víctimas del delito; se rindieron tres informes, uno sobre acciones prioritarias y otros sobre obstáculos y metas para dar cumplimiento al Programa Nacional de Derechos Humanos 2008-2012. Se colaboró con la Secretaría de Relaciones Exteriores para rendir informes solicitados por la Comisión y Corte Interamericana de Derechos Humanos respecto de los casos MC-54-08 sobre portadores de tuberculosis en los Altos de Chiapas, así como sobre violencia institucional contra las mujeres en México y sobre derechos humanos de los jornaleros migrantes de Guerrero, entre otros.

La Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos participa en la elaboración del proyecto de la Ley Federal para la Atención y Protección de Víctimas y Ofendidos del Delito, sobre el Convenio Marco para el cumplimiento del compromiso segundo, numeral VI del Acuerdo por la Seguridad, la Justicia y Legalidad.

1.3. DIRECCIÓN GENERAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL

La DGCS tiene como misión difundir ampliamente los programas y acciones que lleva a cabo la Secretaría de Salud, alineados al PND y al PROSESA, que reflejan el compromiso del Gobierno de la República para proporcionar los servicios de salud a todos los mexicanos..

Merece una mención especial el manejo mediático de la contingencia sanitaria que vivió México en 2009 por la presencia del virus de la Influenza Humana A(H1N1). La Secretaría de Salud determinó una serie de acciones en el área de comunicación social que constituyeron un factor estratégico para controlar y evitar la propagación del virus. En este sentido, de manera inmediata se transmitieron campañas de difusión en radio y televisión, se ofrecieron conferencias de prensa a los medios de comunicación nacionales y extranjeros, se realizaron entrevistas a voceros especializados en el tema y se elaboraron comunicados de prensa. Los mensajes transmitidos y su análisis cotidiano, permitieron a la autoridad sanitaria medir el impacto sobre la efectividad y el control de la enfermedad. De este modo México, recibió el reconocimiento internacional por la respuesta inmediata y la efectividad de su estrategia.

Para cumplir con su misión durante el periodo que se informa, la DGCS orientó sus acciones a informar oportuna y objetivamente a la ciudadanía sobre los programas y proyectos institucionales que contribuyen a la prevención y control de enfermedades, con mensajes claros y definidos.

Además del virus A(H1N1), el contenido de los mensajes transmitidos a través de 10 campañas institucionales fue el anuncio de las Semanas Nacionales de Salud (vacunación); Asistencia y Prevención de Riesgos para los Niños Migrantes no Acompañados; Seguro Médico para una Nueva Generación; Respuesta y Prevención al VIH/SIDA (condón); Vacunación Canina y Felina; mensajes extraordinarios para Ciudad Juárez sobre la inscripción a los servicios de salud y Centros Nueva Vida (adicciones); Dengue e Igualdad de Oportunidades versión Infraestructura y Equipamiento Médicos.

En cuanto a la demanda de la población sobre los servicios médicos y hospitalarios del sector salud, reflejada en los medios de comunicación masivos, se atendieron mil 178 solicitudes de apoyo.

LA DIRECCIÓN GENERAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL, DIRIGE SUS LÍNEAS DE ACCIÓN EN DOS ESTRATEGIAS BÁSICAS:

CUADRO I.2 ESTRATEGIA 1

ACCIONES	ALCANZADO	
	1° DE SEPTIEMBRE DE 2008 AL 30 DE AGOSTO DE 2009	1° DE SEPTIEMBRE DE 2009 AL 30 DE AGOSTO DE 2010
Cumplir con las disposiciones legales en materia de comunicación social (Porcentaje de observación de disposiciones legales).	100%	100%
Asesorar en el manejo de la información en situaciones comunes y emergentes (Asesorías).	177	185
Cubrir los eventos institucionales y giras de trabajo del Secretario y funcionarios de la Secretaría (Eventos cubiertos).	295	290
Producir resúmenes informativos sobre el manejo que los medios de comunicación hacen de la información generada por la Secretaría (Resúmenes informativos).	365	365
Elaborar el periódico México Sano (Ediciones).	6	5

FUENTE: Secretaría de Salud. Dirección de Comunicación Social.

CUADRO I.3 ESTRATEGIA 2

ACCIONES	ALCANZADO	
	1° DE SEPTIEMBRE DE 2008 AL 30 DE AGOSTO DE 2009	1° DE SEPTIEMBRE DE 2009 AL 30 DE AGOSTO DE 2010
Organizar y realizar conferencias de prensa del secretario y funcionarios de la institución (Conferencias de prensa).	37	15
Evaluar periódicamente de manera cualitativa y cuantitativa la difusión de la información que genera en los medios de comunicación nacionales, estatales y regionales (Evaluaciones).	12	12
Promover entrevistas a funcionarios (Entrevistas realizadas).	375	551
Coordinar el diseño, la edición y la producción de los materiales gráficos e impresos que divulga (Apoyos para difusión de campañas).	393	332
Percepción institucional favorable en medios de comunicación (Porcentaje de aceptación).	*94.6%	**91.5%

FUENTE: Secretaría de Salud. Dirección de Comunicación Social.
* El porcentaje corresponde a 16 615 notas positivas de un total de 18 331.
** El porcentaje corresponde a 7 330 notas positivas de un total de 8 012.

1.4. UNIDAD COORDINADORA DE VINCULACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

La 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 a la Dirección General de Relaciones Internacionales y el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud, además de una Dirección Administrativa y las Direcciones Generales Adjuntas de Vinculación Social, de Coordinación de Proyectos Estratégicos y de Coordinación con los Sistemas Estatales 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 tiene encomendados, relacionados con la instrumentación y desarrollo del PRONASA 2007-2012.

De septiembre de 2009 a agosto de 2010, se brindó el apoyo administrativo necesario para la realización de las reuniones del Consejo Nacional de Salud, mismas que tienen como finalidad fortalecer la coordinación entre la SS y los SESA, para determinar las prioridades y políticas en materia de salud.

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.

Entre septiembre de 2009 y agosto de 2010, 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 y otras leyes, destacando la aprobación de los siguientes decretos publicados en el DOF:

- El que reforma, adiciona y deroga disposiciones de la Ley General de Salud, del Código Penal Federal y del Código Federal de Procedimientos Penales, para 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 (20 de agosto de 2009).
- El que reforma los artículos 77 Bis 12 y 77 Bis 13 de la Ley General de Salud para modificar el esquema de financiamiento, por persona afiliada, para optimizar los recursos que la federación destina para la operación del Seguro Popular y avanzar hacia la cobertura universal de la salud (30 de diciembre de 2009).
- El que reforma el artículo 27 de la Ley General para el Control del Tabaco para eliminar la obligación de los establecimientos de acceso público de contar con áreas específicas para fumadores (6 de enero de 2010).
- El que reforma el artículo 222 de la Ley General de Salud, para conceder el registro sanitario a los productos que lo requieran, cuando demuestren que éstos, sus procesos de producción y las sustancias que contengan, reúnen las características de seguridad, eficacia y calidad exigidas; además de que para la emisión de cualquier registro sanitario se verifique previamente el cumplimiento de las buenas prácticas de fabricación *in situ* (27 de abril de 2010).
- El que reforma el artículo 464 Ter. de la Ley General de Salud para combatir la falsificación de medicamentos y aumentar las penas por dicho ilícito (27 de abril de 2010).

En cuanto a la actividad legislativa en materia de salud del Congreso de la Unión, se presentaron 169 iniciativas y 244 puntos de acuerdo, mismos que fueron analizados para emitir la opinión institucional y enviarla al Poder Legislativo a través del canal oficial que es la Secretaría de Gobernación.

Se puso en marcha el programa Unidades Estatales de Vinculación Social para generar en los SESA estructuras de vinculación con los congresos locales y las organizaciones de la sociedad civil para la formulación de propuestas legislativas y la homologación del marco jurídico que fortalezca tanto los SESA como el Sistema Nacional de Salud. A la fecha se cuenta con 30 unidades creadas y con la integración de una base de datos sobre iniciativas y puntos de acuerdo para conocer los temas legislativos de interés local.

Se actualizó y amplió la base de datos de Organizaciones de la Sociedad Civil relacionadas con el tema de salud, pasando de 4 mil 323 a 7 mil 502 registros. Se realizaron cuatro foros regionales sobre salud alimentaria en Tabasco, Nuevo León, Jalisco y el Distrito Federal. Se efectuaron dos conferencias sobre temas de sobrepeso y obesidad, y sobre fibromialgia. Se realizó el trámite y seguimiento de 590 gestiones, siendo 132 de la Cámara de Senadores, 337 de la Cámara de Diputados, 30 de Diputados Locales y 91 provenientes de diversas entidades gubernamentales y asociaciones civiles.

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE COORDINACIÓN DE PROYECTOS ESTRATÉGICOS

Esta Dirección General Adjunta 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 participar en 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 SS.

Participó en 62 reuniones de coordinadores de asesores, en las que facilitó el seguimiento y atención a los acuerdos y compromisos adoptados. Supervisó el cumplimiento de los compromisos de la UCVPS en igual número de reuniones de Gabinete de Salud. Se asistió a 16 reuniones del Comité de Mejora Regulatoria Interna de la Secretaría y del Comité de Información, en representación de la UCVPS, además de coadyuvar como interlocutor entre las Dependencias involucradas en el Acuerdo Nacional por la Salud Alimentaria, Estrategia Contra el Sobrepeso y la Obesidad, así como con las Cámaras de la industria, signantes del Acuerdo.

Adicionalmente, la Dirección General Adjunta participa como coordinadora de la estrategia presidencial *Todos Somos Juárez* la cual se conforma de 41 compromisos a los que se da puntual seguimiento.

En cumplimiento a las disposiciones en materia de transparencia y acceso a la información pública gubernamental, emitidas por el Ejecutivo Federal, se coordinó la atención y seguimiento de 37 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 mil 025 peticiones ciudadanas y nueve de presidentes municipales. Asimismo, se impulsó y coordinó en la Secretaría el sistema de atención ciudadana dentro de los programas de Mejora de la Gestión de la Administración Pública Federal y de Contacto Ciudadano.

En el periodo que se reporta, la Dirección de Gestión de Peticiones Ciudadanas y Promoción Social diseñó el *Sistema de Gestión de Peticiones Ciudadanas*, con el cual se realiza el registro, seguimiento, control, estadísticas, recordatorios e informes correspondientes a las solicitudes ciudadanas recibidas en esta SS a través de la Red Federal de Servicio a la Ciudadanía de la Presidencia de la República. Con dicho sistema se optimizó y se logró la reducción de 20 a 5 días hábiles para la contestación al peticionario, impulsando un mecanismo eficiente de respuesta.

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE COORDINACIÓN CON LOS SISTEMAS ESTATALES DE SALUD

Esta Dirección 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 inciden de manera directa en el desarrollo y consolidación de los programas y proyectos que fortalecen el Sistema Nacional de Salud.

Durante el periodo que se reporta, esta Dirección organizó y coordinó la logística de 95 giras de trabajo del Secretario de Salud a la mayoría de los estados, con excepción de Baja California Sur, Coahuila, Morelos, Nayarit, Querétaro y Tamaulipas. Doce de dichas giras fueron de carácter presidencial para inaugurar diversas unidades hospitalarias, en atención al compromiso de fortalecer la infraestructura y el equipamiento médico. Entre las unidades hospitalarias inauguradas se encuentran las siguientes: Hospital General de Especialidades Médicas “Dr. Javier Gabriel Buenfil Osorio” en Campeche; Hospital General de Comalcalco en Tabasco; Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez y el Materno Infantil San Luis Potosí; Clínica de Especialidades y Centro de Cirugía del ISSSTE en Celaya, Guanajuato; Hospital General “Donato G. Alarcón” en Guerrero; Hospital General de las Culturas en San Cristóbal de las Casas y Hospital General de Comitán en Chiapas, y el Hospital General de Zona No. 21 en Jalisco.

En el marco del Programa *Todos Somos Juárez, Reconstruyamos la Ciudad*, cuyos puntos torales incluyen la ampliación de la cobertura del Seguro Popular y la rehabilitación y modernización de los Hospitales de la Mujer e Infantil, se realizaron tres giras presidenciales a Chihuahua, contemplando el diálogo de la sociedad civil, la presentación del plan de trabajo y la visita a las tropas que participan en el Programa, así como la presentación del programa *Oportunidades Urbano* y la sesión plenaria con el Consejo Ciudadano de Ciudad Juárez para el seguimiento de acuerdos. A nivel institucional cabe destacar las cinco visitas de seguimiento de la estrategia por parte del Secretario de Salud.

Para dar continuidad a la emergencia sanitaria presentada en el país por la epidemia de Influenza A(H1N1), el C. Presidente de la República dio el arranque de la *Campaña Nacional de Vacunación contra la Influenza A(H1N1)* y, a nivel institucional el C. Secretario de Salud visitó grupos de riesgo en la Central de Abasto y supervisó los módulos de vacunación en diferentes estaciones del Metro de la Ciudad de México, asimismo presidió la celebración de un evento conmemorativo del primer aniversario de la pandemia que consideró, entre otras actividades la inauguración de un laboratorio de alta seguridad nivel 3 en el INDRE y la presentación del libro *La Epidemia de Influenza A(H1N1) en México*, en donde la UCVPS participó en la definición, conformación e integración de la logística de los eventos.

1.4.1. DIRECCIÓN GENERAL DE RELACIONES INTERNACIONALES

El Secretario de Salud participó en varias reuniones bilaterales y regionales entre las que destacan: el 49 Consejo Directivo de la OPS; la Reunión Subregional de Representantes de la OPS; la 146 Sesión del Comité Ejecutivo de OPS, en la que México fungió como Presidente; la XII Conferencia Iberoamericana de Ministros y Ministras de Salud; la XXXII Reunión del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica, y el Simposio Internacional para Expertos de Latinoamérica en el tema de Vacunación.

Con relación con acuerdos de cooperación bilateral en materia de salud, se suscribieron los siguientes instrumentos internacionales:

- Acuerdo de cooperación en materia de salud entre la SS y el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de la República del Paraguay.
- Acuerdo de cooperación en materia de salud entre la SS y el Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay.
- Carta de Intención entre la SS y el Instituto Nacional de Alergia y Enfermedades Infecciosas de los Estados Unidos de América.
- Carta de Intención entre el Instituto Nacional de Cancerología de México y el National Cancer Institute de los Estados Unidos de América.
- Acuerdo de cooperación en materia de Salud Pública y Medicina Tradicional entre la SS y el Ministerio de Salud Pública de la República Popular Democrática de Corea.
- Acuerdo entre el gobierno de México, la OPS y la Fundación Panamericana de la Salud y Educación, para el Premio Manuel Velasco Suárez en Bioética.
- Acuerdo de cooperación en materia de salud entre la SS y el Ministerio de Salud de la República de Turquía.

Con relación a los programas de cooperación regional, la SS participó en la reunión para negociar el Programa Mesoamericano de Cooperación 2011-2012. Se prepararon tres propuestas de cooperación al SICA en los temas de rehabilitación, enfermedades crónicas no transmisibles y comunicación social en salud como herramienta de prevención de las enfermedades crónicas. Se coordinó, junto con la Secretaría de Relaciones Exteriores, el evento de lanzamiento de la *Iniciativa de Salud Mesoamérica 2015*, en el marco del SMSP del Proyecto de Integración y Desarrollo de Mesoamérica. Con relación a estos programas de cooperación regional, destacan las siguientes visitas:

- Se recibió una delegación paraguaya encabezada por el Viceministro de Salud de ese país, para conocer nuestra experiencia en el tema de investigación en salud.
- Viaje de trabajo del Secretario de Salud a Serbia y Rusia, en el que se identificaron diversos temas de colaboración, específicamente en el tema de vacunas y producción de medicamentos.
- Misión del Ministerio de Salud de Santa Lucía, para conocer el sistema de salud mexicano y definir acciones de cooperación bilateral.
- Viaje de trabajo del Secretario de Salud para participar en el evento titulado *Gripe A: Balances y aprendizajes tras la epidemia*, cuyo objetivo fue intercambiar impresiones y lecciones aprendidas sobre el tema de la influenza A(H1N1).

- Misión del Ministerio de Salud de Cuba, cuya finalidad consistió en explorar oportunidades de cooperación bilateral en materia de vacunas.
- Se apoyó la participación del C. Secretario de Salud en el V Encuentro de la Fundación Thao, con la ponencia titulada *La prevención de la obesidad, un tema global: El caso mexicano*.

Se realizaron otras acciones importantes de colaboración, entre las que destacan:

- La capacitación solicitada por El Salvador en materia de fisiología respiratoria, mediante la pasantía de técnicos salvadoreños en el INER.
- La primera actividad del proyecto de cooperación bilateral México-Costa Rica, sobre Proyectos Llave en Mano, con la participación del CENETEC y la Caja Costarricense de Seguridad Social.
- El Primer Seminario sobre Sistemas de Salud de los Foros de Diálogo sobre Cohesión Social México-Unión Europea, con el objetivo de conocer la situación actual en México de temas como portabilidad y expediente clínico electrónico, guías de práctica clínica, estructura de redes de atención, facturación cruzada y política farmacéutica.
- Durante el actual Programa de Cooperación Bilateral México-Argentina, se realizó la primera actividad del proyecto en Salud Bucal, con el propósito de conocer el programa *Sonríe Argentina*.
- En el marco del actual Programa de Cooperación Bilateral México-Brasil, tuvieron lugar las primeras actividades sobre Bancos de Leche Humana, enfocadas al conocimiento de éstos en Brasil, así como la infraestructura y plantilla laboral de bancos de leche en México.
- Se coordinó la integración de proyectos intersectoriales para el programa de cooperación técnica de la Unión Europea con América Latina denominado EUROSociAL II, que se enfocará al apoyo de políticas públicas nacionales considerando como eje prioritario el *Acceso Universal a Servicios Sociales de Calidad* vinculando acciones con otras secretarías como Educación Pública y Desarrollo Social.
- Hubo intercambio de información técnica con los Ministerios de Salud de Japón, China, Libia, Guinea Ecuatorial, Nueva Zelanda, Singapur, Palestina, Alemania, Bélgica, Holanda, Finlandia y República Checa.

La Secretaría de Salud participó en diversas reuniones de organismos internacionales y foros vinculados a la salud, en donde se analizó y discutió la situación prevaleciente en la salud global y se acordaron medidas e iniciativas para mejorarla y protegerla. En este rubro, destacan las siguientes actividades:

- *Conferencia Internacional Ministerial sobre Influenza Pandémica y Animal*, en donde se destacó la necesidad de establecer mayor colaboración internacional para enfrentar las amenazas de salud que surgen de la interfaz entre animales, personas y medio ambiente. En este sentido, se propusieron pasos a seguir para reducir y erradicar esta amenaza, tomando como base las experiencias con los virus A(H1N1) y H5N1. Los Ministros firmaron una declaración relativa a la cooperación y coordinación entre países y organismos internacionales. El Secretario hizo una presentación de la experiencia mexicana con el virus A(H1N1) y, derivado de una propuesta del Banco Mundial, aceptó que México fuera la sede de la próxima conferencia en marzo de 2011.
- *Conferencia de Política Mundial* en la que México participó compartiendo la experiencia en el manejo de la epidemia del virus de la influenza A(H1N1).
- *Símpoquio Científico Internacional sobre Respuesta y Preparación ante una Pandemia de Influenza*, en donde se participó en el panel titulado *Lecciones aprendidas y retos futuros, compartiendo experiencias y una estrategia de respuesta para el próximo invierno*.
- *Iniciativa Global de Seguridad en Salud*. En septiembre de 2009, se organizó una reunión ministerial especial en Bélgica sobre influenza A(H1N1), a fin de revisar los progresos en la elaboración de una vacuna, su desarrollo, monitoreo, evaluación clínica y las estrategias de vacunación, así como el estado de la propagación del virus. Durante la reunión se reconoció la importancia de continuar con la colaboración internacional en el tema de seguridad en salud, en especial en cuanto a fortalecer las capacidades de respuesta ante amenazas a la salud ocasionadas por armas químicas, biológicas y nucleares, así como para enfrentar enfermedades pandémicas.
- La Organización Mundial de la Salud en el marco de la 63ª Asamblea solicitó la aprobación de la *Estrategia para reducir el uso nocivo del alcohol*; asimismo, el Secretario de Salud de México se reunió con la Directora

General de la OMS para comentar el cambio de fase de la pandemia A(H1N1), la posibilidad de realizar un evento en nuestro país sobre cambio climático y salud en el marco de la COP16 y que México será la sede de la *Conferencia Internacional Ministerial sobre Influenza Pandémica y Animal* en marzo de 2011.

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE SALUD DEL MIGRANTE

En octubre de 2009, se realizó la IX Semana Binacional de Salud llevando a cabo la ceremonia de inauguración en Santa Fe, Nuevo México y la clausura en Tapachula, Chiapas. En esta edición se logró beneficiar a más de 750 mil personas, sensibilizándolas sobre los cuidados de su salud, sobre todo en temas relacionados con influenza A(H1N1), preparación para emergencias, prevención en adicciones, nutrición, ecología, enfermedades crónico-degenerativas y VIH/SIDA, entre otros. Asimismo, se llevó a cabo el Foro Binacional de Políticas Públicas sobre Migración y Salud, el cual reúne a expertos en salud, funcionarios públicos, líderes de la comunidad, académicos y legisladores con la finalidad de fomentar actividades de promoción de la salud e intercambiar información y hallazgos de trabajo de investigación sobre migración y salud, así como promover la cooperación bilateral en estos temas. Más de 300 expertos procedentes de seis países compartieron sus experiencias, discutiendo los nuevos retos que enfrentan los migrantes concernientes a su salud.

Uno de los compromisos de esta Secretaría con la comunidad migrante mexicana, principalmente la que vive en Estados Unidos, es la de proporcionarles información en salud que beneficie su calidad de vida y la de sus familias. Es por ello que, en coordinación con el Instituto de los Mexicanos en el Exterior, se crearon las Ventanillas de Salud, mismas que sirven como centros de información para incrementar el conocimiento y el uso de los servicios de salud, así como para difundir programas de prevención y promoción de la salud. Estas ventanillas se localizan en los Consulados de México en Estados Unidos; durante el periodo que se informa se han abierto ocho nuevas ventanillas, sumando un total de 40 en operación, beneficiando a 1 millón 265 mil 450 personas.

Una de la principales acciones que realiza la Comisión Fronteriza de Salud México-Estados Unidos, Sección México, es trabajar sobre una base binacional a fin de mejorar la salud en la frontera. En este sentido, se han identificado y promovido programas prioritarios, los cuales fomentan la prevención y promoción de la salud en aspectos técnicos y científicos, facilitando a los estados fronterizos de México el llevar a cabo actividades que informen y generen acuerdos progresivos relacionados con la salud de la población migrante en la frontera. Se participó en foros, sobre cáncer cérvico-uterino, obesidad y tuberculosis, enfermedades infecciosas, entre otros, tanto en México como en Estados Unidos, con el objeto de implementar estrategias de colaboración entre ambos países. En la parte de investigación se trabaja con el Colegio de la Frontera Norte y la OPS a fin de conjuntar esfuerzos entre instituciones de México y Estados Unidos en temas prioritarios de salud. Se atendieron 11 de 13 puntos establecidos en la agenda *Frontera Saludable 2010* y se cumplió con el programa de la Semana de Vacunación de las Américas.

Se inició el proceso de utilización de la plataforma informática para llevar un registro de los enfermos repatriados a la Ciudad de México en coordinación con la Secretaría de Relaciones Exteriores, generando así el Registro Nacional de Repatriación de Enfermos Graves. En este sentido, se dio atención a 47 connacionales, principalmente por dolencias y necesidades de diálisis y hemodiálisis, en un tiempo máximo de 15 días.

Derivado de la firma del Convenio de Colaboración con la Universidad de California, Berkeley, se logró financiar once proyectos de investigación, los cuales se realizan de manera binacional con universidades y académicos de México y EU, en donde la SS aportó la cantidad de 150 mil dólares a fin de continuar con el desarrollo de proyectos binacionales de investigación en enfermedades infecciosas, salud mental, nutrición, salud reproductiva y acceso a los servicios de salud.

En el marco del Programa de Trabajadores Temporales Agrícolas, se realizaron informes médicos en hospitales regionales para atender a 900 trabajadores, de igual forma se incentivó el proceso de descentralización para la realización de dichos informes en Morelos, Hidalgo, Querétaro y Veracruz. Se llevó a cabo una visita de supervisión por parte del Gobierno Canadiense a las clínicas de Guanajuato, Morelia, Michoacán y Oaxaca.

Con relación a las Comisiones de Salud Fronteriza México-Belice y México-Guatemala, se definieron las líneas de acción a seguir en la frontera sur de México, entre las que destacan: respuesta a la *Influenza A(H1N1)*; *prevención y promoción de la salud en Semanas Binacionales de Salud (vacunación y nutrición)*; programa de atención a enfermedades transmitidas por vector; *vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles, y sistemas de Información*. Asimismo, se realizaron campañas de vacunación conjuntas en Tapachula y Chetumal, y por primera vez se realizó la clausura de la Semana Binacional de Salud en la frontera sur, en la ciudad de Tapachula, con la presencia del Secretario de Salud de México, el Ministro de Salud de Guatemala y representantes de la OPS.

1.4.2 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD

La dinámica y alcance del Consejo Nacional de Salud se fortaleció con el acuerdo publicado en el DOF el 27 de enero de 2009 confirmándose como la instancia permanente de coordinación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud que tiene por objeto la planeación, programación y evaluación de los servicios de salud en toda la República.

Corresponde al Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud: i) coordinar la interrelación de las unidades administrativas de la SS y las entidades federativas para el fortalecimiento de los servicios de salud; ii) identificar los factores que afectan la operación de los servicios de salud de los estados y gestionar ante las unidades administrativas de la Secretaría, en el ámbito de su competencia, las medidas aplicables; y iii) participar en la formulación e instrumentación de los proyectos y programas específicos que determine el Secretario de Salud, en coordinación con las unidades administrativas competentes.

Durante el periodo reportado se realizaron seis reuniones nacionales de Consejo, cuatro ordinarias y dos de carácter extraordinario, además de cuatro reuniones regionales. En las extraordinarias destacó la toma de decisiones ante el problema que vivió el país con motivo de la alerta sanitaria por la influenza A(H1N1), así como la reunión histórica de trabajo conjunto del Consejo Nacional de Autoridades Educativas y Consejo Nacional de Salud en donde se presentaron el Programa de Acción en el Contexto Escolar; los Lineamientos generales para el expendio o distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar de los planteles de educación básica, y el Anexo Único de los citados Lineamientos, concretando acciones contra el sobrepeso y la obesidad.

En las reuniones regionales, se destacó de manera importante la prevención y atención del Dengue, además de la propuesta de elaboración del Manual para la Atención de Desastres desde la Perspectiva en Salud. En las reuniones ordinarias se presentaron los informes de las Comisiones Permanentes de Salud Pública, Regionales y Jurídica Administrativa, así como los avances relacionados con la pandemia de Influenza A(H1N1), puntualizando la importancia de acreditar las comprobaciones de los recursos ejercidos, o en su caso, realizar el reintegro correspondiente a la Tesorería de la Federación, de conformidad con la normatividad vigente.

Las reuniones nacionales arrojaron un total de 121 acuerdos, con un acumulado de 451 en la presente administración, todos ellos centrados en políticas públicas de salud, rectoría y definición de prioridades. Se ha dado seguimiento puntual a todos los acuerdos observando un avance de cumplimiento de 80 por ciento. Entre los acuerdos asumidos destacan los siguientes:

- El plan de trabajo presentado por la CNPSS para abatir la duplicidad de cobertura en salud de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.
- Las acciones para enlazar, desde el punto de vista informático, el Registro Nacional de Nacimientos con el PROVAC a fin de contar con información nominal y en tiempo real de coberturas de vacunación y niños vacunados.
- El compromiso de cumplir con los lineamientos de vigilancia epidemiológica de la influenza A(H1N1).
- A partir del 1° de enero de 2010 el proceso de acreditación de las unidades de salud, incluirá el conocimiento

y uso de las Guías de Práctica Clínica que resulten aplicables al establecimiento a acreditar, y en el caso de no satisfacer las condiciones de acreditación elaborarán un Plan de Contingencia.

- Los SESA compartirán experiencias exitosas para enriquecer el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad.

Para fortalecer la coordinación interinstitucional y con el objeto de informar la misión, visión, programas, proyectos y estrategias prioritarias de la SS, el Secretariado Técnico coordina con todas las áreas centrales el *Seminario de Interacción para los Titulares de Servicios de Salud de las Entidades Federativas de Reciente Nombramiento*. En este periodo se realizó un seminario, en octubre de 2009, dirigido a los titulares de salud de: Campeche, Chiapas, Guerrero, Jalisco, Estado de México, Nuevo León, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí y Sonora.

El Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud recibe peticiones ciudadanas enviadas por la Presidencia de la República; mismas que son remitidas para su atención a las entidades federativas. En el periodo que se reporta, se recibieron y tramitaron 2 mil 213 peticiones haciendo un total de 6 mil 789 en lo que va de la presente administración.

La interacción lograda en las reuniones de los Órganos de Gobierno de los SESA, ha permitido fortalecer las políticas nacionales de salud y por ende las estatales, fortaleciendo en consecuencia los alcances del nivel local. En el periodo que se informa, se realizaron 113 reuniones de Órganos de Gobierno, 95 ordinarias y 18 extraordinarias, en las que el Secretariado Técnico participó en 106 representando a la SS federal. Destaca la inclusión de los siguientes temas: aprobación de presupuestos y programas; aprobación de modificaciones a las estructuras orgánicas de los OPD; implantación del Sistema de Protección Social en Salud; SICALIDAD y los resultados del INDICAS; Programa Caravanas de la Salud; Programa Línea de Vida y coberturas de vacunación; Programa Arranque Parejo en la Vida; seguimiento de las acciones estatales para contener la pandemia de Influenza A(H1N1); avances en la inversión de la infraestructura física para la salud, y seguimiento de acuerdos del Consejo Nacional de Salud.

El Secretariado Técnico participó en 28 reuniones de trabajo del Grupo Especial para la Influenza A(H1N1) en la Unidad de Inteligencia para Emergencias en Salud del CENAPRECE, apoyando en la vinculación y seguimiento de las diversas actividades desarrolladas por los SESA, así como en la conformación del Programa Operativo Nacional y Plan Estratégico de Respuesta ante una Pandemia de Influenza 2010.

Se participó en 40 reuniones del Grupo Técnico Asesor del Comité Nacional de Evaluación, Diagnóstico y Certificación del programa *Hospital Seguro*, donde se elaboró un compendio de normas y leyes a las que están sujetos los hospitales en el ámbito nacional, que incluye una clasificación de acuerdo a su complejidad, jornadas regionales y actividades de evaluación.

2. SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

2. SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

Mediante el Decreto Presidencial que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, publicado en el DOF el 2 de febrero de 2010, la SIDSS, sustituye a la anteriormente denominada Subsecretaría de Innovación y Calidad,

El cambio de denominación se realizó en congruencia con la estrategia 7.1 del Plan Nacional de Desarrollo: "Consolidar un sistema integrado de salud para garantizar el acceso universal a servicios de alta calidad". Esta estrategia se ha materializado en el proyecto de integración funcional conformado por una vertiente de portabilidad y una vertiente de convergencia. La primera consiste en el impulso nacional del Expediente Clínico Electrónico, el Padrón Universal del Sector Salud, así como un mecanismo de identificación. La segunda vertiente, por su parte, engloba el desarrollo e implantación de Guías de Práctica Clínica, la negociación y compra coordinada de medicamentos e insumos para la salud, el intercambio de servicios, la planeación sectorial de recursos y la formación de recursos humanos.

Durante el periodo comprendido entre el 1° de septiembre de 2009 y el 31 de agosto de 2010, la Subsecretaría coordinó y dio seguimiento al cumplimiento de los objetivos de los programas Caravanas de la Salud y SICALIDAD, así como la publicación de sus reglas de operación para el presente año.

Dentro del proyecto de integración funcional del sector salud, la Subsecretaría coordinó el desarrollo de la Plataforma de Interoperabilidad a nivel federal del Expediente Clínico Electrónico y la publicación de la Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-024-SSA3-2007, que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud. De igual modo, se ha participado en algunas acciones para conformar el padrón universal de beneficiarios de sector salud, que ha implicado la depuración de los padrones de las instituciones de salud tomando como referencia la CURP.

La Subsecretaría también ha dado seguimiento durante este periodo al desarrollo de Guías de Práctica Clínica, al estudio de costos de las 266 intervenciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud del Seguro Popular, a la generación de los convenios marco e impulso a los específicos sobre intercambio de servicios, así como a la operación e implantación del Convenio General de Colaboración para la Atención de las Emergencias Obstétricas mediante la suscripción del Anexo 2 de este instrumento.

En cuanto a las herramientas informáticas para la optimización de la toma de decisiones y el aprovechamiento de la infraestructura, recursos humanos y equipamiento de unidades médicas en todo el sector salud, se coordinó la actualización del Plan Maestro Sectorial de Recursos para la Salud, que permite evitar duplicidades en nuevas inversiones y conectar las unidades médicas de todas las instituciones del sector en redes de servicios integrales.

En materia de formación de recursos humanos, se continuó con el fortalecimiento del Sistema Nacional de Residencias Médicas con acciones como la aplicación en formato electrónico del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas.

Por segundo año consecutivo destaca la negociación de precios de medicamentos con patente vigente a cargo de la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud, conformada por el IMSS y el ISSSTE y las Secretarías de Salud, de Economía y de la Función Pública. Esta comisión negoció con 17 laboratorios un total de 122 claves de medicamentos para su compra en 2010. Como resultado de lo anterior, se obtuvieron descuentos directos de entre uno y 42 por ciento en los precios, lo que representó ahorros de mil 311.5 millones de pesos. Considerando que se negoció sin contemplar variaciones en el tipo de cambio, ni en la inflación, se estima que para las compras de 2010 las negociaciones generarán un ahorro de cuatro mil 100 millones de pesos al sector.

Desde junio de 2010 la Subsecretaría, en su carácter de Secretariado Técnico de la Comisión Coordinadora, ha iniciado formalmente el acopio de información necesaria para los trabajos de negociación de precios de medicamentos y otros insumos para la salud con patente vigente para las compras programadas para 2011.

De igual manera, para el fortalecimiento de la Infraestructura y equipamiento de las unidades médicas, se coadyuvó en la transferencia de recursos a las entidades federativas, en la realización de estudios de evaluación y rendición de cuentas del sector salud, en la capacitación en materia de interculturalidad y en acciones específicas para el desarrollo del personal médico, de enfermería y odontología. Cada una de las unidades administrativas adscritas a esta Subsecretaría dan cuenta puntual de sus actividades específicas en las siguientes páginas.

Es importante señalar que en el mes de febrero de 2010 la SIDSS obtuvo su recertificación bajo los requisitos de la Norma ISO 9001:2008.

2.1. DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD

El Programa Caravanas de la Salud publicó el 29 de diciembre de 2009 en el DOF la actualización de sus Reglas de Operación, asegurando su operación en las 32 entidades federativas e incluyendo fuentes alternas de financiamiento. Al cierre del ejercicio 2009, el presupuesto autorizado para el Programa fue de 556.4 millones de pesos, de los cuales 372.7 millones se transfirieron a los estados para la operación de 588 UMM, lo que incluye el pago de servicios personales, viáticos, y gastos de camino para el personal operativo y directivo de las coordinaciones estatales. De enero a junio de 2010, de los 502.2 millones autorizados originalmente al programa, se transfirieron 137.9 millones de pesos a 31 entidades federativas.

Con la operación de mil 188 UMM, durante 2009, se realizaron 3.2 millones de acciones de atención médica y odontológica, y 6.1 millones de acciones de prevención y promoción de la salud, con lo cual se benefició a cerca de 3.1 millones de personas que habitan en 14 mil 108 localidades de 751 municipios en las 32 entidades federativas del país. De enero a mayo de 2010, por otro lado, mediante 1.6 millones de acciones de atención médica y odontológica, así como 3.7 millones de acciones de prevención y promoción de la salud, se benefició a aproximadamente 3.4 millones de personas que habitan en 14 mil 766 localidades de 968 municipios en las 32 entidades federativas. El parque vehicular con el que cuenta el Programa a mayo de 2010 asciende a mil 391 UMM, de las cuales 363 han sido acreditadas en coordinación con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, garantizando su apego a los lineamientos en materia de calidad y seguridad del paciente.

Al cierre de 2009 el Programa continuó con la capacitación de su personal, realizando 12 talleres regionales en tres entidades federativas con la presencia de personal operativo de todo el país, en los cuales se capacitó a un total de 284 personas. Asimismo, se capacitó a 360 personas sobre la estrategia para la prevención del virus de Influenza A(H1N1) y el protocolo de atención. De enero a mayo de 2010 se capacitaron 820 personas, entre personal operativo y directivo que participa en el desarrollo del Programa en ocho entidades federativas. Asimismo, a través del curso taller de *Planeación del Programa Operativo Anual*, vinculado a los programas sustantivos, se capacitó a 64 personas, entre ellos coordinadores y supervisores estatales de las 32 entidades federativas.

Las UMM participaron en la Campaña Nacional de Vacunación contra el virus de la Influenza A(H1N1), y durante el primer semestre de 2010 aplicaron 323 mil vacunas a población que habita en las localidades objetivo del Programa.

Respecto al *Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud*, el grupo interinstitucional conformado por SS, IMSS, ISSSTE y PEMEX continúa los trabajos de integración de información de recursos para la salud: infraestructura física, recursos humanos y equipo médico, misma que se incorporó a la herramienta geo-referenciada del *Plan Maestro Sectorial de Recursos para la Salud*, evitando la duplicidad de acciones y mejorando la eficiencia en la utilización de los recursos financieros.

Como parte de las actividades encaminadas hacia la integración funcional de Sistema Nacional de Salud, en Chiapas se desarrolla el Hospital Universal prototipo, esta unidad piloto servirá para diagnosticar y evaluar las necesidades de prestación interinstitucional de servicios.

Debido a la creciente necesidad de atención del cáncer de mama, se está trabajando para establecer unidades que puedan hacer frente a dicha problemática a través del modelo de la UNEME-DEDICAM. A la fecha de cierre del presente informe se encuentran en proceso de obra ocho unidades en Campeche, Chiapas, Estado de México, Veracruz, Quintana Roo, Chihuahua, Michoacán y Querétaro, cuidando que en todas las acciones de infraestructura se adopten espacios para el tratamiento de padecimientos oncológicos pediátricos, sobre todo en los hospitales generales.

En relación con el diseño e instrumentación de la Política Nacional de Medicamentos, los resultados en el indicador de surtimiento de recetas completas a usuarios de los servicios de salud pasó de 78 por ciento en 2003, a 80.1 por ciento en el primer semestre de 2010. En febrero de 2010 se iniciaron los trabajos para conformar el sistema de información sobre medicamentos del Sector Salud, cuya entrega se prevé para fines de 2010. Con la publicación del documento *Modelo Nacional de Farmacia Hospitalaria*, en diciembre de 2009 se estructuró el marco formal de planeación de las unidades hospitalarias del país que deseen establecer farmacia. A junio de 2010 dicho modelo se implantó en 20 hospitales y para agosto de este mismo año se espera se incorpore en cuatro más. Debido al proceso de negociación de precios de medicamentos con patente, incluidos en el Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos para el Sector Salud 2010, realizado por la CCNPMIS, se suscribieron 17 convenios con laboratorios participantes y se logró un ahorro estimado acumulado superior a 10 mil millones de pesos.

Con el objetivo de incidir en la mejora de la calidad de la atención a las mujeres, entre septiembre de 2009 y agosto de 2010 se difundió el modelo de *Atención Intercultural del Parto en Posición Vertical* en foros nacionales e internacionales. Este modelo incluyó el diseño y difusión de una mesa obstétrica para parto intercultural en posición vertical en conjunto con CENETEC, lográndose su implantación en los Hospitales “Dr. Aurelio Valdivieso” de Oaxaca, Hospital de Gineco-Obstetricia de Tlaxcala, Hospital General de Colima, en el Centro de Salud de Tepoztlán, Morelos, en el Hospital de las Culturas en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, en el Hospital General de Pachuca y en el General de Tula en Hidalgo, así como en centros de salud de Guerrero y Veracruz, en coordinación con parteras tradicionales.

Durante 2010 se realizaron tres talleres estatales denominados *Género e Interculturalidad en el Marco de los Derechos Humanos* coordinados por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y la DGPLADES, sensibilizando a más de 120 funcionarios de Tlaxcala, Sinaloa y Yucatán.

Respecto a la medicina tradicional y medicinas complementarias, se elaboró un cuadro Básico de Remedios Herbolarios con 17 plantas medicinales susceptibles de conformar la base de un cuadro básico nacional y se elaboraron propuestas de cuadros básicos de medicamentos homeopáticos e insumos y equipos de acupuntura como producto de la apertura institucional que coordina el Consejo de Salubridad General con el apoyo de investigadores de diferentes universidades e institutos de investigación en el país. Asimismo, se elaboró y difundió el modelo para el *Fortalecimiento de los Servicios de Salud con Medicina Tradicional*, que incluye los módulos de medicina tradicional, de partería tradicional y las farmacias verdes.

Se socializó el modelo de auto-sistematización y auto-enseñanza de la medicina tradicional indígena en las 10 universidades interculturales e Indígenas ubicadas en Tabasco, Veracruz, Campeche, Quintana Roo, Chiapas, Estado de México, Puebla, Michoacán, Guerrero y San Luis Potosí. Asimismo, se elaboró la Guía de Implantación para el Fortalecimiento de los Servicios de Salud, difundándose como elemento integrante de este modelo el programa *Qui Gong*, capacitándose en esta disciplina a personal directivo de 35 hospitales y unidades de salud de la Secretaría, ISSSTE, IMSS, SEMAR y DIF.

En 2009 se asignaron 380 millones 883 mil 461 pesos al PROCEDES, los cuales se emplearon en el fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria en las entidades federativas. Se realizaron acciones de ampliación, rehabilitación, mantenimiento, obra nueva y equipamiento de unidades de hasta 120 camas;

se utilizaron recursos para gastos de operación de unidades hospitalarias, y 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 el Fortalecimiento de la Infraestructura Tecnológica.

A través de la estrategia de FOROSS se efectuaron acciones de mejora de la infraestructura, equipamiento y gastos de operación de distintas unidades médicas en las entidades federativas. Para esta estrategia, en 2009 se autorizó un presupuesto de mil 608 millones 301 mil 037 pesos y en 2010 de 608 millones 477 mil 157 pesos, los cuales comenzaron a transferirse a las entidades participantes a partir de febrero. Con estos recursos, en ocho estados se llevan a cabo acciones de mejora de la infraestructura y equipamiento de hospitales y centros de salud, así como de un laboratorio estatal de salud pública.

En el PROSESA 2007-2012 se señala la necesidad de hacer un uso más eficiente y adecuado de los recursos con los que cuenta el Sistema Nacional de Salud, por ello se inició el desarrollo del Sistema Institucional de Costos, generando, durante el periodo que se informa, la definición de modelos de recursos humanos y físicos necesarios para la operación de las unidades médicas de primer contacto y hospitales generales, así como la determinación del costo de 266 intervenciones del CAUSES.

Como parte de la estrategia para reducir las muertes maternas en el país, y en seguimiento al *Convenio General de Colaboración para la Atención de Emergencias Obstétricas* celebrado entre la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE, y cuyo propósito es atender a toda mujer que presente alguna emergencia obstétrica en cualquier unidad médica con capacidad resolutive independientemente de su derechohabencia, se destacan las siguientes acciones realizadas entre septiembre de 2009 y agosto de 2010:

- Se determinaron las unidades médicas con capacidad resolutive de emergencias obstétricas de la Secretaría de Salud, IMSS e ISSSTE.
- Se firmaron Convenios Específicos de Colaboración entre la Secretaría de Salud del Gobierno Federal y sus similares en las 32 entidades federativas.
- Se desarrolló un catálogo de diagnósticos homogéneo, vinculado a la CIE-10.
- Se definieron 11 medicamentos básicos, y se verificó su disponibilidad en las unidades que atienden emergencias obstétricas.
- Se definieron las tarifas, términos y condiciones de los servicios que sirvieron de base para establecer el esquema de pagos compensatorios entre las instituciones participantes.

En noviembre de 2009 se desarrolló el modelo *Red Estratégica de Servicios de Salud contra la Enfermedad Renal Crónica en México*, el cual pretende mejorar la calidad de vida del paciente con dicha enfermedad, su integración social y la optimización de los recursos a través de la reorganización estratégica de la infraestructura de salud existente y del aprovechamiento de los recursos humanos y materiales actuales.

2.2. DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD

Entre las principales acciones realizadas en materia de normatividad se encuentra la publicación de la 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 21 de septiembre de 2009, el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud aprobó el Proyecto de la NOM-024, mientras que el 11 de diciembre del 2009 la Comisión Federal de Mejora Regulatoria emitió el dictamen final. En marzo de 2010, el Proyecto fue publicado para consulta pública en el Diario Oficial de la Federación. A la fecha se ha cerrado el periodo de consulta pública y el CCNNIDTIS contestó los comentarios respectivos.

Por otra parte, en abril de 2010 iniciaron los trabajos para elaborar el anteproyecto de modificación de la NOM-040-SSA2-2004, en materia de Información en Salud y su respectiva Manifestación de Impacto Regulatorio. En este sentido, la DGIS ha coordinado reuniones de trabajo con los actores interesados en el tema para elaborar un anteproyecto y que éste sea sometido para la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización correspondiente.

Asimismo, se dio continuidad a los trabajos de coordinación a través de los Grupos Interinstitucionales que tiene a su cargo la Dirección General como son: el Comité Técnico Sectorial de Estadística y de Información Geográfica del Sector Salud, el Grupo Interinstitucional de Información en Salud y el Centro Colaborador para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS en México (CEMECE).

En relación con el GIIS, vale la pena destacar que, con fundamento en la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, la Junta de Gobierno del INEGI aprobó su transformación en Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud y el dos de diciembre de 2009 se realizó la primera reunión e instalación del mismo, quedando la Presidencia a cargo del titular de la DGIS, el Secretariado Técnico en un representante del INEGI y el Secretariado de Actas en un representante de la DGIS.

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 por todos los subsistemas de información que conforman el SINAIIS ha permitido su consolidación como el identificador único para las unidades que prestan servicios de salud a nivel nacional. En este sentido, se ha revisado y actualizado el lineamiento para la asignación, actualización, difusión y uso de la CLUES, el cual está en proceso de publicación y difusión.

En cumplimiento de la estrategia establecida en el PRONASA 2007-2012 de promover la inversión en sistemas, tecnologías de la información y comunicaciones, se realizó la reestructura del 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, mismas que quedan reflejadas en el lineamiento de operación, coordinación y actualización de la información integrada en el Subsistema.

Con el fin de generar información de gasto en salud conforme a requerimientos internacionales (OCDE, OMS), se realizó la incorporación de un formato que clasifica el gasto por funciones de atención a la salud para obtener información en cuatro grandes componentes: Atención a la persona, Salud Pública, Rectoría y Funciones Relacionadas a la Salud.

Por otra parte, se ha trabajado en la Plataforma Integral de Información en Salud, que tiene como principal objetivo integrar todos los subsistemas de información de responsabilidad directa de la DGIS, bajo la misma herramienta tecnológica y conceptualizada como una "Plataforma Unica" con módulos alternos, lo que permitirá contar con una base de datos centralizada y con criterios homogéneos en su funcionamiento.

En 2009 se desarrolló la interfaz entre los sistemas nominales de la Plataforma y los Sistemas de Expediente Clínico Electrónico con el objetivo de fortalecer la Plataforma Integral de Información en Salud a través del desarrollo de componentes que le proporcionan flexibilidad y robustez. En el 2010 se inició el proceso de implantación de los módulos del SIS 2010, y el de Lesiones y Causas de Violencia de la Plataforma a los Servicios Estatales de Salud y áreas centrales de la Secretaría de Salud.

Para fortalecer el proceso de implementación del Sistema Nacional de Expediente Clínico Electrónico, en el marco del Programa de Mejora de la Gestión 2007-2012 se han realizado diversas reuniones con el IMSS, ISSSTE y la CCINSHAE en las que se les entregaron las Guías de implementación HL7 por dominio, necesarias para la interoperabilidad, la generación de mensajes en lenguaje HL7 y el intercambio de información en salud.

La DGIS apoyó técnicamente a diversas instituciones para que sus sistemas y sus expedientes clínicos electrónicos puedan conectarse a la Plataforma Nacional de Interoperabilidad. Así, se organizaron una serie de Talleres de Guías de implementación HL7, dirigidos a las instituciones del sector salud y a los SESA de diez entidades federativas.

A partir de 2007 los egresos hospitalarios registrados en las instituciones públicas del sector salud han aumentado constantemente. Se espera que para 2010 se registren 5.6 millones, cerca de 200 mil egresos más respecto a 2009.

Con relación a la implementación del Certificado de Nacimiento, en 2009, en conjunto con las instituciones del sector salud, se revisó el formato del Certificado de Nacimiento, adecuando en consecuencia el SINAC; se realizaron visitas de supervisión a las entidades con mayor problemática y menor cobertura en 2008 (Guerrero, Oaxaca y Chiapas), y se asistió a las Reuniones Regionales y a la Reunión Nacional de Funcionarios del Registro Civil, logrando en todas ellas acuerdos importantes para fortalecer la coordinación institucional entre la Secretaría de Salud y los Registros Civiles. Como principal resultado, se logró el registro de 2 millones 058 mil 708 nacimientos con certificado, lo que representa una cobertura en 2009 de 106 por ciento con respecto a las estimaciones de CONAPO para ese mismo año.

La mortalidad es uno de los elementos centrales de la dinámica de la población. Entre 1990 y 2000, la mortalidad general en México disminuyó 12 por ciento, pasando de 5 defunciones por mil habitantes a 4.4. Después de este último año la tendencia se ha revertido, es decir, este indicador aumentó su nivel en 16 por ciento, al pasar a 5.1 en 2009; lo anterior fundamentalmente como consecuencia del envejecimiento paulatino de la estructura poblacional. De acuerdo con las estimaciones del CONAPO, se espera que en 2010 la mortalidad general disminuya 2 por ciento con respecto a lo reportado por INEGI en 2009.

Con el fin de mejorar el registro y codificación de las causas de defunción, y con ello las estadísticas de mortalidad, el CEMECE, como cada año, impartió una serie de cursos de actualización y formación de codificadores con base en la CIE-10, capacitando en 2009 a 228 personas. Aunado a lo anterior en 2009 el CEMECE elaboró un curso en línea para la formación de codificadores a distancia, el cual será implementado en 2010.

La tasa de mortalidad infantil ha mantenido su tendencia descendente, observándose una cifra de 15.2 defunciones por cada mil nacidos vivos en 2008 y de 14.7 en 2009, lo cual representa una disminución de tres por ciento; esperándose para 2010, según estimaciones del CONAPO, una reducción similar que nos lleve a tener una tasa de mortalidad infantil de 14.2.

Con el fin de disminuir el subregistro de las estadísticas oficiales de mortalidad infantil se mantiene la búsqueda intencionada de defunciones de menores de cinco años y las confrontas de dichos registros entre INEGI y la Secretaría de Salud, lo anterior ha permitido incrementar de manera significativa la cobertura de esta información.

En 2009 la mortalidad materna sufrió un incremento importante, debido en buena parte al efecto de la influenza A(H1N1) durante el embarazo. La epidemia contribuyó al aumento en casi diez veces el número de muertes maternas por infecciones respiratorias, pasando de 19 defunciones debidas a estas causas en 2008 a 196 en 2009 (cifra preeliminar). Lo anterior se refleja en un mayor número de muertes por causas obstétricas indirectas que desplazaron de los primeros lugares a las enfermedades hipertensivas y a la hemorragia obstétrica. Como consecuencia, la Razón de Mortalidad Materna se incrementó casi 10 por ciento en 2009, alcanzando un valor de 62.8 defunciones por 100 mil nacidos vivos. No obstante lo anterior, se espera que la inmunización a embarazadas y las acciones intensivas para mejorar la cobertura y la atención de las urgencias obstétricas permitan recuperar la tendencia descendente en 2010, logrando que el indicador se ubique este año en 53.5.

Como ha ocurrido desde hace siete años, en todo el país continúa la búsqueda intencionada, análisis y revisión de cada caso de muerte materna, a fin de evitar la subestimación y derivar de cada dictamen las medidas pertinentes para prevenir nuevas muertes.

Para dar a conocer los datos que genera el SINAI, se elaboraron los cuatro volúmenes del Boletín de Información Estadística Número 28, con datos sectoriales de 2008. En lo que se refiere a la difusión electrónica se mantuvo actualizada la página del Sistema de Información, así como los cubos dinámicos, sobre los cuales, durante el periodo del presente informe se impartieron 11 cursos, capacitando a 144 personas. De igual modo, la DGIS participó en la Segunda Semana Internacional de Innovación y Calidad en Salud, a través de la Segunda Reunión Nacional de Información en Salud que se realizó en la Ciudad de México del 21 al 25 de septiembre de 2009, en donde se distribuyeron publicaciones impresas y electrónicas de la DGIS. Finalmente, para promocionar la certificación de nacimientos se continuó con la distribución de 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

La DGED tiene como misión evaluar el desempeño de los sistemas nacional y estatales de salud, así como los programas y servicios de salud, a fin de generar información útil para la operación, ajuste y rediseño de políticas, programas y servicios, así como para la rendición de cuentas. En este sentido, de septiembre de 2009 a agosto de 2010, la DGED ha coordinado, apoyado y difundido, a través de sus direcciones de área, los informes y evaluaciones llevadas a cabo durante el periodo.

En este sentido, en diciembre de 2009 la Dirección de Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud difundió el *Informe de Rendición de Cuentas en Salud 2008* entre las dependencias del sector salud, los servicios estatales de salud y las unidades administrativas de la SS a nivel federal. Este documento fue oficialmente presentado por el C. Secretario de Salud el 14 de diciembre de ese año. Asimismo, en agosto de 2010 se concluyó la versión 2009 de dicho informe, el cual constituye el instrumento a partir del cual la Secretaría proporciona evidencias sobre los avances obtenidos en la implantación del Programa Sectorial de Salud 2007-2012 y en el cumplimiento de los compromisos que como país asumió al adoptar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Se prevé que *Rendición de Cuentas en Salud 2009* se presente oficialmente en septiembre de 2010.

Como parte de la consolidación del modelo integral de evaluación en materia del desempeño del sistema de salud, la Dirección de Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud elaboró y difundió en junio de 2010 los Indicadores de Resultado correspondientes a 2008, los cuales aportan datos relacionados con el comportamiento de los objetivos intermedios o instrumentales del sistema de salud a nivel nacional y estatal. Del mismo modo, en julio de 2010 se difundió, entre las unidades administrativas de la SS a nivel federal y en el Sistema Nacional DIF, el documento con los resultados del cumplimiento de metas del PRONASA 2007-2012, mismo que informa sobre los logros obtenidos de 2007 a 2009. Por último, cabe señalar que durante 2009 se coordinó la integración del Tercer Informe de Ejecución del PND, lo que permitió a la SS cumplir con la obligación de rendir cuentas sobre la situación que guarda la administración pública en materia de salud durante 2009 y los primeros tres meses de 2010.

Por su parte, la Dirección de Evaluación de Servicios de Salud, entre septiembre de 2009 y agosto de 2010 coordinó la ejecución de los siguientes proyectos de evaluación: i) *Observatorio del Desempeño Hospitalario*, el cual tuvo como principal producto una publicación en la que se describen los resultados de los servicios hospitalarios bajo un esquema que compara instituciones, entidades y hospitales de manera individual en rubros tales como productividad, disponibilidad de recursos, calidad técnica de la atención y satisfacción de los usuarios; ii) *Diagnóstico Basal de la Seguridad Quirúrgica en México*, el cual se desarrolló mediante la revisión de más de 6 mil expedientes quirúrgicos en 45 hospitales de las principales instituciones públicas de salud y; iii) *Capacidad de Respuesta de los Hospitales ante la Pandemia de Influenza A(H1N1)*, el que se ejecutó mediante el llenado de una cédula en línea y una visita de verificación a una muestra de 80 hospitales de todas las instituciones del sector ubicados en 17 entidades federativas.

La Dirección de Evaluación de Programas Prioritarios y Especiales de Salud, por otro lado, condujo la evaluación de los programas prioritarios y especiales de salud en el ámbito federal mediante la emisión de términos de referencia y documentos técnico-administrativos que normaron y guiaron el desarrollo de las evaluaciones externas de dichos programas en consenso con los operadores de los mismos. En el periodo mencionado se llevó a cabo con estas características la evaluación 2009 del Programa Caravanas de la Salud, SICALIDAD y el Sistema de Protección Social en Salud.

La evaluación 2009 del Programa Caravanas de la Salud se centró en conocer los resultados de este programa sobre la salud de sus beneficiarios y en valorar los procesos de atención médica y odontológica en niñas y niños de cero a nueve años, adolescentes de 10 a 19 años y de mujeres en edad reproductiva. El ejercicio se llevó a cabo mediante una encuesta en una muestra representativa de los 125 municipios

con menor IDH. También se evaluaron los avances logrados en la cobertura del programa, acreditación de unidades, afiliación al SPSS, surtimiento de medicamentos y trato adecuado

La evaluación SICALIDAD 2009, por su parte, tuvo como objetivo evaluar las dimensiones técnico-financiera y de proceso de los componentes de seguridad del paciente, calidad de la gestión y proyectos de apoyo y reconocimiento. Entre los principales resultados destacan la necesidad de incrementar el presupuesto para financiar acuerdos de gestión; mejorar el proceso de selección de los proyectos de capacitación y valorar los efectos de la acreditación en la mejora de la calidad de la atención; así como la importancia de fortalecer el papel de los responsables estatales de calidad y de los gestores de calidad.

Siguiendo con el modelo integral de evaluación del Sistema de Protección Social en Salud asentado en el Art. 75 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, en el segundo semestre de 2009 se concluyó la evaluación externa 2009, la cual se enfocó en evaluar los procesos de afiliación, compra de medicamentos, operación del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y contratación de recursos humanos con financiamiento del SPSS.

En cumplimiento de otra de sus funciones, la Dirección de Evaluación de Programas Prioritarios y Especiales de Salud fungió como enlace de las actividades de evaluación desarrolladas por el CONEVAL a los programas prioritarios de la Secretaría de Salud, realizando actividades de supervisión y seguimiento.

2.4. DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

La acreditación de las unidades médicas constituye un elemento de garantía de calidad y seguridad en los servicios otorgados a los pacientes. En este sentido, desde mayo de 2004 hasta mayo de 2010, el Sistema Nacional de Acreditación de Establecimientos de Salud ha logrado acreditar a 7 mil 353 unidades médicas para el CAUSES y a 584 para el FPCGC. Las cifras de acreditaciones otorgadas entre septiembre de 2009 y mayo de 2010 son las siguientes: 715 establecimientos para CAUSES, 178 unidades médicas móviles, y 88 establecimientos para el FPCGC. Por otro lado, en marzo de 2010 el Instituto Nacional de Rehabilitación se constituyó como el primer establecimiento acreditado para realizar implantes cocleares.

Continuando con los proyectos que buscan transformaciones en la calidad de la gestión, a mayo de 2010 se logró la instalación de 815 Gestores de Calidad: 567 en unidades hospitalarias y 248 en jurisdicciones. La finalidad última de estos personajes es la de coordinar y aterrizar las actividades del Programa SICALIDAD en los servicios de salud. Una de las herramientas con las que cuentan estos profesionales, y en general las unidades médicas, es el INDICAS; mismo que tiene como objetivo integrar evidencias que permitan la toma de decisiones oportunas. En el primer cuatrimestre de 2010, registraron sus indicadores en el sistema 8 mil 598 unidades médicas del sector salud, 918 unidades más que en el mismo periodo de 2009. Entre los resultados de los indicadores del INDICAS destacan la disminución, con respecto a 2009, de los tiempos de espera en consulta externa y en urgencias y el hecho de que la satisfacción de los usuarios con la información proporcionada por el médico sobre su tratamiento y su diagnóstico permanecen por arriba de la meta de 85 por ciento.

En materia de institucionalización de la calidad, durante el periodo que ocupa a este informe, el Comité Nacional por la Calidad en Salud sesionó en dos ocasiones (cuarta y quinta sesión ordinaria). Dentro de los acuerdos alcanzados se encuentran la promoción de los proyectos de Aval Ciudadano, Planes de Cuidados de Enfermería, uso de la Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente y de la NOM-045-SSA2-2005 referente al Modelo de Evaluación de Expediente Clínico Integrado y de Calidad, así como la utilización de las Guías de Práctica Clínica. En cuanto a este último tema, se reporta la difusión de 115 Guías de Práctica Clínica y la implantación del proyecto en seis entidades federativas a través de 953 profesionales de la salud capacitados.

Dentro de la dimensión de la calidad técnica y seguridad del paciente, la alerta epidemiológica por influenza obligó a reforzar la técnica de lavado de manos, hecho que según la bibliografía científica puede reducir hasta 40 por ciento el riesgo de infección nosocomial. Con relación a los avances en esta dimensión, puede reportarse que en mayo de 2010, 124 hospitales de 60 camas o más, operados por la Secretaría o los SESA, cuentan con un modelo de gestión de riesgos de infección nosocomial y que, entre septiembre y diciembre de 2009 se adhirieron 89 hospitales a la campaña *Está en tus manos*. El proyecto de *Uso Racional de Medicamentos* cuenta, a mayo de 2010, con 42 hospitales asociados, ubicados en 15 entidades federativas; esta cifra que representa un 47 por ciento de avance con relación a la meta programada. Por su parte, el proyecto *Cuidados Paliativos* cuenta con 30 hospitales asociados en 16 entidades federativas. Por otro lado, con el objetivo de prevenir eventos adversos y mejorar la atención quirúrgica, en diciembre de 2009 fue lanzada la campaña sectorial *Cirugía segura salva vidas*, misma a la que actualmente se encuentran adheridos 133 hospitales.

Con el objetivo de considerar las expectativas de los usuarios de los servicios de salud, a junio de 2010 se cuenta con 8 mil 661 Avals Ciudadanos instalados en 7 mil 710 establecimientos de salud de todo el país. Con base en las encuestas de trato digno y la guía de cotejo aplicadas por estos, se emitieron 8 mil 157 sugerencias de mejora. Los responsables de las unidades entregaron a los Avals 2 mil 646 Cartas Compromiso para mejorar la calidad, de las que fueron atendidas mil 685.

Como resultado de la convocatoria 2010, se financiaron 85 proyectos de Compromisos de Calidad en Acuerdos de Gestión y 36 de Capacitación en Calidad con un monto de 26 millones 881 mil 659 pesos. Estos proyectos buscan incentivar el trabajo por la calidad y seguridad de los pacientes. Con el objetivo de dar a conocer las buenas prácticas, hallazgos y mejora de la calidad de los servicios, el boletín SICALIDAD se difunde electrónicamente a 12 mil profesionales de la salud.

Con relación a la Actualización del Marco Jurídico en Materia de Servicios de Atención Médica, se publicaron en el Diario Oficial de la Federación los siguientes documentos: una Norma Oficial Mexicana, tres respuestas a comentarios y seis proyectos. Con fines de publicación se encuentran en distintas fases 21 documentos: seis proyectos concluidos, 13 anteproyectos finalizados y con la MIR en proceso en la COFEMER, así como dos anteproyectos en elaboración. Asimismo, se realizó la propuesta de modificación que ordena la Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos, dentro del Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Se capacitó a 172 trabajadores (15 por ciento más de los programados) con respecto al programa Hospital Seguro y a 270 trabajadores en el tema *Respuesta Hospitalaria ante una Emergencia Epidémica/Pandémica*. En la actualidad, la Secretaría cuenta con 178 trabajadores credencializados y con un censo de 402 hospitales catalogados por nivel de resolución ante un desastre.

Se emitieron 12 dictámenes anuales aprobatorios a las ISES para continuar su funcionamiento y un dictamen no aprobatorio. De manera conjunta con el CSG se organizó el *Curso de Inducción a los Nuevos Estándares Internacionales* con el objetivo de facilitar el proceso de certificación de 44 hospitales privados de la red de ISES y 12 Contralores Médicos.

Durante la promoción 2009 del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud, se entregaron estímulos a 16 mil 719 trabajadores: 10 mil 650 enfermeras, 3 mil 911 médicos, 404 odontólogos, 642 químicos, 566 trabajadores sociales y 546 de otras disciplinas.

La CIFRHS elaboró una propuesta de justificación costo-beneficio para el incremento de la beca de estudiantes de medicina y carreras del equipo de salud en atención primaria, así como cinco mínimos curriculares específicos y vigentes para las disciplinas prioritarias para la salud.

Para el XXXIII Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas 2009 se elaboraron y validaron 4 mil 227 reactivos con base en estándares internacionales y por primera vez se otorgó la posibilidad de que los aspirantes pudieran elegir entre dos opciones de especialidad. De este modo, 957 aspirantes obtuvieron su selección mediante su segunda opción. Asimismo, se implementó el Sistema Sectorial para

la Administración de la Asignación de las Plazas para garantizar el máximo aprovechamiento de 6 mil 213 campos clínicos ofertados. Para el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias en Estomatología se implementó el proceso de inscripción digital y aplicación en formato electrónico.

Se actualizó y reorientó, en coordinación con la OPS, el ámbito de acción del *Observatorio de Recursos Humanos para la Salud* con el objetivo de integrar la participación de las entidades federativas con nodos de información local y lograr la integración de éste a la red latinoamericana.

El Subcomité de Capacitación Técnico-Médico dictaminó 328 solicitudes de capacitación y la Comisión Nacional Mixta de Capacitación otorgó 608 becas a trabajadores para realizar estudios de Ciencias Médicas y otras áreas del conocimiento. Se integraron 54 Comisiones Centrales Mixtas de Capacitación a nivel nacional. Con el objeto de impulsar un mejor desempeño del personal directivo y operativo, se realizaron 12 acciones de capacitación que contaron con la participación de 430 asistentes y representaron 134 horas de capacitación.

Se integró la programación sectorial para 49 mil 105 campos clínicos de Internado Médico de Pregrado y Servicio Social, de los cuales se autorizaron mil para pasantes de medicina y enfermería respectivamente con una compensación adicional al monto de la beca por estar en zonas de muy alta y alta marginación. Se asignaron 8 mil 837 campos clínicos en 222 hospitales de la Secretaría para Especialidades Médicas y de Posgrado. Se formaron 26 médicos en Maestrías y dos en Doctorado. Se extendieron 2 mil 128 constancias de terminación de especialidad. Actualmente se cuenta con 272 médicos extranjeros ubicados en 25 hospitales de la Secretaría y mil 466 residentes ubicados en 132 sedes.

Dentro de las acciones realizadas en el campo de estomatología y enfermería están la instalación de grupos de trabajo interinstitucionales para la revisión de planes y programas de estudio en estomatología, la integración del proyecto de Calidad de la Atención Odontológica y Seguridad del Paciente a la estrategia de SICALIDAD, el incremento de los registros del SIARHE, la recategorización de licenciados en enfermería, la inclusión de tres nuevos indicadores de enfermería al INDICAS II, la validación de 10 planes estandarizados de cuidados de enfermería y de dos protocolos para prevención de eventos adversos en pacientes hospitalizados.

2.5. CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA TECNOLÓGICA EN SALUD

Las tareas de evaluación de tecnologías realizadas por el CENETEC se encuentran enmarcadas por el PAE *Evaluación de Tecnologías para la Salud 2007-2012*, que busca contribuir 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:

- Incrementar la producción de evaluaciones de tecnologías para la salud. Entre septiembre de 2009 y agosto de 2010 se realizaron 15 asesorías sobre seguridad y efectividad de las tecnologías para la salud a diversas instituciones, entre ellas la SIDSS y el Consejo de Salubridad General. Asimismo, en el periodo reportado, se realizaron dos evaluaciones de la seguridad, efectividad e implicaciones económicas, sociales y éticas de la incorporación y uso de tecnologías para la salud.
- Fomentar la colaboración entre instituciones. En diciembre de 2009 se creó el Grupo de Trabajo Institucional de Evaluación de Tecnologías para la Salud, cuyo objetivo principal es orientar los esfuerzos de los INS y HFR en materia de ETES para que la evaluación se convierta en una herramienta de apoyo en la toma de decisiones relacionadas con la priorización de intervenciones; la incorporación, uso o retiro de tecnologías de los servicios que se otorgan a la población. Adicionalmente se organizaron tres Talleres de Introducción a la Evaluación de Tecnologías para la Salud, en los que se contó con la asistencia de 34 participantes de los INS y HFR, pertenecientes a los grupos de trabajo que actualmente desarrollan proyectos de evaluación de tecnologías médicas.

- Armonizar la manera en que se realizan las evaluaciones de tecnologías. Se cuenta con una Metodología de Evaluación de Tecnologías para la Salud consensuada entre las dependencias de la SS; en la que se describe en detalle el proceso de evaluación de tecnologías para la salud para que sirva como instrumento base para los trabajos de ETES que actualmente se desarrollan en los INS y HFR.
- Promover el uso de las evaluaciones para la toma de decisiones en el Sistema de Salud. Adicionalmente al trabajo realizado directamente con los usuarios de las evaluaciones producidas, se realizaron trabajos de difusión entre los que destacan la elaboración de cuatro números de la Gaceta Evaluación y la presentación de los resultados en diversos foros nacionales e internacionales.
- El indicador *Porcentaje de adopción de recomendaciones de evaluación de tecnologías para la salud* tuvo un valor de 92.8 por ciento, lo que significa que se supera en 16 por ciento la meta comprometida para 2012. Este indicador permite determinar en qué medida las recomendaciones, fundadas en criterios de seguridad, efectividad, costo-efectividad y viabilidad operativa, realizadas por el CENETEC, son adoptadas y orientan la toma de decisiones al incorporar tecnologías en los servicios de salud.

CUADRO II. 1 PORCENTAJE DE ADOPCIÓN DE RECOMENDACIONES DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS PARA LA SALUD

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR 2008-2009	VALOR	META 2012
			2009-2010	
Porcentaje de adopción de recomendaciones de evaluación de tecnologías para la salud	Recomendaciones adoptadas / total recomendaciones	64.1%	92.8%	Lograr que el 80% de las recomendaciones de evaluación de tecnologías, se adopten en la toma de decisiones

FUENTE: Secretaría de Salud. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Secretaría de Salud, Septiembre de 2009 - Agosto de 2010.

Para integrar el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el CENETEC creó el PAE 2007-2012 *Desarrollo de Guías de Práctica Clínica*, cuyo objetivo es establecer marcos de referencia para la práctica clínica que guíen y orienten las decisiones para mejorar la efectividad, seguridad y calidad de la atención en salud. Dicho Catálogo tiene el propósito de estandarizar en las instituciones de salud, los criterios y procedimientos de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades que tienen mayor impacto en la salud de la población mexicana.

Entre el 1° de septiembre de 2009 y el 31 de agosto de 2010 se generaron 93 GPC en el Sector Salud, bajo la coordinación del CENETEC y con la participación de la SS, IMSS, ISSSTE, SEDENA, SEMAR y DIF, por lo que en la presente administración se han elaborado 281 Guías, cifra sin precedente en el ámbito nacional e internacional.

En el periodo reportado se continuaron las actividades relacionadas con el PAE *Desarrollo de Guías de Práctica Clínica* alcanzando todas las metas programadas, entre las que destacan las de revisar y refrendar la metodología y el modelo editorial para la Integración de GPC; realizar cinco reuniones o talleres para capacitar a personal de salud que conforman los grupos institucionales de desarrollo de GPC; crear el sitio *Web* dedicado a la difusión electrónica del Catálogo Maestro, y, por último, otorgar la totalidad de las asesorías para la integración de GPC.

Con el fin de consolidar los programas de Telesalud y que éstos sean parte inherente de los servicios de salud, el CENETEC, a través de la Subdirección de Telemedicina, realizó 31 asesorías para implementación, desarrollo y gestión de proyectos de telemedicina apoyando a 18 entidades federativas para la creación de redes estatales. Hasta el día de hoy, 164 unidades médicas en 19 estados cuentan con servicios de Telesalud. Para lograr la consolidación del Sistema Nacional de Telesalud, se organizaron conferencias y sesiones en el marco del 5° Foro Nacional de Tecnologías para la Salud efectuado en septiembre de 2009, donde se promovió el intercambio de experiencias nacionales e internacionales y se dieron a conocer modelos de atención médica a distancia y los criterios para incorporarse a la red nacional de teleeducación. En el periodo referido se coordinaron 106 sesiones por videoconferencia, con la participación de más de 4 mil 526 asistentes en las diferentes sedes de la red.

En mayo de 2010 se celebró en Acapulco, Guerrero, el taller de telemedicina *Lineamientos de Operación* donde se incorporó a los integrantes del Sistema Nacional de Telesalud a los esfuerzos para la creación del marco ético y jurídico para la práctica segura y permanente de la telemedicina en México, contando con la participación de más de 73 asistentes de 18 estados y 12 instituciones de salud.

El Portal e-Salud registró 1 millón 561 mil 291 visitas en el primer semestre de 2010. Los visitantes han navegado en 183 secciones y 584 contenidos, con un promedio de cuatro páginas desplegadas por usuario dentro del portal. Se respondió a 295 preguntas de usuarios, lo que representa un incremento de 15 por ciento con relación al último semestre de 2009.

Se creó la plataforma de colaboración de Telemedicina y Telesalud la cual, en su primera etapa, apoya los esfuerzos de la Red Nacional de Teleeducación, permitiendo la incorporación de contenidos y promoción de sesiones académicas a través de videoconferencias desde y hacia todos los integrantes de la red.

Con la Secretaría de Comunicaciones y Transportes se colaboró en los proyectos de redes hospitalarias y estatales de educación, salud y gobierno, con el fin de incorporar a las instituciones de salud a las redes de comunicaciones que permitan el envío de información.

Con relación al PAE *Gestión de Equipo Médico en México*, en el periodo comprendido entre el 1° de septiembre de 2009 y el 31 de agosto de 2010 se efectuaron las siguientes actividades:

- La promoción de la incorporación de responsables de la gestión de equipo médico, aunada a la propuesta de creación de Centros Estatales de Ingeniería Biomédica, ha dado como resultado el inicio del primer centro piloto en Baja California Sur y el hecho de que 75 por ciento de los SESA cuenten con un área destinada a actividades relacionadas con la gestión de equipo médico.
- Se efectuaron cinco cursos-taller con temas relacionados con la ingeniería clínica, en los que se capacitó a 347 profesionales responsables de la gestión del equipo médico, proporcionando información y herramientas en apoyo al desarrollo de sus capacidades y por tanto al mejor desempeño de sus funciones.

Finalmente, es importante mencionar que durante la XIV reunión ordinaria del Consejo Nacional de Salud, el CENETEC hizo la presentación del tema Avances y retos en la Gestión de Equipo Médico en la República Mexicana, proponiendo acuerdos para mejorar la planeación, información y gestión del equipo médico, logrando concretar el Acuerdo 6/XIV/RNOCONASA2010 en el que los consejeros reconocen la importancia de destinar recursos específicos para el mantenimiento del equipo médico y el establecimiento de estructuras formales encargadas de su gestión al interior de cada SESA, favoreciendo y apoyando la capacitación de los responsables de la misma en el país.

3. SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

3. SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

En el periodo de septiembre de 2009 a agosto de 2010 la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud fortaleció la rectoría mediante coordinación, dirección, supervisión y evaluación de las políticas y estrategias en materia de prevención y promoción de la salud. La SPPS avanzó en el cumplimiento de las metas establecidas en el PND 2007-2012, contribuyendo así a mejorar la salud de la población y la igualdad de oportunidades.

Entre las acciones de mayor importancia realizadas en el periodo del presente Informe para alcanzar las metas del PROSESA se encuentran la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud; el Programa de Escuelas Seguras; el de Prevención y Control de las Adicciones; el de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas; el Programa contra las Adicciones, el de Vacunación y Reducción de la Mortalidad Infantil y el de Arranque Parejo en la Vida.

Por su parte, programas como tuberculosis, mortalidad en menores de cinco años, VIH/SIDA, paludismo y mortalidad materna, avanzan y contribuyen al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

La SPPS con el propósito de fortalecer la rectoría de los Servicios Estatales de Salud y consolidar los recursos proporcionados a los estados, asignó presupuesto a 31 programas para la prevención, promoción, diagnóstico oportuno y control de enfermedades. Este plan permitió a los estados ser más proactivos en la operación y planeación de los programas.

Durante 2009 se lograron resultados positivos en el trabajo realizado para reducir la mortalidad materna y mortalidad infantil, a través de la capacitación de obstetras, parteras tradicionales, pediatras e instructores de todo el país. 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 para que las tiendas Diconsa distribuyan de manera gratuita el ácido fólico. De septiembre de 2009 a agosto de 2010 se tamizaron más de un millón de recién nacidos, de los cuales 628 fueron diagnosticados con hipotiroidismo congénito y se les otorgó tratamiento en forma eficaz y oportuna. En atención al cáncer de mama se consolidó la estrategia de los dos centros regionales de lectura de mastografías con una capacidad anual para la interpretación de calidad de 75 mil estudios cada uno. Se completó el esquema de vacunación contra VPH iniciado en 2008.

En el año 2009 se fortaleció la Red de Atención de los Centros Nueva Vida, como resultado del trabajo conjunto entre el Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones y las autoridades de salud de las 32 entidades federativas

En términos normativos y de rectoría se integraron en el Programa Nacional de Normalización 23 proyectos en temas como cáncer de mama, VIH/SIDA, rabia, cólera, vigilancia epidemiológica, ITS, salud del escolar y discapacidad, entre otras.

3.1. DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

PROGRAMA ENTORNOS Y COMUNIDADES SALUDABLES

Este programa 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. Mediante sus acciones, el programa contempla combatir los problemas que amenazan la salud integral, fortalecer las conductas que

la benefician, promover políticas públicas que favorezcan la salud, apoyar la creación de entornos saludables y reforzar 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 2009 se incorporaron 120 nuevos municipios al programa y se certificaron 305 nuevas comunidades como saludables dando un total de 2 mil 009 municipios participantes y 2 mil 603 comunidades certificadas al cierre del año, lo que representa un crecimiento de 6.4 por ciento en municipios y 13.3 por ciento en comunidades con respecto a 2008. En el mismo sentido, durante el primer semestre de 2010 el número de municipios y comunidades certificadas fue de 635 y 936 respectivamente. Asimismo, se llevó a cabo la XVI Reunión Nacional de la Red Mexicana de Municipios por la Salud en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, con mil 069 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 mil 500 habitantes, de enero a junio de 2010 la SS fortaleció el trabajo comunitario mediante 5 mil 400 cursos para la formación de agentes y procuradores de la salud; 199 cursos al personal de salud y 395 cursos a comités locales de salud, contando hasta la fecha con 997 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 2010, se evaluaron y dictaminaron 590 proyectos municipales, de los cuales se seleccionaron 114, para un acumulado de mil 705 proyectos beneficiados por el Programa.

Se constituyeron 32 Comités Técnicos Estatales de Comunidades Saludables, contando con una aportación municipal de 519.2 millones de pesos en el periodo 2002–2010 y un presupuesto federal del programa de 369.6 millones. 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, discapacidad auditiva, salud mental y alcoholismo dirigidos al personal de salud y de los ayuntamientos.

PROGRAMA VETE SANO REGRESA SANO

Respecto de las acciones aplicadas en los sitios de origen, tránsito y destino para lograr un estado favorable de salud en los migrantes como grupo de población particularmente vulnerable, durante el periodo del 1° de septiembre de 2009 al 31 de agosto de 2010 se otorgaron 523 mil 010 consultas, que aunadas a las otorgadas de enero de 2007 al 31 de agosto de 2009 representan una cifra acumulada de 1 millón 638 mil 023 consultas otorgadas dentro de este programa.

Adicionalmente, durante el periodo que se informa, 295 mil 262 migrantes y sus familiares recibieron el *Paquete de Intervenciones Garantizadas de Prevención y Promoción para una Mejor Salud* a través de la atención integrada de línea de vida, que incluye la entrega o actualización de la Cartilla Nacional de Salud, la aplicación de esquemas de vacunación, acciones de prevención de problemas nutricionales, detección y prevención de enfermedades infectocontagiosas y crónico-degenerativas. El paquete también incluye acciones dirigidas a detectar, diagnosticar y tratar problemas de salud mental o a otorgar orientación y consejería sobre este tema, así como sobre prevención de adicciones, violencia y accidentes. Entre enero de 2007 y el 31 de agosto de 2010 se han otorgado 1 millón 142 mil 904 atenciones integradas de Línea de Vida a los migrantes y sus familiares en las unidades de salud del país.

A partir de que se incorporó al SIS el registro de consultas a migrantes y las intervenciones del Paquete de Intervenciones Garantizadas de Prevención y Promoción para una Mejor Salud a través de la estrategia de

Línea de Vida, se observó un incremento de 24 por ciento en la cobertura de atención y continuidad de los servicios de prevención y promoción de la salud a la población migrante en los lugares de origen, tránsito y destino. A partir de este año se incorporó al SIS el registro de las actividades de educación en salud dirigidas a la población migrante, lo que permite informar que entre el 1° de enero y el 31 de agosto de 2010 se han efectuado 10 mil 681 talleres de promoción de la salud en migrantes.

Con el propósito de mejorar los entornos donde viven, trabajan y se desarrollan los migrantes se busca certificar los entornos como favorables a la salud. Durante el periodo de reporte se certificaron 10 albergues de jornaleros agrícolas migrantes en cinco entidades federativas, acción que beneficia a 5 mil 380 jornaleros y sus familias. Del 1° enero de 2007 al 31 de agosto de 2010 se han acreditado ya 28 albergues de jornaleros agrícolas y actualmente se está trabajando en 57 albergues de 10 estados destino, al mismo tiempo que se están llevando los servicios de prevención y promoción de la salud a los estados de origen de jornaleros agrícolas.

PROGRAMA ESCUELA Y SALUD

El PAE 2007-2012 Escuela y Salud da continuidad y fortalece las acciones de la SS en el ámbito escolar para mejorar la salud de los escolares, contribuyendo a un mejor aprovechamiento educativo. El objetivo de dicho programa es realizar intervenciones intersectoriales integrales que permitan el desarrollo de competencias en la comunidad educativa para que cuente con herramientas de promoción y de prevención que les permita modificar los determinantes de la salud escolar.

En el periodo de septiembre de 2009 a agosto del 2010 se ha fortalecido el vínculo y la coordinación intersectorial con la SEP para el impulso de las políticas públicas y programas prioritarios para la SS dirigidos a controlar, mitigar y disminuir problemas de salud pública como la influenza y el sobrepeso y la obesidad, además de prevenir los principales riesgos a la salud.

Una de las principales acciones realizadas en este periodo fue la conformación del Grupo Intersectorial (SEP-SS) para la revisión y actualización de los planes y programas que se llevan a cabo en las escuelas. El primer producto fue la elaboración de los *Lineamientos para prevenir y mitigar los efectos de la influenza A(H1N1) en el sector educativo*, cuyo contenido sustantivo es la descripción de la situación epidemiológica, los procedimientos en las escuelas ante casos sospechosos, los criterios para eventuales suspensiones de tareas, las medidas de higiene, el trabajo pedagógico y la organización escolar. El documento fue distribuido a las 32 entidades federativas y entregado a todas las escuelas de educación básica, así como a todas las Jurisdicciones Sanitarias del país, a las unidades de primer nivel y a todas las instituciones del sector salud. Derivado de lo anterior, se llevó a cabo la reunión nacional para prevenir y mitigar los efectos de la influenza A(H1N1) en el sector educativo, con la participación de los subsecretarios de educación básica y los responsables del Programa Escuela y Salud de las 32 entidades del país. Asimismo, se elaboró un sistema al interior de la SEP para las entidades federativas informaran semanalmente sobre los municipios afectados, las escuelas con cierre total o parcial y el número de alumnos afectados.

En otros aspectos relacionados con los problemas de salud pública que afectan a los escolares, se elaboraron las *Guías de Activación Física* para los tres niveles de educación básica. En el marco del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad, se elaboraron los *Lineamientos Generales para el Expendio o Distribución de Alimentos y Bebidas en los Establecimientos de Consumo Escolar de los Planteles de Educación Básica*. Se actualizó el Manual Operativo del Programa y se llevó a cabo, en julio del 2010, el Taller Nacional del Programa Escuela y Salud 2010 para la actualización, capacitación y fortalecimiento de la operación del programa en las entidades federativas. Desde febrero de 2010 se participa en la planeación y organización de la Encuesta Mundial de Salud a Escolares (OMS-OPS/SEP/SS) y en el Proyecto de Promoción de la Salud y Mejoramiento de la Infraestructura Sanitaria para garantizar acceso al agua, saneamiento básico, higiene y agua para consumo humano en las escuelas que actualmente no cuentan con estos servicios.

A través de la Estrategia 100X100 focalizada en los 125 municipios más pobres del país, el CONAFE se incorporó el Programa Escuela y Salud para trabajar en mil 153 servicios comunitarios para acreditarlos como *Escuelas Promotoras de la Salud* involucrando y capacitando a los instructores comunitarios correspondientes. En este sentido se elaboró la Guía de Salud Comunitaria para capacitar a los instructores.

CARTILLAS NACIONALES DE SALUD

Con la finalidad de dar cumplimiento al compromiso establecido en el año 2008 por el Grupo Federal de Cartillas Nacionales de Salud, de revisar y en su caso actualizar los contenidos de las cartillas nacionales de salud unificadas, se llevaron a cabo diez reuniones sectoriales. Como producto de ese trabajo se aumentaron dos secciones más en las cinco cartillas, la de Adicciones y la de Accidentes y Lesiones. Además en la de Salud del Adolescente se incluye una tercera sobre Actividad Física para iniciar su vinculación con las acciones que para este grupo de edad establece el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. En este ejercicio de revisión, también se acordó crear un instrumento dirigido a proteger la salud de los trabajadores en riesgo de contraer enfermedades relacionadas con su práctica laboral, el cual se entregará junto con la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer, Hombre y Adulto Mayor a personas en esta condición.

En los primeros meses de 2010 se inició la actualización de los materiales de apoyo para la operación del Sistema de Cartillas Nacionales de Salud. Se adecuaron las guías técnicas, manuales de procedimientos, carteles y demás herramientas dirigidas al personal de salud, conforme a los contenidos de las cartillas. Asimismo, se diseñó la *Libreta de Salud* para desarrollar competencias en las personas y sus familias relacionadas con el autocuidado de su salud.

La programación 2010 de las cartillas nacionales de salud tomó en consideración no solo las necesidades de la población nueva por grupo de edad, sino también la de la población migrante y la de las familias incorporadas en ese año al Programa Oportunidades. Es por ello que la producción se elevó a 17 millones 170 mil 050 documentos, 37.6 por ciento más que en 2009 (Cuadro III.1).

CUADRO III.1 CARTILLAS NACIONALES DE SALUD

TIPO DE CARTILLA	NÚMERO DE CARTILLAS DISTRIBUIDAS 2009	NÚMERO DE CARTILLAS A DISTRIBUIR 2010 ^{1/}	VARIACIÓN PORCENTUAL (%)
Niñas y Niños de 0 a 9 años	2 769 095	4 109 600	48.4
Adolescente de 10 a 19 años	2 452 184	4 941 650	101.5
Mujer de 20 a 59 años	2 345 786	3 521 400	50.1
Hombre de 20 a 59 años	2 379 550	3 397 700	42.8
Adulto Mayor de 60 años ó más	763 406	1 149 700	50.6
Anexo. Esquema de Vacunación para los Trabajadores de la Salud	-	50 000	0.0
Total	10 710 021	17 170 050	60.3

FUENTE: Secretaría de Salud; Dirección General de Promoción de la Salud.

^{1/} Las dotaciones se enviarán a los servicios estatales de salud en el segundo semestre del año.

3.2. CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES

El objetivo del CENAPRECE es fortalecer e integrar de manera sectorial acciones de prevención y control de enfermedades, con participación de la sociedad organizada.

Entre septiembre de 2009 y agosto de 2010 se registraron 73 mil 900 casos probables de rabia por agresión de los cuales 27.8 por ciento iniciaron tratamiento antirrábico. En marzo de 2010, fueron vacunados 12 millones 800 mil animales domésticos durante la Semana Nacional de Vacunación Antirrábica

Canina y Felina y 2 millones de animales en la de reforzamiento (septiembre 2009), sumando un total de 14 millones 800 mil dosis aplicadas, 13 por ciento menos de lo previsto. Se enviaron 43 mil muestras de perros al laboratorio y se controlaron 893 mil 100 animales (216 mil 800 esterilizaciones y 676 mil 200 eliminaciones). Asimismo, se terminó la actualización de la NOM-011-SSA2-2009 para la prevención y control de la rabia humana y en perros y gatos.

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, aún cuando repuntó la enfermedad en Guerrero, Yucatán, Jalisco, Colima, Michoacán, Nayarit y Quintana Roo. Hasta agosto de 2010, el reporte de casos probables disminuyó en más del 20 por ciento y en cinco 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 NOM-032 para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector, y se consiguieron fondos especiales por el ramo 12 y aportaciones complementarias que sumaron en 2009 más de 402 millones de pesos y 366 millones de pesos en 2010.

El paludismo por su parte registra las cifras más bajas en la historia. De enero a agosto de 2010 se reportaron 792 casos de *Plasmodium vivax* y cero por *P. falciparum*, presentando una reducción de 2.8 por ciento con respecto a 2007. La cobertura de tratamiento es de 100 por ciento a casos y convivientes. En 2010, las localidades positivas se redujeron 28 por ciento en comparación con 2009. Chiapas y Oaxaca continúan reportando 89 por ciento del total nacional de casos. Para 2009 son 22 los estados libres de la enfermedad.

Respecto a la oncocercosis, en 2009, en Chiapas, el Foco Norte entró en etapa de suspensión del tratamiento con Mectizan y tres años de vigilancia epidemiológica, mientras que en el Foco Sur los casos disminuyeron 53 por ciento con respecto a 2008. En este foco se prevé suspender el tratamiento durante 2011.

En 2009 se registraron 289 casos de *Leishmaniasis* en nueve estados, aunque Quintana Roo, Tabasco, Campeche y Chiapas concentran 90 por ciento de los mismos. Se aseguró la disponibilidad de fármacos para todos los casos incidentes.

Los casos de intoxicación por picadura de alacrán se incrementaron 13.2 por ciento en 2009 con respecto al año previo, indicando incrementos en la frecuencia de contactos por aumento en las poblaciones de alacranes, aunque el número de defunciones bajo de 31 en 2008 a 17 en 2009 (45 por ciento).

Durante 2009 se registraron 34 por ciento menos casos de enfermedad de Chagas que en 2008. Se ejecutó un operativo para la atención del brote de *rickettsiosis* que se presentó en Mexicali, Baja California, y en marzo de 2010 se llevó a cabo una reunión nacional de capacitación para la prevención, control y atención médica de calidad de esta enfermedad.

En conjunto con los Institutos de Salud Pública, Nutrición y Cardiología, de septiembre de 2009 a la fecha se han realizado nueve diplomados de prevención clínica para profesionales de la salud, en los cuales se capacitó a más de 7 mil 084 profesionales de la salud. Se han realizado 16 talleres de detección de microalbuminuria dirigidos al personal operativo de las entidades federativas y 12 de determinación de hemoglobina glucosilada.

La Red Nacional de GAM es la base de la educación, control metabólico y adherencia terapéutica de personas con enfermedades crónicas que se atienden en las unidades de salud. Esta red está integrada actualmente por 8 mil 525 grupos, con un total de 222 mil 270 integrantes. El SIVEGAM lleva a cabo el seguimiento y evaluación de dichos grupos y a la fecha se cuenta con el registro de 510 grupos acreditados que han cumplido sus metas de tratamiento que es el criterio establecido para esta evaluación.

Sectorialmente se avanzó en la actualización de las 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. También se han realizado reuniones con grupos de expertos para elaborar las guías de tratamiento para enfermedades crónicas que acompañarán a las normas oficiales.

Como respuesta a la situación epidemiológica prevalente en el país y como parte de las acciones selectivas a corto plazo que el gobierno federal propuso para coadyuvar a modificar la evolución natural de las ECNT, se desarrollaron e implementaron las Unidades de Especialidad Médica en Enfermedades Crónicas que representan un modelo interdisciplinario de prevención clínica basado en evidencia científica y diseñado para atender a pacientes con sobrepeso, obesidad, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus. Hasta 2009 participaron 29 entidades federativas con la construcción de 68 unidades. De los 5 mil pacientes que reciben atención en estas unidades se ha logrado un control adecuado de la glucemia en 48 por ciento de los pacientes con diabetes mellitus, 71 por ciento de los pacientes hipertensos tienen su presión arterial en niveles adecuados, la mitad de los pacientes obesos han tenido disminución de su peso y 45 por ciento de los pacientes con dislipidemias están controlados.

El 25 de enero de 2010 se firmó el *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad*. En este Acuerdo se estableció la creación del Consejo Nacional de Enfermedades Crónicas, que constituye la base de las acciones de fortalecimiento para la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles. Para la realización de las acciones del Acuerdo Nacional se gestionó la contratación de 269 nutriólogos, 237 activadores físicos jurisdiccionales y 32 médicos del deporte. Dentro de las actividades relacionadas con el Acuerdo 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.

En materia de atención al envejecimiento, se cuenta con una política pública de vacunación específica para adultos mayores, por lo que durante el periodo 2007-2008 fueron vacunadas 7 millones de personas. En 2008-2009 se vacunó a 5 millones 200 mil personas y, se estima que en el periodo 2009-2010 se alcanzará la cifra de 6 millones 500 mil de vacunaciones, incluyendo los biológicos antiinfluenza, antineumocócica y toxoide tetánico y diftérico. Las variaciones a la baja se explican porque a partir del 2008 se adoptó la estrategia de aplicar dosis única de la vacuna antineumocócica a los adultos de 65 y más años.

En 2009 se terminó la actualización de la NOM-016 Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera, la cual entró en su proceso de difusión general. Respecto a la atención de desastres, se apoyó a los SESA de Baja California Sur, Estado de México, Michoacán, Sinaloa, Sonora, Tabasco y Veracruz con brigadas de salud, medicamentos y asesoría en siete operativos efectuados durante el periodo de este informe para mantener bajo control los riesgos epidemiológicos originados por contingencias ambientales.

En apoyo a la atención de la pandemia de influenza, se participó en la organización y capacitación de las personas que elaboraron el Programa Operativo Nacional ante una Pandemia de Influenza A(H1N1) y los 32 correspondientes a las entidades federativas. Asimismo, se continuó con el apoyo logístico en la distribución de los insumos de la reserva estratégica de influenza y se realizaron eventos de capacitación sobre la utilización del *software LSS-SUMA* que promueve la OPS, para el control de suministros de la reserva.

En materia de tuberculosis, se registró un avance significativo al haber logrado una disminución de 72.6 por ciento en la mortalidad con respecto a la tasa registrada en 1990 y reducir la incidencia en 33.2 por ciento con respecto a la cifra más alta, que se registró en 1997. Se ha alcanzado 84 por ciento de éxito de tratamiento, cifra que sitúa a México muy cerca de la meta establecida de 85 por ciento para 2012.

Para la prevención y control de la lepra, durante el periodo del presente informe se intensificaron las acciones de búsqueda intencionada de sintomáticos dermatológicos en tres municipios de estados prioritarios: Río Grande, Oaxaca, San Blas, Nayarit y Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. La capacitación al personal operativo se ha orientado a la prevención de la discapacidad, la información simplificada de la vigilancia y control de los enfermos y ex-enfermos, así como la aplicación de los lineamientos establecidos en

la NOM 027-SSA2-2007 para la prevención y control de la lepra. Las acciones implementadas han contribuido a la franca reducción de la incidencia y prevalencia en los municipios con más de un caso por 10 mil habitantes.

Gracias al fortalecimiento de las acciones preventivas, se ha logrado garantizar la aplicación del Esquema Básico de Prevención en Salud Bucal a más de 80 por ciento de los usuarios que acuden a los servicios de salud odontológicos. En 80 de los 100 municipios de MIDH se aplicaron 6 mil 050 Tratamientos Restaurativos Atraumáticos, 15 por ciento más que el periodo de septiembre de 2008 a agosto de 2009. En este periodo se realizaron dos campañas de salud bucal, intensificando las medidas de prevención específica contra la caries dental y promoviendo el autocuidado en beneficio de más de 14 millones de personas. En el Programa permanente se otorgaron 4 millones 366 mil 290 consultas de primera vez, 3.1 por ciento más que en el periodo de septiembre de 2008 a agosto de 2009.

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

Durante el periodo de referencia, 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 elaboró el *Manual de Operación para la Vigilancia de la Mortalidad en la Infancia*, el cual incluye el formato único de la Autopsia Verbal para siete enfermedades (diarrea aguda, infección respiratoria aguda, desnutrición, cáncer, lesiones, afecciones del periodo perinatal y malformaciones congénitas). En este documento se incluyeron las actividades para mejorar la vigilancia de la mortalidad en los niños menores de 10 años. Una estrategia fundamental para la reducción de la mortalidad infantil es la activación de los Comités de Mortalidad Infantil a nivel estatal, de los cuales actualmente se tienen instalados 29 con sus respectivas actas constitutivas.

Con el propósito de reforzar las estrategias establecidas en el PRONAREMI para mejorar las condiciones de salud en los menores de 10 años, se inició un proyecto de *Empoderamiento Comunitario* en un municipio del Estado de México.

Para el tratamiento oportuno y la reducción de la mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años, se concluyó la actualización del *Manual de Enfermedad Diarreica Aguda, Prevención y Tratamiento*, el que está dirigido al personal de salud de los distintos niveles de atención. Con el fin de difundir en la población las medidas preventivas contra el golpe de calor, los signos de alarma de deshidratación, así como el uso y preparación de vida suero oral, se diseñaron carteles, dípticos y trípticos que fueron distribuidos en las 32 entidades federativas.

En siete entidades federativas, cinco de las cuales incluyen los 125 municipios con MIDH (Chiapas, Durango, Guerrero, Veracruz, Puebla), se capacitó al personal de salud de primer nivel de atención (médicos, enfermeras y promotores) en los temas comprendidos en la atención de la salud de la infancia y adolescencia, enfatizando en los componentes de la atención integrada.

Otra estrategia implementada es el diagnóstico oportuno de las alteraciones congénitas sexuales ligadas a cromosomas, por lo que se han efectuado dos reuniones nacionales, con la asistencia de las 32 entidades federativas, para la detección temprana y referencia oportuna de estos padecimientos. Para mejorar su notificación se está diseñando la plataforma automatizada de registro nacional.

Con el fin de verificar el apego a la normatividad en la oferta de las intervenciones de la Atención Integrada en la Infancia a nivel nacional, se supervisaron 20 estados solicitando los planes de intervención específicos así como el seguimiento de los puntos de oportunidad identificados.

Se actualizaron las variables de salud de la Infancia contenidas en el SIS para conocer y dar seguimiento a las actividades de la atención integrada del menor de 10 años tales como nutrición, atención al recién nacido, estimulación temprana, enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias.

Se realizaron siete reuniones nacionales con los responsables de los diferentes componentes del Programa de Salud de la Infancia y Adolescencia, con el fin de difundir las actualizaciones de lineamiento y manuales, así como los resultados de evaluaciones de desempeño por componente del programa.

Se llevaron a cabo dos Reuniones Nacionales con los responsables estatales del Programa de Nutrición, en donde se enfatizó la importancia de la promoción de la lactancia materna, así como de la colaboración interinstitucional para abatir la desnutrición infantil y analizar las áreas de oportunidad del componente.

Se elaboró el *Manual de Nutrición 2009* para menores de 10 años, cuyo contenido se basa en técnicas antropométricas, orientación alimentaria, actividad física, desnutrición, sobrepeso-obesidad, y registro de acciones en documentos oficiales. Se desarrolló el contenido de material audiovisual de promoción de la salud alimentaria para ser difundido en las salas de espera de las unidades de salud y en televisoras locales en las entidades federativas. Se actualizaron los formatos oficiales para el registro del estado de nutrición del niño y del adolescente, a fin de medir el sobrepeso y la obesidad con indicadores antropométricos precisos y sensibles.

En cuanto al programa de Salud de la Adolescencia se realizaron siete cursos regionales y tres locales dirigidos al personal operativo, se capacitó a 344 profesionales de la salud del país y se incluyeron en el SIS siete variables para registrar las acciones con los Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud.

Se realizaron seis cursos regionales de Grupos Adolescentes Promotores de Salud en Chihuahua, Guanajuato, Michoacán, Oaxaca, Sinaloa y Tamaulipas y 13 cursos locales dirigidos al personal operativo en Guanajuato, Guerrero, Morelos, Oaxaca, San Luis Potosí, Sinaloa y Tlaxcala, lo que representa un incremento de 140 por ciento en comparación con el periodo anterior.

En 2009 se llevó a cabo la quinta edición de la Semana Nacional de Promoción de la Salud de la Adolescencia, en la que participaron 31 entidades federativas. Ésta es una estrategia a cargo de los Responsables Estatales de Atención a la Salud de la Adolescencia, que en coordinación con otras instancias gubernamentales, organismos públicos y privados y de la sociedad civil organizada, llevan a cabo diversas actividades sociales, culturales, académicas, deportivas y recreativas para que los adolescentes conozcan los servicios de salud que ofertan las instituciones y adopten estilos de vida saludables.

En el marco del Programa de Vacunación Universal, el CONAVA realizó tres reuniones ordinarias entre septiembre de 2009 y septiembre de 2010, en las que se aprobaron los lineamientos para aplicar el esquema "acelerado" de vacunación; el esquema de inmunización con la vacuna antineumocócica infantil, la vacunación contra influenza estacional 2009-1010 y contra influenza A(H1N1), la vacunación en el personal de la salud y los avances del Sistema de Información PROVAC.

Se realizaron cuatro reuniones del Grupo de Trabajo Interinstitucional del CONAVA, en las cuales se analizaron las propuestas de política pública de vacunación por las diferentes instituciones de salud. Se actualizaron los lineamientos de la regionalización operativa para 2010 y se acordó la regionalización operativa para 2011.

Se realizó el diagnóstico situacional nacional de la cadena de frío 2010 con la finalidad de asegurar la adecuada conservación de los biológicos. Con relación a este rubro, con recursos del Seguro Médico para una Nueva Generación se realizará la adquisición de la segunda etapa del Plan del Fortalecimiento de la Red de Frío de acuerdo a las necesidades diagnosticadas.

Se realizaron tres Semanas Nacionales de Salud, durante las cuales se aplicaron 34 millones de dosis de biológicos y se suministraron 12.8 millones de dosis de Vitamina A y 34 millones de antiparasitarios.

Se efectuaron 82 visitas de supervisión del Programa de Vacunación Universal, cubriendo las 32 entidades federativas. Entre septiembre y diciembre de 2009 se supervisaron las actividades de la Tercera Semana Nacional de Salud 2009, la Campaña de Vacunación Invernal 2009 y la vacunación contra influenza A(H1N1). De enero a septiembre de 2010 se supervisaron las acciones de la Primera y Segunda Semana Nacional de Salud, las actividades del Programa Permanente de Vacunación y el Fortalecimiento de la Red de Frío.

Se alcanzó una cobertura con esquema básico completo de 89.9 por ciento en niños menores de un año, y de 97.7 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 93.3 y 97.4 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 millones 869 mil 715 dosis.

El 12 y 13 de noviembre de 2009 se realizó un curso taller para la introducción de la vacuna contra la influenza A(H1N1) con la participación de las 32 entidades y de todas las instituciones del sector público. Asimismo, en noviembre de 2009 se inició la aplicación de la vacunación administrándose 26 millones 903 mil 232 dosis.

3.4. CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

El CNEGySR es la entidad rectora de las políticas destinadas a incorporar la perspectiva de género en salud y a mejorar la salud sexual y reproductiva de la población a través de programas y acciones fundamentadas en evidencias científicas, con un sentido humanitario y compromiso social en un marco de respeto a los derechos humanos. En este sentido, el Centro tiene a su cargo los siete programas de acción específicos siguientes: a) Arranque Parejo en la Vida; b) Planificación Familiar y Anticoncepción; c) Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes; d) Cáncer Cérvico Uterino; e) Cáncer de Mama; f) Igualdad de Género; y g) Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género.

ARRANQUE PAREJO EN LA VIDA

La mortalidad materna en México ha sufrido un repunte en los dos últimos años, pasando de mil 097 defunciones maternas en 2007 a mil 119 en 2008, lo que representa un incremento en la RMM de 55.6 a 57.2 por 100 mil NVE. De acuerdo con las cifras preliminares reportadas por la DGIS, se estima que en 2009 ocurrieron mil 218 defunciones maternas para una RMM de 62.8, lo que representa un aumento de casi cinco puntos con respecto a lo registrado el año anterior. Este incremento se ha dado a pesar de las acciones realizadas para cumplir con los Objetivos del Milenio: capacitación al personal de salud en la atención de las emergencias obstétricas; fortalecimiento de la infraestructura; traslados terrestres y aéreos de las urgencias obstétricas en los nueve estados prioritarios; ampliación de la cobertura de atención del embarazo por medio de las Caravanas de la Salud; atención del parto por personal calificado; implementación de la Estrategia de Embarazo Saludable; vinculación de la partera tradicional y la incorporación de enfermeras obstétricas y parteras profesionales en las unidades de salud para la detección y referencia oportuna de mujeres con complicaciones obstétricas; y alojamiento en las AME.

Entre septiembre de 2009 y agosto de 2010 se tamizaron más de un millón de recién nacidos, de los cuales 628 fueron diagnosticados con hipotiroidismo congénito y se les otorgó tratamiento en forma eficaz y oportuna. Para coadyuvar a la disminución de la morbilidad y la mortalidad infantil en el país, a través de una estrategia binacional México-Brasil se establecerá una red de bancos de leche humana, fomentando la lactancia materna exclusiva en beneficio principalmente de los neonatos prematuros, coadyuvando a disminuir las secuelas de la prematuridad y, a largo plazo, a reducir el sobrepeso y la obesidad infantil.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPCIÓN

De acuerdo con estimaciones realizadas a partir de datos proporcionados por el SIS, del 1° de septiembre de 2009 al 31 de agosto de 2010 se incorporaron 667 mil nuevos usuarios de métodos anticonceptivos modernos, lo que significa un total de 2 millones 757 mil usuarios activos, cifra inferior en cerca de 525 mil usuarios al número del año anterior. Al comparar el número de usuarias activas en agosto 2010 con lo registrado en el mismo periodo de la administración anterior (agosto 2004) se observa un decremento de poco más de 11 por ciento (341 mil usuarias activas menos). Esta disminución podría deberse al cambio en la plataforma para la integración del SIS, ya que los datos de la Encuesta Nacional Demográfica 2009 muestran un incremento en el uso de métodos anticonceptivos en mujeres unidas en edad fértil, pasando de 70.9 por ciento en 2006 a 72.5 en 2009.

Desde el inicio de la estrategia para el fortalecimiento de la APEO en el 2007 al mes de agosto de 2010 se ha implementado en 28 hospitales, lo que representa un logro del 87.5 por ciento de la meta para la presente administración. En el periodo septiembre 2009–agosto 2010 se realizarán seis visitas de seguimiento, asesoría y apoyo técnico, que acumuladas a lo realizado en años anteriores dan un total de 31 visitas a los hospitales en que se ha implementado la estrategia. Al inicio de ésta, la cobertura de APEO era del 43.2 por ciento, mientras que a la fecha es de 51.5 por ciento, lo que representa un incremento de 8.3 puntos porcentuales.

CÁNCER CÉRVICO UTERINO

Las principales acciones para la prevención y control del cáncer cérvico uterino se enfocan a fortalecer la detección temprana, la atención de lesiones precursoras y la mejora de la sensibilidad del tamizaje con la introducción de la nueva prueba de captura de híbridos del VPH. Mediante estas acciones se espera disminuir la mortalidad por esta causa, principalmente en mujeres que viven en áreas marginadas, rurales e indígenas. Asimismo, se ha dado continuidad a la introducción de la vacuna contra el VPH en niñas y adolescentes de los municipios con MIDH. A pesar del elevado costo de esta vacuna, los recursos asignados se aplican con criterio de equidad en salud, haciéndola accesible a las niñas más vulnerables al cáncer cervical en la vida adulta. La tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino en 2009 fue de 13.5 por 100 mil mujeres de 25 años y más.

De septiembre de 2009 al mes de agosto de 2010 el Programa de CACU efectuó las siguientes acciones:

- Se realizaron 2 millones 716 mil 352 detecciones con la prueba de *papanicolaou* a mujeres de 25 a 64 años de edad.
- Se efectuaron 941 mil 702 detecciones con la prueba del *papiloma humano* en mujeres de 35 a 64 años de edad, representando una cobertura de 10 por ciento
- Se completó el esquema de vacunación iniciado en 2008 a 80.8 por ciento de 82 mil 598 adolescentes de 12 a 16 años de edad como parte de las acciones de la estrategia 100 x 100 y se inició la aplicación con el esquema ampliado de cero, seis y sesenta meses a 131 mil 606 niñas de 9 a 12 años de edad en 180 municipios con MIDH, lo que representa una cobertura de 95.6 por ciento en la primera dosis.
- Se instrumentaron seis laboratorios regionales de biología molecular que, en conjunto con los seis instalados en 2008, dan a la SS una capacidad instalada para procesar 1 millón 858 mil 560 muestras anuales de la prueba del VPH en las 32 entidades federativas.
- Se capacitó a mil 170 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.
- México continuó apoyando y compartiendo la experiencia de su programa de control del cáncer a países de Centroamérica en el marco de cooperación con JICA, con un curso internacional sobre detección, diagnóstico, tratamiento y evaluación, al que han asistido en promedio 25 responsables de programa y colposcopistas de países como Guatemala, Salvador, Panamá, Perú y Bolivia, Belice y República Dominicana.

CÁNCER DE MAMA

Las acciones relevantes para la prevención y control del cáncer de mama se enfocaron en incrementar la cobertura de detección mediante mastografías. Los logros más relevantes alcanzados por el Programa en el periodo del presente informe fueron:

- Reforzamiento de la infraestructura y la accesibilidad a la mastografía, incrementándose a 8 el número de unidades móviles con mastógrafo en los estados con menor capacidad para la detección.
- Se realizaron 165 mil 045 mastografías a mujeres de 50 a 69 años de edad sin seguridad social.
- Se consolidó la estrategia de los dos centros regionales de lectura, con la puesta en marcha de 30 centros emisores en 12 estados, con una capacidad anual para la interpretación de calidad de 75 mil mastografías cada uno.
- Se inició la construcción de ocho UNEME-DEDICAM en Campeche, Chiapas, Chihuahua, Estado de México, Michoacán, Querétaro, Quintana Roo y Veracruz.

- Se actualizó y publicó el anteproyecto de la NOM-041 Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, con aval de las sociedades médicas e instituciones de salud, la cual fue publicada en el DOF para consulta pública.
- Se capacitó de forma continua a 587 profesionales de la salud 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 a nivel jurisdiccional y estatal.

IGUALDAD DE GÉNERO

Entre septiembre de 2009 y agosto de 2010, se formó a 206 capacitadores en los SESA de Nayarit, Sinaloa, Querétaro, Aguascalientes, Tlaxcala, San Luis Potosí, Colima y Yucatán en temas de género e interculturalidad en salud en el marco de los derechos humanos.

Para avanzar en la incorporación de la perspectiva de género en programas prioritarios, se elaboraron recomendaciones para las NOM de peri-post menopausia y cáncer de mama, así como recomendaciones técnicas para incorporar dicha perspectiva en los comunicados que conforman el *Programa de Cinco Pasos por tu Salud*.

Se dio continuidad a la publicación cuatrimestral de tres números de la Revista Género y Salud en Cifras, única en su tipo, así como el seguimiento a cuentas en salud reproductiva y equidad de género 2008 y 2009.

PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GÉNERO

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 2010 se han aplicado un total de 2 millones 073 mil 752 herramientas de detección temprana a mujeres usuarias de los 32 SESA.

Del 1° de enero de 2007 al 31 de agosto de 2010 se atendieron a nivel nacional 271 mil 962 mujeres mayores de 15 años que se encontraron 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 enero de 2007 y agosto de 2010 se consolidó la infraestructura para la atención con 278 servicios especializados, distribuidos en las 32 entidades federativas. Con ello, entre septiembre de 2009 y agosto de 2010 se otorgaron servicios de atención especializada a 89 mil 319 usuarias, brindando 202 mil 726 servicios de consejería, 273 mil 422 apoyos psico-emocionales y 47 mil 673 atenciones médicas en casos de mujeres que sufrieron violencia.

Desde el 1° de enero de 2007 al 31 de agosto de 2010 se apoyó a 34 organizaciones de la sociedad civil y cinco públicas que otorgaron servicios de refugios especializados a 5 mil 288 mujeres, 4 mil 762 niñas y 4 mil 750 niños localizados en 25 estados del país. Entre septiembre de 2009 y agosto de 2010, se brindó atención y protección a mil 568 mujeres, mil 472 niñas y mil 436 niños, otorgándoles servicios de alimentación, hospedaje, atención médica, psicológica, jurídica y apoyo social; así como capacitación —a las mujeres— para su inserción laboral.

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

El número de personas con VIH que se incorporaron en 2010 al programa de acceso a medicamentos antirretrovirales fue de 7 mil, cifra ligeramente inferior a las 7 mil 810 personas con VIH que se incorporaron en el mismo periodo de 2009. Actualmente un total de 35 mil 996 personas reciben tratamiento con una inversión de mil 656 millones 986 mil pesos.

Para mejorar la calidad de la atención de las personas con VIH y asegurar un control adecuado en la prescripción de antirretrovirales, en 2009 se incorporaron las pruebas CD4, carga viral y genotipo al protocolo de atención del VIH/SIDA, con una inversión del FPGC de 221 millones 850 mil pesos. Para este fin se

organizó una red de laboratorios conformada por cuatro institutos de salud y cinco laboratorios estatales de salud pública, quienes proporcionaron la prestación del servicio a las 32 entidades federativas. Hasta la fecha se han realizado un total de 50 mil 879 pruebas de laboratorio, lo que representa la posibilidad de evaluar la eficacia y seguridad de los esquemas de tratamiento antirretroviral utilizados y su impacto en la morbilidad y mortalidad de las personas con VIH.

Hasta agosto de 2010 se cuenta con 64 CAPASITS, a través de los cuales se operan los programas de prevención, atención médica integral, promoción social y vigilancia epidemiológica del VIH e ITS en las 32 entidades federativas.

Cabe la pena señalar que la razón de mortalidad de 2008 a 2009 de pacientes con tratamiento antirretroviral del SPSS presenta una disminución de 7.4 a 5.5 por ciento lo cual indica 2 puntos porcentuales de disminución de un año a otro, lo que habla de una mejoría en el los resultados del programa.

CUADRO III.2 RAZÓN DE MORTALIDAD 2008-2009 DE PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTI-RETROVIRAL DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

AÑO	DEFUNCIONES	PERSONAS CON TX ARV	RAZÓN DE MORTALIDAD*
2008	2 029	27 397	7.4
2009	1 691	30 735	5.5
Disminución	338		1.9

FUENTE: Secretaría de Salud. Dirección de Atención Integral / CENSIDA / SALVAR.

*Por 100 personas que reciben tratamiento ARV del SPSS.

Como parte de las estrategias de prevención se han distribuido diversos insumos a las entidades federativas, entre los que destaca la distribución de 24 millones de condones masculinos para poblaciones clave y 248 mil 500 condones femeninos. Derivado de la Convocatoria Pública No. 4 dirigida a organizaciones de la sociedad civil, se culminó el proceso de ejecución de proyectos de prevención focalizados en poblaciones clave, obteniéndose sus reportes técnicos y financieros.

En el periodo comprendido entre los meses de enero a mayo de 2010 se lanzaron las Convocatorias Públicas No. 5 *Prevención Focalizada de la Transmisión Sexual del VIH/SIDA y otras ITS* y No. 1 *Prevención del VIH en mujeres de alta vulnerabilidad*, las cuales financiaron a 75 OSC por un monto de 29 millones de pesos. Aprovechando el desarrollo del Campeonato Mundial de Fútbol, se implementó una campaña dirigida a mujeres y hombres jóvenes enfocada a la prevención del VIH/SIDA mediante la promoción del uso del condón, teniendo como tema de impacto el fútbol. Esta campaña se transmitió entre junio y julio de 2010 a través de tiempos fiscales de televisión y radio a nivel nacional y fue apoyada por espacios comerciales en otros medios complementarios.

En seguimiento a la Declaración Ministerial *Prevenir con Educación*, aprobada por ministros de salud y de educación de Latinoamérica y el Caribe el 1º de agosto de 2008 en la Ciudad de México, se reestructuró una mesa de trabajo técnico en educación sexual integral dentro del Comité de Prevención del CONASIDA. Esta mesa cuenta con participación de diferentes dependencias de las Secretarías de Salud y de Educación, CONAPO, INJUVE, sociedad civil organizada y de agencias de las Naciones Unidas.

El CENSIDA convocó, en colaboración con la UNESCO, la OPS/OMS, el ONUSIDA y otras instancias regionales a una Consulta Técnica Regional sobre las Directrices Internacionales para Educación en Sexualidad y a la reunión Ambientes Escolares Seguros e Inclusivos para la Prevención de VIH/ITS, Violencia y Problemas de Salud Mental en septiembre de 2009. Organizó una reunión sobre seguimiento de la Declaración Ministerial a nivel de directores y jefes nacionales de programas de VIH/SIDA del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal en el marco del V Foro Latinoamericano y el Caribe en VIH/SIDA e ITS, la cual se realizó en Lima, Perú, en noviembre de 2009. Asimismo, se realizó un reporte de avances de los países de la región y un glosario regional sobre términos para el trabajo en educación sexual integral, VIH/SIDA y salud sexual y

reproductiva.

En materia internacional, el CENSIDA fue electo en noviembre de 2009 como Representante Titular de América Latina y el Caribe ante el Consejo Directivo del FMSTM para el periodo 2010 y como Representante Alterno para el 2011. Durante su gestión como Representante Titular, CENSIDA asistió a la 21° Reunión de la Junta Directiva del FMSTM celebrada del 28 al 30 de abril en Ginebra, Suiza.

El tema de la homofobia, entendida como una forma de discriminación, fue abordado el pasado 17 de mayo a través de un evento denominado *Foro Nacional sobre la Homofobia*, celebrado en el marco de la conmemoración del Día contra la Homofobia cuando se decretó, mediante su publicación en el DOF, como *Día de la Tolerancia y el Respeto a las Preferencias*. Al respecto, se implementó una campaña en medios masivos de comunicación difundida en tiempos fiscales de radio a nivel nacional durante las últimas dos semanas del 2009 y las primeras dos del 2010, enfocada a combatir el estigma, la discriminación y homofobia asociados al VIH/SIDA. La discriminación al trabajo sexual se abordó también a través de un boletín de prensa preparado por el CENSIDA, la CNDH y el CONAPRED, el cual se publicó el 2 de junio, Día Internacional de la Trabajadora Sexual.

El FMSTM aprobó la propuesta de México para la Novena Ronda por un monto aproximado de 76.5 millones de dólares para acciones de prevención de VIH/SIDA en las poblaciones más afectadas por la epidemia en nuestro país. Dicha propuesta será desarrollada por el gobierno federal, en colaboración con gobiernos estatales, organizaciones de la sociedad civil e iniciativa privada, bajo la tutela del Mecanismo Coordinador del país.

Se actualizó continuamente la página *Web* del CENSIDA y se mantuvo como el sitio más visitado dentro de la SS con 300 mil visitas al año, lo cual representa un incremento del 20 por ciento con respecto al periodo anterior.

4. SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

4. SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

4.1. DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO

La DGPOP busca garantizar: i) la coordinación efectiva del proceso de programación y presupuestación; ii) la disponibilidad oportuna de recursos suficientes para la implementación de las políticas y programas autorizados; iii) el control efectivo del ejercicio del presupuesto; iv) la consolidación de los procesos de análisis y diseño organizacional, y v) la puntual rendición de cuentas. Para su desempeño, esta Dirección organizó su estructura en cinco macro procesos sustantivos, estos se encuentran debidamente certificados por la norma internacional ISO-9001 versión 2008. Los logros y avances de la DGPOP para el periodo comprendido entre septiembre de 2009 y agosto de 2010 se describen a continuación.

DISEÑO Y DESARROLLO ORGANIZACIONAL

Se registró ante la SFP la estructura orgánica del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria *Bicentenario 2010*, así como, la modificación de estructura de tres Institutos Nacionales de Salud y de la DGRH. Además, se inició el proceso para la reestructuración de siete unidades centrales y cuatro órganos desconcentrados en cumplimiento con los lineamientos de racionalidad y austeridad del gasto público.

Con relación a las 16 propuestas de modificación de estructura registradas o en análisis, se efectuaron 58 valuaciones de puestos de movimientos, regulados a través del Sistema de Validación de la Valuación y del Nivel del Tabulador, a fin de determinar el grupo, grado y nivel que corresponde tanto a las atribuciones y funciones que se desempeñan, como a las percepciones que se otorgan, además de que se analizaron, dictaminaron y registraron 69 contratos de personal por honorarios. De estos, 26 corresponden al sector central y 43 a entidades paraestatales.

En el último cuatrimestre de 2009 se refrendaron 39 estructuras organizacionales con vigencia 1º de enero de 2009: 22 de nivel central, 10 de órganos desconcentrados y siete de organismos descentralizados. En el periodo de enero a agosto de 2010 se refrendaron 26 estructuras de nivel central, 13 de órganos desconcentrados y 23 de organismos descentralizados.

Se proporcionaron 143 asesorías a unidades de la Dependencia para la integración de manuales de organización. De estos, 23 se encuentran en proceso de revisión y 11 están concluidos. Entre estos últimos, dos pertenecen a unidades centrales, cuatro a órganos desconcentrados y cinco a organismos descentralizados. De igual manera, se otorgaron 205 asesorías referentes a la integración de manuales de procedimientos, se concluyó el proceso de revisión de cinco y 28 más continúan en revisión.

En mayo de 2010 se auditaron y certificaron 89 procedimientos de los macro procesos Diseño y Desarrollo Organizacional, Integración Programática Presupuestal, Gestión Presupuestal, Control del Ejercicio Presupuestal, Contabilidad y Rendición de Cuentas, Información Financiera y procesos de apoyo de esta Dirección con la norma ISO 9001:2008; logrando cero no conformidades.

INTEGRACIÓN PROGRAMÁTICA Y PRESUPUESTAL

En materia de gasto público y fiscalización, el proceso de integración programática presupuestal 2010 se orientó a la adopción de un *Presupuesto basado en Resultados* a través de la implantación del SED. Éste configura la evaluación de los programas de gobierno como un instrumento de toma de decisiones mediante el diseño de un esquema integral de indicadores y resultados; a la fecha se usa en los 32 SESA y en 63 unidades administrativas de la Secretaría. Bajo este marco, los avances se numeran a continuación:

- a) Se actualizó y consolidó la calidad de la información incorporada en la MIR de 27 programas presupuestarios del PEF 2010. Las matrices integran 198 indicadores de desempeño, los cuales constituyen la base para

- la ejecución del PAE 2010, cuyo seguimiento es trimestral. De estos, 20 se reportan a la H. Cámara de Diputados y forman parte tanto del informe de Gestión Financiera, que integra la SHCP, como del seguimiento por parte de la SFP.
- b) El esquema integral de indicadores y resultados considera como un componente adicional el sistema de indicadores del PMP; éste permite medir los resultados de las políticas, estrategias y medidas de gasto que lo conforman y facilita la articulación de las medidas y políticas de gasto desde la planeación hasta la rendición de cuentas. El seguimiento de este sistema será trimestral.
 - c) Conforme a los Lineamientos para informar sobre el ejercicio, destino y resultados de los recursos federales transferidos a las entidades federativas, se generaron 128 reportes trimestrales de seguimiento a los cuatro indicadores correspondientes a los recursos del FASSA y del Fondo de Aportaciones Múltiples.

Para el ejercicio fiscal 2010, la H. Cámara de Diputados autorizó a la Secretaría de Salud un presupuesto de 89 mil 892.9 millones de pesos, superior en 5.7 por ciento al de 2009, y 308.7 por ciento mayor respecto al autorizado en 2002; mientras que los recursos financieros que se destinaron a las entidades federativas mediante el FASSA, Ramo 33, ascendieron a 53 mil 100.1 millones de pesos, equivalente a 98.4 por ciento más que en 2002. El total de recursos autorizados para salud en este ejercicio fiscal fue de 142 mil 993 millones de pesos, superior en 193.3 por ciento a 2002.

El Seguro Popular es el instrumento financiero que ha permitido la obtención de mayores recursos para la operación de los servicios de salud en los estados. Para 2010 dichos recursos ascendieron a 53 mil 644.3 millones de pesos. De esta manera, los recursos del Seguro Popular que reciben las entidades federativas equivalen a 4.6 veces, el presupuesto de operación del FASSA, en promedio. Este crecimiento 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
(MILLONES DE PESOS)

RAMO	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	VAR. %	TMCA
										2002-2010	
Ramo 12 "Salud"	21 804.8	20 573.2	17 306.0	25 471.8	25 218.1	29 542.9	31 709.9	36 807.8	36 048.6	65.3	6.5
Seguro Popular de Salud	191.0	293.5	3 667.1	8 552.7	17 137.4	26 040.3	37 716.2	48 228.6	53 844.3	28 090.7	102.4
Ramo 33 "FASSA"	26 758.8	31 163.4	34 064.1	36 257.1	38 980.5	41 572.8	43 995.4	48 617.8	53 100.1	98.4	8.9
Total ^{1/}	48 754.6	52 030.1	55 037.2	70 281.6	81 336.0	97 156.0	113 421.5	133 654.2	142 993.0	193.3	14.4

FUENTE: Secretaría de Salud. DGPOP. Presupuesto de Egresos de la Federación del para el Ejercicio Fiscal que corresponda.
^{1/} Presupuesto Autorizado para la operación del Programa Seguro Popular de Salud sumado al presupuesto autorizado para Ramo 12 "Salud" suman el total del Presupuesto autorizado al Ramo Administrativo 12 "Salud".

El proceso de programación/presupuestación 2010 se orientó a garantizar el mayor impacto posible en la salud de la población por cada unidad monetaria invertida. Por ello, el PEF se formuló en el marco de la alineación de acciones y recursos al Seguro Popular e integró las diversas fuentes de financiamiento que confluyen en cada uno de los programas sustantivos de la Secretaría (Ramos 12, 33 y Seguro Popular), con lo cual se evitaron duplicidades, se generaron sinergias entre las diferentes fuentes de financiamiento y se logró un equilibrio financiero entre ellas.

GESTIÓN PRESUPUESTAL

En el periodo que se informa se tramitaron mil 874 adecuaciones presupuestarias ante la SHCP. De éstas, mil 113 correspondieron al último cuatrimestre de 2009 y 761 a los primeros cinco meses de 2010. En las unidades administrativas y órganos desconcentrados se tramitó la recuperación de 926.3 millones de pesos por concepto de ingresos excedentes, los cuales fortalecieron la operación de sus servicios. Se atendieron 30 solicitudes de modificación a los tabuladores de cuotas de recuperación, las cuales se autorizaron por la SHCP; mientras que en los organismos descentralizados se gestionó la regularización de 474.3 millones de pesos por ingresos propios mediante modificaciones a sus flujos de efectivo.

En materia de inversión, al 31 de agosto de 2009, se tenían 951 proyectos registrados en la Cartera de Programas y Proyectos de Inversión de la SHCP, mientras que durante el presente periodo se registraron o actualizaron 237. En conjunto, suman mil 188 proyectos, de los cuales 938 están propuestos para ser financiados tanto con recursos fiscales propios como del FSPSS y 250 corresponden a entidades federativas, financiados con recursos del FSPSS. La inversión original autorizada para 2010 fue de 3 mil 877.2 millones de pesos, de los cuales 3 mil 499.2 corresponden a recursos fiscales y 378 al FSPSS.

Respecto al FONDEN, se atendieron seis solicitudes de las entidades federativas para acceder a dichos recursos por un monto de 77.6 millones de pesos; tres de ellas no fueron gestionadas, una de Tabasco por desistimiento y dos del estado de Veracruz debido a que se dictaminaron como no procedentes.

CONTROL DEL EJERCICIO DEL PRESUPUESTO

El presupuesto ejercido para atender las necesidades de salud de la población sin seguridad social se incrementó más de 4.5 veces entre 2002 y 2010, al pasar de poco más de 20 mil a casi 90 mil millones de pesos. Este incremento representa una tasa media anual de crecimiento de 20.6 por ciento, con lo que se ha logrado mejorar los niveles de inversión en salud y las disponibilidades de insumos para la atención médica de la población usuaria.

Actualmente 26 unidades centrales, 14 órganos desconcentrados y 23 entidades coordinadas por la SS cuentan con sistemas informáticos actualizados para realizar sus trámites de pago mediante cuenta por liquidar certificada de la Tesorería de la Federación. Lo anterior se realiza a la par de acciones de mejora de gestión, análisis financiero y de control presupuestario mediante el monitoreo mensual de información presupuestal en el Sistema Integral de Información SII@WEB. Por otro lado, se alcanzó un nivel de ejercicio de prácticamente 100 por ciento del presupuesto autorizado al cierre del 2009, mientras que para el cierre de 2010, debido a las medidas preventivas y correctivas realizadas, se estima un ejercicio de 99.9 por ciento de los recursos autorizados.

CUADRO IV.2 PRESUPUESTO EJERCIDO POR LA SECRETARÍA DE SALUD
(MILLONES DE PESOS)

PRESU- PUESTO	2002 ^{1/}	2003 ^{1/}	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	VAR. % 2002-2010	TMCA 2002-2010
Autorizado	21 995.8	20 866.7	20 973.1	34 024.5	42 355.5	55 583.2	69 426.1	85 036.5	89 892.9	308.7	19.2
Modificado	20 585.6	21 948.3	23 695.5	33 706.1	41 551.2	53 144.9	69 744.2	80 959.3	89 965.6 ^{2/}	337.0	20.2
Ejercido	20 127.4	21 933.6	23 694.0	33 705.5	41 547.7	53 144.0	69 743.5	80 959.3	89 965.6 ^{2/}	347.0	20.6
Economías	458.2	14.7	1.5	0.6	3.5	0.9	0.8	0.1	0.0		
% Ejercido vs. Modificado	97.8	99.9	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	99.9 ^{2/}		

FUENTE: 2002-2009, Cuenta de la Hacienda Pública Federal, DGPOPSS y estimación de Cierre del Ejercicio al 31 de diciembre de 2010, DGPOPSS.

^{1/} Incluye el presupuesto del Programa IMSS-Oportunidades y del INAPAM en Ramo 12 "Salud".

^{2/} Cifras correspondientes a la estimación de cierre del ejercicio.

Se cumplió con los requerimientos de información de la SHCP, SFP y Presidencia de la República, así como de la H. Cámara de Diputados, establecidos en los PEF de los Ejercicios Fiscales 2009 y 2010 y demás disposiciones normativas en la materia. Lo anterior a través de los informe del tercer y cuarto trimestres de 2009 y primero y segundo de 2010 sobre la Situación Económica de las Finanzas Públicas y la Deuda Pública; Programa Especial Concurrente; Pueblos Indígenas; Reglas de Operación; Fideicomisos y Comportamiento del Gasto Programable (avances financieros).

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 2009 y el Informe de Avance de Gestión Financiera para el primer semestre de 2010. Se

realizó el análisis de la información financiera de los 13 órganos desconcentrados de la SS para su integración y consolidación a los estados financieros y se brindaron 157 asesorías y enviaron 242 observaciones y sugerencias para su seguimiento y depuración.

En cumplimiento a la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, se atendieron 218 solicitudes de información relacionadas con aspectos programáticos, presupuestales y financieros y se dio seguimiento a las 16 observaciones emitidas por la Auditoría Superior de la Federación y el OIC en las revisiones a la Cuenta de la Hacienda Pública Federal y al Informe de Avance de Gestión Financiera.

Respecto a las cuentas por liquidar, se clasificaron y archivaron 17 mil 977 con su respectiva documentación por las transacciones presupuestarias realizadas por la Dependencia. Se verificaron 18 mil 488 de las que 5 mil 816 corresponden al periodo septiembre-diciembre de 2009 y 12 mil 672 al periodo enero-agosto de 2010. Además, se atendieron 244 solicitudes de información realizadas por las unidades ejecutoras del gasto.

4.2. DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES

La Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales lleva a cabo los procedimientos de contratación para la adquisición y arrendamiento de bienes y servicios de todas las unidades administrativas y órganos desconcentrados que no cuenten con Subcomité de Adquisiciones, de conformidad con la normatividad aplicable. En ese contexto, entre septiembre de 2009 y agosto de 2010 se instrumentaron diversas medidas de control para hacer más eficientes dichos procedimientos, lo que permitió generar importantes ahorros y direccionar recursos a acciones prioritarias no previstas originalmente en la planeación presupuestal.

Se realizaron los procesos licitatorios de manera anticipada para fortalecer las acciones encaminadas a mejorar la salud de la población, como son los servicios de dietas y la recolección de residuos peligrosos biológico-infecciosos, sólidos no peligrosos y su supervisión para unidades hospitalarias. También se anticiparon los procesos del servicio de combustible, fotocopiado, limpieza integral, seguridad y vigilancia, telefonía de larga distancia, póliza integral de aseguramiento de bienes patrimoniales, vales de despensa para el programa de desempeño y productividad, y seguro de responsabilidad civil y asistencia legal tanto para unidades hospitalarias como para unidades administrativas y órganos desconcentrados.

Las licitaciones públicas no anticipadas correspondieron a la adquisición de bienes y servicios de aplicación específica en algunas unidades administrativas, tales como medicamentos, materiales, accesorios y suministros de laboratorio, reactivos y sustancias químicas, nitrógeno líquido, diesel, oxígeno y gases medicinales. De las licitaciones públicas consolidadas es de resaltar la relativa a la adquisición de vacunas, cuyo proceso fue consolidado con la participación del CENSIA, IMSS, ISSSTE, SEDENA y PEMEX.

Se publicaron las convocatorias de licitación pública para la contratación del servicio de autobuses para convivencia infantil, impresión del periódico *México Sano*, servicio de infraestructura tecnológica para la aplicación electrónica del ENARM 2010 y compra de antirretrovirales. El monto acumulado estimado de estos procesos fue de mil 142 millones de pesos.

Con base en las necesidades y requerimientos de las diferentes áreas de la Secretaría, se realizaron 25 procedimientos de licitación, 80 por ciento de las cuales correspondieron a licitaciones públicas nacionales y 20 a internacionales. El monto total adjudicado mediante las mismas fue de mil 059.8 millones de pesos.

El Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios dictaminó 15 asuntos de excepción de licitación pública por un importe de 465.8 millones de pesos y realizó cinco adjudicaciones a empresas y entidades de la Administración Pública Federal por un monto de 35.4 millones de pesos.

Se efectuaron 51 sesiones ordinarias y extraordinarias, de las cuales 19 correspondieron al Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, siete al Comité para Compras Consolidadas de Biológicos, tres al

de Consolidación para la Contratación de Bienes y Servicios, dos al de Consolidación de Bienes y Servicios relativos a Prestaciones del Personal y 20 al Subcomité Revisor de Convocatorias.

En respaldo a las actividades para prevenir controlar y combatir la transmisión del virus de Influenza A(H1N1), hasta el mes de mayo de 2010 se proporcionó apoyo en las tareas de recepción, guarda, acopio y entrega de insumos a entidades federativas, hospitales e institutos de salud. En este sentido, el Almacén Central recibió 2 millones 539 mil 455 unidades de medicamentos y 760 mil 240 unidades de material de curación para la emergencia epidemiológica. De igual manera, en dicho almacén se levantó el inventario físico de bienes de consumo al 31 de diciembre de 2009, y se realizaron cuatro conciliaciones aleatorias de septiembre a noviembre del mismo año y una más en marzo de 2010.

Se realizó el programa de *Escaso y Nulo Movimiento* con las unidades centrales y órganos desconcentrados para el reaprovechamiento de 18 mil 396 bienes que se intercambiaron entre diversas áreas de la Secretaría.

Se efectuaron cuatro sesiones ordinarias y extraordinarias del Comité de Bienes Muebles, en las que se aprobó el comodato de 24 bienes instrumentales de equipo médico para el apoyo al Programa de Cáncer Cérvico Uterino a diversas entidades federativas, la donación de 20 mil 674.40 kilogramos de papel de desecho a favor de la Comisión Nacional de Libros de Texto Gratuitos y la presentación del Programa Anual de Disposición Final de Bienes Muebles para el ejercicio 2010. En apoyo al Programa de Caravanas de la Salud, en 2009 y 2010 se distribuyeron 8 mil 218 y 951 piezas de instrumental médico y equipo de cómputo, respectivamente.

Se efectuaron las evaluaciones y dictámenes de los estudios analíticos a los insumos médicos que se realizan en laboratorios auxiliares de apoyo autorizados para la Regulación Sanitaria. Los resultados de estas evaluaciones se informan mensualmente a la COFEPRIS a efecto de coadyuvar con la farmacovigilancia que realiza dicha instancia.

En el primer trimestre de 2010 se registró un parque vehicular a nivel central y órganos desconcentrados de mil 032 unidades, lo cual representa una disminución del seis por ciento con respecto al mismo periodo del año anterior. Se generó un ahorro de 138 mil 141 litros de combustible, lo que significa 22.9 por ciento menos durante 2009 con respecto al año anterior.

Con relación al Programa de Transferencia de Inmuebles, se terminó el proceso de transferencia de 117 inmuebles de la Secretaría de Salud al estado de Baja California Sur, consecuencia del proceso de descentralización de los servicios de salud.

Como parte de las acciones de regularización de inmuebles, se concluyó el proceso de transferencia de terrenos al Instituto Nacional de Ciencias de la Nutrición y se consolidó la operación de compra a título oneroso del Hospital Juárez de México al Instituto Mexicano del Seguro Social.

En diciembre de 2009 se creó el *Comité Interno para el Uso Eficiente de la Energía de la Secretaría de Salud*; entre sus actividades destacan la aprobación del Programa de Ahorro de Energía de la SS por la CONUEE.

4.3. DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS

Las responsabilidades de la Dirección General de Recursos Humanos son las de conducir el sistema de remuneraciones y la política salarial para el personal de la Secretaría, definir y conducir el sistema nacional de capacitación y desarrollo del personal, coordinar la operación del sistema del servicio profesional de carrera y vigilar el cumplimiento de las disposiciones legales en materia laboral, entre otras.

De septiembre de 2009 a junio de 2010 se realizaron 48 convocatorias públicas y abiertas para 301 plazas. De éstas, 148 se ocuparon, 82 se declararon desiertas, 41 están en proceso, 26 no se publicaron y cuatro se cancelaron. De igual manera, durante el periodo mencionado, 167 plazas se ocuparon de manera

temporal al amparo del artículo 34 de la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal. Con respecto al periodo 2008-2009, la ocupación por concurso pasó de 90 a 148 plazas, mientras que el incremento en la ocupación de plazas vacantes fue de tres por ciento.

Durante los meses de febrero y marzo de 2010 se realizó la evaluación del desempeño anual 2009 a 795 servidores públicos. En promedio se obtuvo una calificación de 83.5, lo cual significa un desempeño satisfactorio.

Entre septiembre de 2009 y junio de 2010 se realizaron 18 sesiones de Comité Técnico de Profesionalización, lo que representa un incremento de 80 por ciento con respecto al periodo anterior. Se realizaron 565 cursos en los que se capacitó a 2 mil 169 servidores públicos: mil 113 de nivel operativo, 430 de carrera, 188 de libre designación y gabinetes de apoyo y 438 de categorías especiales.

Al cierre de 2009, en el Sistema Integral de Evaluación del Servicio Profesional de Carrera la SS obtuvo semáforo verde en el cumplimiento de los compromisos establecidos en el POA del SPC al obtener 100 por ciento de la relación entre el avance real de 66.4 contra la meta programada de 56.1 por ciento. Esto refrenda en nivel satisfactorio en la implantación del Sistema al mantener el semáforo verde de 2008.

Para el ejercicio 2009, con efectos retroactivos al primero de mayo, se otorgó un incremento salarial del 4.8 por ciento en promedio ponderado. De manera excepcional, algunos puestos se vieron beneficiados con un porcentaje mayor con objeto de mantener la curva salarial del tabulador de la rama médica, paramédica y grupos afines.

Para el ejercicio 2009 se ajustaron 22 mil 274 trabajadores, con un costo anual de 4 mil 058 millones de pesos que incluyen sueldos tabulares, prestaciones de ley (aguinaldo, prima vacacional, previsión social múltiple, pasajes, despensa), seguros (colectivo de retiro y de vida) y seguridad social (ISSSTE, FOVISSSTE, SAR y cesantía en edad avanzada y vejez). Para este ajuste se autorizaron mil 516 millones de pesos en el PEF 2009. Lo anterior, sumado a la regularización de 45 mil 776 trabajadores en 2008, cumplió el compromiso de regularizar a casi 70 mil plazas de trabajadores precarios en las entidades federativas.

Con objeto de incentivar el desempeño de las funciones del personal adscrito a las unidades centrales, órganos desconcentrados y organismos públicos descentralizados, se otorgaron, conforme a las Condiciones Generales de Trabajo de la SS, 3 mil licencias con goce de sueldo, 10 mil 688 medallas y diplomas por estímulos de antigüedad, reconocimientos económicos por un monto de 115.5 millones de pesos, 4 mil 961 estímulos correspondientes a 10 días de vacaciones extraordinarias, 441 recompensas cuyo monto total fue de 3.6 millones de pesos, 53 licencias por capacitación en residencias médicas, 491 licencias debidas a la ocupación de puestos de confianza y 305 cambios de adscripción.

Se obtuvieron ahorros sustanciales en la contratación de las pólizas del seguro colectivo de retiro y del de responsabilidad civil. El primero fue de 21.4 pesos por servidor público —monto inferior a los 54 pesos establecidos por la SHCP— y el segundo de 75 pesos.

Se emitieron 3 mil 421 documentos laborales como Hoja Unica de Servicios, Constancia de Antigüedad, Constancia de Integración de Servicios y Constancia de Evolución Salarial. De acuerdo a las disposiciones de la SHCP para la conclusión de la prestación de servicios de los servidores públicos de la administración pública federal en forma definitiva, se definió el 31 de julio de 2010 como fin del periodo de inscripción. A la fecha se encuentran 96 casos en proceso de conclusión.

4.4. DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA

La DGDIF es la unidad administrativa responsable de emitir las normativas y los criterios para la elaboración de proyectos y trabajos relacionados con la ejecución de obra pública, así como la referente a la conservación

y mantenimiento de unidades de atención médica, a través de asesoría técnico-normativa, emitiendo y difundiendo parámetros e indicadores de referencia para la conservación, ampliación, remodelación y construcción de unidades de salud y generando el catálogo universal de conceptos y costos de obra para facilitar el proceso de presupuestación.

En ese contexto, con el objeto de garantizar a la población servicios de salud oportunos y de calidad, la DGDIF, de manera conjunta y coordinada con las distintas instancias de gobierno, ha encaminado sus esfuerzos a fortalecer la Red de Servicios de Salud. Lo anterior se ha visto reflejado en la inversión de mayores recursos para el desarrollo y fortalecimiento de la Infraestructura Física en Salud

De septiembre de 2009 a agosto de 2010 se concluyeron 357 acciones de infraestructura, de las cuales 75 corresponden a unidades hospitalarias y 282 a unidades de consulta externa. La inversión total para estas obras suma 7 mil 490.1 millones de pesos. La inversión federal de estas acciones ascendió a 5 mil 529.2 millones de pesos distribuyéndose en las 32 entidades. De las acciones concluidas, 203 corresponden a unidades nuevas o sustitución por obra nueva y 154 a ampliaciones, remodelaciones y/o fortalecimiento de unidades existentes.

En el periodo que se reporta se concluyeron 45 hospitales con mil 576 camas censables distribuidos en 20 entidades: 26 Hospitales Comunitarios (HC); 16 Hospitales Generales (HG), un Hospital Especializado (HE) (Centro Estatal de Enfermedades Respiratorias), un Hospital Infantil (HI) y un Hospital Materno Infantil (HMI). La inversión total de estas acciones asciende a 5 mil 171.9 millones de pesos, de los cuales 3 mil 484.7 millones son aportaciones federales y el resto aportaciones estatales, en beneficio de más de 5.3 millones de habitantes.

En proceso de construcción se encuentran 67 hospitales: 11 HC, 44 HG, cuatro HE (dos psiquiátricos en Veracruz y Chihuahua, uno oncológico en Sinaloa y una clínica de desintoxicación en Guanajuato), dos HI, dos para la Atención de la Mujer y cuatro HMI, involucrando una inversión federal de 5 mil 663.7 millones de pesos distribuidos en 25 entidades federativas.

Con una inversión total de mil 408.3 millones de pesos, de los cuales mil 163.3 son de aportación federal, se ha concluido la ampliación, remodelación o equipamiento de 30 hospitales con una capacidad agregada de 3 mil 105 camas censables, en beneficio de más de 1.7 millones de habitantes. En proceso de ejecución se encuentran 40 acciones de ampliación en UH: 30 en HG, cuatro en HC, un HE, cuatro HI y un HMI, con una inversión federal de mil 260.3 millones de pesos distribuidos en 16 estados.

Con una inversión de 576.2 millones de pesos, se concluyeron 191 acciones de obra nueva, sustitución, ampliación o fortalecimiento de unidades de primer nivel, las cuales incluyen CESSA, CAAPS, EA y un CREE, siendo la aportación federal de 548.2 millones de pesos y el resto aportaciones estatales, en beneficio de más de 2.8 millones de habitantes de 25 entidades federativas.

Se invirtieron 474.4 millones de pesos para la conclusión de 67 unidades de primer contacto, de las cuales 51 son CS, 10 CESSA, cuatro EA, un CAAPS y un CREE, para los cuales la aportación federal asciende a 450.4 millones de pesos en beneficio de más de 2.5 millones de habitantes de 18 entidades federativas.

Se amplían, remodelan o fortalecen los servicios de 124 CS y un CIJ con una inversión de 101.7 millones de pesos, de los cuales 97.7 son aportación federal y el resto de las entidades federativas, beneficiando a más de 310 mil habitantes de 15 entidades federativas.

Se encuentran en proceso de construcción o remodelación 50 acciones dirigidas a mejorar los servicios de CS, CESSA y EA con una inversión federal de 553.8 millones de pesos en 18 entidades federativas. De estas acciones, 31 son obras nuevas o sustituciones de unidad, de las cuales 20 son CS, 4 CESSA y 7 establecimientos de apoyo, con una inversión de 517.7 millones de pesos distribuidos en 15 entidades federativas. Las otras son 19 ampliaciones, remodelaciones o fortalecimiento de CS con una inversión federal de 36.1 millones de pesos dirigidos a 25 CS y un EA en seis entidades federativas.

Con una inversión de 295 millones de pesos, se concluyen 90 UNEMES, 23 en su modalidad de CAPA *Nueva Vida*, ocho CAPASITS, tres de Cirugía Ambulatoria, siete CISAME, uno de oncología y 48 centros de atención al SORID, en beneficio de más de 4.1 millones de habitantes de 23 entidades federativas.

Se encuentran en proceso de construcción 35 UNEMES en 12 estados: cuatro en su modalidad de SORID, cinco CAPA *Nueva Vida*, cinco CAPASITS, dos de cirugía ambulatoria, cuatro de hemodiálisis, doce CISAME, una de urgencias, una de oncología y una de diagnóstico con una inversión federal de 293.2 millones de pesos.

Se concluyó la construcción de la UMAES *Clínica de la Mujer Poniente* en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, con una inversión federal de 38.7 millones de pesos en beneficio de las mujeres de esa región marginada del país. En proceso de construcción se encuentran las UMAES denominadas *Unidad de Salud Mental del Infante y del Adolescente* en Durango y una *Unidad de Medicina Tradicional* en Zacatecas, con una inversión de más de ocho millones de pesos.

Para fortalecer la Red Hospitalaria Nacional de Alta Especialidad, en noviembre de 2009 inició la construcción de un nuevo hospital bajo el esquema Proyectos para Prestación de Servicios, denominado HRAE de Ixtapaluca y Unidad de Apoyo en el Estado de México, el que se espera inicie operaciones en febrero de 2011. El HRAE contará con una capacidad de 246 camas censables y 28 especialidades médicas, así como servicios ambulatorios en hemodiálisis, rehabilitación, cirugía ambulatoria y oncología (radioterapia y quimioterapia). Lo anterior, a fin de otorgar servicios de salud al Estado de México y parte de Hidalgo en beneficio de 5.5 millones de habitantes. La inversión inicial privada es de mil 576 millones de pesos.

Bajo el esquema tradicional de inversión se encuentran en proceso de construcción dos nuevas unidades de tercer nivel y una ampliación, con una inversión federal de mil 048.3 millones de pesos, de los cuales 757 millones de pesos, el 72.2 por ciento, han sido ejercidos durante estos cuatro años de gestión. En este sentido, continúa en proceso de construcción el HRAE de Durango con una capacidad de 180 camas censables que beneficiará a 3.5 millones de habitantes de Durango y Zacatecas. La inversión total se estima será de 848.5 millones de pesos, de los cuales 645.3 millones de pesos corresponden a la aportación federal. Para fortalecer la prestación de servicios de alta especialidad para el tratamiento del cáncer, se encuentran en proceso de construcción la Torre de Oncología del HRAE *Juan Graham Casassus* en Villahermosa, Tabasco, con una inversión federal de 139 millones de pesos en beneficio de 2.1 millones de habitantes de la región y el Instituto de Cancerología en Colima con una inversión federal de 264 millones de pesos.

Con una inversión federal de 952.4 millones de pesos aportados por el SPSS, durante 2009 se realizó el mantenimiento preventivo y correctivo de 2 mil 319 unidades médicas en 20 entidades federativas, de las cuales 2 mil 116 son CS y 203 son UH.

Se desarrollaron, entre otros, los siguientes estudios y proyectos:

- Anteproyecto arquitectónico de los prototipos de Laboratorios Fronterizos para la COFEPRIS.
- Propuesta arquitectónica para el área de Oncología del Hospital de la Mujer.
- Propuesta de remodelación y ampliación de las áreas de consulta externa, administración, dirección, urgencias y auditorio del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.
- Coordinación para la terminación del proyecto ejecutivo de los laboratorios con niveles de bioseguridad BSL2 y BSL3 del INDRE.
- Proyecto arquitectónico ejecutivo del Centro de Investigación Aplicada y Auditorio en el Hospital Nacional Homeopático.
- Análisis de factibilidad con costos aproximados de adecuación para el desarrollo del Proyecto Ejecutivo del Museo de la Salud.
- Desarrollo de propuestas arquitectónicas varias para la Torre Salud.
- Revisión de áreas para el Instituto de Geriátrica a ubicarse en la Casa Hogar para Varones.
- Análisis de áreas para el programa médico arquitectónico del Hospital Psiquiátrico Samuel Ramírez Moreno.

Se alcanzaron las metas programadas dentro de los primeros 100 días correspondientes a los siguientes hospitales:

- Hospital de la Mujer: elaboración del programa médico arquitectónico, como revisión y observaciones al anteproyecto arquitectónico de la segunda etapa, relacionado con las áreas de Urgencias, Terapia Intensiva, y Cirugía
- Hospital General: elaboración del programa médico arquitectónico, como revisión y elaboración de observaciones al anteproyecto arquitectónico de las áreas de Trauma, Urgencias y Cirugía
- Hospital Infantil: elaboración de anteproyectos arquitectónicos para residencia médica y ludoteca.
- Hospital Psiquiátrico: revisión del estado actual de la obra en proceso y gestión de los recursos necesarios para su terminación y equipamiento.

Con relación al fortalecimiento y modernización de la infraestructura de los HFR, se realizaron las siguientes acciones:

- Se concluyó la segunda etapa de construcción y proyecto ejecutivo del edificio de laboratorios del INDRE con una inversión de 167 millones de pesos, así como la segunda etapa de construcción del HNH con una inversión de 145.3 millones.
- Finalizaron los trabajos de adecuación del Laboratorio de Contención en el INDRE de Santo Tomás con una inversión de 5.08 millones de pesos.
- Se concluyó la segunda etapa del Hospital Juárez Centro, con una inversión de 112.6 millones de pesos.
- Se concluyó la verificación de la aplicación de recursos transferidos del ejercicio 2009 a 28 entidades federativas correspondientes al programa de Fortalecimiento de la Oferta de Servicios de Salud por una cantidad de 48.3 millones de pesos.
- Se dio mantenimiento y conservación de oficinas en Reforma 450, Hospitales Psiquiátricos Dr. Samuel Ramírez, Fray Bernardino e Infantil Dr. Juan N. Navarro, con una inversión de 7.75 millones de pesos.

4.5. DIRECCIÓN GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

En el periodo de agosto 2009 a junio 2010, se organizaron 151 eventos de capacitación en informática, capacitándose a 3 mil 238 empleados de la SS. En lo que se refiere a eventos por videoconferencia y *streaming*, en este periodo se organizaron 123, destacando entre ellos las conferencias transmitidas desde el CENETEC, las conferencias semanales de los Institutos Nacionales de Neurología y Psiquiatría y la transmisión de cursos en Tecnologías de la Información. Además, se apoya mensualmente la transmisión, desde el Hospital Juárez del Centro, de los eventos magistrales de Bioética.

Destaca la creación e implementación de la Red Integral de Telecomunicaciones para la SS para el periodo 2009 a 2012. Esta red incluye servicios de conmutación de voz y datos en una red metropolitana de fibra óptica a la que se conectaron todas las unidades centrales y algunos órganos desconcentrados de la Secretaría, así como las oficinas de la CNPSS en todo el país.

Se creó el anexo técnico para la licitación del servicio de Larga Distancia Nacional e Internacional para la Secretaría durante el periodo de 2010-2012. La finalidad de este proceso es consolidar el servicio y obtener las mejores condiciones en el mercado en beneficio de la Secretaría, logrando una reducción de tarifa del 74 por ciento respecto a la tarifa de mercado.

Se brindó asesoría en la construcción del proyecto de conectividad del RENADIC que lleva a cabo el CONADIC en coordinación con la Embajada de los Estados Unidos, a través de la Iniciativa Mérida. La finalidad de este proyecto es interconectar 398 puntos distribuidos en todo el territorio nacional.

Se logró la interconexión de 876 puntos para que éstos reporten al SINAVE. Este logro fue posible gracias a la firma del convenio de colaboración con la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, para que mediante el fideicomiso llamado Fondo de Cobertura Social se contratara el servicio de banda ancha.

Se cumplió con los lineamientos *Mejoras de los Sitios Web* del Programa de Transparencia y Rendición de Cuentas 2009, donde se obtuvo la calificación de excelencia para el portal de la *Secretaría de Salud*. Además, se tiene lista la imagen del portal *Web* de la Secretaría 2010 en cumplimiento de la *Plantilla Conmemorativa*.

Se desarrolló el simulador a través del cual los aspirantes se familiarizaron con el esquema electrónico del ENARM. Adicionalmente, se realizaron las pruebas necesarias para garantizar la óptima operación del sistema. Como resultado de lo antes mencionado, 24 mil aspirantes médicos presentarán el examen utilizando esta plataforma.

Derivado de la necesidad de conocer el estado actual que guarda el equipamiento de salud en los servicios estatales, se desarrolló una herramienta de diagnóstico *Web* que registra de forma sencilla la capacidad hospitalaria para la atención de enfermedades derivadas de eventos epidemiológicos o riesgos sanitarios.

Se liberó el módulo de inventarios del SALVAR y se capacitó, en conjunto con el CENSIDA, a las unidades médicas. Asimismo, se generó la metodología y los controles necesarios para hacer participe al personal designado por la unidad en el mantenimiento del sistema. Como parte del SALVAR se desarrolló el Módulo de Expediente Clínico Electrónico para el seguimiento de pacientes con VIH.

Se implementó un sistema que permite llevar a cabo la administración de archivos en cualquier organismo a nivel federal, su principal objetivo es ser una herramienta segura y confiable que permita la distribución de información por medio del uso de llaves electrónicas.

Derivado del convenio establecido entre el IMSS, el ISSSTE y la SS para reducir la mortalidad materna en el país, se llevó a cabo la preparación de un ambiente que permite alojar al Sistema para la Atención de Emergencias Obstétricas. Éste será el medio interinstitucional para registrar y dar seguimiento a los casos atendidos.

Se continuó con el monitoreo de la disponibilidad del servicio de correo electrónico de la SS. Se crearon y publicaron las políticas para el uso del mismo y se recopiló e integró la información de líneas telefónicas analógicas por unidad, logrando la migración de telefonía analógica a digital en las unidades.

Se está realizando la integración de necesidades en cuanto a equipamiento de cómputo derivado del Programa Anual de Desarrollo Informático entregado por las Unidades Administrativas y Órganos Desconcentrados de la SS. Asimismo, se encuentra en proceso de publicación la convocatoria para licitación de los servicios Administrados de Tecnologías de la Información para el arrendamiento 2011-2013 de equipo de cómputo.

Derivado de la migración en la infraestructura de comunicaciones de la SS, se están actualizando las políticas, lineamientos, reglamentos y normas en materia de Tecnologías de la Información aplicables a las Unidades Administrativas y Órganos Desconcentrados.

En 2009 se incorporaron 14 proyectos al PETIC de la SS y en lo que va del 2010 se incorporaron 16, obteniendo una calificación anual de 10.

Derivado del Acuerdo para la Modernización, Competitividad y Optimización de Recursos de la APF en lo relacionado con Tecnologías de la Información, está en proceso de firma el contrato consolidado para la compra de licencias de software que celebra la SFP con la empresa Microsoft.

Se revisaron 2 mil 018 inventarios para transferirlos al archivo de concentración, así como 75 mil 767 expedientes. La DGTI recibió 62 mil kilogramos de archivos semiactivos de diversas unidades administrativas para su conservación y tramitó la baja ante el Archivo General de la Nación de 35 mil 280 kilogramos de archivos.

Durante el periodo que ocupa este informe se atendió a un total de mil 764 usuarios en sala, fueron consultados 13 mil 185 expedientes del acervo histórico, se atendieron 3 mil 700 solicitudes de acceso a la información pública y datos personales y se llevaron a cabo nueve visitas técnicas y de supervisión de archivo en diversas Unidades Administrativas de la Secretaría de Salud.

4. 6. ADMINISTRACIÓN DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA

El PBP está conformado por recursos financieros, bienes inmuebles y derechos que provienen de las siguientes fuentes principales: sucesiones en las que no existía testamento o herederos legítimos, donativos, enajenación o arrendamiento de inmuebles y prescripción de saldos en cuentas de depósito o inversión sin movimientos.

La Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública es un órgano desconcentrado de la SS que tiene como función sustantiva administrar al PBP y el presupuesto federal que le es asignado para apoyar a programas y proyectos orientados a brindar servicios o realizar acciones de investigación, educación, promoción, prevención y atención en materia de salud en beneficio de población vulnerable, primordialmente aquella de escasos recursos sin cobertura de seguridad social. La APBP se encarga de representar los intereses de la Beneficencia Pública en todos los juicios y procedimientos en los que ésta participa y de gestionar el otorgamiento de apoyos a programas y proyectos de salud con cargo a sus recursos patrimoniales y presupuestarios autorizados.

Los apoyos otorgados para la promoción, prevención, atención, investigación y educación en materia de salud se realizan conforme a tres rubros fundamentales: i) ayudas funcionales a personas físicas; ii) apoyos financieros a proyectos de coinversión con OSC sin fines de lucro, y iii) programas especiales.

AYUDAS FUNCIONALES A PERSONAS FÍSICAS

Las ayudas funcionales se otorgan a personas de escasos recursos sin cobertura de seguridad social que están bajo tratamiento o rehabilitación en los institutos nacionales, hospitales generales o de alta especialidad, regionales o estatales, así como a quienes requieren algún implemento de alto costo para rehabilitarse, superar su problema de salud o inclusive para salvar la vida. Tales implementos son de diversa índole: neurológicos (guías, microguías, stents, catéteres y coils), respiratorios (concentradores de oxígeno, equipo cpap y equipo bipap), cardio-vasculares (válvulas cardíacas, balones inowe oxigenadores, hemoconcentradores, amplatzer y sistema de liberación), quirúrgicos (material de osteosíntesis, tornillos, barras, clavos), y ortopédicos (prótesis, fijadores externos, sistemas universales de columna y sillas de ruedas).

Durante el periodo de septiembre de 2009 a agosto de 2010 se benefició a 389 personas con ayudas funcionales adquiridas con recursos federales, con un monto equivalente a 9.2 millones de pesos. Asimismo, mediante recursos patrimoniales por un monto de 2.1 millones de pesos, se apoyó a 63 personas con ayudas funcionales.

En el mismo periodo que se informa, y a través del esquema de potenciación de recursos con las Beneficencias Públicas Estatales, se favoreció con diversas ayudas funcionales a 838 personas provenientes de 16 entidades federativas. El monto de estas ayudas ascendió a 11.5 millones de pesos, de los cuales el PBP aportó 5.7 millones.

APOYOS FINANCIEROS A PROYECTOS DE COINVERSIÓN CON OSC

En este rubro se otorgan apoyos para que las OSC puedan llevar a cabo, bajo un esquema de coinversión, proyectos de alto impacto en materia de salud orientados principalmente a los siguientes temas: prevención, atención y rehabilitación integral de las personas con discapacidad; prevención y control del sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus y riesgo cardio-vascular, y prevención, detección y atención temprana del cáncer cérvico-uterino y de mama. Durante el periodo que se informa, se apoyó con recursos federales por un monto de 19.5 millones de pesos a 90 proyectos de coinversión presentados por OSC. Asimismo, con 14.6 millones de pesos provenientes de recursos patrimoniales se apoyaron nueve proyectos. Mediante el esquema de potenciación de recursos con las Beneficencias Públicas Estatales, OSC sin fines de lucro y diversos agentes multiplicadores, se apoyaron 40 proyectos cuyo monto total fue de 23.5 millones de pesos, de los cuales el PBP aportó 3.3 millones de pesos.

PROGRAMAS ESPECIALES

Con motivo del brote epidémico de Influenza A(H1N1), los gobiernos de España, China, Corea y la alcaldía de Nagoya, Japón, donaron 26.9 millones de pesos, mismos que fueron destinados a la compra de equipo médico, medicamentos, agentes de diagnóstico, material quirúrgico y de curación, así como productos higiénicos solicitados por los hospitales e institutos de la SS para atender casos de influenza declarados. El destino de dichos recursos se determinó por un grupo colegiado integrado por servidores públicos de las Secretarías de Salud y de la Función Pública, encabezado por el Comisionado Nacional para la Influenza.

PATRIMONIO INMOBILIARIO

Al inicio del periodo que se informa había 975 juicios en trámite de los cuales 445 estaban activos y 530 inactivos, con 54.4 por ciento de inactividad procesal de los asuntos en trámite. Posteriormente se reactivaron 250 juicios, con lo que dicho porcentaje descendió a 33.3 por ciento. Asimismo, al inicio del periodo se tenían 5 mil 250 expedientes de sucesiones intestamentarias, de los cuales se revisaron 619, dando de baja administrativa 500 e iniciando el juicio sucesorio intestamentario correspondiente en 19 casos.

Como consecuencia de acciones concretas de control y supervisión, se recuperaron tres inmuebles que se encontraban invadidos. Con respecto a la administración del patrimonio inmobiliario del PBP, se realizaron 75 dictámenes técnicos del estado físico de los inmuebles, se requirió la regularización de 249 contratos de arrendamiento que presentaban adeudos y se solicitó la rescisión de contratos y el desalojo de los arrendatarios de 23 inmuebles que carecen de las condiciones mínimas de seguridad para las personas. En el periodo del que se informa se obtuvieron 7 millones 616 mil 214 pesos por concepto de rentas (monto superior en un 58.3 por ciento al del periodo inmediato anterior).

Actualmente, se tienen diecisiete inmuebles del PBP otorgados en comodato a la SS, veintitres a los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, nueve al DIF Nacional, dos al DIF del Distrito Federal, uno al ISSSTE y trece a OSC sin fines de lucro.

ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

El seguimiento oportuno de la aplicación del gasto permitió ejercer la totalidad de los recursos federales asignados durante 2009, de conformidad a la normatividad aplicable. El presupuesto autorizado para 2010 asciende a 71.3 millones de pesos, monto que le permitirá a la APBP continuar con el apoyo a programas y proyectos. Al 31 de agosto de 2010 se estima haber ejercido recursos federales por 5 millones de pesos en ayudas funcionales para personas físicas y por 19.7 millones en donativos a OSC para la realización de proyectos de coinversión.

La APBP cuenta con una plantilla en 2010 de 161 plazas, de las cuales 20 están sujetas a la Ley del Servicio Profesional de Carrera. En 2009 se obtuvo un avance de 56.1 puntos de los 60.6 comprometidos en lo que corresponde a los indicadores del Modelo Integral de Evaluación del Servicio Profesional de Carrera.

Referente al Programa Anual de Capacitación, de las 75 acciones programadas en 2009 se realizaron 58, para un porcentaje de cumplimiento de 72.6. Las 17 acciones faltantes no se llevaron a cabo por el brote epidémico de la influenza A(H1N1); sin embargo, se otorgaron 40 horas de capacitación a todos los servidores públicos de carrera.

Con base en el diagnóstico de detección de necesidades de capacitación, se realizó el Programa Anual de Capacitación 2010, el cual fue autorizado por el Comité Técnico de Profesionalización. Para el 30 de junio del 2010, se tienen realizadas ocho de 10 acciones de capacitación, 670 de 719 horas de capacitación y 44 de 52 servidores públicos capacitados.

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 CCINSHAE es la unidad administrativa responsable de coordinar al subsector de instituciones dedicadas a la investigación, la atención médica de alta complejidad y a la formación y enseñanza de recursos humanos. Está integrada por 12 institutos nacionales de salud, seis hospitales federales de referencia, cinco hospitales regionales de alta especialidad, el Instituto de Geriátría, los servicios de atención psiquiátrica y los centros nacionales de trasplantes y de la transfusión sanguínea.

Las actividades de coordinación que la CCINSHAE lleva a cabo favorecen el desarrollo y difusión de los avances del conocimiento; la formación de profesionales en congruencia con las necesidades del sistema de salud y la prestación de servicios de atención médica de alta calidad para responder a las demandas de la población mexicana. Durante el periodo de septiembre 2009 a agosto 2010 destacan las siguientes acciones:

El 21 de agosto de 2009, la Comisión Coordinadora, en conjunto con el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, organizó la segunda “Cátedra Gonzalo Río Arronte”, en la cual se dictó la conferencia *Scientific Challenges of the 21st century: From Risk Factors to Imaging and Genomics* por el Dr. Valentín Fuster, prestigiado cardiólogo a nivel mundial. Mediante esta exposición se compartieron experiencias en materia de cirugía cardíaca y se analizó el futuro de la atención de padecimientos cardiovasculares, los cuales representan un problema mundial de salud pública y son una de las principales causas de muerte a nivel nacional. Cabe señalar que durante el evento se realizó una sesión conjunta con la Academia Nacional de Medicina, lo que favoreció la divulgación científica entre la comunidad profesional. El evento contó con la participación de más de 400 asistentes.

Durante 2009, se realizó la evaluación para el ingreso y permanencia de los investigadores dentro del Sistema Institucional de Investigadores, proceso que favorece el desarrollo institucional y el trabajo de los científicos, así como la ampliación de la planta de investigadores en los Institutos Nacionales y en los Hospitales de Alta Especialidad.

Como parte de la respuesta del sector salud ante la pandemia de influenza A(H1N1), la CCINSHAE y las instituciones coordinadas elaboraron en 2009 instrumentos que apoyaron a las instituciones para enfrentar este evento epidemiológico. Destacan los documentos técnicos para la preparación de la atención durante la emergencia, los protocolos y reportes acerca del virus y el desarrollo de los sistemas de georreferenciación de casos.

Los INS Salud y los HAE se mantienen a la cabeza en materia de generación de conocimientos de vanguardia. Ejemplo de ello es la publicación internacional sobre las características del virus causante de la epidemia en México (primera en su tipo) y la secuenciación genómica de dicho virus. Asimismo, los resultados de las investigaciones que desarrollan estas instituciones han servido de base para la elaboración e implantación de diversos programas nacionales, como el de obesidad y el de atención a las adicciones; o como apoyo para el desarrollo de sistemas georreferenciados; de vigilancia epidemiológica y de investigación genómica. Destaca también el desarrollo de encuestas nacionales relacionadas con diversos aspectos de la salud y sobre las necesidades prioritarias de la población del país.

Respecto a los servicios de atención médica que otorgan las instituciones que agrupa la CCINSHAE, anualmente se otorgan 3.5 millones de consultas médicas en promedio y se generan cerca de 200 mil egresos, de los cuales 91 por ciento son por mejoría. Estos servicios benefician principalmente a población sin seguridad social que, además, en muchos casos, padece enfermedades crónicas en fases avanzadas. En lo que se refiere a la atención de los casos de influenza, se brindaron servicios médicos a 15 mil pacientes, de los cuales aproximadamente 40 por ciento requirieron de atención en las unidades de terapia intensiva.

En materia de formación y capacitación de recursos humanos, anualmente se forman en estas instituciones 3 mil 300 especialistas y más de 200 alumnos a nivel de maestría y doctorado, en promedio, los cuales fortalecerán al sistema al reincorporarse a los diferentes niveles de atención a la salud en las diversas instituciones que conforman al sector salud. Asimismo, se realizan actividades de educación médica continua, presencial y a distancia; se capacita a servidores públicos en salud, y se proporciona educación en salud a la población usuaria.

La CCINSHAE, en congruencia con la implementación del Presupuesto Basado en Resultados en las 26 entidades y unidades que coordina, dio seguimiento a los indicadores comprometidos en los ejercicios presupuestales 2009 y 2010 obteniendo resultados acordes a lo programado. Por otra parte, en mayo de 2010 la CCINSHAE participó en el Taller de Mejoramiento de la Matriz de Marco Lógico 2011 convocado por el CONEVAL, el cual se efectuó en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas. En éste participaron los responsables de las áreas médicas, de enseñanza e investigación de todas las entidades y unidades coordinadas, con lo cual se generó la propuesta de matriz de marco lógico para 2011, en la que destaca la incorporación de las actividades para el desarrollo de los recursos humanos dentro del rubro de formación de especialistas para la salud; así como el fortalecimiento de los programas de investigación y de atención médica.

En el marco del SED, la CCINSHAE se incorporó al Programa Anual de Evaluación del CONEVAL a través de la realización de la Evaluación Específica de Desempeño de los programas presupuestarios: *Formación de recursos humanos especializados para la salud, Investigación y desarrollo tecnológico en salud y Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud*. En el segundo semestre de 2010 se efectuará la Evaluación de Diseño de los programas mencionados.

Como parte de la coordinación al interior de la Comisión, de septiembre de 2009 a agosto de 2010 se han efectuado sesiones mensuales con los titulares de planeación de las entidades, en las que se han abordado temas como expediente clínico electrónico, referencia y contrarreferencia de pacientes, tabuladores de cuotas de recuperación, financiamiento a través del FPGC e implementación de SICALIDAD, entre otros. Con ello se han compartido experiencias y mejores prácticas y se han detectado áreas de oportunidad para enfrentar las restricciones presupuestales.

Del mismo modo, se realizó la revisión de los PAE *Medicina de Alta Especialidad y de Investigación en Salud 2007–2012*, a fin de fortalecer las acciones para obtener resultados concretos y cumplir con las metas establecidas.

Una función importante para la CCINSHAE es la difusión y divulgación de los resultados obtenidos con el desarrollo de las actividades de las entidades coordinadas, destacando, como parte de las acciones de comunicación social, el incremento de entrevistas proporcionadas a diversos medios de comunicación; en el periodo de referencia se otorgaron mil 004 entrevistas, cifra notablemente superior a las 460 del periodo previo. De las mil 004 entrevistas otorgadas, 37.1 por ciento se transmitió por televisión; 39.1 por ciento a través de la radio; 20.8 por ciento en prensa escrita; dos por ciento en Internet y uno por ciento en medios extranjeros de diversa índole.

La Dirección General de Políticas de Investigación en Salud, con apego a las directrices establecidas por la Dirección General de Comunicación Social de la SS, difunde, como medio oficial de la Comisión, el Boletín Informativo, a través del cual se proporciona información sobre el quehacer de la Comisión y las unidades coordinadas, así como sobre los eventos y actividades científicas que impulsen el desarrollo y desempeño de los trabajadores de la salud.

5.1 DIRECCIÓN GENERAL DE POLÍTICAS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Esta dirección es responsable de promover la investigación científica en salud; coordinar los esfuerzos para mejorar los entornos normativos, de financiamiento, de desarrollo de los investigadores, de vinculación y difusión, y de establecer mecanismos de control para la investigación médica que se realiza en el sector salud en el país.

De septiembre de 2009 al primer semestre de 2010, se continuó implementando las acciones plasmadas en el PAE 2007-2012. *Investigación para la Salud*, con el propósito de consolidar la rectoría nacional en materia de investigación en salud.

En materia de vinculación o interrelación con otros actores del Sistema Nacional de Salud y del Sector Social, específicamente en cuanto al financiamiento de la investigación, las tres principales instituciones del sector (SS, IMSS e ISSTE) y el CONACYT aportaron recursos al FOSISS, participando de manera colegiada en la determinación de las prioridades y en el proceso de aprobación y seguimiento de los financiamientos. Con ello:

- El 28 de agosto de 2009 se presentaron los resultados de la convocatoria FOSISS 2009/01, en la cual fueron aprobados 170 proyectos de investigación, entre los cuales se distribuyó un monto total de 166.9 millones de pesos.
- El 25 de noviembre de 2009 se dio a conocer la Convocatoria Extraordinaria del FOSISS para investigación en influenza A(H1N1), la cual contó con un apoyo de 100 millones de pesos, repartidos entre 41 proyectos aprobados.
- El 8 de marzo de 2010 se dio a conocer la Convocatoria FOSISS 2010/01, para la cual se dispone de un monto aproximado de 100 millones de pesos para financiar proyectos de investigación científica y tecnológica, cantidad menor en 67 millones con respecto de 2009.
- El 10 de junio de 2010 se firmó el convenio de colaboración de investigación del Hospital Juárez con el CINVESTAV, iniciándose el trabajo con cuatro proyectos entre ambas instituciones.
- Del 11 al 13 de agosto de 2010 se realizó una reunión en la que se presentaron los resultados obtenidos por los 273 proyectos que han sido apoyados por FOSISS desde sus inicios en 2002.

En el renglón de las acciones para incentivar la investigación en ciencias de la salud:

- Se continuó con la emisión semanal del Boletín Informativo, instrumento de difusión académica vía electrónica, a través del cual se proporciona información sobre oportunidades de apoyo a la investigación; becas e intercambios científicos; vinculados a la base de datos del Sistema Institucional de Investigadores de la SS.
- Se implantó el PROBEI dirigido a estudiantes de los últimos años de las carreras de la salud a fin de fomentar la investigación. En 2009/2010 se tienen 200 alumnos registrados y se prevé emitir en septiembre de 2010 una nueva convocatoria.

Respecto a los resultados alcanzados por concepto de productividad científica, se dispone de los siguientes datos:

- La plantilla de investigadores ascendió a mil 223 en los INSalud, a 69 en los HFR y a 12 en los HRAE.
- El número de investigadores de los INSalud inscritos en el SNI fue de 689.
- Los investigadores en ciencias médicas de los INSalud publicaron un total de mil 657 artículos en revistas científicas periódicas.

5.2 DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD

De conformidad con el artículo 21 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, a esta unidad le corresponde, entre otras, someter a aprobación del titular de la CCINSHAE las políticas, lineamientos, criterios, sistemas y procedimientos de carácter técnico en materia de funcionamiento y operación aplicables a los 12 INS Salud que se encuentran bajo su coordinación. Con base en ello, las actividades más importantes llevadas a cabo entre septiembre de 2009 y agosto de 2010 fueron las siguientes:

- Se realizaron 24 sesiones ordinarias y cinco extraordinarias de las juntas de gobierno de los Institutos Nacionales de Salud y se colaboró en 12 sesiones ordinarias de los Hospitales Federales: General de México, Juárez de México y Dr. Manuel Gea González, en apoyo a la Dirección General de Coordinación de los HFR.
- También se apoyó a la realización de 18 sesiones ordinarias y tres extraordinarias de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad del Bajío, de Oaxaca, de la Península de Yucatán, de Ciudad Victoria Bicentenario 2010 y del Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas. Por último, se organizó la primera sesión ordinaria del Consejo Interno del Instituto de Geriátrica, dando seguimiento puntual al funcionamiento en investigación, formación de recursos humanos, asistencia médica y administración.
- En materia de estructuras de gobierno, se organizaron los procesos de selección para los nuevos directores generales de los Institutos Nacionales de Medicina Genómica y de Pediatría; se entregaron nombramientos de miembros de las Juntas de Gobierno de las entidades que coordina la CCINSHAE y se participó como invitado permanente, en representación del titular de la Comisión, en 48 sesiones de los Comités de Control y Auditoría de los INS Salud.
- Se emitieron ocho opiniones técnicas a iniciativas de reformas, presentadas por diputados y senadores, relacionadas con modificaciones a diversas leyes en materia de salud y se brindó asesoría jurídica a directivos de las instituciones coordinadas por la Comisión, principalmente en materia administrativa y presupuestaria, a efecto de coadyuvar con su óptimo funcionamiento y en apoyo a otras áreas de esta Comisión.
- En materia de actividades sustantivas, los INS Salud, durante el periodo que se informa, publicaron un total de mil 657 artículos en revistas indexadas, correspondiendo 665 a los grupos 1 y 2; y 992 a los grupos 3, 4 y 5. La productividad científica es de 1.5 artículos por investigador.
- Respecto de la prestación de servicios de atención médica, se otorgaron un total de 300 mil 445 consultas, correspondiendo 268 mil 692 a consulta externa y 31 mil 753 a urgencias y admisión continua. La ocupación hospitalaria en el periodo fue de 82.5 por ciento.
- Se participa como vocal en el Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud, cuya coordinación está a cargo de la DGIS. Actualmente se están revisando los formatos para los certificados de defunción y de muerte fetal, así como la cédula de discapacidades y se lleva a cabo la revisión quinquenal de la NOM 040 en materia de información en salud.
- Se coordinaron 12 reuniones del Comité de Medicamentos en las que se han analizado, en colaboración con el Consejo de Salubridad General, temas como farmacovigilancia, cuadro básico y catálogo de medicamentos del Sector.
- Se coordinaron 12 reuniones de trabajo con los titulares del área de enfermería de los Institutos a efecto de consensuar políticas internas en materia de: i) mejora de procesos en congruencia con el programa SICALIDAD; ii) gestión de cursos de alta especialidad con la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, y iii) reclutamiento del personal de enfermería.
- Se participó en las reuniones del grupo de trabajo del *Comité de Referencia y Contrarreferencia Pediátrica del Distrito Federal y área conurbada del Estado de México*, y se coordina desde el primer trimestre de 2010 la homologación institucional de los procesos de referencia-contrarreferencia, cuotas de recuperación, consulta externa y cita telefónica.
- Se integraron 21 grupos de análisis y reflexión en temas diversos, como demencias, obesidad y síndrome metabólico, cuidados paliativos, influenza A(H1N1), medicamentos, atención integral al niño maltratado,

trasplantes, osteoporosis, atención de factores de riesgo cardiovascular, infecciones nosocomiales, atención a la mortalidad materna y perinatal, atención de las adicciones y atención a quemados.

- Como parte de las acciones extraordinarias derivadas de la pandemia de influenza A(H1N1), se aplicó la vacuna de influenza estacional a todo el personal de los INSalud; se difundió el directorio de unidades que conforman la Comisión; se envió a la oficina del Secretario de Salud un informe diario, cada seis horas, sobre el reporte estadístico de casos sospechosos, confirmados y defunciones que se presentaron en estas unidades durante 2009. También se instaló la Red Mexicana de Investigación Clínica en Enfermedades Emergentes y se impulsó la elaboración de protocolos de investigación relacionados con el virus de la influenza A(H1N1), entre otros, trabajos sobre la patogenicidad e infectividad del agente, la eficacia de la vacuna, modelos matemáticos de génesis de la epidemia, eficacia y farmacodinamia del Oseltamivir versus Zanamivir y sobre rutas genómicas de la infección por A(H1N1).
- A fin de enfrentar los problemas relacionados con los médicos residentes y favorecer su desarrollo y condiciones profesionales, se realizaron 12 reuniones de trabajo con los Directores de Enseñanza y 12 con los Jefes de Médicos Residentes de los Institutos y HFR. En estas reuniones se generaron propuestas relacionadas con el ingreso y registro de este personal, inclusión en la nómina, revisión de programas educativos, servicio social profesional y rotación de residentes médicos.
- Durante el 14 y 15 de enero de 2010, se realizó la III Jornada de Médicos Residentes de los INSalud y HFR en el Instituto Nacional de Rehabilitación. El tema central de esta jornada fue *La obesidad en México: un problema de todos*, contándose con una asistencia de 570 participantes.
- Se realizó la primera encuesta de satisfacción de la supervisión clínica a médicos residentes. Los resultados preliminares se presentaron en el Primer Encuentro para el Fortalecimiento de Residencias Médicas, dentro del Segundo Congreso Internacional de Educación Médica de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina.

5.3 DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN DE LOS HOSPITALES FEDERALES DE REFERENCIA

Para contribuir a elevar el nivel de salud y calidad de vida de los mexicanos, la DGHFR establece y conduce estrategias gerenciales, operativas y administrativas para el adecuado funcionamiento de la Red Hospitalaria de Medicina de Alta Especialidad, la cual opera a través de tres organismos públicos descentralizados —el Hospital General de México, el Hospital General Dr. Manuel Gea González y el Hospital Juárez de México—, y de tres organismos centralizados —el Hospital de la Mujer, el Hospital Juárez del Centro y el Hospital Nacional Homeopático—.

- En cumplimiento a las metas establecidas en el PAE 2007–2012 *Medicina de Alta Especialidad*, se logró acreditar el Hospital Juárez de México y el Hospital General Dr. Manuel Gea González en la operación del CAUSES, el cual sustenta la atención a los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud. Asimismo, se concluyeron los diagnósticos situacionales de los proyectos: Atención a la Mujer, Hospital Seguro, Abasto de Medicamentos, Guías de Práctica Clínica, Referencia y Contrarreferencia, Modelo de indicadores de Gestión y Desconcentración del Hospital de la Mujer, para su implantación en los HFR a fin de brindar servicios de salud más eficientes.
- El Hospital General de México logró la certificación del Banco de Sangre en el Sistema de Gestión de Calidad conforme a la Norma ISO 9001:2000, mientras que el Hospital General Dr. Manuel Gea González certificó el Laboratorio Clínico.
- En materia de Seguridad del Paciente, los HFR participan en la prevención de los eventos adversos, a través de la identificación inequívoca de pacientes, prevención de caídas y de infecciones nosocomiales. Asimismo, se han sumado a la campaña *Está en tus manos* y a la campaña sectorial *Cirugía Segura Salva Vidas*, la cual tuvo su lanzamiento en la CCINSHAE el 16 de marzo, con la firma de la carta de adhesión y la adopción de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía y su integración al expediente clínico. Por otra parte, se realizaron tres cursos sobre seguridad del paciente en los hospitales de la CCINSHAE, con una asistencia de 530 trabajadores.

- Se realizaron los siguientes Proyectos de Mejora de la Calidad Técnica: i) mejora de la preparación y ministración de medicamentos vía endovenosa realizado en los servicios de cuidados intensivos de adultos y neonatales del Hospital General de México; ii) disminución en cinco puntos porcentuales de la tasa de Infección nosocomial en la unidad de cuidados intensivos del mismo hospital; iii) implementación de la cédula de identificación de la gestante con riesgo de muerte materna en el Hospital de la Mujer, y iv) estandarización del proceso de atención del recién nacido sometido a fototerapia en la misma unidad.
- Se cumplió con la meta de realizar la difusión de los Cuidados Paliativos a través de una reunión que contó con la asistencia de 59 trabajadores pertenecientes a los HFR, INSalud y HRAE, en colaboración con la Dirección General de Calidad y Enseñanza en Salud y el INER.
- Como parte de la estrategia de Aval Ciudadano y con la participación de universidades y organizaciones no gubernamentales, se firmaron las cartas compromiso que promueven la mejora en la atención en los servicios de urgencias de los HFR.
- Con el fin de aumentar y mejorar la cobertura de los HFR, se integraron los criterios de admisión de pacientes de primera vez, los cuales serán difundidos en las unidades de primer y segundo nivel de atención.
- A fin de identificar mejores prácticas, en colaboración con los hospitales e institutos de la CCINSHAE, se llevan a cabo reuniones de trabajo y la difusión del SICALIDAD. En colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública, se han difundido las mejores prácticas en el seminario de *Calidad en los Servicios de Salud*.
- Se realizaron dos talleres de evaluación para la mejora del expediente clínico integrado y de calidad, en colaboración con la DGCES, dirigidos a los gestores de calidad de la CCINSHAE y a los jefes de enseñanza y enfermería de los HFR.
- Se recertificó, por el Consejo de Salubridad General, el Hospital General de México, y el Hospital Juárez de México desplegó un programa de trabajo para su recertificación en el primer semestre de 2010.
- Los HFR, en colaboración con 30 unidades de Primer Nivel de Atención de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, participan en el Programa de Telemedicina con los cursos de manejo del embarazo de alto riesgo para disminuir la mortalidad materna y el de síndrome metabólico.
- Como parte del Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Influenza, la DGHFR integró el Comité de Atención de Enfermedades Emergentes, en el cual coadyuvó a generar e integrar la información para la actualización epidemiológica de la reserva estratégica de medicamentos e insumos a nivel nacional, en colaboración con el IMSS, ISSSTE, SSGDF, SEGOB, SEDENA. Para ello, se adaptó el modelo de la OPS para el cálculo de necesidades. Del mismo modo, y bajo el liderazgo de la Coordinación de Asesores del Secretario de Salud y del CENAPRA, se participó en el grupo de alto nivel interinstitucional para elaborar los lineamientos para el manejo único de la pandemia de influenza a nivel nacional.
- En cuanto a los proyectos de reconstrucción de hospitales, se continúan las acciones del Comité instalado desde 2008 para concluir el proyecto del Hospital Juárez del Centro. En este sentido, durante octubre de 2009 se realizaron sesiones extraordinarias con representantes de las Direcciones Generales involucradas (DGAJ, DGDIF, DGPOP, CENETEC, DGRMSG, DGTI, HJC, HNH y DGCHFR) a fin de dar seguimiento puntual al proyecto de obra, de equipamiento (procesos de licitación) y al presupuesto respectivo, así como para integrar la memoria fotográfica de la obra. A mayo de 2010, la construcción presenta un avance de 80 por ciento.
- Por otro lado, se revisaron los planos del proyecto médico arquitectónico para la reconstrucción del Hospital Nacional Homeopático, contando con el apoyo de la DGDIF y de la UNAM. En 2009, con la asesoría de CENETEC, se integró el documento consolidado de mobiliario, equipo médico y administrativo y se realizó la memoria fotográfica de la obra; mientras que para la reconstrucción y remodelación del edificio destinado a investigación se realiza un análisis y retroalimentación de diferentes instituciones de investigación, a fin de definir la mejor opción para establecer el área física y su equipamiento.
- Como parte del Proyecto de Elaboración de Guías de Práctica Clínica, coordinado por el CENETEC, se llevó a cabo la integración del diagnóstico de GPC en los HFR, mientras que el número de médicos adscritos a los HFR que han participado en la elaboración de las GPC son los siguientes: HGM 28 médicos; HGG seis; HJM tres y HM cinco médicos. En este rubro, la participación de la DGCHFR es de apoyo para el

cumplimiento del programa de acuerdo a los lineamientos emitidos por CENETEC. En diciembre de 2009, se identificaron en el Catálogo Maestro de GPC las primeras siete GPC, según especialidad:

- Gineco-Obstetricia: 1) Prevención y diagnóstico oportuno del cáncer de mama en primer nivel de atención, GO-001-SS-2008 y 2) Prevención y diagnóstico oportuno de la infección del tracto genitourinario inferior por Chlamidia Trachomatis en el primer nivel de atención, GO-002-SS-2008.
- Pediatría: Atención del traumatismo craneoencefálico en menores de 18 años, PED-001-SS-2008.
- Cirugía General: 1) Prevención, diagnóstico y tratamiento oportunos de la enfermedad hemorroidal en el primer nivel de atención, CG-001-SS-2008; 2) Diagnóstico oportuno del cáncer de testículo en el primer y segundo nivel de atención, CG-002-SS-2008 y 3) Prevención, diagnóstico y tratamiento oportunos del pie diabético en primer nivel de atención. CG-003-SS-2008.
- Medicina Interna: Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad arterial periférica, MI-001-SS-2008.
- A partir de marzo de 2010, el Catálogo Maestro de GPC se incrementó a 115 Guías en sus modalidades de *Resumen de Evidencias y Recomendaciones* y *Guía de Referencia Rápida*. La difusión de las 115 GPC, en sus dos modalidades, dio inicio el pasado 4 de junio de 2010, a través de correos electrónicos y oficios enviados a los Directores Generales de los seis HFR. Por otra parte, al 8 de abril de 2010 se han actualizado un total de 21 GPC, mismas que tenían cuatro años de haber sido elaboradas. En este sentido, la participación de los HFR en la elaboración de las GPC continuará bajo la coordinación del CENETEC. La liga para descargar las 115 GPC mencionadas es: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
- Durante el segundo semestre de 2009 se elaboró el diagnóstico situacional de los HFR en materia del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes, así como el manual de procedimientos del mismo Sistema y las propuestas internas al programa del trabajo. Como parte del PAE 2007–2012 *Medicina de Alta Especialidad* y del Programa de Mejora de la Gestión 2010, en enero de 2010, conjuntamente con la CCINSHAE, se establecieron las tareas de fortalecimiento operativo del SRCP, con lo que la DGHFR ha participado en la integración específica del programa de trabajo general, el manual de procedimientos y en la revisión de una cédula para el diagnóstico del SRCP en las unidades de la CCINSHAE.
- Se concluyó la capacitación y actualización complementaria de los evaluadores del *Hospital Seguro*, la cual se realizó en las instalaciones de la Academia Nacional de Cirugía. Además, se está participando conjuntamente con la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud en el *Plan de Preparación y Respuesta Hospitalaria ante Desastres*, con el objeto de consolidar un solo documento rector.
- Como parte del Programa de Mejora de la Gestión, se participó a nivel interinstitucional con los OIC del IMSS, ISSSTE y de la propia SS, a fin de implementar las estrategias para el abasto de Medicamentos y así cumplir la meta presidencial de recetas surtidas al 100 por ciento y el abasto intrahospitalario suficiente y oportuno. Cabe señalar que para los HFR sólo aplica a farmacias intrahospitalarias ya que no otorgan medicación a pacientes ambulatorios como en las instituciones de seguridad social.

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

Dentro de las facultades de esta Dirección General destacan las de establecer la planeación estratégica para la gestión hospitalaria, asesorar al órgano de gobierno de cada HRAE y establecer una cultura de gestión corporativa. En el cumplimiento de estas facultades, se realizaron las siguientes acciones:

- Basados en la información epidemiológica, demográfica y socioeconómica, de infraestructura médica y, particularmente, en la demanda de servicios de alta especialidad de la población a la que atienden cada uno de los HRAE, se establecieron los programas para incrementar los servicios y dirigir los esfuerzos a acciones específicas que permitan el aumento de la productividad y la focalización en la apertura o consolidación de áreas en atención a esas necesidades.
- A efecto de dar continuidad al fortalecimiento o apertura de nuevos servicios en los HRAE, se llevaron

- a cabo diversos procesos de selección de personal en los que se contó con la participación del Sindicato Nacional de Trabajadores de la SS. Al mes de mayo de 2010, la suma de las plantillas ocupadas en los seis hospitales asciende a 3 mil 797 trabajadores, equivalente al 65 por ciento de las plantillas autorizadas; los Hospitales con mayor cobertura de plantilla son Oaxaca y Bajío, con niveles cercanos al 80 por ciento. Actualmente se realiza el reclutamiento de personal para los HRAE Ciudad Victoria y Bajío.
- Respecto del proyecto denominado Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca y Unidad de Apoyo, se desarrollo la planeación del mismo y se da seguimiento, a través de la Junta de Coordinación, a los acuerdos entre el inversionista-proveedor y la SS, los cuales contemplan la funcionalidad operativa médico-arquitectónica, el equipamiento y el instrumental médico-quirúrgico. Actualmente, el hospital se encuentra en etapa de construcción.
 - Asimismo, con el objeto de dar certeza jurídica al HRAE de Ixtapaluca, se realizaron diversas gestiones que permitan obtener el Decreto de creación como Entidad. Dichas gestiones incluyen la solicitud para obtener el costo y suficiencia presupuestal, así como la determinación de perfiles y valuación de puestos, para lo cual se generaron las descripciones de cada puesto y el perfil respectivo de los niveles de mando del Hospital. Con estos elementos se conformó la carpeta para solicitar el Dictamen de Impacto Presupuestal ante la SHCP
 - Por lo que corresponde a la capacitación y formación de personal docente de los HRAE, participaron 42 médicos y enfermeras en el *Primer Diplomado de Docencia en Línea InSalud*, organizado por el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes y realizado de julio a octubre de 2009. El objetivo del diplomado fue capacitar al respecto de los principios pedagógicos y disciplinas relacionadas con el proceso de aprendizaje-enseñanza.
 - En coordinación con la DGCES, los HRAE se integraron al programa de Servicio Social Profesional para las especialidades de Cirugía General, Medicina Interna, Pediatría y Anestesiología. El programa inicio en noviembre de 2008 en el Hospital de Especialidades Pediátricas del Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas y actualmente participan todos los HRAE. Por otra parte, en coordinación con los INSalud y HFR, a partir de marzo 2010 se integraron al programa médicos residentes de las diferentes especialidades médico-quirúrgicas que están en el último año del programa académico de especialidad.
 - En coordinación con la DGCES, los HRAE se integraron como campo clínico para el ciclo académico de internado de pregrado de la carrera de Médico Cirujano de la Facultad de Medicina de la UNAM y se consolidó el convenio entre esta facultad y los HRAE. A partir de enero de 2010 realizan el internado de pregrado 54 médicos en estos hospitales.

CUADRO V.1 SERVICIO SOCIAL PROFESIONAL Y ESPECIALIDADES MEDICO-QUIRURGICAS CICLO ACADÉMICO 2009-2010

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD	NO. DE RESIDENTES
Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío	29
Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca	46
CRAE. Especialidades Pediátricas, Tapachula, Chiapas	27
CRAE. Ciudad Salud. Tapachula, Chiapas	77
Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria, Tamaulipas	20

FUENTE: Secretaría de Salud. Comisión Coordinadora Institutos Nacionales de Salud y Hospitales Alta Especialidad, con base en los datos de la DGCES.

- Por lo que corresponde a la colaboración con los órganos de gobierno de cada hospital, se realizaron en tiempo y forma un total de 20 sesiones, con el establecimiento de acuerdos que permitieron el mejor desempeño de estas unidades.
- Se participó en 16 sesiones de los Comités de Control y Auditoria, cuatro para cada HRAE, de acuerdo a la implementación legal indicada por la SFP a través del OIC en cada HRAE, a excepción del HRAE Victoria.
- Con el propósito de servir de enlace entre el Titular de la Comisión Coordinadora y los Directores Generales de los HRAE, se llevaron a cabo diez reuniones en el periodo que se informa; en tales reuniones se establecieron líneas estratégicas de acción y toma de decisiones aplicables en lo general a todos los HRAE.

5.5 DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRACIÓN

La Dirección General de Gestión Financiera y Administración de la CCINSHAE tiene entre sus responsabilidades las de establecer las políticas, normas, sistemas y procedimientos para la programación, presupuestación y administración integral de los recursos de la Comisión; instrumentar las políticas subsectoriales, metodologías, indicadores y criterios para la gestión de programas y proyectos de inversión; aprobar modelos de financiamiento hospitalario de alta especialidad que favorezcan la operación con elevados índices de efectividad y calidad, y desarrollar estrategias de vinculación y negociación para los organismos y unidades coordinadas.

Entre septiembre de 2009 y agosto de 2010, en materia de desarrollo de la infraestructura, se trabajó en la inversión tanto en obra pública como en adquisición de mobiliario y equipo médico y de investigación para mejorar la atención médica, enseñanza e investigación en los institutos y hospitales coordinados por la Comisión. En este sentido, se presentaron seis proyectos para ser financiados con recursos del Fideicomiso de Protección Social en Salud —Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos— Industria Tabacalera, uno correspondiente al HGG, que se ejecutó de septiembre a diciembre de 2009, y cinco a ejecutarse de enero a agosto de 2010, correspondientes al INCMNSZ, INNNMVS, INERICV, INCICH y HIMFG.

En agosto de 2010 se concluyeron 14 proyectos de inversión en infraestructura para construcción nueva, remodelación y ampliación de las instalaciones hospitalarias, así como para la modernización del equipamiento. Estos proyectos se distribuyeron de la siguiente forma: INCMNSZ, INNNMVS, INCICH y INERICV con dos proyectos cada uno; INP, HGG y INPRF con un proyecto cada uno y COFEPRIS con tres proyectos; cabe señalar que este último se gestionó a través de la Comisión, a fin de apoyar programas de prevención contra riesgos sanitarios provocados por el tabaquismo. Adicionalmente, cuatro proyectos (BIRMEX y los Centros Estatales de Transfusión Sanguínea de Chiapas, Hidalgo y Campeche) se dieron de baja debido a modificaciones en sus necesidades. Por otro lado, el proyecto vinculado al INPER está en trámite para su reactivación.

Actualmente, están en proceso cinco proyectos de inversión social que benefician al INCMNSZ, INERICV, HGM, HIMFG y HGG. Estos proyectos son financiados con 586.3 millones de pesos, obtenidos del FPGC, de los cuales se ejercieron 168.4 millones de pesos de septiembre a diciembre de 2009 y 98.1 millones de enero a junio de 2010. Los recursos son destinados a mejorar los servicios de atención hospitalaria en forma integral, por lo que se busca apoyar desde los programas de prevención de enfermedades relacionadas con gastos catastróficos hasta la realización de estudios de diagnóstico, tratamiento y hospitalización.

Durante el segundo semestre de 2009 se colaboró estrechamente con el Instituto Nacional de Medicina Genómica para la implementación y adecuación de su modelo de negocios PROGEN, el cual funge como oficina para la transferencia de tecnología y conocimientos científicos, con lo que se ha logrado integrar a un conjunto de empresas basadas en la biotecnología que traduce el conocimiento científico en bienes y servicios para el cuidado de la salud, construyendo oportunidades de negocios y reuniendo a científicos y empresarios relacionados con la atención de la salud.

Se diseñó e implementó, de manera conjunta con el Hospital Juárez del Centro, un sistema de Gestión Hospitalaria que será incorporado al nuevo modelo de hospitalización ambulatoria de corta estancia. También se colaboró en cuestiones técnicas, de gestión y recursos en el proyecto del Centro Nacional de Atención a Quemados, desarrollado por el Instituto Nacional de Rehabilitación, con el que se logró un ahorro de 10 por ciento respecto del monto de la primera etapa de licitación.

A partir de la recepción de los resultados de la ECCO 2009, se implementa un proceso de diagnóstico y acciones de mejora para adecuar el contenido de este instrumento al entorno del sector salud de alta especialidad, buscando con ello hacer más eficiente su aplicación en las unidades coordinadas.

El área técnica de vinculación y referencia hospitalaria participa activamente en la determinación y actualización de los instrumentos de evaluación del desempeño institucional para su difusión en los órganos de gobierno de las instituciones coordinadas; en ese sentido se revisaron las definiciones operativas de los

140 indicadores incluidos en los informes anuales de los directores generales. Estos índices se refieren a las actividades sustantivas (atención médica, investigación y enseñanza) y de administración, integrando tanto aspectos cuantitativos como cualitativos.

Durante la pandemia de influenza A(H1N1), en materia de atención se coordinó a las áreas de infectología y epidemiología para integrar la información sobre la atención de casos en el ámbito hospitalario, brindando apoyo para solucionar los problemas que se presentaron con el reporte de pacientes en el sistema del CENAVECE a fin de dar respuestas a las peticiones de información sectorial respecto de los recursos e infraestructura médica disponible, así como para coadyuvar al proceso administrativo de asignación de medicamentos.

Se participó en 2009 y 2010 en la revisión e integración de los indicadores de desempeño de la matriz de indicadores y se colaboró con las áreas sustantivas para la revisión de aspectos sobre asistencia médica, productividad científica y actividades de enseñanza y desarrollo de personal para la salud, a fin de mejorar las definiciones técnicas utilizadas en la matriz.

En cumplimiento del PRONASA, y como parte del Programa de Mejora de la Gestión, se participa en el Comité de referencia y contrarreferencia pediátrica del Distrito Federal y área conurbada del Estado de México, del mismo modo que en el proyecto del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes entre las instituciones de alta especialidad.

En cumplimiento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, se ha dado atención hasta el mes de mayo a 80 solicitudes de información y se estima que se atenderán 109 peticiones ciudadanas al mes de agosto de 2010.

A partir del segundo semestre de 2009 se realizaron las gestiones para incorporar a 150 investigadores en ciencias médicas, a fin de reforzar las áreas de investigación de los INSalud y HAE. En el mes de mayo de 2010 se inició el proceso de contratación de 25 investigadores más, a fin de impulsar la investigación en diversas áreas de la medicina de alta especialidad relacionadas con los problemas de salud que aquejan a la población mexicana.

- Durante el primer semestre de 2010 se incorporaron 10 profesionales como servidores públicos en los puestos vacantes de la plantilla de personal de estructura orgánica, a fin de reforzar la gestión interna de la Comisión Coordinadora.
- Se actualiza el Manual de Organización Específico de la Dirección General de Gestión Financiera y Administrativa, correspondiente a la estructura 2009 vigente, así como el Manual de Procedimientos correspondiente.
- Se participó en las sesiones ordinarias y extraordinarias del Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios; Comité de Obra Pública; de Mejora Regulatoria Interna; Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud; Comité para el Uso Eficiente de Energía, todos ellos de la SS.

5.6 CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

El CNTS es la institución que coordina la política de Estado en materia de disposición de sangre y células progenitoras hematopoyéticas. Entre sus atribuciones se encuentran las de establecer los mecanismos que aseguren a todos los ciudadanos el acceso oportuno y de calidad a los productos sanguíneos, con base en los principios de equidad, solidaridad, universalidad, calidad y eficiencia; promover las donaciones voluntarias no remuneradas a través de las secretarías de salud de las 32 entidades federativas; asegurar la calidad e inocuidad de los productos sanguíneos antes de ser transfundidos, y promover el uso racional de los productos sanguíneos mediante la creación de normativas específicas.

Durante el periodo de septiembre de 2009 a agosto de 2010, el CNTS participó en la elaboración del Decreto por el que se reforma la Ley General de Salud con la adición del artículo 341 bis en materia de células progenitoras hematopoyéticas (DOF 11 de junio del 2009); así como en el Decreto de Abrogación del

Decreto de Creación del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea (DOF 16 de diciembre del 2009). Del mismo modo, el Centro participa en la elaboración de reformas y adiciones a los instrumentos legislativos siguientes:

- Participación en el proyecto de decreto que reforma y adiciona el artículo 327 de la Ley General de Salud, en materia de hemoderivados.
- Iniciativa para actualizar y adicionar diversos artículos de la Ley General de Salud en materia de disposición de sangre, componentes sanguíneos y células progenitoras hematopoyéticas, enviado el 11 mayo de 2010 a la Unidad de Vinculación y Participación Social de la SS para su análisis y evaluación.
- Anteproyecto de modificación del artículo 92 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.
- Anteproyecto de Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de disposición de sangre, componentes sanguíneos, hemoderivados y células progenitoras. Su emisión dependerá de la aprobación a las modificaciones propuestas a la Ley General de Salud.
- En 2009 se elaboró el anteproyecto de actualización de la NOM-003-SSA2-1993 Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. El 20 de agosto de 2009 fue aprobado como Proyecto (PROY-NOM-253-SSA1) por el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario. Se está dando atención a diversas observaciones de la COFEMER, una vez resueltas se reenviará el proyecto al Comité Consultivo para su publicación en el DOF.
- En 2009 se inició la elaboración del anteproyecto de la NOM Para la disposición de células progenitoras con fines terapéuticos. Para que este anteproyecto tenga sustento jurídico se requiere realizar adecuaciones al Reglamento de la Ley General de Salud en la materia.
- Elaboración del Acuerdo para la Creación del Consejo Interno del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, sus reglas de operación y el Acuerdo por el que se dan a conocer los trámites que aplica el CNTS. Dichos documentos fueron evaluados y comentado por la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos de la SS.

Se logró un aumento del 90 por ciento en la realización de las pruebas para la detección del *Trypanosoma cruzi* (enfermedad de Chagas) en las donaciones de sangre en los bancos del país. En este rubro se firmó un convenio con los Laboratorios Silanes, S.A. de C.V., para determinar la sensibilidad y especificidad de pruebas rápidas para la detección de anticuerpos contra ésta misma enfermedad.

El Centro Nacional participó en la XIV reunión del Consejo Nacional de Salud, con la presentación de dos temas: Regionalización de los Servicios de Sangre y Políticas de Donación Voluntaria, acordando fortalecer las funciones y atribuciones de los Centros Estatales de la Transfusión Sanguínea, a fin de asegurar la disponibilidad y calidad de la sangre en beneficio de la población.

Con fin de incrementar la diversidad genética de su inventario, el CNTS formalizó los convenios para el intercambio de células progenitoras hematopoyéticas con el Hospital Juárez de México, el Banco Central de Sangre del Centro Médico Nacional La Raza del IMSS y con los Servicios de Salud de Veracruz.

El 4 de marzo de 2009 se llevo a cabo el 5° Foro sobre Seguridad Sanguínea, al cual se inscribieron 397 profesionales de la salud; en este evento el Secretario de Salud lanzó la campaña de donación de sangre 2010. En cooperación con diversas instituciones internacionales reconocidas, se efectuaron trabajos en torno al mejoramiento de las técnicas para la detección de la enfermedad de Chagas, mismos que fueron publicados en la revista científica *Vox Sanguinis*. Asimismo, en el XXXI Congreso Internacional de la Sociedad Internacional de Transfusión Sanguínea se presentaron cinco trabajos científicos, los cuales fueron publicados en el suplemento de la revista antes mencionada.

Se continúa aplicando semestralmente el Examen de Idoneidad a los responsables sanitarios de bancos de sangre de la república, lo anterior para verificar que este personal disponga de los conocimientos y destrezas para desempeñar sus funciones con eficiencia y eficacia.

El CNTS impartió nueve cursos sobre medicina transfusional. En colaboración con la OPS, el CNTS impartió los diplomados siguientes: Diplomado de Sangre y Componentes Seguros, Gestión de Calidad para Servicios de Sangre y Hagamos la Diferencia.

Los laboratorios de serología infecciosa y los del banco de sangre con disposición de células progenitoras hematopoyéticas del CNTS obtuvieron su recertificación bajo la Norma Internacional ISO 9001:2008.

Se desarrolló el Plan de Continuidad de Operaciones para el control de la epidemia de influenza. Asimismo, en coordinación con los Centros Estatales de la Transfusión Sanguínea y los Servicios de Salud del Distrito Federal, se difundieron recomendaciones e instrucciones para evitar contagios y el desabasto de sangre en los bancos de sangre del país.

Respecto de la donación de sangre, en el país se registraron 1 millón 655 mil 096 donadores con una captación de 1 millón 045 mil unidades de sangre. De éstas, 2.7 por ciento correspondió a donación voluntaria y altruista. Aunque el porcentaje global de la donación voluntaria y altruista en el país es aún bajo, hay diferencias considerables entre las entidades federativas, siendo Chihuahua y Quintana Roo las que registran las cifras más altas de este tipo de donación (26.4 y 16.8 por ciento del total de la captación nacional, respectivamente).

Se realizaron cuatro campañas (colectas externas), con un total de 195 unidades de sangre recolectadas. Las campañas se realizaron en instituciones educativas y empresas, bajo la perspectiva de generar una cultura de la donación voluntaria y altruista. Se tiene programado realizar al menos tres campañas más antes de septiembre de 2010, esperando captar al menos la misma cantidad de unidades de sangre.

Con el fin de incrementar el inventario de unidades de células progenitoras hematopoyéticas del banco del CNTS, se aumentó el inventario con 216 unidades, para un total de mil 794 unidades útiles para trasplante.

El 12 de mayo de 2010 se iniciaron las actividades del banco de sangre del CNTS con el fin de fortalecer la regionalización de los bancos de sangre de la zona norte de la Ciudad de México.

Gracias a la aplicación del control externo de la calidad, se han mejorado los mecanismos para asegurar a nivel nacional el cumplimiento de la normatividad y del programa *Sangre Segura*. De los 540 bancos de sangre existentes en los registros del CNTS, 380 participaron en forma voluntaria para el panel de serología (70.4 por ciento) y 275 para el panel de inmunohematología (50.8 por ciento).

5.7 CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

El Centro Nacional de Trasplantes tiene, entre otras atribuciones, las de elaborar y expedir normas oficiales mexicanas, lineamientos y circulares en materia de donación, trasplante y asignación de órganos, tejidos, células y cadáveres de seres humanos; vigilar la adecuada operación y actualización del Registro Nacional de Trasplantes, y fomentar la cultura de la donación en la población mexicana. Con base en estas responsabilidades, se realizaron las siguientes actividades:

Del 1° de Septiembre de 2009 al 31 de agosto de 2010 se registraron 2 mil 161 trasplantes renales. La cifra acumulada entre el 1° de enero de 2007 y el 31 de agosto de 2010 asciende a 7 mil 876 trasplantes de este tipo. (Cuadro V.2)

CUADRO V.2 TRASPLANTES RENALES SEGÚN SU ORIGEN DEL ÓRGANO Y PERIODO, MÉXICO

ORIGEN DEL ÓRGANO	ESTIMADO DEL 1° DE SEPTIEMBRE AL 31 DE AGOSTO DE 2010	ESTIMADO DEL 1° DE ENERO AL 31 DE AGOSTO DE 2010
Donador vivo	1 651	6 056
Donador fallecido	510	1 820
Total	2 161	7 876

FUENTE: Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes. CENATRA.

En la siguiente tabla se observa que, en comparación con el mismo periodo de cuatro años correspondiente a la administración anterior, el número de trasplantes renales se ha incrementado en 30.7 por ciento. (Cuadro V.3)

CUADRO V.3 TRASPLANTES RENALES SEGÚN SU ORIGEN DEL ÓRGANO Y PERIODO SEXENAL, MÉXICO

ORIGEN DEL ÓRGANO	ESTIMADO DEL 1º DE SEPTIEMBRE AL 31 DE AGOSTO DE 2010	ESTIMADO DEL 10 DE ENERO AL 31 DE AGOSTO DE 2010	DIFERENCIA %
Donador vivo	4 640	6 056	30.5
Donador fallecido	1 386	1 820	31.3
Total	6 026	7 876	30.7

FUENTE: Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes. CENATRA.

Entre el 1º de septiembre de 2009 y el 31 de agosto de 2010 se reportaron 2 mil 323 trasplantes de córnea, de los cuales 66.3 por ciento se realizaron con córneas de origen nacional. El número de trasplantes acumulados, desde el 1º de enero de 2007 al 31 de agosto de 2010, asciende a 9 mil 274. (Cuadro V.4)

CUADRO V.4 TRASPLANTES CÓRNEA SEGÚN SU ORIGEN DEL ÓRGANO Y PERIODO, MÉXICO

ORIGEN DEL ÓRGANO	ESTIMADO DEL 1º DE SEPTIEMBRE AL 31 DE AGOSTO DE 2010	ESTIMADO DEL 1º DE ENERO AL 31 DE AGOSTO DE 2010
Córneas nacionales	1 541	5 216
Córneas importadas	782	4 058
Total	2 161	9 274

FUENTE: Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes. CENATRA.

El número de trasplantes de córnea se incrementó un 11.5 por ciento en los primeros cuatro años de la presente administración con respecto al mismo periodo de la administración previa. El incremento registrado durante este periodo en los trasplantes con base en córneas nacionales fue de 121.7 por ciento, mientras que los trasplantes de córneas importadas decreció 31.9 por ciento. (Cuadro V.5)

CUADRO V.5 TRASPLANTES DE CÓRNEA SEGÚN SU ORIGEN DEL ÓRGANO Y PERIODO SEXENAL, MÉXICO

ORIGEN DEL ÓRGANO	ESTIMADO DEL 10 DE SEPTIEMBRE AL 31 DE AGOSTO DE 2010	ESTIMADO DEL 10 DE ENERO AL 31 DE AGOSTO DE 2010	DIFERENCIA %
Córneas nacionales	2 353	5 216	121.7
Córneas importadas	5 961	4 058	-31.9
Total	8 314	9 274	11.5

FUENTE: Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes. CENATRA.

Por su parte, del 1º de septiembre de 2009 al 31 agosto de 2010 se obtuvieron mil 059 *donaciones provenientes de personas fallecidas*, 325 de personas que sufrieron muerte encefálica y 734 de personas en paro cardíaco. Los datos acumulados a partir del 1º de enero de 2007 indican que en México hubo 3 mil 474 donaciones de personas fallecidas. (Cuadro V.6)

CUADRO V.6 DONACIÓN DE PERSONAS FALLECIDAS SEGÚN MOTIVO DE DEFUNCIÓN Y PERIODO, MÉXICO

ORIGEN DEL ÓRGANO	ESTIMADO DEL 1º DE SEPTIEMBRE AL 31 DE AGOSTO DE 2010	ESTIMADO DEL 1º DE ENERO AL 31 DE AGOSTO DE 2010
Muerte encefálica	325	1 218
Paro cardíaco	734	2 256
Total	1 059	3 474

FUENTE: Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes. CENATRA.

Para este tipo de servicio no se dispone de cifras del sexenio previo para realizar la comparación, debido a que esta información no se encontraba aún sistematizada.

5.8 SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

Los SAP son un organismo desconcentrado de la SS conformado por los Hospitales Psiquiátricos Fray Bernardino Álvarez, Juan N. Navarro y Samuel Ramírez Moreno, así como por los Centros Comunitarios de Salud Mental de Cuauhtémoc, Iztapalapa y Zacatenco. En su conjunto, estas instituciones agrupan el mayor número de personal especializado en salud mental en México y con ello otorgan el mayor número de servicios multidisciplinarios tanto de atención ambulatoria, como hospitalaria.

Al respecto, las metas y acciones realizadas por los SAP se muestran en el cuadro V.7. En éste se puede observar que el número de consultas otorgadas del 1º de septiembre de 2009 al 31 de agosto de 2010 ascendió a 378 mil 739, lo que significa un incremento del 42.6 por ciento respecto del periodo previo. Si la comparación se realiza entre el 1º de enero al 31 de agosto, tanto de 2009 como de 2010, se observa que el incremento en 2010 es de 54.7 por ciento, lo cual se debe, entre otras causas, a que este año se incluyó el registro de consultas brindadas por los servicios de psicología y de urgencias, las cuales no eran reportadas previamente.

En cuanto a los egresos hospitalarios, de enero a agosto de 2010 se registraron 3 mil 328, cifra mayor en 8.8 por ciento respecto al mismo periodo de 2009, incrementándose en una magnitud similar (9 por ciento) el porcentaje de egresos por mejoría. Dicho incremento en este servicio se vincula a un aumento en la demanda de atención hospitalaria en estas unidades; situación que a su vez ha provocado un incremento en el promedio de días de estancia y en el porcentaje de ocupación hospitalaria.

El porcentaje de usuarios que reportaron estar satisfechos con el trato recibido durante el periodo de enero a agosto de 2010 muestra una ligera disminución de 1.3 por ciento respecto del mismo periodo de año previo, por lo que se mantiene la vigilancia del comportamiento de este indicador a fin de realizar acciones de mejora en caso de que siga decreciendo.

El número de médicos formados en 2010 fue de 42, uno más que el año anterior. La eficacia terminal no registró un cambio significativo. Finalmente, en cuanto al número de artículos científicos publicados, se observa un descenso importante (38.5 por ciento) entre 2009 y 2010, situación que también se observa el número de artículos publicados en revistas de alto impacto, ya que en lo que va de 2010 no se ha incluido ninguno.

CUADRO V.7 INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD. SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

CONCEPTO	PERIODOS		DATOS ANUALES			ENERO-AGOSTO		
			OBSERVADO			2009	2010	VARIACIÓN ANUAL
	1º DE SEPTIEMBRE DE 2008 AL 31 DE AGOSTO DE 2009	1º DE SEPTIEMBRE DE 2009 AL 31 DE AGOSTO	2008	2009				
Total de consultas otorgadas	265 654	378 739	199 614	318 095	242 198	167 966	259 795	54.7
Egresos hospitalarios	5 292	5 051	5 489	5 185	5 057	3 059	3 328	8.8
Egresos hospitalarios por mejoría	4 907	4 671	5 107	4 784	4 630	2 841	3 096	9.0
Promedio de días de estancia	29.9	25.9	25.8	29.4	27.1	30.5	35.0	13.6

Fuente: Secretaría de Salud. Servicio de atención Psiquiátrica.

5.9 INSTITUTO DE GERIATRÍA

El INGER, que inició operaciones en el periodo de análisis, tiene el propósito de coadyuvar al fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud mediante acciones de desarrollo, fomento y promoción en materia de investigación y formación de recursos humanos en geriatría.

Durante el periodo de análisis se impartieron cuatro cursos de actualización mediante educación a distancia, en colaboración con el CENAVECE, INSP, IMSS y e INDESOL. El seminario de *Análisis Crítico de la Literatura Médica en Envejecimiento*, desarrollado en conjunto con el Instituto de Salud Pública de la Universidad de Burdeos, Francia, permitió que desde julio de 2009 se capacitaran a nivel nacional alrededor de 500 profesionales de la salud.

Mediante la elaboración del Manual de Atención para el Primer Nivel de Atención, se contribuyó activamente al trabajo que realiza el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades en su componente Salud. En conjunto con el INSP, se desarrolló la primera Biblioteca Virtual especializada en temas geriátricos, envejecimiento y salud. Se realizaron dos Cursos-Taller de Envejecimiento, al que asistieron en total 57 enfermeras. Los temas tratados giraron en torno a los aspectos particulares que se deben adoptar para el cuidado de enfermería en estos pacientes. En diciembre de 2009 se creó la Red Nacional de Investigación: Envejecimiento, Salud y Desarrollo, a fin de favorecer el trabajo científico en el área.

El 15 de junio de 2010 se realizó un evento relacionado con el *Día Internacional para la Prevención y Maltrato a los Adultos Mayores*, contando con la participación de 75 asistentes. En agosto de 2010 se realizó el Encuentro Nacional sobre Envejecimiento y Salud con énfasis en investigación, formación de recursos humanos y desarrollo social, en el cuál se presentó un libro sobre la materia con un enfoque transdisciplinario. Este encuentro permitió el intercambio de estudios científicos con instituciones afines. El INGER tiene 13 proyectos de investigación en curso; cinco artículos publicados y dos en proceso de revisión.

6. PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES

6. PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES

A lo largo de 31 años de labor, el Programa IMSS-Oportunidades ha logrado establecer en zonas rurales y urbano marginadas de 27 estados de la república mexicana una sólida red de servicios de salud que beneficia a más de 10.3 millones de mexicanos que carecen de seguridad social, de los cuales 3.4 millones son indígenas. Su objetivo principal es otorgar servicios integrales de salud, primordialmente a la población sin seguridad social. Además, articula sus acciones al Programa Desarrollo Humano Oportunidades, al proporcionar el componente *Salud* a las familias beneficiarias del mismo.

El IMSS-Oportunidades fundamenta su operación en el *Modelo de Atención Integral a la Salud*, sustentado en la atención primaria e integrado por dos vertientes primordiales: la atención médica y el trabajo coordinado con la comunidad. El primero proporciona servicios de salud y lleva a cabo acciones de vigilancia epidemiológica a través de una red regionalizada de servicios, conformada por 3 mil 549 UMR, 226 UMU, 70 HR y 225 equipos itinerantes de salud; mientras que el segundo incorpora a comunidades e individuos en la práctica de hábitos saludables para mejorar la calidad de vida de las personas a largo plazo y cuenta con más de 304 mil voluntarios de salud que apoyan las acciones médicas.

IMSS-Oportunidades financia su operación con recursos del Gobierno Federal aprobados por la H. Cámara de Diputados en el PEF, los cuales constituyen un subsidio federal y son transferidos a través del Ramo 19 "Aportaciones a la Seguridad Social", derivado del Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud vigente a partir del 1º de enero de 2004, en donde se establece que el IMSS-Oportunidades "deberá contar con los recursos presupuestales suficientes, provenientes del Presupuesto de Egresos de la Federación, mismos que se canalizarán directamente a través del Instituto Mexicano del Seguro Social". Adicionalmente, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud le transfiere recursos provenientes del Ramo 12 "Salud" para que otorgar el componente salud a las familias beneficiarias del PDHO.

En 2009 la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión autorizó, a través del PEF, una ampliación presupuestal por un monto de mil 500 millones de pesos, los cuales fueron etiquetados para inversión e infraestructura con el objetivo de acercar servicios médicos a zonas de alto rezago social en Puebla, Michoacán, Campeche, Veracruz, Guerrero y Estado de México. Las dos últimas entidades son especialmente relevantes pues el Programa dejó de tener presencia dado el proceso de descentralización. Con esta ampliación presupuestal se estima beneficiar a más de 2 millones de personas en 69 municipios de dichos estados.

Para el ejercicio 2010 el presupuesto autorizado ascendió a 7 mil 300 millones de pesos, mientras que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud transfirió 663.1 millones adicionales con lo que el monto total de los recursos ascendió a 7 mil 963.1 millones de pesos

Durante 2009 se llevaron a cabo 219 obras, entre ellas ocho nuevos HR, con una inversión de mil 014.9 millones de pesos. Se concluyó el programa de mejora de Módulos de Salud Ginecológica en los 70 HR y se construyeron 89 unidades médicas de primer nivel de atención. Cada HR cuenta con 130 plazas autorizadas y para las UMR la plantilla es de un médico general y dos auxiliares de área médica.

En el periodo de septiembre de 2009 a mayo de 2010 se aplicaron 14 millones 688 mil 037 dosis de vacunas. Dentro de la estrategia de prevención de la salud, destaca la aplicación en 2010 de un total de 14 biológicos con los que se logrará prevenir 32 tipos de enfermedades. En 2010 la aplicación de la vacuna contra el VPH se generalizó al todas las niñas de nueve años. Anteriormente esta vacuna se aplicaba únicamente en los municipios de menor IDH.

Para atender la emergencia epidemiológica de Influenza Humana A(H1N1) se integró un comando operativo central para la atención y vigilancia epidemiológica de este padecimiento; con esto, el Programa se sumó a la elaboración y ejecución de las acciones del *Plan Institucional de Preparación y Respuesta ante una Epidemia de Influenza del IMSS*. Durante el segundo semestre de 2009 se reforzaron las acciones de comunicación educativa sobre este padecimiento, sus síntomas principales, mecanismos de transmisión, así

como las medidas higiénicas y preventivas para evitarla; y en temporada invernal se orientó a 60 por ciento de los grupos de voluntarios, quienes realizaron 93 mil 201 talleres comunitarios sobre el tema.

Los menores de cinco años son susceptibles a sufrir consecuencias adversas por la desnutrición. IMSS-Oportunidades combate dicha situación mediante 3 mil 954 Centros de Educación Nutricional y 132 Centros de Recuperación Nutricional. Además lleva a cabo valoraciones nutricionales en niños de este grupo de edad para identificar a quienes padezcan dicho problema. Del 1° de septiembre de 2009 al 31 de agosto de 2010 la desnutrición infantil pasó de una prevalencia de 7.7 a 6.6 por ciento entre los niños atendidos. Los grupos voluntarios contribuyeron con la valoración de 1 millón 736 mil 766 niños y de 174 mil 337 embarazadas probablemente desnutridas, derivando a los equipos de salud a 151 mil 077 infantes para su correspondiente diagnóstico.

La salud reproductiva constituye un pilar fundamental en el bienestar y desarrollo de las personas. El objetivo primordial de las actividades en este rubro es mejorar la salud materna, reducir la mortalidad y morbilidad secundarias al embarazo, parto y puerperio y contribuir al bienestar de las mujeres. Para ello se han implementado tres ejes estratégicos: i) reducción de embarazos de alto riesgo; ii) prevención de complicaciones en el embarazo y parto; y, iii) manejo efectivo y oportuno de las urgencias obstétricas. A partir de dicho ejes se busca mejorar la competencia técnica del personal, fortalecer el equipamiento y la infraestructura de las unidades médicas de primero y segundo nivel de atención, mantener una vigilancia estrecha y permanente sobre las mujeres durante todo su embarazo y proporcionar atención de alta calidad en caso de urgencias o complicaciones obstétricas.

Para la prevención de las complicaciones en el embarazo se fortaleció la atención prenatal a fin de identificar oportunamente cualquier factor de riesgo mediante el manejo integral y la inclusión de atención en hospitales de tercer nivel del IMSS Régimen Obligatorio. El IMSS-Oportunidades proporciona, en promedio, 1.4 millones de consultas prenatales por año, lo que representa una razón de 6.5 consultas por mujer; con lo que se ha logrado disminuir por segundo año consecutivo la razón de mortalidad materna de 55 en 2008 a 49.1 en 2009, acumulando una reducción de 16.8 puntos en este indicador en el último trienio. Durante este periodo, el personal voluntario otorgó 1 millón 112 mil 621 consejerías en planificación familiar que contribuyeron a que 30 mil 521 mujeres aceptaran por primera vez el uso de algún método anticonceptivo. De este modo, se cuenta con 299 mil 279 usuarias activas de algún método, mientras que 51 mil 592 mujeres fueron derivadas a las unidades médicas para la aceptación de algún método temporal y 8 mil 448 para un método definitivo.

Mediante la mejora de equipamiento, infraestructura e incremento de recursos humanos calificados, el IMSS-Oportunidades ha fortalecido el *Modelo de Atención Integral a la Salud Ginecológica*. De este modo se pueden identificar y tratar lesiones en etapas cada vez más tempranas evitando la progresión de la enfermedad y la muerte. Durante el periodo de análisis se realizaron 2 millones 222 mil 242 exploraciones ginecológicas, 1 millón 438 mil 977 visualizaciones cervicales y 294 mil 214 detecciones de citologías cervicales. En octubre de 2009, personal voluntario llevó a cabo la estrategia de comunicación educativa para la prevención del cáncer de mama e impartieron talleres comunitarios con temas de prevención y detección oportuna del cáncer cérvico uterino y mamario en los que participaron 1 millón 101 mil 729 mujeres mayores de 15 años y proporcionaron 113 mil 478 consejerías a mujeres renuentes sin acciones de salud ginecológica. También se entregaron 119 mil 798 manuales de autoexploración.

A través de la aplicación del *Modelo de Atención Integral a la Salud del Adolescente Rural* y del fortalecimiento de 3 mil 618 Centros de Atención Rural al Adolescente, IMSS-Oportunidades formó y capacitó a 11 mil 634 equipos juveniles. Además, realizó 20 mil 157 módulos ambulantes y 8 mil 782 encuentros educativos, los cuales son actividades extramuros para la atención integral de los adolescentes. Por otro lado, capacitó a 403 mil 750 adolescentes en temas de promoción a la salud y prevención de enfermedades.

Con objeto de consolidar el MAIS, de septiembre 2009 a agosto 2010 se sustituyeron las cartillas PREVENIMSS con 3 millones 445 mil 870 Cartillas Nacionales de Salud, las cuales documentan las acciones realizadas por los beneficiarios, promocionando la cultura del autocuidado de la salud. El personal voluntario

llevó a cabo 283 mil 001 círculos de lectura sobre las Guías para el Cuidado de la Salud con las familias beneficiarias del Programa. Se registró la asistencia de 2 millones 908 mil 265 personas, lo que representa un promedio de 10 asistentes por actividad.

Debido al impacto de la diabetes Mellitus y la hipertensión arterial en la morbilidad y mortalidad, el Programa incrementó las actividades de detección durante los últimos cinco años. Durante este periodo se realizaron 3 millones 242 mil 929 detecciones de diabetes mellitus y 3 millones 749 mil 962 de hipertensión arterial, logrando que 12 mil 168 personas ingresaran a tratamiento y 16 mil 604 a control.

El Programa de Prevención y Control para la Tuberculosis busca disminuir el riesgo de enfermar y morir, así como interrumpir la transmisión de esta enfermedad, mediante la identificación y tratamiento oportuno de los enfermos transmisores. En el periodo de análisis se detectaron 53 mil 023 enfermos en los laboratorios de los HR y se identificaron 822 casos nuevos, representando una incidencia de ocho casos nuevos por cada 100 mil personas atendidas por el Programa.

Con la finalidad de disminuir el riesgo de complicaciones o muerte por enfermedades transmitidas por vector, se elaboraron planes emergentes y se fortaleció el sistema de Vigilancia Epidemiológica mediante la vigilancia activa y el monitoreo permanente en las delegaciones donde IMSS-Oportunidades tiene presencia (Red Negativa Semanal de Casos de Trascendencia Epidemiológica), particularmente en aquellas donde existe un mayor riesgo epidemiológico. Del 1° de septiembre de 2009 al 31 de agosto del 2010 se estudiaron y trataron 2 mil 015 casos de Fiebre por Dengue y 254 de Fiebre Hemorrágica por Dengue.

IMSS-Oportunidades ha emprendido acciones que resuelven la demanda de servicios en las unidades médicas. En el periodo de análisis se registraron 214 mil 738 egresos hospitalarios, 20 millones 325 mil 643 consultas, 103 mil 644 intervenciones quirúrgicas, 6 millones 485 mil 232 estudios de laboratorio, 311 mil 752 estudios de rayos X y 96 mil 173 partos. Se tuvo una ocupación hospitalaria promedio de 81.2 por ciento con estancias hospitalarias que, en promedio, duraron tres días.

El IMSS-Oportunidades brinda el componente *Salud* a 26 por ciento del total de familias que atiende el PDHO en todo el país, distribuidas en 15 entidades en el ámbito rural y 25 en el urbano. En el periodo de referencia se otorgaron 12 millones 217 mil 032 consultas. De éstas, 1 millón 861 mil 570 fueron a menores de cinco años y 793 mil 186 a mujeres embarazadas. También se entregaron 13 millones 659 mil 733 sobres de suplemento alimenticio a niños y mujeres. Por su parte, los voluntarios de salud llevaron a cabo 548 mil 420 talleres con un total de 9 millones 459 mil 663 asistentes, con un promedio de 16 participantes por taller.

Con el fin de acercar los servicios de atención médica de tercer nivel a la población atendida por el Programa en las especialidades de Oftalmología, Ginecología Oncológica, Cirugía Reconstructiva, Ortopedia y Traumatología, Cirugía Pediátrica y Urología, se realizaron, en coordinación con la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS, 21 Encuentros Médico Quirúrgicos en los HR del Programa, en los cuales se valoró a más de 16 mil personas y se realizaron 2 mil 850 procedimientos quirúrgicos.

Durante el periodo de septiembre del 2009 al mes de junio del 2010, se llevó a cabo la visita de evaluación-asesoría en los ámbitos rural y urbano del Programa en las delegaciones de Tamaulipas, Zacatecas, Hidalgo, San Luis Potosí, Yucatán y UMU del Distrito Federal con lo cual se logró evaluar un total de 16 HR, 143 UMR y 25 UMU. Además, se efectuó seguimiento a compromisos en las delegaciones de Oaxaca y Michoacán, las cuales fueron visitadas en el primer semestre del 2009.

La organización comunitaria es la figura con la que IMSS-Oportunidades lleva a cabo las acciones de promoción de la salud a nivel local y constituye el enlace entre los servicios de salud y la comunidad. En este periodo se contó con 175 mil 263 voluntarios: 15 mil 585 voluntarios de salud, 17 mil 883 Comités de Salud con 105 mil 961 miembros, 6 mil 266 parteras voluntarias rurales y mil 450 terapeutas tradicionales, los cuales realizan acciones de promoción de la salud, atención a padecimientos de baja complejidad y prevención de riesgos y daños a la salud.

Con el fin de contribuir a fomentar el autocuidado de la salud en padecimientos de vías digestivas, respiratorias y transmitidos por vectores, se ha impulsado la participación comunitaria. En el periodo del presente informe, 1 millón 986 mil 325 familias participaron en el cuidado del agua para el consumo humano, 1 millón 954 mil 018 en la disposición sanitaria de excreta humana, 1 millón 995 mil 341 en manejo adecuado de basuras y desechos y 1 millón 934 mil 537 realizaron acciones de control de fauna nociva y transmisora.

En el periodo de análisis se efectuaron 96 mil 147 prácticas en favor de la salud, 13 mil 478 acciones de mejoramiento sanitario de la vivienda, 82 mil 857 de vigilancia y cuidado del agua para consumo humano y 10 mil 140 de producción de alimentos para el impulso a la cría de especies menores y cultivo de huertos familiares. Estas acciones beneficiaron a mil 483 localidades, las cuales aportaron recursos propios, tales como mano de obra y material de la región.

A fin de fomentar una cultura de transparencia y rendición de cuentas, el Programa cuenta en cada unidad médica con un Buzón de Contraloría Social, donde la población deposita de manera escrita sus comentarios, quejas y sugerencias. En el periodo descrito se recibieron 46 mil 518 reconocimientos y 10 mil 398 quejas, de las que, al cierre de este periodo, se habían atendido 81 por ciento.

7. SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

7. SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

El SNDIF atiende las necesidades más apremiantes de la población sujeta de asistencia social mediante programas destinados al apoyo de la infancia, familias y población vulnerable.

A través del Programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia, que el SNDIF coordina con los Sistemas Estatales DIF, se pretende contribuir al desarrollo integral de la infancia y adolescencia en condición de vulnerabilidad mediante la promoción, ejercicio y vigilancia de sus derechos. Bajo este marco, de septiembre de 2009 a agosto de 2010 se proporcionó atención de cuidados infantiles a 136 mil 412 niñas y niños menores de seis años, hijos de madres trabajadoras, de los que 83 mil 590 correspondieron a los CAIC y, 52 mil 822 a los CADI.

Asimismo, se promovió el diseño de mecanismos de enlace y vinculación eficientes entre las instancias responsables de implantar y ejecutar modelos de intervención integrales dirigidos a las niñas, niños y adolescentes en situación de calle y sus familias. Como parte de la aplicación de las estrategias de este programa (prevención, atención y fortalecimiento), se logró la constitución de siete Comités Estatales en Baja California, Chihuahua, Guanajuato, Jalisco, Estado de México, Nuevo León y Puebla, así como del Grupo de Trabajo en el Distrito Federal —este último a cargo de una OSC—, los cuales coordinan y dan seguimiento a la operación de los proyectos, investigaciones y esquemas de becas alimentarias y de apoyo escolar. De septiembre de 2009 a agosto del 2010 se radicarón recursos por más de once millones de pesos que se invirtieron en el desarrollo de 60 proyectos de atención especializada en educación, salud, capacitación para el trabajo, alimentación, fortalecimiento familiar e institucional, trabajo comunitario y atención integral así como en mil 066 becas alimentarias y de apoyo escolar.

Respecto a la migración infantil, entre septiembre de 2009 y abril de 2010 se atendió a 11 mil 385 niñas, niños y adolescentes a través de la Red de Módulos y Albergues de Tránsito. En los 16 Sistemas Estatales DIF se instalaron, acondicionaron y equiparon 52 Centros Comunitarios de Protección a la Infancia y 10 mil 641 niñas, niños y adolescentes se reincorporaron a su núcleo familiar durante 2009.

En cuanto a la Prevención, Atención, Desaliento y Erradicación del Trabajo Infantil Urbano Marginal, se trabajó en 658 municipios de 31 entidades federativas, beneficiando a 171 mil 785 niños y a 138 mil 387 familias mediante intervención comunitaria y entrega de apoyos compensatorios temporales. Con la finalidad de impulsar la permanencia o reincorporación de niñas, niños y adolescentes trabajadores en espacios escolares, se otorgaron 6 mil 069 becas académicas y de capacitación.

Para promover la participación de los estados en la Prevención, Atención y Erradicación de la Explotación Sexual Comercial Infantil, en 256 ciudades de Baja California, Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Colima, Chipas, Chihuahua, Estado de México, Guerrero, Jalisco, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán, se sensibilizó a la población sobre las causas, riesgos y consecuencias de la explotación sexual. Otros esfuerzos se dirigieron a servidores públicos, padres de familia y actores vinculados con la prevención y atención de la ESI. En este contexto, se organizaron 3 mil 847 eventos, en los que se contó con la participación de 107 mil 293 niñas y niños.

Respecto al Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras que opera el Sistema Nacional DIF en coordinación con la SEDESOL, en el periodo septiembre de 2009 a agosto de 2010 se abrieron 8 mil 800 estancias, las cuales beneficiaran aproximadamente a 258 mil niños menores de cinco años y se estima impartir 2 mil 403 cursos y realizar 38 mil 591 visitas de seguimiento.

Con el objetivo de contribuir al fortalecimiento y desarrollo integral de las familias y las comunidades en condiciones de vulnerabilidad, en mayo de 2010 se llevó a cabo el Segundo Congreso Internacional *Políticas Públicas por una Cultura Familiar en el Siglo XXI*, en el cual se recibieron 131 propuestas de políticas públicas de familia, en las que se trabajará para darles seguimiento. Este congreso contó con la participación

de 579 asistentes, entre ellos representantes de Sistemas Estatales y Municipales DIF, OSC, dependencias gubernamentales, instituciones educativas y público en general.

A través de la estrategia denominada Modelo Nacional de Educación Familiar; y, en cumplimiento con la Norma Técnica de Competencia Laboral para el Orientador Familiar, en septiembre de 2009 se entregaron certificados a 37 orientadores familiares de diferentes instituciones y entidades federativas; mientras que de agosto de 2009 a mayo de 2010 se impartieron ocho conferencias y ocho cursos-taller a 30 personas de la CROC como parte del programa de prevención de la violencia familiar.

Mediante el Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable, entre septiembre de 2009 y agosto de 2010 se otorgaron 152 apoyos mensuales en especie, en promedio, mil 489 apoyos económicos temporales y se derivaron 416 personas a 26 instituciones con convenio de colaboración. En los siete campamentos recreativos del SNDIF se atendió a 34 mil 241 menores, adolescentes, adultos mayores y personas con alguna discapacidad, cifra que superó en 3.9 por ciento a lo programado. Asimismo, se otorgaron 485 mil 262 raciones alimenticias y se realizaron 7 mil 273 eventos culturales, deportivos y recreativos.

Se brindaron 1 millón 413 mil 517 servicios y 552 mil 935 raciones alimenticias a un promedio de 385 menores en las Casas Asistenciales para Niñas, Niños y Adolescentes en Desamparo. En las Casas Asistenciales para Personas Adultas Mayores Sujetas de Asistencia Social se efectuaron 1 millón 043 mil 092 acciones entre servicios de salud, terapias de rehabilitación y ocupacionales, y atención psicológica, entre otras, con una variación de 1.8 por ciento más con respecto a las acciones del periodo anterior. También se otorgaron 437 mil 109 raciones alimenticias, beneficiando a un promedio de 442 adultos mayores por día. Con el objetivo de fomentar la participación de los adultos mayores en actividades ocupacionales, recreativas, culturales y sociales a través del Programa de Atención de Día se trabajó con un promedio diario de 85 adultos mayores que no están albergados en las Casas Asistenciales.

En abril de 2010 se aprobaron, mediante Reglas de Operación, 32 proyectos de los SEDIF, los cuales tendrán como impacto la mejora de las condiciones jurídicas, psicológicas y de trabajo de las familias mediante su vinculación con los servicios de asesoría jurídica en materia familiar y de prevención y atención del maltrato infantil o adopción que brindan las Procuradurías de la Defensa del Menor y la Familia de las entidades federativas. Dichos proyectos se encuentran en proceso de ejecución desde el mes de mayo y se prevé su conclusión en el mes de diciembre del presente año. En este rubro se otorgaron subsidios por un millón de pesos a cada uno de los SEDIF de la República Mexicana.

Respecto al Programa de Atención a Personas con Discapacidad que el SNDIF opera en coordinación con los SEDIF, entre septiembre 2009 y agosto de 2010 se alcanzaron los siguientes resultados en los 34 Centros de Rehabilitación en los que se lleva a cabo este programa:

- Se realizaron 68 mil 659 valoraciones médicas en igual número de personas pertenecientes a diversos grupos de población para detectar procesos de discapacidad. Esto representó una disminución del 22 por ciento en comparación a lo reportado en el mismo periodo del año pasado, debido principalmente a la remodelación de varios centros y a la jubilación de personal especializado.
- Se otorgaron 1 millón 076 mil 275 consultas de valoración médica especializada, así como consultas psicológicas y de trabajo social en los centros de rehabilitación.
- Se otorgaron 7 mil 698 pláticas de orientación e información a diversos grupos de la comunidad, a las que asistieron 122 mil 660 personas con discapacidad o en riesgo de presentarla y a sus familias. En comparación con el periodo anterior hubo una disminución de 11 por ciento en el número de pláticas y asistentes, motivada por la remodelación de varios centros de rehabilitación y la jubilación de personal especializado.
- A finales del 2009 se aprobaron ocho proyectos específicos para la creación de Unidades Básicas de Rehabilitación y se apoyó a OSC con un monto de 4.6 millones de pesos.

Con relación a los Programas Alimentarios para la Superación de la Pobreza que el SNDIF coordina con los SEDIF, de septiembre de 2009 a agosto de 2010, se lograron los siguientes resultados:

- El Programa de Desayunos Escolares sustituyó la leche entera por semidescremada, salvo justificación con base en el estado de nutrición de los beneficiarios. Se incluyeron alimentos de los tres grupos del *plato del bien comer* haciendo énfasis en el consumo de verdura, fruta y cereales integrales. Se disminuyó el aporte de azúcar, grasa y sodio y se promovió la participación conjunta de los niños, padres de familia y maestros a través de orientación alimentaria y desarrollo comunitario. Se distribuyeron 972 millones 828 mil 141 desayunos escolares, 2.8 por ciento más que el periodo anterior, beneficiando a 5 millones 482 mil 089 niños y niñas, de los que alrededor de 1 millón 255 mil 906 son beneficiarios indígenas.
- Con el Programa de Atención a Menores de Cinco Años en Riesgo No Escolarizados se estima que se otorgaron 92 millones 081 mil 897 raciones alimenticias, beneficiando a 441 mil 520 niños menores de cinco años que habitan en zonas indígenas, rurales y urbano-marginadas en mil 653 municipios del país y no reciben apoyo alimentario de otro programa.
- A través del Programa de Asistencia Alimentaria a Familias en Desamparo se otorgaron 3 millones 950 mil 109 despensas, con lo cual se apoyó a 387 mil 791 familias en situación de pobreza o desastre en 815 municipios.
- Con el programa de Asistencia Alimentaria a Sujetos Vulnerables, los SEDIF (con recurso federal) distribuyeron, junto con acciones de orientación alimentaria, 7 millones 135 mil 177 despensas que beneficiaron a 934 mil 270 mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, así como a personas con discapacidad, adultos mayores y sus familias.

8. CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL

8. CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL

Los CIJ son una institución especializada en la atención integral de las adicciones. Su objetivo principal es contribuir a la disminución de la demanda de drogas legales e ilegales buscando constituirse en un referente y líder en prevención, tratamiento, investigación y capacitación en materia de adicciones a nivel nacional e internacional.

Las actividades de CIJ se desarrollan en congruencia con lo establecido en el PND 2007-2012 con relación al fortalecimiento de las políticas de combate a las adicciones y conforme a la línea de acción, definida en el PRONASA 2007-2012, de integrar un programa intersectorial de prevención y combate a las adicciones, con la participación de todas las entidades federativas, instituciones y sectores relacionados.

A nivel nacional, CIJ cuenta con 98 Centros de Integración Juvenil, los cuales realizan las actividades de prevención en sus respectivos ámbitos de influencia, así como el tratamiento y rehabilitación de los usuarios de sustancias. Los pacientes con síndromes de abstinencia e intoxicación son atendidos en las 10 unidades de hospitalización, mientras que los casos de personas con problemas por el consumo de heroína son tratados mediante el programa de mantenimiento y deshabituación con metadona en las clínicas de Ciudad Juárez y Tijuana. Existen dos unidades móviles, en la ciudad de México, que llevan a cabo acciones extramuros del proyecto Para dejar de fumar.

CIJ llevó a cabo acciones de prevención en tres modalidades: universal, selectiva e indicada. La primera se dirige a población general y tienen como objetivo prevenir el consumo de drogas mediante la difusión de información especializada y actualizada que ayude a evitar o retrasar la edad de inicio del uso de drogas. La segunda modalidad se dirige particularmente a grupos de población que presentan riesgo de consumo de alcohol, tabaco y drogas, mientras que la tercera, dio inicio en 2010 con actividades para la detección temprana, intervención breve y canalización oportuna a tratamiento.

Entre el 1° de septiembre de 2009 y el 31 de agosto de 2010, CIJ efectuó 202 mil 741 acciones preventivas relacionadas con los factores de riesgo y protección del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, alcanzando una cobertura de 2 millones 532 mil 345 personas entre niños, adolescentes, adultos jóvenes, padres de familia y población abierta. Con respecto al mismo periodo del año previo, las acciones y coberturas presentaron un incremento de uno y diez por ciento, respectivamente.

El programa de prevención se encuentra integrado por las estrategias de información, orientación y capacitación. En información preventiva se atendió a 2 millones 221 mil 390 personas con 82 mil 326 acciones, cifras superiores en 14 y 12 por ciento, respectivamente, a las del periodo previo. En orientación preventiva se proporcionaron diversos cursos a niños, adolescentes, adultos jóvenes y padres de familia mediante 88 mil 950 acciones para fomentar estilos de vida saludables y el aprovechamiento del tiempo libre sin adicciones; también se brindó atención a 291 mil 891 personas, cifras inferiores en seis y once por ciento, respectivamente, en relación al periodo anterior, lo que se explica principalmente por la disminución en la captación de voluntarios, quienes participan con más de la mitad de las coberturas institucionales. En capacitación preventiva se realizaron acciones para habilitar a la comunidad en el manejo de factores de riesgo y protección a las adicciones, con la finalidad de integrarlos a las actividades preventivas de su entorno familiar, laboral y social. En este sentido, se efectuaron 31 mil 249 sesiones de capacitación, atendiendo a 18 mil 567 personas, cuatro por ciento más que en el periodo pasado.

Respecto a las actividades de movilización comunitaria, se realizaron 16 mil 137 acciones, con las cuales se impactó a 792 mil 515 personas. Con relación al ciclo anterior, las acciones fueron inferiores en 31 por ciento, mientras que se aumentó en 20 por ciento el número de personas atendidas. La variación en acciones obedece principalmente a la disminución en la captación de voluntarios, por lo que se diseñaron estrategias de intervención para hacer más efectiva cada una de las acciones desarrolladas por estos recursos.

Durante el periodo que se reporta también se realizaron 333 mil 340 consultas a 58 mil 546 pacientes y familiares mediante un proceso de diagnóstico, evaluación y tratamiento con un abordaje profesional e interdisciplinario en los centros de día, en los cuales participan profesionales de la salud, usuarios de drogas, familiares y representantes de la comunidad.

Las unidades de hospitalización, en sus modalidades de corta y mediana estancia, atendieron a mil 711 pacientes, de los cuales egresaron mil 208 y 503 continuaron su tratamiento y recuperación. Con respecto al periodo anterior, estas cifras representan incrementos de 36, 27 y 63 por ciento, respectivamente. Lo anterior se explica por la ampliación de la oferta de servicios derivada del incremento en las camas censables en las unidades ya existentes y de la apertura de una nueva unidad.

Es importante señalar que en la mayoría de los casos, se logró la remisión total de la sintomatología adictiva y, dado que el programa de tratamiento de estas unidades tiene la particularidad de ser integral e interdisciplinario, los cambios conductuales fueron significativos en los pacientes egresados, con lo cual previenen las recaídas y mejoran sus relaciones interpersonales, sociales y familiares.

En el programa de Mantenimiento y Deshabitación con Metadona, se atendió a 283 personas, lo que representa un incremento de 18 por ciento con relación a las registradas en el periodo anterior. Este programa permite estabilizar a los usuarios de heroína, incide positivamente en su reinserción familiar y social y disminuye la sintomatología de abstinencia y los daños a la salud. El programa se fortaleció con la apertura de la unidad de Tijuana, zona en donde la atención a personas con problemas de consumo de heroína es vital dado que contribuye a la eliminación de las conductas antisociales y actividades delictivas que se asocian con este tipo de droga.

Respecto a las actividades de tratamiento para dejar de fumar, de septiembre 2009 a agosto 2010, se realizaron mil 050 reuniones informativas con 7 mil 778 personas. En consejo médico, se atendieron 14 mil 366 pacientes; mientras que en tratamiento integral participaron 2 mil 800 personas. En relación al periodo anterior, las reuniones en consejo médico y en tratamiento integral, registraron incrementos de treinta y seis y seis por ciento respectivamente.

Con el fin de generar información actualizada para el desarrollo de los programas institucionales, en el periodo comprendido en el presente informe se concluyeron 20 investigaciones en cuatro campos de estudio: ocho en investigación evaluativa, enfocada a la generación de indicadores de proceso y eficacia de los programas institucionales; tres en epidemiológica, la cual se centra en la forma y tendencias del consumo de drogas en los usuarios de servicios de tratamiento de CIJ y otras poblaciones; siete con relación al contexto y correlatos del uso de drogas, que estudia factores de riesgo o protección, efectos y consecuencias y del contexto socio-cultural del problema, y dos en el desarrollo de sistemas y programas de atención, con lo que se ofrecen elementos para apoyar el desarrollo de la red nacional de atención institucional, así como la planeación y aplicación de programas y servicios. En conjunto, dichos estudios pretenden retroalimentar la toma de decisiones en materia de diseño, aplicación y ajuste de los programas de prevención y tratamiento de las adicciones.

El área de enseñanza impartió cursos de capacitación, formación y actualización a profesionales de la salud, mediante programas académicos que contribuyen al desarrollo institucional y al logro de sus objetivos. En el periodo del presente informe, se impartieron 51 cursos de capacitación para el desempeño, educación continua y posgrado, mediante los cuales se capacitó y actualizó a mil 904 profesionales de la salud.

Al mes de agosto de 2010, CIJ cuenta con un total de 2 mil 372 concertaciones, de las cuales 34 son convenios de carácter nacional y 22 tienen cobertura en el Distrito Federal. Se implementaron programas con instituciones de enseñanza superior, afiliadas a la Red Nacional de Universidades contra las Adicciones, y se conformaron Alianzas de Jóvenes en Guerrero y Chihuahua.

En el contexto Internacional, se mantiene en proceso el proyecto de obtención del estatus consultivo especial en el Consejo Económico y Social de la ONU. La ONUDD otorgó a CIJ una subvención para el

proyecto piloto *Curso taller de capacitación para la prevención diferencial del consumo de metanfetaminas, riesgos y daños asociados en contextos y poblaciones en situaciones de vulnerabilidad*. Se formó parte del grupo intrasectorial de la OMS para la resolución de las estrategias para la reducción del uso nocivo de alcohol y la Comisión Binacional Fronteriza México–Estados Unidos seleccionó una investigación de CIJ para representar a México en el segundo foro de Investigación de Salud Fronteriza.

**9. LABORATORIOS DE BIOLÓGICOS
Y REACTIVOS DE MÉXICO**

9. LABORATORIOS DE BIOLÓGICOS Y REACTIVOS DE MÉXICO

La empresa paraestatal Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, S.A. de C.V., se encarga del desarrollo, producción, comercialización y distribución de las vacunas, sueros y otros biológicos que emplean los programas de inmunización del país.

La producción de biológicos lograda entre enero y agosto de 2010 fue de 34.5 millones de dosis, tanto de vacunas bacterianas, como de vacunas virales y sueros hiperinmunes. El volumen de la producción alcanzado fue más del doble que el logrado en el mismo periodo de 2009. La mayor producción correspondió a vacunas virales, ya que entre enero y junio de 2010, se etiquetaron y acondicionaron 12.5 millones de dosis tan solo de la vacuna pandémica. Por su parte, la producción de vacunas bacterianas y sueros ha sido menor en comparación con el año anterior, esto debido a que el Instituto Nacional de Higiene, en donde se producen estos biológicos, entró en remodelación a partir de agosto de 2009 a fin de cumplir la norma de Buenas Prácticas de Fabricación y con ello renovar los registros sanitarios de los productos que actualmente se fabrican en dicho instituto.

IX. 1 PRODUCCIÓN DE VACUNAS Y SUEROS 2007-2010

CONCEPTO	DATOS ANUALES			ENERO-AGOSTO		
	OBSERVADO		META 2010	2009	2010	VARIACIÓN % ANUAL
	2008	2009				
Total producido	47 503 034	50 732 335	47 778 000	14 645 534	34 524 635	135.7
Vacunas bacterianas	18 264 375	9 216 345	1 000 000	9 173 860	2 305 080	-74.9
Vacunas virales	28 928 480	41 219 977	46 700 000	5 275 400	32 149 738	509.4
Sueros hiperinmunes	310 179	296 013	78 000	196 274	69 817	-64.4

FUENTE: Laboratorios y Biológicos de Reactivos de México, S.A. de C.V.

Entre septiembre de 2009 y agosto de 2010, BIRMEX continuó desarrollando su programa de modernización de sus plantas de producción existentes al mismo tiempo que se avanzó en la construcción de una nueva planta en Cuautitlán para la producción de la vacuna contra Influenza. La ingeniería de detalle de dicha planta ha sido concluida, dándose prioridad a las disciplinas de ingeniería civil, arquitectura, tuberías y eléctrico, las cuales se concluyeron en diciembre de 2009.

La transferencia de la tecnología para la instrumentación del proyecto y posteriormente la producción, es una parte fundamental, por lo que entre septiembre de 2009 y agosto de 2010, se avanzó en eventos locales de capacitación en materia de producción, control y aseguramiento de la calidad y también se llevó a cabo la primera estancia del personal técnico especializado de BIRMEX en las instalaciones de Sanofi Pasteur en Val de Reuil, Francia para la transferencia de tecnología en métodos inmunoquímicos.

Por otra parte, se encuentran en construcción cuatro cámaras frías que permitirán el almacenamiento de la producción en las condiciones exigidas por la normatividad. La obra física ha sido concluida y se está trabajando en el suministro de energía y la calificación de las instalaciones, previéndose iniciar la operación en octubre de 2010.

En 2009 iniciaron las obras de remodelación de los Laboratorios del Instituto Nacional de Higiene, para lo cual se suspendió la producción de vacunas bacterianas. En el periodo septiembre 2009 a agosto 2010 se remodelaron los laboratorios de Fermentaciones, Toxoide Diftérico y Procesos Finales. Igualmente, se concluyó la remodelación de los laboratorios de Fraccionamiento y Liofilización de Sueros y del Laboratorio de Medios de Cultivo. También se modernizaron los servicios críticos de aire (HVAC), agua calidad inyectable

y generación de vapor puro. De inmediato se iniciaron las tareas de calificación de instalaciones y equipos y validación de sistemas para solicitar posteriormente la revisión de la Autoridad Nacional Regulatoria de COFEPRIS y reiniciar la producción en el cuarto trimestre de 2010.

La segunda etapa de las obras de remodelación del Instituto Nacional de Virología fueron concluidas ya que en el periodo enero-junio de 2010 se terminaron de afinar los detalles faltantes en el Bioterio de Primates no humanos y se recibieron las obras menores pendientes, tales como alumbrado y accesos adecuados a la planta de producción, entre otros.

Se continuó con el desarrollo de los proyectos de investigación en curso y se adicionaron proyectos nuevos para un total de 22. De estos, ocho corresponden a vacunas virales, cuatro a vacunas bacterianas, uno a vacuna de síntesis química, cinco de faboterápicos y cuatro clínico-epidemiológicos. De los 22 proyectos, 11 cuentan con financiamiento de CONACYT e ICYTDF. Los dos proyectos relacionados con la producción de sueros antiaraña y anticoralillo tuvieron un grado de avance menor al esperado, ya que el año pasado no se consideraron como prioritarios; sin embargo, en el primer trimestre del 2010 se reforzó el proyecto antiaraña, en el que se han tenido logros importantes ya que se obtuvo la caracterización parcial de los venenos de las arañas *Latrodectus mactans* y *Loxosceles* sp. En dicha caracterización se realizaron perfiles electroforéticos, determinación de proteínas totales, de potencia y de las actividades dermonecrótica y proteolítica sobre gelatina, caseína y fibrinógeno.

IX. 2 CONVENIOS DE COLABORACIÓN

INSTITUCIÓN	PROYECTO
Facultad de Medicina, UNAM	Proyecto BCG
Instituto Biotecnología, UNAM	Proyecto de vacuna rotavirus
	Proyecto de vacuna de influenza
Instituto Nacional de Psiquiatría	Proyecto de vacuna MTT
Instituto Nacional de Salud Pública	Proyecto de caracterización de venenos de serpientes
	Proyecto de Tuberculosis activa y latente
	ECA vacuna de influenza pandémica

FUENTE: Dirección General Adjunta de Aseguramiento y Control de la Calidad, Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, S.A.de C.V.

En el primer trimestre de 2010 se elaboró un protocolo enfocado al estudio de purificación y detoxificación de toxoide diftérico, con la finalidad de mejorar los rendimientos y el índice de pureza antigénica del mismo. Asimismo, conjuntamente con la Gerencia de Sueros, se elaboró otro protocolo de investigación para la optimización de la producción y mejora de rendimientos en graneles de los sueros antiviperino y antialacrán.

El área de investigación continúa desarrollando las actividades acordadas en los siguientes convenios de colaboración con diferentes instituciones académicas y de biotecnología.

En el periodo comprendido entre el 1º de enero y el 31 de agosto de 2010 se surtieron un total de 65.8 millones de dosis de los diferentes biológicos que demandaron las instituciones del sector salud. Si a este volumen se adicionan los biológicos distribuidos en los tres primeros años de la administración, se alcanza un total de 339.8 millones de dosis distribuidas, esta cifra es 12 por ciento superior al volumen distribuido en el mismo periodo de la administración anterior.

CUADRO IX. 3 SUMINISTRO DE VACUNAS, SUEROS Y OTROS BIOLÓGICOS

BIOLÓGICO	2007	2008	2009	ENERO-AGOSTO 2010	TOTAL
Vacunas bacterianas	25 120 587	28 342 440	24 433 227	15 786 375	93 682 629
Vacunas virales	83 656 112	59 427 829	51 971 279	49 816 835	244 872 055
Sueros hiperinmunes	367 918	191 316	399 378	177 211	1 135 823
Otros biológicos	12 840	15 220	62 540	26 064	116 664
Total	109 157 457	87 976 805	76 866 424	65 806 485	339 807 171

FUENTE: Dirección General Adjunta de Comercialización, Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, S.A.de C.V.

La aparición de la pandemia de Influenza A(H1N1) en abril de 2009 originó cambios en la demanda de la vacuna contra la influenza estacional. Ante la incertidumbre que generó la pandemia en los primeros días de su aparición, y con el propósito de completar el esquema de vacunación de los profesionales de la salud, BIRMEX distribuyó vacuna contra la influenza estacional en el segundo trimestre de 2009, periodo en el que normalmente esta vacuna no se aplica. En junio de 2009 la SS tomó la decisión de aplicar la vacuna contra la Influenza A(H1N1), misma que los fabricantes comenzaban a producir, junto con la vacuna estacional que se aplica en forma cotidiana cada año.

Gracias a que BIRMEX tiene un contrato de surtimiento a largo plazo de la vacuna contra la Influenza con la empresa Sanofi Pasteur que contempla el surtimiento de la vacuna pandémica en caso de que se presente un evento de esta naturaleza, fue posible asegurar el surtimiento de este biológico. Sin embargo, la demanda del sector salud rebasó la disponibilidad de Sanofi Pasteur, por lo que fue necesario adquirir con otro fabricante el volumen complementario de la vacuna. Los primeros lotes de la vacuna se recibieron en noviembre de 2009,

CUADRO IX. 4 DISTRIBUCIÓN DE LA VACUNA
PANDÉMICA

INSTITUCIÓN	DOSIS
CENAVECE	13 084 140
IMSS	12 235 880
ISSSTE	1 992 400
Secretaría de Marina	52 520
Estado de Nuevo León	55 000
PEMEX	180 000
Pueblos Indígenas	150 000
SEDENA	256 000
Sector privado	30 380
Total	28 036 320

FUENTE: Dirección General Adjunta de Comercialización, Laboratorios de
Biológicos y Reactivos de México, S.A.de C.V.

con lo cual se inició la campaña de protección a los sectores de riesgo en todo el país. Entre noviembre de 2009 y marzo de 2010 se distribuyeron 28 millones de dosis a todas las instituciones del sector salud que lo demandaron y, aunque en una cantidad mucho menor, también se surtió al sector privado,

En forma simultánea a la distribución de la vacuna pandémica, se distribuyó la vacuna estacional. Entre octubre de 2009 y enero de 2010 se surtieron 19.3 millones de dosis a todas las instituciones del sector salud que lo demandaron.

10. CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

10. CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Durante el periodo que va de septiembre de 2009 a agosto de 2010 se han publicado en el DOF cinco Acuerdos del Consejo de Salubridad General:

- 1) Acuerdo publicado el 11 de septiembre de 2009 por el que se establecen los lineamientos que regulan la práctica de la cirugía bariátrica en México.
- 2) Acuerdo publicado el 23 de noviembre de 2009 por el que se exhorta a establecer el requisito de certificación del CSG en las convocatorias para la participación de los establecimientos hospitalarios, ambulatorios, de rehabilitación y de hemodiálisis en los premios que otorga el gobierno federal y los gobiernos de las entidades federativas, publicado el 11 de septiembre de 2009.
- 3) Acuerdo publicado el 23 de noviembre de 2009 por el que se establecen medidas de control y vigilancia para el uso de ácido fenilacético, sus sales y derivados; metilamina; ácido yodhírico y fósforo rojo.
- 4) Acuerdo publicado el 7 de diciembre de 2009 por el que se establece como obligatorio a partir del 1º de enero de 2010 el requisito de certificación del CSG a los servicios médicos hospitalarios privados que celebren contratos de prestación de servicios con las dependencias y entidades de las administraciones públicas de los gobiernos federal, estatales, del Distrito Federal y municipales.
- 5) Acuerdo publicado el 24 de diciembre de 2009 por el que se adiciona y modifica la relación de especialidades farmacéuticas susceptibles de incorporarse al catálogo de medicamentos genéricos.

El CSG a través de su Comisión Interinstitucional, elabora el Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud y lo actualiza de manera constante. De acuerdo a su reglamento, de septiembre 2009 a agosto de 2010 los Comités Específicos llevaron a cabo 48 reuniones que permitieron la actualización del Cuadro Básico para el primer nivel de atención y de los catálogos para el segundo y tercer nivel. Dichos trabajos permitieron concretar la publicación en el DOF, de las ediciones 2009 de los Cuadros Básicos de Insumos del Sector Salud, en las siguientes fechas:

- Cuadro Básico y Catálogo de Auxiliares de Diagnóstico, 29 de marzo de 2010.
- Cuadro Básico y Catálogo de Material de Curación, 22 de marzo de 2010.
- Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos, 23 de abril de 2010.
- Cuadro Básico y Catálogo de Instrumental y Equipo Médico, 24 de mayo de 2010.

Asimismo, se efectuaron un total de 11 actualizaciones a los Cuadros Básicos de Insumos del Sector Salud por la Comisión Interinstitucional que se publicaron en el DOF entre septiembre de 2009 y mayo de 2010. Como resultado de estas actividades, se actualizaron un total de 3 mil 064 claves y se excluyeron 2 mil 450.

Con relación a medicamentos genéricos, el Grupo de Expertos en Pruebas de Intercambiabilidad continuó su labor de asignar las pruebas más idóneas de este tipo a cada medicamento para definir si debe realizarse perfil de disolución o estudio de bioequivalencia. Como resultado de dichas actividades, se logró la publicación en el DOF de dos acuerdos en los que se adicionaron y modificaron la relación de especialidades farmacéuticas susceptibles de incorporarse al catálogo de medicamentos genéricos.

El CSG, con el propósito de contar con un marco normativo acorde a las disposiciones que establece la Ley General de Salud, publicó el 11 de diciembre de 2009 el nuevo Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, mismo que en su artículo 15, fracción IV, señala el funcionamiento de la Comisión para Definir Tratamientos y Medicamentos Asociados a Enfermedades que Ocasionan Gastos Catastróficos. Con fundamento en el Reglamento Interior de dicha Comisión, los nueve Comités Técnicos durante el periodo 2009-2010 concluyeron la elaboración de los 110 protocolos técnicos del listado de enfermedades o intervenciones que ocasionan gastos catastróficos. En forma simultánea se inició un proceso de actualización de estos protocolos, que se reforzó durante 2009 y 2010 para un total de 30 actualizaciones en este lapso.

Asimismo, el 4 de noviembre de 2009 se aprobó el *Manual para la Priorización de Intervenciones que Ocasionan Gastos Catastróficos* y el *Cuestionario para el Proceso Simplificado de Priorización de las Enfermedades que Ocasionan Gastos Catastróficos*, el cual se diseñó con el propósito de contar con un

instrumento explícito, flexible, reproducible, eficiente y transparente, que permita definir en forma racional la prioridad en el financiamiento de aquellas enfermedades o intervenciones de alto costo con base en criterios clínicos, epidemiológicos, económicos, éticos y sociales, a fin de apoyar la toma de decisiones y coadyuvar a que el CSG emita recomendaciones a la CNPSS relacionadas con la inclusión paulatina de nuevas enfermedades en la cobertura del FPGC.

De manera complementaria, durante el periodo que abarca el presente informe, los nueve Comités Técnicos llevaron a cabo reuniones de trabajo en donde se aplicaron 613 cuestionarios que evaluaron 61 enfermedades o intervenciones aun pendientes de cobertura por el FPGC. Con base en estos trabajos se concluyó el proceso simplificado de priorización de estas enfermedades o intervenciones, alcanzado la meta propuesta para esta actividad.

Con relación a la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, en el periodo comprendido entre el 1° de septiembre de 2009 y el 31 de agosto de 2010, 57 establecimientos de atención médica, principalmente hospitales, se encuentran pendientes de auditoría. Se han certificado 25 establecimientos en el transcurso de 2010 y de los 229 establecimientos que mantenían la vigencia de su Certificado emitido entre 2007 y 2009, tres hospitales y siete establecimientos ambulatorios la perdieron el 29 de junio de 2010. Por otra parte, 28 establecimientos obtuvieron un dictamen no favorable en las sesiones ordinarias de la Comisión de septiembre a diciembre de 2009 debido a que no alcanzaron los porcentajes de cumplimiento requeridos en la evaluación de los estándares, razón por la que se encuentran como *no certificados*. A otros nueve establecimientos que cumplieron con los porcentajes requeridos pero incumplieron estándares indispensables de estructura, o que comprometen el diagnóstico, tratamiento o la vida del paciente, o que tienen observaciones de auditoría relevantes, se les otorgó un plazo perentorio de seis meses para dar cumplimiento en los puntos señalados.

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	
Pendiente auditoría	48	2	-	1	6	57
Certificado en 2010	11	9	-	4	1	25
Mantienen la vigencia de su certificado emitido en años previos	136	72	4	5	2	219
No certificado	19	9	-	-	-	28
Pendiente verificación de observaciones de auditoría	1	8	-	-	-	9
Pendiente seguimiento anual	54	11	-	-	1	66
TOTAL	269	111	4	10	10	404
1ra Certificación	84	44	1	8	8	145
Recertificación	185	67	3	2	2	259

FUENTE: Secretaría de Salud. Consejo de Salubridad General. 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
	PRIVADOS	IMSS	SALUD	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	OTROS ^{1/}	
Pendiente auditoría	44	6	5	-	1	-	-	1	57
Certificado en 2010	9	8	2	2	-	-	-	4	25
Mantienen la vigencia de su certificado emitido en años previos	70	73	21	22	15	3	4	11	219
No certificado	13	6	3	6	-	-	-	-	28
Pendiente verificación de observaciones de auditoría	-	7	-	2	-	-	-	-	9
Pendiente seguimiento anual	22	19	11	6	4		1	3	66
TOTAL	158	119	42	38	20	3	5	19	404
1ª Certificación	71	35	12	18	-	-	-	9	145
Recertificación	87	84	30	20	20	3	5	10	259

FUENTE: Secretaría de Salud. Consejo de Salubridad General. Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica
^{1/} Secretaría de Comunicaciones y Transportes, Magisterio, Universitario, Cruz Roja Mexicana, Desarrollo Integral de la Familia, Fundación TELETÓN y Estado Mayor Presidencial.

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. La evaluación del grado de cumplimiento de los estándares es mediante rastreadores enfocados a procesos y sistemas críticos de los hospitales. Actualmente se han inscrito 57 para certificarse con esta nueva metodología, de los cuales siete lograron la certificación; a dos se les otorgó un plazo perentorio de seis meses para dar cumplimiento a las observaciones y 48 más quedaron pendientes de auditoría ya que se inscribieron al cierre del periodo.

Se llevó a cabo una sesión con 60 auditores el 8 de abril de 2010, en la cual se les retroalimentó sobre su desempeño en relación con el cumplimiento de las Normas de Auditoría para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Por otro lado, se hicieron de su conocimiento los comentarios que sobre su desempeño realizaron tanto sus compañeros de los equipos de auditoría como los directores de los establecimientos auditados.

Del 12 al 16 de abril de 2010 se llevó a cabo el Primer Curso Taller de Actualización para la Certificación de Hospitales con Estándares Internacionales Homologados con la finalidad de que los auditores, capacitados en la nueva metodología, actualizaran sus conocimientos en relación con estos temas. Participaron 28 auditores de instituciones públicas y privadas, teniendo como sede el Instituto Nacional de Perinatología.

Con el propósito de dar congruencia a los procesos de certificación de los establecimientos de atención médica, periódicamente se intercambia información con la COFEPRIS, a fin de no certificar algún establecimiento que tenga impuestas medidas de seguridad, a la vez de impulsar la atención de procedimientos administrativos que tengan abiertos con dichas instancias.

Debido a que los procesos de acreditación de la SS y certificación del CSG se encuentran articulados con el fin de impulsar la mejora continua en los hospitales de la Secretaría y de los SESA, se envió un comunicado a los Secretarios de Salud de las entidades federativas para señalarles el grado de avance de su Plan Quinquenal de Certificación, el cual se resume con los siguientes datos: de 221 hospitales comprometidos, 188 hospitales no se han inscrito, 30 han logrado la certificación, dos no fueron certificados por la Comisión y uno cumplió los porcentajes requeridos pero tiene incumplidos dos estándares ponderados como indispensables, por lo que se le otorgó un plazo de seis meses para cumplirlos.

Con la finalidad de impulsar la mejora de la calidad en los establecimientos privados que brindan servicios de salud a los trabajadores de las dependencias y entidades de los tres órdenes de gobierno, así como para dar el referente de calidad para que la contratación de estos servicios asegure las mejores condiciones al Estado, el CSG aprobó el acuerdo por el que se establece como obligatorio, a partir del 1° de enero de 2010, el requisito de certificación de éste Consejo a los servicios médicos hospitalarios privados que celebren contratos de prestación de servicios con las dependencias y entidades de las administraciones públicas de los gobiernos federal, estatales, del Distrito Federal y municipales. Este acuerdo se publicó en el DOF el 7 de diciembre de 2009.

Para incrementar los incentivos a los establecimientos de atención médica certificados, el CSG aprobó el acuerdo por el que se exhorta a establecer el requisito de certificación de éste Consejo en las convocatorias para la participación de los establecimientos hospitalarios, ambulatorios, de rehabilitación y de hemodiálisis en los premios que otorga el gobierno federal y los gobiernos de las entidades federativas, el cual fue publicado en el DOF el 11 de septiembre de 2009.

Con el propósito de impulsar la certificación de hospitales agrupados en las ISES y con ello propiciar el cumplimiento de este requisito establecido en las Reglas de Operación del Ramo de Salud, se intercambió información con la DGCES con el propósito de que supieran el estatus de cada uno de estos hospitales en el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Como resultado, el 26 de noviembre de 2009 la DGCES envió a cada uno de los directores de estos hospitales un comunicado formal en el que señala el mes de diciembre de 2010 como plazo perentorio para que cuenten con la certificación vigente del CSG, de lo contrario ya no formarán parte de las ISES.

Finalmente, con el objetivo 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 30 cursos en diferentes entidades federativas para instituciones públicas y privadas, con una asistencia total de mil 622 directivos.

11. COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

11. COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

Para coadyuvar en el cumplimiento de los objetivos del PND 2007-2012 y la implantación del PROSESA 2007-2012, y de acuerdo con los compromisos establecidos en el PAE 2007-2012: Protección contra Riesgos Sanitarios; del 1º de septiembre de 2009 al 31 de agosto de 2010 esta Comisión Federal realizó las siguientes actividades:

1. EXPOSICIÓN A RIESGOS SANITARIOS POR ALIMENTOS

Los riesgos a los que está expuesta la población debido al consumo de alimentos pueden deberse a varios factores, como la existencia de productos con baja calidad sanitaria por contaminación microbiológica y toxicológica en la cadena de valor o por el uso de insumos prohibidos; a la deficiencia de la adición obligatoria de nutrimentos, lo que disminuye el éxito de las intervenciones de salud pública, y a hábitos alimenticios inadecuados. Con el propósito de abatir o disminuir estos riesgos, las acciones realizadas fueron las siguientes:

Calidad Microbiológica de Alimentos

- Se tomaron, conjuntamente con el Sistema Federal Sanitario, 72 mil 869 muestras de alimentos, lo que representa un cumplimiento de 86 por ciento de lo programado a nivel nacional, el 74.6 de dichas muestras se encontraron dentro de especificaciones, siendo los productos lácteos y los alimentos preparados los grupos con menor grado de cumplimiento.
- Se llevaron a cabo 94 mil 696 visitas de verificación a establecimientos dedicados al proceso y venta de alimentos a nivel nacional. El porcentaje de cumplimiento general de *Buenas Prácticas de Higiene y Sanidad* en los establecimientos procesadores y expendedores de alimentos fue de 82.6 por ciento.
- Como resultado de estas acciones, se efectuó la suspensión de mil 104 establecimientos, se aseguraron 30 mil 048 kilogramos de alimentos y se destruyeron 22 mil 022. Con relación al mismo periodo del año anterior, hubo una reducción en el número de medidas de seguridad sanitaria, probablemente como consecuencia de que existe un menor número de situaciones de riesgo.

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, a fin de adecuarlos con la normatividad pecuaria, ambiental, laboral y de salud.
- Durante el periodo que se reporta, se elaboró el acta específica para llevar a cabo la verificación de rastros y mataderos y se efectuó capacitación en las 32 entidades federativas para su aplicación. Durante 2009 se visitaron 32 rastros y en lo que va del presente año se han visitado 14.
- En cinco estados, como parte de las estrategias de mejoramiento de instalaciones dedicadas al faenado de animales para abasto, se desarrollaron proyectos de construcción de rastros regionales y municipales o la remodelación de instalaciones ya existentes. A la fecha existen 21 establecimientos en poblaciones mayores a 50 mil habitantes ubicados en los estados de Baja California Sur, Chiapas, Estado de México, Tabasco, Veracruz y Zacatecas, que tienen un porcentaje de avance en construcción, remodelación o equipamiento mayor o igual a 90 por ciento.
- Con el objetivo de obtener información actualizada de los establecimientos dedicados a la faena, se trabajó en la actualización y sistematización de la máscara de captura del *Atlas de Riesgo*, la cual implicó la revisión de las actas específicas de rastros y mataderos por el equipo de trabajo del Proyecto Nacional y Líderes de Proyecto Estatales. También se realizó un Taller del 13 al 16 de abril de 2010 con el objetivo de obtener retroalimentación sobre las actas específicas.
- Se realizó el análisis técnico de la NOM-194-SSA1-2010 Productos y servicios. Especificaciones sanitarias en los establecimientos dedicados al sacrificio y faenado de animales para abasto, almacenamiento, transporte y expendio. *Especificaciones sanitarias de productos*.
- A partir de las evaluaciones de riesgo sanitario de los establecimientos, se desarrollaron propuestas de mejora

de instalaciones, equipamiento y proceso de sacrificio y faena que son gestionadas por los responsables del Proyecto con los tomadores de decisión en los gobiernos municipales, a fin de alcanzar los compromisos y programas necesarios para concretar la mejora de los establecimientos.

Hábitos Alimenticios

- El 21 de abril de 2010 en la ciudad de Colima el plan piloto del *Programa México Sano*, en el cual participan la SS, la Universidad Autónoma del Estado de Colima, autoridades municipales y asociaciones privadas.
- En el marco de este programa, del 26 al 28 de abril se realizó una investigación en el comedor industrial de Holcim Apasco, donde se les aplicó la Historia Clínica Nutricional a 138 trabajadores, se efectuaron mediciones antropométricas y se les aplicó una encuesta de percepción de riesgos a fin de saber si perciben o no el riesgo a la salud derivado de una dieta alta en grasa y carbohidratos, identificar hábitos y actitudes potencialmente dañinas y para conocer sus niveles de información respecto a una alimentación saludable. Esta medición basal permitirá, una vez concluida la intervención que contempla una campaña de comunicación de riesgos, identificar si se incrementaron los niveles de información y percepción del riesgo y si se incidió en la modificación de hábitos alimenticios.

2. EXPOSICIÓN A RIESGOS SANITARIOS POR INSUMOS A LA SALUD

- Los medicamentos son insumos de primer orden para la atención de la salud ya que son una herramienta esencial en la lucha contra las enfermedades y sus consecuencias. Por este motivo, se debe garantizar su seguridad, eficacia, calidad terapéutica, así como el acceso equitativo de la población a los mismos. Por lo tanto, el control sanitario de los medicamentos debe realizarse desde su proceso de fabricación y hasta su comercialización, pasando por el otorgamiento del registro sanitario, la prescripción y su, dispensación.

Fabricación:

- Para constatar el cumplimiento de las buenas prácticas de fabricación en establecimientos dedicados a la fabricación y distribución de medicamentos, se realizaron 96 visitas de verificación sanitarias, 18 por ciento más que en el mismo periodo del año previo.

Prescripción, Dispensación y Comercialización

- El Programa de Capacitación en Manejo y Dispensación de Medicamentos para empleados de farmacia está descentralizado en las entidades federativas, las que han sido capacitadas para operarlo con base en políticas y procedimientos diseñados para tal fin. La COFEPRIS ejerce su papel de rectoría administrando y promoviendo dicho proceso formativo.
- Entre septiembre de 2009 y mayo de 2010 se realizaron 143 cursos de capacitación dirigidos a empleados de farmacias, mediante los cuales se acreditó a 2 mil 672 personas.
- Continuó promoviéndose, conjuntamente con el SINGREM, el Plan Nacional de Manejo de Residuos Farmacéuticos, del cual forman parte la CANIFARMA y los DIPROFAR. Este plan tiene como objetivo establecer la obligatoriedad que tienen todos los actores —industria, importadores, exportadores y distribuidores— de destruir de manera adecuada los medicamentos caducos provenientes de los hogares.
- El 27 de mayo de 2010 se publicó el *Acuerdo por el que se determinan los lineamientos a los que estará sujeta la venta y dispensación de antibióticos*, en el cual se establece:
 - Que la venta y dispensación de antibióticos deberá llevarse a cabo única y exclusivamente contra la exhibición de la receta médica correspondiente, la cual deberá elaborarse de conformidad con lo dispuesto en los artículos 31 y 32 del Reglamento de Insumos para la Salud.
 - Que los establecimientos de venta o dispensación de antibióticos al menudeo deberán llevar un registro de la venta de este tipo de medicamentos.
 - Que la COFEPRIS publicará y mantendrá actualizada la lista de antibióticos que estarán sujetos a este control para consulta pública en su portal electrónico de Internet.
 - El citado Acuerdo entrará en vigor 90 días después de su publicación en el DOF.

3. EXPOSICIÓN A RIESGOS SANITARIOS EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA

- La calidad y oportunidad de los servicios ofertados en establecimientos médicos también representan un riesgo potencial para la salud de la población. Del 1° de septiembre de 2009 a mayo de 2010 se realizaron 506 visitas de verificación sanitaria en establecimientos donde se presentó alguna muerte materna, es decir 62.1 por ciento más con relación al mismo periodo del año pasado.

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

- Con relación al tema de tabaco, en lo que va de 2010 se han llevado a cabo 111 acciones de vigilancia sanitaria. Cabe señalar que actualmente la vigilancia de la Ley y su Reglamento es de competencia federal. En el periodo mencionado se aplicaron 29 medidas de seguridad de suspensión de actividades por incumplimiento; se encuentran en procedimiento de sanción administrativa 43 expedientes; se han realizado 84 verificaciones y cinco denuncias, y se han visitado 20 entidades federativas.
- De septiembre de 2009 a agosto de 2010 se elaboraron 115 informes de verificación por la difusión de publicidad irregular de bebidas alcohólicas, ordenándose como medida de seguridad la suspensión de los mensajes publicitarios.
- Como parte de las acciones dirigidas a atacar y desincentivar actividades ilícitas en la fabricación, distribución y comercialización de productos riesgosos, durante 2010 la autoridad sanitaria realizó 14 operativos de carácter interinstitucional en el Distrito Federal, Jalisco, Puebla y Veracruz.

5. EXPOSICIÓN A RIESGOS SANITARIOS POR EMERGENCIAS SANITARIAS

- Se registraron y atendieron 570 eventos conjuntamente con el SFS.
- Se dotó al SFS de 196 mil frascos de plata coloidal, 127 mil kilos de cloro y 4 mil 600 pruebas rápidas para determinar la calidad sanitaria del agua.
- En el periodo comprendido del 1° de enero de 2007 a agosto de 2010 se registraron y atendieron, conjuntamente con el SFS, 3 mil 977 eventos, en materia de atención a emergencias. Entre estos eventos se pueden contar la ocurrencia de desastres naturales (24.5 por ciento), accidentes químicos (32.1 por ciento), brotes e intoxicaciones (24.4 por ciento), concentraciones masivas (18.3 por ciento) e infecciones nosocomiales (0.5 por ciento).

6. 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 como consecuencia de 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:

- Durante el periodo que se reporta, se realizaron 1 millón 100 mil 675 determinaciones de cloro residual libre en sistemas formales de abastecimiento de agua, de las cuales 90.3 por ciento cumplió con el criterio de eficiencia de cloración. Asimismo, se logró un porcentaje de cobertura de vigilancia de 82.9 por ciento, por lo que el porcentaje de población sin riesgo por consumo de agua alcanzó 78.9 por ciento

CUADRO XI.1 DATOS AGUA DE CALIDAD BACTERIOLÓGICA (HASTA MAYO DE 2010)

CONCEPTO	DATOS ACUMULADOS		DATOS ANUALES			ENERO-ABRIL		
	2008 AL 30 DE ABRIL DE 2010	SEPTIEMBRE 2009 AL 30 DE ABRIL DE 2010	2008	2009	2010	2009	2010	VARIACIÓN % ANUAL
Determinaciones de cloro residual libre	3 903 408	1 100 675	1 790 230	1 528 279	584 899	622 898	584 899	- 6.1
Eficiencia de cloración (%)	89.9	90.3	89.3	90.2	90.2	89.8	90.2	0.5
Porcentaje de cobertura de vigilancia	82.7	82.9	82.9	81.9	83.2	80.1	83.2	3.8
Porcentaje de población sin riesgo por consumo de agua	78.9	78.9	79.1	75.6	81.0	74.3	80.9	9.0

FUENTE: Secretaría de Salud. Comisión Fedreal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

- En abril de 2003 el Gobierno Federal emprendió una acción coordinada con las Secretarías de Marina, Medio Ambiente, Salud y Turismo creando el Sistema Nacional de Información sobre la Calidad del Agua en Playas Mexicanas, con el propósito de brindar información confiable y oportuna a los usuarios de las playas, así como a las autoridades estatales y municipales a fin de que éstos tomen las medidas necesarias en aquellos lugares que representen un riesgo a la salud de la población.
- La COFEPRIS realizó un ejercicio para dimensionar las playas que se encuentran dentro del programa de vigilancia de la calidad del agua. A partir de 2010 se modificaron algunas de las playas en la muestra, mientras que en otras se incrementaron los sitios de muestreo.
- Durante 2010 el Proyecto de Agua de Contacto consideró la vigilancia de 52 destinos turísticos, 245 playas y 330 Puntos de Monitoreo.
- Con base en criterios de salud y de acuerdo con la OMS, a concentraciones mayores a 200 NMP hay una posibilidad de enfermedad por una sola exposición menor de 10 por ciento con respecto a una concentración de 500 NMP/100 ml. En este sentido, a partir de 2010 se redujo el nivel de enterococos al siguiente intervalo inferior que establece la OMS, para una mayor protección a la salud.
- De las 2 mil 322 muestras realizadas, 96.3 por ciento se encontró dentro de especificaciones microbiológicas.

CUADRO XI.2 AGUA DE MAR PARA USO RECREATIVO
CON CONTACTO PRIMARIO

CONCEPTO	2010	VARIACIÓN % ANUAL
Destinos turísticos	52	0.0
Playas	335	-26.9
Porcentaje de muestreos que cumplen los niveles de calidad	96.3	3.0
Porcentaje de playas que cumplen los niveles de calidad	77.6	-19.8

FUENTE: Secretaría de Salud. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Nota: La información al mes de junio de 2010 se proyectó, debido a que el último reporte mensual es hasta el mes de mayo.

12. COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

12. COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

La CNPSS, en su carácter de órgano desconcentrado de la SS, tiene como objetivo la ejecución de las tareas establecidas en la Ley General de Salud sobre el Sistema de Protección Social en Salud. Para cumplir con este fin, en concordancia con las prioridades establecidas en el PROSESA 2007-2012, se definieron tres objetivos: contribuir al logro de la cobertura universal en salud, lograr que la población afiliada al Sistema tenga acceso efectivo a los servicios de salud, y consolidar la operación y sustentabilidad financiera del Sistema. Estos objetivos constituyen la base para la planeación de las estrategias, actividades y metas del Sistema de Protección Social en Salud, contenidas en su PAE 2007-2012, así como en su Matriz de Indicadores de Marco Lógico.

Para dar cobertura de salud a su población beneficiaria, la CNPSS establece los siguientes mecanismos: la afiliación al Seguro Popular, la estrategia Embarazo Saludable, el financiamiento de los servicios y acciones específicas establecidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud, el financiamiento de la atención de enfermedades consideradas catastróficas incluidas en el FPGC, el Programa Seguro Médico para una Nueva Generación, el componente de salud del Programa Oportunidades, y el Programa Cirugía Extramuros.

El Seguro Popular en el presente año ha enfocado sus esfuerzos a lograr la afiliación de todos los mexicanos que por su condición laboral no cuentan con seguridad social en salud y voluntariamente lo soliciten, contribuyendo así al logro de la cobertura universal en salud. Los principales avances alcanzados en la afiliación en contribución a dicho logro son:

- Al mes de junio de 2010, se han afiliado al Seguro Popular 36.8 millones de personas, lo que significa un avance de 75 por ciento en la cobertura de la población que se ha estimado se afilie voluntariamente al Seguro Popular.
 - De enero del 2007 al mes de mayo de 2010, la afiliación creció más del doble al pasar de 15.7 a 36.8 millones de personas afiliadas.
 - La afiliación de junio de 2009 a mayo de 2010 tuvo un crecimiento de 29.4 por ciento
- La afiliación al Seguro Popular a través de la Estrategia Embarazo Saludable ha jugado un papel importante en el acercamiento de las mujeres embarazadas a los servicios de salud.
 - A partir de su creación al mes de junio de 2010, se han incorporado al Seguro Popular 1 millón 166 mil 054 mujeres en etapa de gestación y sus familias.
 - De junio de 2009 a junio de 2010 se incorporaron 786 mil 404 mujeres al Seguro Popular, lo que significa un crecimiento en el periodo de más de 200 por ciento y muestra la aceptación que ha tenido esta estrategia entre las mujeres embarazadas.
- Al Seguro Médico para una Nueva Generación se han afiliado, al mes de junio de 2010, 3 millones 542 mil 078 niños, lo que significa un avance de 93 por ciento en relación con la meta establecida para 2010.
 - De junio de 2009 a mayo de 2010 se han afiliado al Seguro Médico para una Nueva Generación 1 millón 321 mil 536 niños, con un crecimiento en el periodo de 59.5 por ciento.
- Con el propósito de hacer más eficiente el proceso de afiliación y llegar a un mayor número de personas que solicitan su incorporación al Seguro Popular, se eliminaron los candados de cuotas de afiliación (población oportunidades, familias de niños del Seguro Médico para una Nueva Generación, entre otros) lo que permitirá alcanzar la meta de 49 millones de afiliados en el menor tiempo posible, de acuerdo con las características y necesidades que cada una de las 32 entidades federativas establezcan.
- Para favorecer a la población más desprotegida, en junio de 2010 se amplió el criterio para clasificar a las personas exentas de aportación de la cuota familiar hasta el decil cuatro. Esta medida beneficia a personas que no estaban incluidas en dicha prerrogativa y son adicionales a las ya contempladas como son las mujeres embarazadas y las familias de niños que ingresan a través de Programa Seguro Médico para una Nueva Generación.

Una de las prioridades del Seguro Popular es cuidar el acceso de la población beneficiaria a los servicios de salud y la tutela de sus derechos. En ese sentido se han tenido avances importantes, entre los que destacan:

- Un incremento en el promedio de consultas por afiliado, al pasar de 1.5 en 2008 a 1.6 en 2009, crecimiento importante si se toma en cuenta que el número de afiliados al Seguro Popular creció de 27.2 millones de personas en el 2008 a 31.1 en 2009.
- El FPGC, que financia 49 intervenciones consideradas catastróficas, ha tenido cada vez una mayor participación en la atención de la salud.
 - Los casos financiados con el FPGC pasaron de 59 mil 587 en 2007 a 87 mil 882 en 2009, es decir han tenido un crecimiento de 47.5 por ciento.
 - El FPGC jugó un papel destacado en el financiamiento de las acciones contra la pandemia de influenza A(H1N1), aportando recursos tanto para la adquisición de insumos como de vacunas.
- Con la cobertura en salud que ofrece el Programa Seguro Médico para una Nueva Generación, en 2009 se apoyaron 30 mil 749 casos, denotando un avance significativo con respecto a los 9 mil 156 casos financiados en 2008.
- A través del componente de salud del Programa Desarrollo Humano Oportunidades se otorgaron 43.7 millones de consultas en el periodo septiembre 2009-agosto 2010, lo que representa un crecimiento del 4.5 por ciento con relación al periodo septiembre 2008-agosto 2009.
 - Dentro de los grupos vulnerables atendidos por el Programa Oportunidades, destaca la atención de mujeres embarazadas y en periodo de lactancia. Se estima que en este grupo de población habrá un incremento de 5 por ciento entre los dos periodos, al pasar de 325 mil mujeres en control entre septiembre 2008-agosto 2009 a 341 mil entre septiembre 2009 y agosto 2010.
 - Para el lapso septiembre 2008-agosto 2009 se adquirieron 311.2 millones de dosis de suplemento alimenticio para niños menores de cinco años y mujeres embarazadas o en periodo de lactancia beneficiarios del Programa Oportunidades. En el periodo que comprende el presente informe se adquirieron 343.8 millones de dosis lo que representa un incremento de 10.5 por ciento.
- Para atender las necesidades de salud de la población que habita en las zonas con los niveles más altos de marginación, en 2009 se realizaron 104 mil 273 cirugías a través del Programa Cirugía Extramuros con infraestructura y personal médico voluntario de la SS y los SESAS y utilizando insumos médicos donados por la Fundación Telmex. Se estima que en 2010 se realizarán 120 mil cirugías en el marco de este programa.
- Con el propósito de lograr que los beneficiarios del Seguro Popular reciban servicios de salud en el momento y en el lugar donde los requieran, el 23 de octubre de 2009 se firmó el *Convenio de Colaboración Específico en Materia de Prestación de Servicios de Salud a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud*,
 - A partir de la firma del Convenio, 24 mil 569 personas de 32 entidades federativas se han atendido fuera de su estado de residencia.
 - Jalisco, Distrito Federal y Colima son los estados que más servicios de salud han brindado a beneficiarios con otro lugar de origen.
 - Las entidades que han recibido mayor apoyo en servicios de salud de otras entidades son el Estado de México, Jalisco, Michoacán, Zacatecas y Veracruz.
 - Del total de los casos atendidos en esta modalidad, 36 por ciento se relacionan con la atención de partos, puerperio fisiológico y quirúrgico, cesáreas y servicios de atención prenatal y de recién nacidos.
- A efecto de garantizar a los beneficiarios del Seguro Popular una oferta de servicios de calidad para su atención médica, la DGCEs en colaboración con la Comisión, lleva a cabo la acreditación de unidades médicas, verificando que dispongan de la capacidad instalada apropiada en cuanto a personal, dispositivos médicos, infraestructura física y medicamentos.
 - A finales de 2009 se llegó a un total de 8 mil 279 unidades médicas acreditadas, más de tres veces las contabilizadas a finales de 2006.

- La actualización del CAUSES, en el que se establecen las enfermedades cubiertas por el Seguro Popular, es importante para asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud.
 - A partir de 2010 el CAUSES cubre 275 intervenciones, nueve más que en el 2009. Se incluyeron intervenciones para atender emergencias obstétricas con la finalidad de contribuir a la disminución de la mortalidad materna, y se fortalecieron intervenciones gineco-obstétricas ya existentes, así como las relacionadas con la atención de la Salud Mental.
- Para fortalecer a las entidades federativas con recursos humanos suficientes que fomenten la atención con calidad y calidez, durante 2008 y 2009 se regularizaron 68 mil 050 plazas de trabajadores directamente relacionados con la atención a los afiliados.
- En cumplimiento con el mandato del artículo 39 del PEF 2009, durante el mes de noviembre del mismo año se levantó la encuesta semestral del Sistema para conocer, entre otros aspectos, la percepción de los afiliados sobre la calidad y oportunidad de los servicios médicos. Los hallazgos principales fueron:
 - 94.8 por ciento de los usuarios se mostró satisfecho con el Seguro Popular y 92.2 por ciento con la atención médica.

Para hacer frente a los retos que representa llegar a la cobertura universal de la población sin seguridad social en salud y el acceso efectivo a los servicios de salud, se llevaron a cabo acciones encaminadas a fortalecer y consolidar la sustentabilidad financiera y operativa del sistema:

- El 30 de diciembre de 2009 se publicó en el DOF el decreto de reforma a los Artículos 77 Bis 12 y Bis 13 de la Ley General de Salud, con lo que se modifica el esquema de financiamiento del Seguro Popular de familia a persona y se sientan las bases para llegar en un corto plazo a la cobertura universal mediante una distribución más equitativa de los recursos del Seguro Popular hacia aquellos lugares en que existe una mayor población en condiciones de pobreza.
- Se destinaron los siguientes recursos para dar cobertura en salud:
 - En 2009 el Seguro Popular ejerció un presupuesto de 40 mil 979.2 millones de pesos, de los cuales 31 mil 275.4 correspondieron a la cuota social y aportación solidaria federal y 9 mil 703.8 al fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud. Estos recursos se destinan al pago de servicios considerados en el CAUSES, el FPGC y el Fondo de Previsión Presupuestal.
 - El Seguro Médico para una Nueva Generación ejerció en 2009 un presupuesto de 2 mil 564.6 millones de pesos, el cual fue destinado para el pago de cápita, intervenciones financiadas con el SMNG y la adquisición de vacunas.
 - El Componente Salud del Programa Desarrollo Humano Oportunidades, por su parte, ejerció en 2009 un presupuesto de 3 mil 482.2 millones de pesos para llevar a cabo las acciones consideradas en el programa.
- En 2010 se autorizó en el PEF un importe de 57 mil 487.7 millones de pesos, de los cuales 50 mil 788.5 millones corresponden al Seguro Popular, 2 mil 450 millones al Seguro Médico para una Nueva Generación y 4 mil 926.5 millones al Componente de Salud el Programa Desarrollo Humano Oportunidades. De estos recursos, se han transferido 18 mil 360.5 millones de pesos al mes de mayo 2010.

13. COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

13. COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

La CONAMED está orientada a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios y prestadores de los servicios médicos coadyuvando en la mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes, contribuyendo así al cumplimiento de lo plasmado en eje de política pública sobre “igualdad de oportunidades” del PND, particularmente en lo relativo al objetivo 5 de dicho plan, el que establece la necesidad de “brindar servicios de salud eficientes con calidad, calidez y seguridad para el paciente”.

Durante el periodo comprendido entre el 1° de enero de 2007 y agosto de 2010, la CONAMED ha atendido un total de 53 mil 103 asuntos:

- A través de la orientación se resolvieron 27 mil 010.
- Se concedió asesoría especializada a 16 mil 402 usuarios.
- Se realizaron 2 mil 050 gestiones inmediatas ante instituciones de salud.
- Se realizó investigación sobre evidencia documental en 6 mil 411 quejas

Adicionalmente, se atendieron mil 230 dictámenes periciales previamente requeridos por órganos de procuración y administración de justicia y órganos internos de control con los resultados descritos en el cuadro siguiente.

CUADRO XIII. 1 COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO, 2007-2010

CONCEPTO	DATOS ANUALES			ENERO-AGOSTO		
	OBSERVADO			2009	2010 ^{E/}	VARIACIÓN % ANUAL
	2007	2008	2009			
Total de asuntos recibidos	17 369	14 673	12 574	9 097	8 779	-3.5
Número de asuntos resueltos	17 298	14 578	12 510	9 041	8 717	-3.5
Por orientación	10 664	7 390	5 435	3 886	3 521	-9.4 1/
Por asesoría especializada	4 187	4 596	4 352	3 267	3 267	0.0
Por gestiones inmediatas en instituciones de salud	494	553	588	404	415	2.7
Se atendieron como quejas	1 667	1 734	1 748	1 210	1 262	4.3
Por conciliación	840	846	863	603	621	3.0
Con arbitraje (laudo)	86	75	72	52	52	0.0
Propuesta institucional de arreglo	6	5	0	0	0	0.0
No se conciliaron ^{a/}	469	544	560	376	401	6.6
No sujetas al proceso arbitral	266	264	253	179	188	5.0
Por emisión de dictámenes periciales	286	305	387	274	252	-8.0 2/
Eficacia conciliatoria y arbitral (%)	66.1	69.0	65.0	66.4	65.5	-0.9 3/

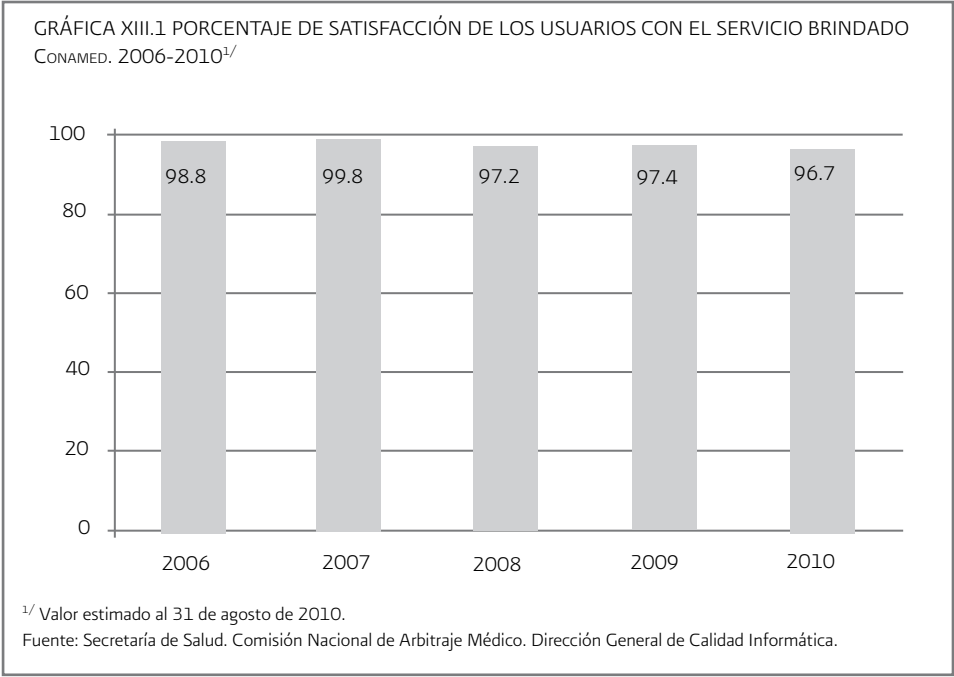
FUENTE: Secretaría de Salud.
^{a/} La cifra reportada en 2007 y 2008 excluye los casos concluidos con propuesta institucional de arreglo para reportarse por separado.
^{e/} Cifras estimadas.
^{1/} La variación es resultado del incremento en la consulta realizada por los usuarios a la sección “trámites y servicios” de la página Web de la CONAMED.
^{2/} Derivado de las medidas de austeridad y racionalidad presupuestal, se reduce la contratación de asesores especializados afectando la productividad en la resolución de dictámenes periciales.
^{3/} Puntos porcentuales.

Mediante el modelo arbitral se realizó la investigación sobre evidencia documental de 6 mil 411 quejas, de las que 49.5 por ciento se resolvió por conciliación y 4.4 por ciento con arbitraje. El resto, 2 mil 956 quejas, se resolvieron de la siguiente manera: 11 mediante la entrega de una propuesta institucional de arreglo, mil 974 donde las partes decidieron no conciliar su asunto o abandonar el proceso en la etapa decisoria del arbitraje y 971 en donde las partes involucradas decidieron no sujetarse al proceso. La disminución del volumen global de asuntos atendidos se observa principalmente por el decremento en el rubro de orientaciones, resultado del aumento en la consulta realizada por los usuarios a la sección *trámites y servicios* de la página Web de la CONAMED.

Los resultados obtenidos entre enero y agosto de 2010 muestran diferencias mínimas con relación a lo registrado en el mismo periodo del año anterior: el número de asesorías especializadas se mantiene, mientras que en las gestiones inmediatas y quejas se observa un incremento de 2.7 y 4.3 por ciento, respectivamente. En el caso particular de los dictámenes existe una disminución importante de ocho por ciento, que responde, entre otros factores, al incremento en la demanda, la complejidad de los casos y el número insuficiente de asesores para brindar respuesta a la demanda. El volumen de asuntos atendidos en menos de 48 horas (principalmente gestiones inmediatas, asesorías y orientaciones) se mantiene en torno del 80 por ciento.

La actividad sustantiva de la CONAMED se mide a través del indicador de “eficacia conciliatoria y arbitral”. No obstante, su alcance depende de la voluntad de las partes involucradas en la resolución de la queja y la pretensión de los usuarios del servicio. Por ello, en el periodo de enero a agosto de 2010 el indicador alcanzó un valor de 65.5 por ciento. Cabe señalar que éste indicador está vinculado con el Programa de Mediano Plazo y forma parte del SED, cuyo seguimiento se encuentra a cargo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

La satisfacción de los usuarios atendidos mediante gestión inmediata y conciliación se mantiene constante desde 2006, ubicándose el último año en 96.7 por ciento.



Se ha fortalecido la descentralización de la atención de la queja médica en dos vertientes; por un lado, el impulso para la creación de Comisiones Estatales de Arbitraje Médico en los estados que aun no operan y, por otro, descentralizando la atención de la queja médica desde su lugar de origen a través de convenios de colaboración con el IMSS, ISSSTE, CEAM y CONAMED. En este sentido, se suscribió un convenio de colaboración interinstitucional entre la Comisión Estatal de Veracruz, la de Puebla y la Unidad Médica de Alta Especialidad del IMSS. En la siguiente tabla se aprecia el avance de estas acciones:

CUADRO XIII. 2 COMISIONES ESTATALES EN OPERACIÓN POR ENTIDAD FEDERATIVA

COMISIONES ESTATALES EN OPERACIÓN		FECHA DE INICIO ACTIVIDADES	COMISIONES ESTATALES HOMOLOGADAS ^{1/}	COMISIONES ESTATALES CON CONVENIO INTERINSTITUCIONAL (IMSS-ISSSTE)
1	Aguascalientes	14-Apr-00	Aguascalientes	11-Mar-08
2	Baja California	25-Apr-03	-	-
3	Campeche	4-Aug-03	Campeche	1-Aug-08
4	Chiapas	8-Jan-03	-	-
5	Coahuila	11-Jul-05	-	-
6	Colima	27-Apr-99	Colima	22-May-08
7	Guanajuato	1-Oct-98	Guanajuato	22-Sep-06
8	Guerrero	1-Jun-00	Guerrero	13-Nov-08
9	Jalisco	18-Jun-01	-	-
10	México	31-Mar-98	-	-
	México (Naucalpan)	8-May-00	-	-
11	Michoacán	1-Jan-01	-	-
12	Morelos	1-Jan-01	-	-
13	Nayarit	1-Mar-02	Nayarit	28-May-09 ^{2/}
14	Nuevo León	17-Feb-03	Nuevo León	8-Jul-08
15	Oaxaca	9-Feb-06	Oaxaca	3-Feb-09
16	Puebla	1-Jul-00	Puebla	16-Jun-08
17	Querétaro	17-Jul-99	-	17-Sep-09 ^{3/}
18	San Luis Potosí	2-Jul-99	-	-
19	Sinaloa	31-Jul-01	Sinaloa	30-Jan-09
20	Sonora	25-May-07	-	-
21	Tabasco	1-Jun-97	-	-
22	Tamaulipas	1-Jan-04	-	-
23	Tlaxcala	16-Mar-99	-	-
24	Veracruz	16-Mar-99	Veracruz	6-Sep-06
25	Yucatán	14-Jul-03	-	-

FUENTE: Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
^{1/} Comisiones que operan bajo el modelo de atención de la CONAMED.
^{2/} Comisión que celebró convenio de colaboración interinstitucional con el ISSSTE.
^{3/} Convenios de colaboración interinstitucional celebrados en el periodo que comprende el 4o Informe de Labores.

El 23 de febrero de 2010, se suscribió un convenio de colaboración con la Academia Mexicana de Cirugía, el cual tiene como objetivo establecer los mecanismos de coordinación entre las partes para desarrollar actividades dirigidas a la promoción de la investigación científica en materia de salud con la finalidad de influir para que la práctica de la medicina mejore su calidad y seguridad para el paciente.

Adicionalmente, la CONAMED, en consenso con las CEAM, aprobó la implantación de un Sistema Nacional de Registro de Información de la Queja Médica para brindar información oportuna, confiable y objetiva de la problemática de atención de las inconformidades a fin de contribuir a mejorar la calidad de la atención médica en el país. Dicho sistema de información será el eje rector de la concentración de datos sobre la atención de inconformidades a nivel nacional.

Por lo que se refiere a la ejecución del PAE, en lo relativo a la formación de recursos humanos en salud, en el periodo comprendido de septiembre 2009 a agosto de 2010 se realizaron seis eventos en coordinación con nueve entidades federativas, la Facultad de Medicina y la Universidad Panamericana con una asistencia acumulada de 369 participantes. Estas actividades se llevaron a cabo con la finalidad de prevenir el conflicto entre los profesionales de la salud y los pacientes o sus familiares. Cabe resaltar que con el propósito de fortalecer la atención de las controversias en salud, se llevó a cabo la formación de 30 funcionarios de la CONAMED en materia de conciliación en salud en coordinación con el CIDE.

En abril de 2009, el Secretario de Salud instruyó al Comisionado Nacional de Arbitraje Médico para que la CONAMED concentrara y analizara la práctica médica de los casos de pacientes fallecidos por Influenza A(H1N1). Para ello, la CONAMED estructuró los procedimientos para recabar y analizar los expedientes clínicos de este grupo de pacientes registrados en todas las entidades federativas. Éste trabajo permitió conocer el perfil sociodemográfico, la sintomatología y el comportamiento epidemiológico de este grupo de pacientes, generando información que fortaleció la toma de decisiones oportuna y fundamentada acerca de las políticas en salud para establecer y hacer frente a dicha contingencia.

14. COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA

14. COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA

La Comisión Nacional de Bioética tiene por objeto promover la creación de una cultura bioética en México; fomentar una actitud de reflexión, deliberación y discusión multidisciplinaria y multisectorial de los temas vinculados con la salud humana, y desarrollar normas éticas para la atención, la investigación y la docencia en salud.

Para el cumplimiento de su objeto, la CNB definió cinco estrategias: 1) coadyuvar a alcanzar consensos sobre las opiniones y argumentos ante los problemas éticos e implicaciones bioéticas de la aplicación de los avances tecnológicos; 2) generar recursos de información que sirvan para diseminar y promover una cultura bioética; 3) promover la instalación e instrumentación de Comisiones Estatales de Bioética, Comités de Ética en Investigación y Comités Hospitalarios de Bioética; 4) promover el análisis de las implicaciones bioéticas de las políticas públicas de la salud en México; 5) promover la creación de una legislación que responda a las necesidades y dilemas bioéticos.

Los resultados alcanzados en el periodo de reporte del presente informe, se enmarcan bajo dichas líneas de acción y se presentan a continuación.

La CNB participó en la organización de la 16ª Sesión del CIB de la UNESCO celebrada en la Ciudad de México en noviembre de 2009. El principal objetivo de esta sesión fue buscar la aprobación del informe sobre responsabilidad social y salud, tema incluido en la Declaración de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO. Otros temas abordados fueron la clonación humana y la gobernanza internacional y, el principio de respeto a la vulnerabilidad humana y a la integridad personal. La participación de la CNB en la organización de esta sesión impulsa el reconocimiento de la responsabilidad social con la salud, en lo referente a la investigación, la industria, la educación y los servicios de salud.

También durante el mes de noviembre, en la Ciudad de México, se celebró la conferencia *Comisión Europea-UNESCO: Acción Conjunta de Fortalecimiento de Capacidades en Bioética*, con objeto de intercambiar experiencias entre comisiones recientemente instaladas, principalmente como resultado del Programa ABC de UNESCO, y comisiones latinoamericanas y europeas con experiencia y trayectoria. La CNB participó en calidad de experta e intervino en la propuesta y discusión de las estrategias generales de cooperación en su área sustantiva, entre las que destacan: alentar a los países al establecimiento de comités de bioética; apoyar y fortalecer el intercambio de experiencia y conocimiento entre los países miembros; promover redes de ética regionales que favorezcan el intercambio de conocimiento y experiencia de cuestiones comunes; y reunir una red internacional de redes regionales de comités nacionales de bioética.

Desde 2002 México es miembro observador en el Comité Directivo de Bioética del Consejo de Europa. Éste es un espacio de discusión en torno a los aspectos legales, éticos y de derechos humanos de los avances en materia de biociencias y biomedicina. La participación de México permite unificar agendas y avanzar de manera armónica en materia de bioética a nivel internacional.

La CNB participa en representación del Secretario de Salud en el grupo consultor y redactor de la Carta Ministerial sobre Ética en Investigación en Países en Desarrollo o Economías Emergentes, convocada por el gobierno español, cuya participación se enmarca en el trabajo relacionado con el reparto de beneficios.

En abril de 2010, la CNB firmó una carta de intenciones con los programas de ética de la Universidad de Miami con el objeto de colaborar de manera estrecha en el ámbito académico de la bioética. La CNB participa además en el programa Collaborative Institutional Training Initiative a través de su Iniciativa Panamericana de Bioética, desarrollando cursos y módulos dirigidos a la formación y capacitación de personal involucrado en el análisis ético de protocolos de investigación biomédica.

Con respecto a la participación de la CNB como órgano de consulta en materia de legislación y política pública, se colaboró en los siguientes trabajos:

- Dos Proyectos de NOM: el primero para la prevención y control del VIH, y el segundo respecto a los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud.
- Consideraciones para el desarrollo de una estrategia de vacunación para la Influenza A(H1N1) en México.
- Dos Proyectos de Código: el Deontológico Médico y el de Ética del Consejo de Salubridad General.
- Dos reportes de avances de resultados: el primero obtenido a través de la aplicación de los procedimientos médicos basados en el protocolo de Estambul en materia de prevención de la tortura, y el segundo, producto de la implementación del Plan Nacional de Derechos Humanos, 2008-2012.

En este periodo, la CNB llevó a cabo las siguientes publicaciones:

- 1) Libro *Sus Genes sus Decisiones. Explorando los problemas que plantea la investigación genética*. Modificación reimpresión, noviembre 2009.
- 2) Memorias CNB 1 *Homofobia y Salud*. Segunda reimpresión, noviembre 2009.
- 3) Revista Debate Bioético. *La Clonación Humana, en la ONU*. Segunda reimpresión, noviembre 2009.
- 4) Revista Debate Bioético. *Comisión Nacional de Bioética. Su Entender, su Quehacer*. Segunda reimpresión, noviembre 2009.
- 5) Memorias CNB *Muerte Digna. Una oportunidad real*. Primera reimpresión, noviembre 2009.
- 6) *Programa de Acción Específico. 2007-2012*. Primera reimpresión, noviembre 2009.
- 7) *Guía Nacional para la Integración y Funcionamiento de Comités de Ética en Investigación*. Primera reimpresión, noviembre 2009.
- 8) Memorias del Foro: *Aspectos Sociales de la Bioética*. Primera reimpresión, noviembre 2009.
- 9) *Guía Nacional para la Integración y Funcionamiento de Comités Hospitalarios de Bioética*. Versión en idioma Inglés, noviembre 2009.

La CNB organizó el Tercer Congreso Internacional de Bioética *En Búsqueda de una Bioética Compartida* y el Encuentro Nacional de Bioética, mismos que tuvieron lugar en la ciudad de Toluca, Estado de México en los meses de mayo y julio de 2010, respectivamente.

En julio de 2010 la CNB organizó y llevó a cabo la Sexta Reunión Regional de las Comisiones de Bioética de las Entidades Federativas a la cual asistieron 14 representaciones estatales. Bajo este marco se instaló la Comisión de Bioética del Estado de San Luis Potosí, con lo que suman 24 las Comisiones Estatales de Bioética instaladas.

La CNB participó, en el 8th Global Summit of National Bioethics Advisory Bodies y en el 10th World Congress Of Bioethics, ambos eventos realizados en Singapur, organizados por el Ministerio de Salud de ese país con el apoyo de la Unidad de Ética y Salud de la OMS.

Finalmente, la CNB trabaja en la rehabilitación y equipamiento de lo que será su edificio sede, así como las instalaciones del Centro de Conocimiento Bioético, el cual dará servicio a entidades federativas, investigadores, médicos, estudiantes y público en general con acceso al acervo bibliográfico para consulta, capacitación en sitio, conferencias, videoconferencias y asesoría en materia bioética.

**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 PND sobre la universalidad en el acceso a los servicios médicos de calidad, se programaron un conjunto de acciones en coordinación con las entidades federativas para fortalecer a los Consejos Estatales Contra las Adicciones, las cuales consistieron en lo siguiente:

1. RED NACIONAL DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES.

Como resultado del trabajo conjunto entre el Secretariado Técnico del CONADIC y las autoridades de salud de las 32 entidades federativas, en 2009 se fortaleció la *Red de Atención de los Centros Nueva Vida*, garantizando que cada centro cuente con la infraestructura y equipamiento mínimo indispensable, así como con personal debidamente capacitado:

- Los CNV iniciaron gradualmente, operaciones en todo el país, con una primera fase correspondiente a la elaboración del diagnóstico comunitario de cada localidad y una segunda en la que se prestan servicios de atención al público. A la fecha del presente informe operan 322 Centros.
- Entre septiembre de 2009 y agosto 2010 se realizaron 3 mil 793 cursos de capacitación sobre prevención, detección temprana, intervención breve y tratamiento de las adicciones dirigido al personal de los CNV, Secretarios Técnicos de los Consejos Estatales contra las Adicciones y miembros de organizaciones de la sociedad civil, con un total de 79 mil 420 personas capacitadas.
- De septiembre de 2009 a agosto de 2010, las acciones de prevención en los CNV han beneficiado a 2 millones 133 mil 328 adolescentes de 12 a 17 años de edad.
- En el mismo periodo se aplicaron 503 mil 700 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 62 mil 816 entrevistas de primera vez de orientación psicológica e intervención breve.

Aunado a este esfuerzo por consolidar una red de atención a las personas con adicciones, se cuenta a la fecha con 711 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 de este tipo se encuentran en un nuevo procedimiento para el Registro ante el STCONADIC derivado de la modificación a la NOM-028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. En cuanto a los servicios de salud, 3 mil 533 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

Esta campaña fortalece las acciones de prevención de los CNV y se lleva a cabo de manera conjunta con el DIF, capacitando a promotores para que desarrollen actividades de detección, orientación y consejería en adicciones, y para que canalicen la demanda de atención a los Centros Nueva Vida. La Campaña se basa en la capacitación en las siguientes estrategias:

- Detección, orientación y consejería en adicciones. Se ha capacitando a 33 mil 651 promotores en las 32 entidades federativas.
- Habilidades para la Vida. Se ha capacitados a 41 mil 360 personas en las 32 entidades federativas.
- Mitos y Realidades de las Drogas. Se capacitó a 621 personas, en Chihuahua, Morelos y Yucatán.
- 10 Recomendaciones para prevenir que tus hijos utilicen drogas. Se ha orientado a 11 mil 700 personas en Chihuahua, Estado de México y Puebla.
- Intervención para disminuir el impacto de factores de riesgo en niños y niñas. Se ha capacitado a 213 personas.

Para el desarrollo de la Campaña, en 2009 se diseñaron diversos materiales de apoyo que integran la *Caja de Información para una Nueva Vida*, de los cuales se distribuyeron 36 mil paquetes con los siguientes documentos: guía práctica y sencilla; guía para la detección, orientación y consejería en adicciones; juego de

mesa *Nueva Vida ANTIDROG*; trípticos informativos sobre prevención, medidas de apoyo y orientación sobre tratamiento, y materiales de *Habilidades para la vida*. Posteriormente se agregó el volante *10 recomendaciones para prevenir que tus hijos utilicen drogas* y el manual *La Familia, la mejor fortaleza contra las adicciones*, así como seis cuadernillos de prevención de adicciones, elaborados por DIF y el centro Oceánica, revisados por el CONADIC y la Clínica de Rehabilitación Monte Fénix.

En 2009 se firmaron las Bases de Colaboración entre la SEDESOL y la SS a través del Secretariado Técnico del CONADIC, con el objetivo de sumarse a las acciones de la Campaña. En este esfuerzo conjunto, destaca la producción y distribución a nivel nacional de los materiales de difusión y capacitación, a través de los programas Hábitat, Oportunidades, Liconsa y Rescate de Espacios Públicos de SEDESOL:

Para impulsar esta Campaña Nacional para una Nueva Vida se ha conformado una red de más de 87 mil promotores en las 32 entidades federativas, las cuales cuentan con los elementos básicos para brindar información y orientación, y para derivar a población usuaria de drogas o sus familiares para su atención.

3. OFICINA NACIONAL PARA EL CONTROL DEL TABACO

En cumplimiento de los compromisos signados por México en el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS, el 30 de mayo de 2008 se publicó la Ley General para el Control del Tabaco y se elaboró el reglamento respectivo que entró en vigor el 2 de junio de 2009.

En el periodo del presente informe se publicó el Acuerdo mediante el cual se dan a conocer las disposiciones para la formulación, aprobación, aplicación, utilización e incorporación de las leyendas, imágenes, pictogramas, mensajes sanitarios e información que deberá figurar a partir del 1° de septiembre de 2010 en todos los paquetes de productos del tabaco y en todo empaquetado y etiquetado externo de los mismos.

4. PUBLICACIÓN DE LA V ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES

El 16 de octubre de 2009 se publicó la V Encuesta Nacional de Adicciones, la cual por primera ocasión tiene información desagregada por entidad federativa, así como información referente a diversos factores de protección y riesgo. Los resultados de esta encuesta serán la base para la conformación de Observatorios estatales de drogas y adicciones que apoyen la construcción de estrategias que respondan a los problemas y necesidades de cada uno de los estados.

5. NOM-028-SSA2-2009

Como resultado de reuniones de trabajo con instituciones públicas, sociales y privadas, se logró que la actualización de la NOM-028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de adicciones se publicara en el DOF el 21 de agosto de 2009; lo que fomenta las acciones de calidad a nivel nacional para quienes oferten actividades de prevención y tratamiento en adicciones, en beneficio de las personas que acuden a los establecimientos especializados en el tema.

6. 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, el CONADIC 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 para personas con problemas de abuso o dependencia de sustancias psicotrópicas, así como a sus familiares.

En 2010 fueron transferidos recursos federales a los SESA en calidad de subsidios para la prestación de servicios de tratamiento a las adicciones con perspectiva de género por 20 millones de pesos, mismos que se encuentran en proceso de aplicación. Adicionalmente se asignaron más de 14 millones para el mismo fin, que ya han sido transferidos a: Aguascalientes, Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Colima, Chiapas, Chihuahua, Durango, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

Finalmente dentro de la estrategia *Todos Somos Juárez*, se transfirieron recursos extraordinarios provenientes de decomisos por 3.2 millones de pesos para el pago de servicios de tratamiento a las adicciones.

7. CENTRO DE ORIENTACIÓN TELEFÓNICA

En este centro se brindan 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. En el periodo que se informa, se recibieron un total de 156 mil llamadas telefónicas. Los principales motivos de las llamadas fueron solicitud de información básica, orientación preventiva y derivación a centros especializados de tratamiento. El grupo de edad que más solicitó el servicio fue el de 16 a 20 años, y la sustancia de primer uso, relacionada con la llamada, fue la cocaína base.

8. VINCULACIÓN INTERNACIONAL

El CONADIC participó en la reunión sobre Alternativas de tratamiento como alternativa a la encarcelación para infractores dependientes de drogas. La experiencia Chilena, llevado a cabo en Santiago de Chile del 26 al 27 de marzo de 2009. Asimismo, asistió a varios cursos en la materia en Florida, California y Tennessee en apoyo al esfuerzo mexicano que se realiza para la conformación de tribunales de drogas en algunos estados.

Del 29 de septiembre al 1° de octubre de 2009, México fue sede de la XI Reunión del Grupo de Expertos en Reducción de la Demanda de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la OEA. El objetivo central, fue desarrollar un cuerpo de recomendaciones integradas mediante la Declaración de principios sobre el tratamiento para dependientes de drogas, a fin de orientar a los estados miembros en sus esfuerzos por mejorar la atención prestada a los consumidores y dependientes de drogas.

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

16. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL

En diferentes estados de la República, se cuenta con 40 UNEMES-CISAME, de las cuales 25 están en operación, mientras que de las restantes, seis están terminadas y nueve en diferentes fases del proceso de construcción.

A la fecha se han concluido las guías clínicas y manuales para las UNEMES-CISAMES, mismas que se encuentran en proceso de revisión para su impresión y distribución en todas las entidades federativas.

Se realizó una reunión internacional dentro del Consejo Nacional de Salud Mental con representantes de la Republica Popular de China, con el fin de analizar y de intercambiar información sobre la aplicación del modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental como un modelo exitoso.

Se logró el punto de acuerdo por unanimidad por el que la Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión exhorta a la SS para que se exima del pago de cuotas de recuperación por consulta externa en los servicios de atención de salud mental en las instituciones del sector salud de todo el país.

A partir de la implementación y puesta en operación de la clínica de Autismo como servicio especializado en el CISAME del Distrito Federal, se está atendiendo a más de 565 usuarios con Trastorno del Espectro Autista. En el periodo del presente informe se dieron 15 mil 684 consultas y 7 mil 140 sesiones de rehabilitación, asimismo se organizó, en conjunto con la sociedad civil y organismos no gubernamentales, la convivencia familiar *Juntos por el Autismo*, en la que se dieron pláticas, conferencias, talleres vivenciales y obras de teatro infantil a padres de familia, maestros y personal de salud, logrando la participación de más de 2 mil personas. En este mismo tema, en noviembre se realizaron dos cursos, uno para padres de hijos con TEA y otro para maestros, en este mismo orden de ideas se realizó un curso taller para maestros con estrategias psicopedagógicas en el aula para niños con autismo.

Por lo que respecta al Centro Integral de Salud Mental en el Distrito Federal, en el periodo referido se otorgaron 58 mil 126 consultas y 22 mil 054 sesiones de rehabilitación a niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.

Se autorizaron 14.57 millones de pesos para apoyar los programas de Invierno sin Frío y de Rehabilitación Psicosocial en hospitales psiquiátricos y villas de transición hospitalaria en toda la República.

CUADRO XVI.1 UNIDADES MÉDICAS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS SEGUN ESTADO Y ENTIDAD DE UBICACIÓN

ESTADOS	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	1	2	1
Tabasco	-	-	1
Tamaulipas	1	1	-
Sonora	-	-	3
Veracruz	2	-	-
Yucatan	1	-	-
Zacatecas	2	-	-
Totales	25	6	9

FUENTE: Secretaría de Salud. Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental.

17. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

17. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

El CONADIS es el instrumento permanente de coordinación intersecretarial e interinstitucional que tiene por objeto contribuir a la elaboración y fortalecimiento de una política de estado en la materia. El Consejo se integra por los titulares de las Secretarías de Salud, Comunicaciones y Transportes, Desarrollo Social, Educación Pública, Hacienda y Crédito Público, del Trabajo y Previsión Social y por el Sistema Nacional DIF, además de que cuenta con la participación de representantes de la sociedad civil. En el periodo del presente informe se realizaron tres reuniones ordinarias, en septiembre de 2009 y enero y junio de 2010. Entre las estrategias acordadas en dichas reuniones, resalta la aprobación del ejercicio presupuestal 2010 del Fondo de Atención a las Personas con Discapacidad, que tuvo un monto total de 250 millones de pesos.

En el mismo periodo se efectuaron siete sesiones ordinarias del Consejo Consultivo para las Personas con Discapacidad, que es un órgano de asesoría y consultoría integrado por 26 organizaciones de la sociedad civil cuyo objetivo es proponer y opinar sobre los programas y las acciones que se emprenden a favor de las personas con discapacidad; así como recabar propuestas y presentarlas al CONADIS. Este Consejo Consultivo, además de ser un fuerte impulsor del PRONADDIS, colaboró en diversos eventos orientados a sensibilizar a la población en torno al tema de la discapacidad.

En el seno del CONADIS, el 25 de enero de 2010 se estableció el Comité Técnico del Deporte para las Personas con Discapacidad con el propósito de incentivar y apoyar la participación de este grupo de la sociedad en actividades físicas y deportivas. El 28 de enero, por su parte, se instaló el Comité Técnico de Seguridad Jurídica y Acceso a la Justicia que pretende impulsar la armonización del marco jurídico para garantizar el ejercicio de los derechos humanos de las personas con discapacidad. Mientras tanto, en el ámbito de la salud, el 27 de octubre de 2009 se instaló formalmente el Comité de Expertos en Materia de Atención Integral a la Salud Auditiva, con la finalidad de revisar aspectos relacionados con la operación del Programa de Tamiz Auditivo Neonatal e Intervención Temprana.

En el marco de la conmemoración del Día Internacional de las Personas con Discapacidad, el CONADIS llevó a cabo por tercer año consecutivo la *Tercera Semana Nacional de las Personas con Discapacidad*, con una serie de eventos desarrollados entre el 22 de noviembre y el 15 de diciembre de 2009 en donde participaron coordinadamente organizaciones civiles, dependencias de la administración pública y el Secretariado Técnico del CONADIS. El objetivo de la semana estuvo enfocado a crear un espacio de encuentro en donde las personas con discapacidad y la comunidad en general participaron conjuntamente en actividades culturales, académicas, sociales, de reconocimiento e informativas, relacionadas con los diferentes tipos de discapacidad. Los foros de este evento se utilizaron también para promover y difundir los derechos y valores de este importante grupo de la sociedad. Como evento de cierre de esta semana, la Lotería Nacional para la Asistencia Pública realizó el sorteo alusivo a la Tercera Semana Nacional de las Personas con Discapacidad.

Uno de los eventos relevantes dentro la Tercera Semana Nacional de las Personas con Discapacidad fue la designación, por parte del Comité de Expertos establecido por la Secretaría de Relaciones Exteriores y el CONADIS, del Maestro Carlos Ríos Espinosa como el candidato de México para el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas. Posteriormente, el 29 abril, en un evento realizado en el Alcázar del Castillo de Chapultepec, el Gobierno de México ratificó ante los miembros del cuerpo diplomático acreditado en el país al Maestro Ríos Espinosa como candidato para representar a México en dicho Comité internacional.

El CONADIS, en coordinación con la Secretaría de Relaciones Exteriores y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, realizó un taller de capacitación para la elaboración del Informe Inicial de México sobre la Implementación de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. El objetivo del taller fue analizar la metodología a seguir para la recopilación de

información en materia de discapacidad para integrar el primer informe del gobierno mexicano. A la fecha, México es el único país entre los que han ratificado dicha Convención en realizar un taller de este tipo para capacitar a funcionarios gubernamentales.

En el marco de la conmemoración de dos años de la entrada en vigor de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, del 30 de abril al 2 de mayo del 2010 se llevó a cabo el festival cultural Festvivo-La Gran Rampa. Este evento tuvo los siguientes objetivos: promover los derechos de las personas con discapacidad, difundir la importancia que representan las personas con discapacidad para el desarrollo de la nación y sensibilizar a la población en general sobre los derechos de las personas con discapacidad bajo los principios de igualdad y no discriminación. Además de un espectáculo artístico y cultural, el festival contó con 40 puestos para que organizaciones de la sociedad civil y dependencias del Gobierno Federal promovieran programas y actividades referentes a los diversos tipos de discapacidad existentes, brindando opciones laborales, de servicio, capacitación y salud, entre muchas otras.

El 3 de diciembre de 2009 se llevó a cabo la ceremonia en donde se certificó a los primeros 19 intérpretes de lengua de señas mexicana, en el marco de la Norma Técnica de Competencia Laboral para la Prestación de Servicios de Interpretación de la Lengua de Señas Mexicana, al español y viceversa. Con el propósito de dar continuidad al proceso de Certificación en la Norma Técnica, el Gobierno Federal, a través del Secretariado Técnico del CONADIS, hizo entrega de certificados a un grupo de evaluadores que tendrán la posibilidad de incorporarse laboralmente a los centros acreditados por el CENEVAL para certificar a intérpretes en todo el país.

Se concluyó la revisión del PROY-NOM-030-SSA3-2008, que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud, la cual se encuentra en proceso de publicación. En el marco de la estrategia federal *Jóvenes con discapacidad por el rescate de Juárez*, se inició el establecimiento de centros de capacitación y de reinserción laboral en Ciudad Juárez, Chihuahua. Esta estrategia es una iniciativa para la atención de adultos de 18 a 40 años de edad que hayan estado internados en un hospital psiquiátrico y que se encuentren clínicamente estables y medicados.

En un esfuerzo conjunto con el INEGI, y en apoyo al levantamiento del Censo de Población y Vivienda de 2010, se elaboraron materiales de promoción para población en general, así como un video de sensibilización para los entrevistadores que participaron en la aplicación de cuestionarios. El propósito fue contribuir a mejorar la calidad de la información y disminuir el nivel de subregistro en el conteo de personas con discapacidad.

En 2010 se adquirieron 100 implantes cocleares para cirugía a niños y niñas con diagnóstico confirmado de hipoacusia bilateral severa. En este sentido, durante el primer semestre del año se realizaron las primeras 20 cirugías en niños y niñas que son beneficiarios del Seguro Médico para una Nueva Generación. Se instalaron además, cuatro centros federales y un centro estatal de implante coclear que cuentan con la tecnología y el personal especializado para realizar este tipo de procedimiento, el cual se encuentra en proceso de acreditación para tal efecto. Para asegurar la adecuada operación del Programa TANIT, se realizaron las siguientes acciones:

- Con recursos del Seguro Médico para una Nueva Generación, durante el último trimestre de 2009 se realizó la compra de 342 equipos de emisiones otacústicos para la detección temprana de hipoacusia en los 335 hospitales de la SS que atienden aproximadamente 80 por ciento de los partos en la institución. Asimismo, se adquirieron 35 equipos de potenciales evocados auditivos de tallo cerebral, a fin de que las 32 entidades federativas del país cuenten con tecnología de vanguardia para el diagnóstico de hipoacusia en menores de un año.
- Con la entrega simbólica de los equipos adquiridos para el Programa TANIT, en una ceremonia celebrada en instalaciones de la SS, el 1° de diciembre de 2009 arrancó oficialmente la operación de este programa en la institución. Durante el periodo enero-agosto de 2010 también se realizó el arranque oficial del Programa en 26 estados.

- Como parte de las acciones de capacitación y actualización permanente del personal operativo del programa, durante el segundo semestre de 2009 y el primer semestre de 2010 se efectuaron 26 cursos estatales para el adiestramiento de personal médico y paramédico en el uso de equipos de emisiones otoacústicas, dos cursos nacionales para médicos audiólogos de 25 entidades federativas y un curso nacional para la formación de terapeutas de 21 entidades para el tratamiento de niños y niñas con diagnóstico confirmado de hipoacusia.
- Durante el segundo semestre de 2009 se diseñaron y reprodujeron trípticos y carteles para la difusión del programa. Hasta agosto de 2010, se han reproducido y distribuidos un millón de trípticos y 40 mil carteles en hospitales y centros de salud de la institución.
- En el marco del Programa de Atención Integral a la Salud de las Personas con Discapacidad, en septiembre de 2009 se instaló el Comité de Salud con el objetivo de acordar procedimientos para la operación del programa. Este Comité sesionó en tres ocasiones durante el primer semestre de 2010.

18. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

18. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

Las lesiones por accidentes de tránsito son un problema de salud pública que, por su impacto y magnitud, requiere ser atendido de manera urgente a través de acciones concretas, con un enfoque integral y un abordaje multisectorial. Como consecuencia de siniestros viales, se estima que en México anualmente fallecen más de 20 mil personas, 750 mil son atendidas por heridas graves y más de 40 mil resultan con algún tipo de discapacidad.

Durante el periodo que se informa se han llevado a cabo diversas intervenciones que tienen como objetivo reducir en 15 por ciento el número de muertes causadas por accidentes de tránsito de vehículos de motor, particularmente en población de 15 a 29 años de edad.

Bajo el modelo de la IMESEVI, se conformó el Sistema Nacional de Capacitación en Seguridad Vial a través del cual se espera que para agosto de 2010 se cuente con 400 auditores de seguridad vial, 350 formadores y 900 multiplicadores, de diversas instituciones públicas, privadas y sociales en los diferentes factores de riesgo. Adicionalmente se espera contar con 700 formadores y más de 14 mil 500 primeros respondientes de todo el país en el tema de atención inmediata de urgencias médicas.

A fin de poner en marcha el Programa Nacional de Alcoholumetría, se dotó de recursos financieros a las entidades federativas para que, mediante acuerdos entre las Secretarías de Seguridad Pública, Tránsito y Vialidad, y de Salud, se adquieran equipos para implementar operativos en los municipios con mayor siniestralidad. Se tiene programado contar con 30 municipios prioritarios con programa de alcoholumetría funcionando para diciembre de 2010.

En este sentido, se elaboró el análisis y la propuesta de adecuación del marco legal a fin de facultar a los estados y municipios para la realización de operativos aleatorios de control de alcohol en aliento. Dicha propuesta fue entregada a los responsables estatales de prevención de accidentes, a quienes se les brinda la asesoría para la gestión de las adecuaciones propuestas.

La Dirección General de Acreditación, Incorporación y Revalidación, incorporada a la SEP, aprobó el laudo en el que otorga al CENAPRA la autorización para profesionalizar al personal que presta servicios a bordo de ambulancia que no cuentan con formación educativa formal, a través del acuerdo 286. Para tal efecto, el Comité Técnico Asesor Permanente para la Atención Médica de Urgencias, coordinado por el Secretariado Técnico del CONAPRA, concluyó la elaboración de los mecanismos para la acreditación, evaluación y certificación de los Técnicos en Urgencias Médicas.

En cuanto a las actividades para la modificación y adecuación del marco legal que permita incrementar la seguridad vial, se gestionó ante el Senado de la República la aprobación del punto de acuerdo por el que se Adiciona la Fracción XV al Artículo 7 de la Ley General de Educación referente a difundir los derechos y deberes de niños, niñas y adolescentes y las formas de protección con que cuentan para ejercerlos, por considerarse éste un elemento clave en la creación y respeto de valores y fomento de la educación vial.

Con el apoyo y asesoría de la OMS/OPS, se iniciaron las actividades para fortalecer las intervenciones en materia de capacitación, evaluación y transporte sustentable en las ciudades piloto IMESEVI: León, Guanajuato, y Guadalajara, Jalisco. Asimismo, se iniciaron actividades bajo el modelo IMESEVI en las ciudades de Tuxtla Gutiérrez, Mérida, Cuernavaca, Celaya y Jalapa. Se ha establecido la meta de implementar IMESEVI en por lo menos 30 ciudades durante 2010.

Se concluyó el Análisis Espacial de los Accidentes de Tránsito en las zonas metropolitanas del Distrito Federal, León, Guadalajara y Monterrey. Con este análisis se han detectado los puntos de mayor peligrosidad para la circulación peatonal y vehicular con lo que se diseñarán e implementarán intervenciones focalizadas.

Con el objeto de fortalecer las acciones de prevención y promoción de la salud en las entidades federativas, la SS inició la transferencia de 25 millones de pesos a las 32 entidades del país. Dichos recursos se focalizan en la realización de actividades de capacitación, evaluación, difusión y en el apoyo a la operación del Programa de Alcoholimetría en los municipios definidos como prioritarios.

Se estableció un convenio de colaboración con la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez para la realización de investigaciones y la implementación de intervenciones relacionadas con el tema de la prevención de la violencia y los accidentes viales en esa ciudad. En este contexto, se realizaron actividades de capacitación sistemática y asistencia técnica dirigida a fortalecer la gestión y evaluación de las intervenciones y los proyectos locales y comunitarios. Se ha trabajado en intervenciones socio-educativas en 46 centros comunitarios en tres de las colonias más grandes del municipio, llegando a un promedio de 3 mil 600 jóvenes. Dichos programas inciden en el fortalecimiento de la cohesión social y han permitido la vinculación de actores locales, líderes comunitarios, redes comunitarias, organizaciones no gubernamentales e instituciones académicas; incidiendo en las dinámicas cotidianas que vinculan a los jóvenes con la violencia y ofreciendo opciones de expresión y desarrollo.

Durante la Primera Conferencia Mundial sobre Seguridad Vial, realizada en noviembre de 2009 en Moscú, la Federación Rusa presentó el proyecto de resolución titulado *Decenio de la Seguridad Vial 2011-2021*. En este marco, la delegación mexicana representada por el Secretario de Salud, hizo referencia a la IMESEVI como mecanismo de promoción de estrategias y acciones para enfrentar tales problemáticas, mismo que podría ser utilizado como modelo para toda la región mesoamericana.

En el marco del Proyecto Mesoamérica, efectuado en la ciudad de Panamá, se participó en el seminario regional *Establecimiento de Metas Nacionales y Regionales de Reducción de Accidentalidad Vial en Mesoamérica*, efectuado en la ciudad de Panamá. 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.

Como parte de las actividades realizadas en el día mundial en memoria de las víctimas por accidentes de tránsito, celebrado en noviembre de 2009, y a fin de ratificar el compromiso establecido a nivel mundial referente a realizar una *década de acciones por la seguridad vial 2010- 2020*, se emitió el timbre postal *Seguridad Vial*.

Se realizó el *Foro de Educación Vial y Creación de Ciudadanía* en León, Guanajuato, en el cual participaron más de 300 personas de todo el país, de diversas instituciones públicas, privadas y sociales, interesadas en el tema de la educación, los valores y la seguridad vial.

Con la finalidad de contar con un diagnóstico sobre la situación de la seguridad vial en el mundo, se participó en diversas reuniones internacionales en las que se evaluó y analizó la información de cada uno de los países participantes. Derivado de lo anterior, en 2009 se publicó el *Informe sobre la Situación Mundial de la Seguridad Vial* elaborado por la OMS. Conforme a dicho Informe, el 62 por ciento de las muertes por accidentes de tránsito en el mundo ocurren en 10 países, México ocupa el séptimo lugar a nivel mundial y el segundo en el contexto regional.

Como resultado de gestiones realizadas por la SS, y con el apoyo de la OPS/OMS México, en el marco de la XIV Reunión del Consejo Nacional de Salud, efectuada en Guadalajara, Jalisco, se dio a conocer a todos los países de América Latina el *Informe sobre el Estado de la Seguridad Vial en la Región de las Américas*, el cual contribuye al conocimiento sobre la situación y las acciones que los países de la región llevan a cabo para abatir las muertes por accidentes de tránsito.

Con la finalidad de presentar los avances y resultados de las diversas intervenciones que se realizan en México en materia de seguridad vial, se lanzó la convocatoria para el *Foro de Mejores Prácticas en Seguridad Vial*, el cual se realizará en octubre de 2010. En este contexto se seleccionarán las intervenciones más

exitosas para ser presentadas en el segundo Encuentro Iberoamericano de Seguridad Vial que se realizará en la Ciudad de México en mayo de 2011. Asimismo, derivado del primer encuentro, el 13 de mayo de este año se realizó en la Ciudad de México el arranque oficial del *Programa Internacional Road Assesment Program* para la evaluación y clasificación de carreteras del corredor Pacífico, que se implementará en Campeche, Chiapas, Quintana Roo, Tabasco y Yucatán.

Se estableció un convenio de colaboración con la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, para la realización de 12 proyectos de investigación e implementación de intervenciones relacionadas con el tema de la prevención de la violencia y los accidentes viales en esa ciudad. Con ello se logró consolidar el *Observatorio de Seguridad y Convivencia Ciudadana del Municipio de Juárez*; se realizaron actividades de capacitación y asistencia técnica con el fin de fortalecer la gestión y evaluación de las intervenciones y los proyectos locales y comunitarios; y se elaboraron las publicaciones: *Rostros de Ciudad Juárez* y el *Diagnóstico Espacial de Lesiones de Causa Externa de Ciudad Juárez*.

Por otra parte, el CONAPRA gestionó ante la Agencia Internacional de Desarrollo de Estados Unidos el financiamiento para desarrollar, conjuntamente con la Oficina de la Frontera México-Estados Unidos de la OPS, el *Programa de Prevención de Violencia y Lesiones* para implementarlo primero en Ciudad Juárez, y posteriormente en Tijuana y Reynosa.

ANEXO ESTADÍSTICO

ESPERANZA DE VIDA AL NACER
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2009

ENTIDAD FEDERATIVA	ESPERANZA DE VIDA AL NACER		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Nacional	75.3	72.9	77.6
Aguascalientes	75.5	73.4	77.6
Baja California	76.1	73.7	78.5
Baja California Sur	76.1	73.6	78.5
Campeche	75.2	72.9	77.5
Coahuila	75.0	72.6	77.3
Colima	75.7	73.2	78.1
Chiapas	74.3	71.9	76.6
Chihuahua	75.9	73.7	78.1
Distrito Federal	76.2	73.7	78.7
Durango	74.6	72.4	76.9
Guanajuato	75.5	73.3	77.8
Guerrero	73.7	71.4	76.0
Hidalgo	75.0	72.6	77.4
Jalisco	75.5	73.2	77.8
México	75.9	73.4	78.4
Michoacán	74.9	72.7	77.1
Morelos	76.0	73.5	78.6
Nayarit	75.2	73.0	77.4
Nuevo León	75.5	73.1	78.0
Oaxaca	74.5	72.1	76.8
Puebla	75.4	72.8	77.9
Querétaro	75.6	73.2	78.0
Quintana Roo	76.4	74.1	78.6
San Luis Potosí	75.3	73.0	77.6
Sinaloa	74.8	72.6	76.9
Sonora	75.4	72.9	77.9
Tabasco	74.8	72.6	77.0
Tamaulipas	75.2	72.8	77.6
Tlaxcala	76.1	73.8	78.3
Veracruz	74.1	71.7	76.5
Yucatán	75.3	73.0	77.6
Zacatecas	75.8	73.6	78.1

FUENTE: Consejo Nacional de Población 2006, con base en los resultados del II Censo de Población y Vivienda 2005.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA ^{/1}	CÓDIGO CIE-10 ^{/2}	DEFUNCIONES	TASA ^{/3}
	Total	A00-Y98	538 288	504.6
1	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	92 403	86.6
	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	59 579	55.8
2	Diabetes mellitus	E10-E14	75 572	70.8
3	Tumores malignos	C00-C97	66 915	62.7
4	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	38 481	36.1
	Accidentes de tráfico de vehículos de motor	V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9	16 878	15.8
5	Enfermedades del hígado	K70-K76	31 507	29.5
	Enfermedad alcohólica del hígado	K70	13 351	12.5
6	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	30 212	28.3
7	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	J44	16 529	15.5
8	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	A33, P00-P96	14 767	13.8
	Hipoxia intrauterina, asfixia y otros trastornos respiratorios originados en el periodo perinatal	P20-P28	8 172	7.7
9	Agresiones (homicidios)	X85-Y09	13 899	13.0
10	Neumonía e influenza	J09-J18	13 438	12.6
	Las demás causas		144 565	135.5

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.
Se excluyen mil 242 muertes de residentes en el extranjero.

^{1/} Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.
^{2/} Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10a. revisión.
^{3/} Tasa por 100 mil habitantes.

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística y Geografía/Secretaría de Salud, SINAIS. Base de datos de mortalidad 2008.
Consejo Nacional de Población, 2006. Proyecciones de la Población de México, 2005-2050.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA ^{/1}	CÓDIGO CIE-10 ^{/2}	DEFUNCIONES	TASA ^{/3}
	Total	A00-Y98	29 519	1 509.7
1	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	A33, P00-P96	14 767	755.2
	Hipoxia intrauterina, asfixia y otros trastornos respiratorios originados en el periodo perinatal	P20-P28	8 172	417.9
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99	6 437	329.2
	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	Q20-Q28	3 246	166.0
3	Neumonía e influenza	J09-J18	1 261	64.5
4	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	895	45.8
5	Enfermedades infecciosas intestinales	A00-A09	725	37.1
6	Infecciones respiratorias agudas, excepto neumonía e influenza	J00-J06, J20-J22	647	33.1
	Bronquitis y bronquiolitis agudas	J20-J21	370	18.9
7	Septicemia	A40-A41	538	27.5
8	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	460	23.5
9	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	323	16.5
	Enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón	I26-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	321	16.4
10	Enfermedades del esófago	K20-K22	163	8.3
	Las demás causas		3 303	168.9

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.

Se excluyen 18 muertes de residentes en el extranjero.

^{1/} Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.

^{2/} Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10a. revisión.

^{3/} Tasa por 100 mil nacidos vivos, estimados por CONAPO.

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística y Geografía/Secretaría de Salud, SINAIS. Base de datos de mortalidad 2008.

Consejo Nacional de Población, 2006. Proyecciones de la Población de México, 2005-2050.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD PREESCOLAR
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA ^{/1}	CÓDIGO CIE-10 ^{/2}	DEFUNCIONES	TASA ^{/3}
	Total	A00-Y98	5 720	73.6
1	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	1 322	17.0
	Accidentes de tráfico de vehículos de motor	V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9	425	5.5
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99	753	9.7
	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	Q20-Q28	458	5.9
3	Enfermedades infecciosas intestinales	A00-A09	460	5.9
4	Tumores malignos	C00-C97	393	5.1
	Leucemias	C91-C95	189	2.4
5	Neumonía e influenza	J09-J18	362	4.7
6	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	235	3.0
7	Septicemia	A40-A41	154	2.0
8	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	145	1.9
	Enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón	I26-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	134	1.7
9	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	G80-G83	121	1.6
10	Infecciones respiratorias agudas, excepto neumonía e influenza	J00-J06, J20-J22	119	1.5
	Bronquitis y bronquiolitis agudas	J20-J21	74	1.0
	Las demás causas		1 656	21.3

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.
Se excluyen 19 muertes de residentes en el extranjero.

^{1/} Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.

^{2/} Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10a revisión.

^{3/} Tasa por 100 mil habitantes de 1 a 4 años.

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística y Geografía/Secretaría de Salud, SINAIS. Base de datos de mortalidad 2008.
Consejo Nacional de Población, 2006. Proyecciones de la Población de México, 2005-2050.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD ESCOLAR
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA ¹	CÓDIGO CIE-10 ²	DEFUNCIONES	TASA ³
	Total	A00-Y98	6 565	30.4
1	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	1 899	8.8
	Accidentes de tráfico de vehículos de motor	V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9	878	4.1
2	Tumores malignos	C00-C97	1 049	4.8
	Leucemias	C91-C95	574	2.7
3	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99	423	2.0
	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	Q20-Q28	213	1.0
4	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	G80-G83	320	1.5
5	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	194	0.9
	Enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón	I26-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	159	0.7
6	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	X60-X84	191	0.9
7	Agresiones (homicidios)	X85-Y09	189	0.9
8	Insuficiencia renal	N17-N19	152	0.7
9	Neumonía e influenza	J09-J18	126	0.6
10	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	112	0.5
	Las demás causas		2 069	9.6

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.
Se excluyen 23 muertes de residentes en el extranjero.

¹/ Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.
²/ Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10a. revisión.
³/ Tasa por 100 mil habitantes de 5 a 14 años.

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística y Geografía/Secretaría de Salud, SINAIS. Base de datos de mortalidad 2008.
Consejo Nacional de Población, 2006. Proyecciones de la Población de México, 2005-2050.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD PRODUCTIVA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA ^{/1}	CÓDIGO CIE-10 ^{/2}	DEFUNCIONES	TASA ^{/3}
	Total	A00-Y98	202 670	292.1
1	Diabetes mellitus	E10-E14	29 554	42.6
2	Tumores malignos	C00-C97	28 861	41.6
3	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	26 429	38.1
	Accidentes de tráfico de vehículos de motor	V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9	13 311	19.2
4	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	22 540	32.5
	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	14 968	21.6
5	Enfermedades del hígado	K70-K76	19 676	28.4
6	Enfermedad alcohólica del hígado	K70	9 766	14.1
7	Agresiones (homicidios)	X85-Y09	12 689	18.3
8	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	7 054	10.2
9	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	B20-B24	4 961	7.2
10	Insuficiencia renal	N17-N19	4 218	6.1
	Las demás causas		46 688	67.3

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.
Se excluyen 834 muertes de residentes en el extranjero.

^{1/} Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.
^{2/} Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10a. revisión.
^{3/} Tasa por 100 mil habitantes de 15 a 64 años.

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística y Geografía/Secretaría de Salud, SINAIS. Base de datos de mortalidad 2008.
Consejo Nacional de Población, 2006. Proyecciones de la Población de México, 2005-2050.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD POSTPRODUCTIVA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA ^{/1}	CÓDIGO CIE-10 ^{/2}	DEFUNCIONES	TASA ^{/3}
	Total	A00-Y98	292 027	4 880.2
1	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	69 004	1 153.2
	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	44 465	743.1
2	Diabetes mellitus	E10-E14	45 920	767.4
3	Tumores malignos	C00-C97	36 482	609.7
	Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	C33, C34	4 587	76.7
	Tumor maligno de la próstata	C61	4 569	76.4
	Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	C22	3 338	55.8
4	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	22 848	381.8
5	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	J44	14 786	247.1
6	Enfermedades del hígado	K70-K76	11 478	191.8
	Enfermedad alcohólica del hígado	K70	3 497	58.4
7	Neumonía e influenza	J09-J18	8 899	148.7
8	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	7 540	126.0
	Accidentes de tráfico de vehículos de motor	V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9	2 025	33.8
	Caídas	W00-W19	864	14.4
9	Insuficiencia renal	N17-N19	6 626	110.7
10	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	6 286	105.0
	Las demás causas		62 158	1 038.7

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.
Se excluyen 348 muertes de residentes en el extranjero.

^{1/} Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.
^{2/} Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10a. revisión.
^{3/} Tasa por 100 mil habitantes de 65 años o más.

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística y Geografía/Secretaría de Salud, SINAIS. Base de datos de mortalidad 2008.
Consejo Nacional de Población, 2006. Proyecciones de la Población de México, 2005-2050.

MORTALIDAD EN LA INFANCIA POR ENTIDAD FEDERATIVA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008

ENTIDAD FEDERATIVA	MENORES DE 1 AÑO		MENORES DE 5 AÑOS	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
Nacional	16.3	13.0	19.1	15.5
Aguascalientes	14.5	11.6	17.2	13.9
Baja California	13.0	10.4	15.6	12.6
Baja California Sur	13.3	10.7	16.0	13.0
Campeche	17.1	13.5	20.0	16.1
Coahuila	13.2	10.6	15.6	12.6
Colima	13.7	10.9	16.3	13.2
Chiapas	22.8	18.5	26.5	21.7
Chihuahua	14.7	11.7	17.4	14.1
Distrito Federal	12.5	10.0	15.1	12.3
Durango	17.4	13.8	20.2	16.2
Guanajuato	17.6	13.9	20.7	16.6
Guerrero	23.4	19.0	26.9	22.0
Hidalgo	18.2	14.4	21.2	17.0
Jalisco	14.8	11.8	17.6	14.2
México	15.5	12.4	18.5	14.9
Michoacán	18.9	14.9	22.0	17.6
Morelos	14.6	11.7	17.4	14.0
Nayarit	16.5	13.1	19.4	15.6
Nuevo León	11.7	9.4	14.0	11.4
Oaxaca	21.0	16.9	24.5	19.9
Puebla	19.4	15.5	22.9	18.5
Querétaro	16.3	13.0	19.3	15.5
Quintana Roo	14.3	11.4	17.1	13.8
San Luis Potosí	17.4	13.8	20.5	16.4
Sinaloa	15.6	12.4	18.2	14.7
Sonora	13.7	11.0	16.3	13.2
Tabasco	17.6	14.0	20.8	16.7
Tamaulipas	13.6	10.8	16.1	13.0
Tlaxcala	17.4	13.8	20.7	16.6
Veracruz	19.7	15.7	22.8	18.4
Yucatán	16.7	13.2	19.5	15.7
Zacatecas	18.6	14.7	21.9	17.5

FUENTE: Estimaciones de la DGIS/SS a partir de la probabilidades de mortalidad de CONAPO 2006.

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, 2008

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
2008	12.1	12.9	11.3	24.5	26.5	22.3

Tasa por cada 100 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 1979-2008.
Consejo Nacional de Población, 2006; Proyecciones de la población de México, 2005-2050.
Estimaciones de la DGIS/SS a partir de la probabilidades de mortalidad de CONAPO 2006.

MORTALIDAD POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA Y POR INFECCIÓN RESPIRATORIA
 AGUDA EN NIÑOS <5 AÑOS POR ENTIDAD FEDERATIVA, SEGÚN SEXO
 ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008

ENTIDAD FEDERATIVA	EDAS			IRAS		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Nacional	12.1	12.9	11.3	24.5	26.5	22.3
Aguascalientes	8.6	8.5	8.8	17.4	21.0	13.8
Baja California	2.5	3.4	1.6	12.7	17.6	7.9
Baja California Sur	9.7	7.4	11.1	12.6	16.5	9.3
Campeche	3.5	6.9	0.0	13.8	15.5	12.2
Coahuila	7.2	8.1	6.3	13.3	12.5	14.1
Colima	5.9	3.9	8.1	15.8	12.5	18.2
Chiapas	42.8	50.6	34.8	50.2	51.0	49.0
Chihuahua	8.9	10.2	7.7	21.4	24.9	17.8
Distrito Federal	4.5	4.8	4.2	25.5	29.2	21.8
Durango	8.1	9.4	6.7	17.3	19.3	15.1
Guanajuato	8.7	10.1	7.3	19.3	19.9	18.4
Guerrero	21.6	24.7	18.4	21.9	22.9	20.6
Hidalgo	9.6	9.4	9.8	13.5	16.8	9.9
Jalisco	6.2	7.5	5.0	11.4	11.8	10.9
México	11.3	11.9	10.7	45.9	49.8	41.8
Michoacán	15.0	16.6	13.4	18.6	18.7	18.4
Morelos	11.1	13.9	8.5	15.3	19.8	10.9
Nayarit	12.8	13.1	12.8	20.8	20.5	21.5
Nuevo León	4.1	3.4	4.4	7.4	7.7	7.1
Oaxaca	29.9	25.8	33.8	28.7	34.1	23.0
Puebla	14.5	18.9	10.0	41.3	42.7	40.0
Querétaro	9.7	5.9	13.7	19.0	17.1	21.0
Quintana Roo	12.7	14.2	11.2	10.3	8.0	12.5
San Luis Potosí	15.7	14.9	16.6	26.7	33.3	19.8
Sinaloa	7.1	3.4	10.9	14.5	15.3	13.6
Sonora	7.8	9.3	6.1	14.9	16.1	12.9
Tabasco	9.7	8.6	11.0	17.9	14.4	22.0
Tamaulipas	5.7	6.9	4.5	7.1	5.8	8.6
Tlaxcala	7.5	8.5	6.6	22.6	26.7	18.4
Veracruz	12.5	11.3	13.7	19.7	20.9	18.4
Yucatán	15.3	15.8	14.6	13.6	16.2	10.9
Zacatecas	11.2	6.8	15.5	30.0	44.1	15.5

Tasa por cada 100 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 2008.
 Consejo Nacional de Población, 2006; Proyecciones de la población de México, 2005-2050.
 Estimaciones de la DGIS/SS a partir de la probabilidades de mortalidad de CONAPO 2006.

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA (RMM)
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008

CAUSA	CÓDIGO CIE-10	DEFUNCIONES	RMM ^{/1}
Total	O00-O95, O98-O99, A34, D392, F53, M830 y B20-B24 ^{/2}	1 119	57.2
Aborto	O00-O08	78	4.0
Hemorragia obstétrica	O20,O44-O46, O67, O72	283	14.5
Infección puerperal	O85-O86, A34	23	1.2
Edema, proteinuria, transtornos hipertensivos en embarazo, parto y puerperio (toxemia)	O10-O16	281	14.4
Parto obstruido	O64-O66	8	0.4
Causas obstétricas indirectas	O98-O99	241	12.3
Otras causas maternas	O21-O43, O47-O63, O68-O71, O73-O84, O87-O95	205	10.5

^{1/} Razón por 100 mil nacidos vivos estimados por CONAPO

^{2/} B20-B24 Si la mujer estaba embarazada.

No incluye las defunciones maternas tardías (O96 y O97)

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística y Geografía/Secretaría de Salud, SINAIS. Base de datos de mortalidad 2008.

Consejo Nacional de Población, 2006. Proyecciones de la Población de México, 2005-2050.

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA (RMM) POR ENTIDAD FEDERATIVA
 ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008

ENTIDAD FEDERATIVA	RMM ^{/1}
Nacional	57.2
Aguascalientes	39.7
Baja California	43.4
Baja California Sur	51.9
Campeche	48.8
Coahuila	40.0
Colima	39.3
Chiapas	96.8
Chihuahua	62.9
Distrito Federal	52.9
Durango	78.3
Guanajuato	39.1
Guerrero	96.5
Hidalgo	62.2
Jalisco	40.4
México	58.1
Michoacán	59.1
Morelos	52.4
Nayarit	52.8
Nuevo León	30.1
Oaxaca	98.7
Puebla	55.4
Querétaro	49.8
Quintana Roo	67.2
San Luis Potosí	35.5
Sinaloa	39.4
Sonora	31.5
Tabasco	72.6
Tamaulipas	58.7
Tlaxcala	27.2
Veracruz	75.6
Yucatán	45.1
Zacatecas	45.7

^{1/} Razón por 100 mil nacidos vivos estimados
 CIE10: O00-O99, A34, D392, F53, M830, y embarazadas con B20-B24.
 Excluye muertes maternas tardías o por secuelas (O96 y O97) y
 por coriocarcinoma (C58X)
 FUENTE: Instituto Nacional de Estadística y Geografía/Secretaría de Salud, SINAIS. Base de datos de
 mortalidad 2008.
 Consejo Nacional de Población, 2006. Proyecciones de la Población de México, 2005-2050.

MORTALIDAD POR CÁNCER CÉRVICO-UTERINO Y POR CÁNCER DE MAMA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1995-2008

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
2008	14.0	16.7

Tasa observada por 100 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 1995-2008.
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, 2008

ENTIDAD FEDERATIVA	CÉRVICO-UTERINO	MAMA
Nacional	14.0	16.7
Aguascalientes	7.3	23.8
Baja California	12.3	19.6
Baja California Sur	9.9	24.1
Campeche	13.7	9.3
Coahuila	13.6	19.6
Colima	19.2	16.7
Chiapas	19.8	10.8
Chihuahua	15.2	25.5
Distrito Federal	12.3	23.1
Durango	14.8	16.3
Guanajuato	12.3	14.6
Guerrero	20.5	11.0
Hidalgo	12.7	11.4
Jalisco	12.4	20.6
México	11.0	15.2
Michoacán	15.6	16.3
Morelos	18.4	16.5
Nayarit	22.1	15.5
Nuevo León	9.8	24.0
Oaxaca	18.0	11.0
Puebla	13.0	12.4
Querétaro	13.4	12.7
Quintana Roo	12.3	7.8
San Luis Potosí	15.0	16.9
Sinaloa	11.1	16.2
Sonora	13.4	25.7
Tabasco	14.5	12.8
Tamaulipas	16.8	16.7
Tlaxcala	11.2	12.2
Veracruz	18.5	14.0
Yucatán	18.4	7.2
Zacatecas	12.6	16.7

Tasa de observada por 100 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 2008.
 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, 1995-2008

AÑO	DIABETES MELLITUS			ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN			ACCIDENTES DE TRÁNSITO DE VEHÍCULO DE MOTOR		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
1995	36.2	32.1	40.3	41.5	45.8	37.3	14.4	22.9	6.0
1996	37.3	33.3	41.3	43.0	47.5	38.5	14.9	24.0	5.9
1997	38.0	33.8	42.2	44.7	49.6	39.8	15.2	24.1	6.4
1998	43.6	39.1	48.0	44.4	49.3	39.6	14.0	22.2	6.0
1999	46.9	42.0	51.7	45.1	49.6	40.6	14.0	22.2	5.9
2000	47.3	42.7	51.7	44.4	48.9	40.0	14.0	22.2	5.9
2001	50.0	45.2	54.6	45.6	50.7	40.5	13.8	21.7	6.1
2002	54.3	50.4	58.1	47.8	53.4	42.4	14.2	22.3	6.3
2003	58.0	53.1	62.7	49.8	55.6	44.1	14.4	22.6	6.4
2004	60.4	55.8	64.8	49.0	55.1	43.0	14.4	22.7	6.3
2005	64.5	60.2	68.8	51.2	57.9	44.6	15.1	24.0	6.5
2006	65.2	61.7	68.6	51.1	58.0	44.5	15.8	25.0	6.8
2007	66.6	63.9	69.2	52.7	60.1	45.5	14.3	22.7	6.1
2008	70.8	68.0	73.6	55.8	64.1	47.9	15.8	25.4	6.5

Tasas observadas por 100 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 1995-2008.
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, 2008

ENTIDAD FEDERATIVA	DIABETES MELLITUS			ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN			ACCIDENTES DE TRÁNSITO DE VEHÍCULO DE MOTOR		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Nacional	70.8	68.0	73.6	55.8	64.1	47.9	15.8	25.4	6.5
Aguascalientes	59.6	55.9	63.1	44.0	51.7	36.7	21.3	35.6	7.5
Baja California	51.6	51.2	51.9	55.5	65.9	44.1	6.1	9.2	2.7
Baja California Sur	51.3	53.3	49.1	55.3	69.6	39.6	33.4	48.8	16.4
Campeche	59.5	53.3	65.5	47.3	56.7	38.1	14.6	25.1	4.3
Coahuila	87.4	83.1	91.8	72.0	85.4	58.7	14.0	21.7	6.3
Colima	74.2	68.9	79.5	63.0	71.2	54.8	21.4	32.9	9.8
Chiapas	45.0	39.5	50.3	30.2	34.2	26.4	4.8	8.2	1.4
Chihuahua	68.3	63.1	73.7	79.1	90.9	66.7	22.8	35.2	9.9
Distrito Federal	99.0	98.8	99.1	83.3	88.1	78.8	11.9	18.3	5.8
Durango	76.7	71.6	81.6	80.3	93.5	67.6	24.5	38.4	11.0
Guanajuato	82.9	83.3	82.6	53.6	64.9	43.3	21.0	34.9	8.3
Guerrero	57.0	55.6	58.2	40.2	45.6	35.2	12.4	19.6	5.7
Hidalgo	66.3	66.9	65.7	57.1	63.0	51.7	15.4	24.4	7.0
Jalisco	70.6	70.3	70.9	54.2	61.3	47.3	21.1	33.6	9.1
México	70.5	69.1	71.9	37.8	41.5	34.2	14.3	22.5	6.1
Michoacán	80.4	77.4	83.1	52.7	62.8	43.4	23.8	38.8	9.9
Morelos	84.2	81.2	87.2	54.5	59.9	49.3	14.2	22.9	5.9
Nayarit	65.2	63.9	66.4	66.2	77.4	54.9	24.1	38.9	9.5
Nuevo León	64.3	59.9	68.7	69.4	83.7	55.0	10.9	17.4	4.4
Oaxaca	60.0	56.4	63.4	42.2	47.5	37.3	17.7	29.4	6.9
Puebla	75.2	73.9	76.4	43.4	49.3	37.9	14.8	23.9	6.4
Querétaro	57.6	53.9	61.2	49.2	56.8	41.8	19.8	33.5	6.7
Quintana Roo	35.7	32.3	39.1	21.1	26.9	15.1	14.4	24.4	4.1
San Luis Potosí	66.8	61.4	71.9	58.2	67.2	49.8	16.6	28.1	5.8
Sinaloa	56.5	52.9	60.0	70.8	81.1	60.2	19.3	32.5	5.9
Sonora	62.0	57.4	66.7	81.6	102.6	60.1	22.9	35.3	10.2
Tabasco	70.7	66.8	74.6	42.8	51.8	34.0	26.1	44.7	8.0
Tamaulipas	71.0	64.5	77.5	71.2	87.7	54.6	18.3	28.4	8.1
Tlaxcala	78.0	69.7	85.8	29.5	36.4	22.9	16.4	25.2	8.2
Veracruz	78.4	74.7	81.8	60.7	69.9	52.2	8.5	14.3	3.2
Yucatán	58.3	45.5	71.0	78.7	85.9	71.6	14.9	24.9	5.0
Zacatecas	69.8	68.2	71.1	56.7	65.7	48.2	23.7	38.6	9.7

Tasas observadas por 100 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 2008.
 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, 1995-2009

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	36 568	39.9	272 308	296.9
1996	16 995	18.2	6 293	6.8	36 538	39.2	249 774	268.2
1997	19 577	20.7	4 808	5.1	53 541	56.5	312 892	331.1
1998	18 032	18.8	25 023	26.0	23 639	24.6	336 967	351.7
1999	16 881	17.4	13 450	13.8	23 294	23.8	284 811	293.2
2000	15 649	15.9	7 390	7.5	1 781	1.8	291 135	295.7
2001	16 323	16.4	4 996	5.0	4 955	4.9	299 351	300.2
2002	15 432	15.3	4 624	4.5	15 413	15.0	322 285	319.4
2003	15 055	14.8	3 819	3.7	6 996	6.7	393 844	386.1
2004	14 443	14.0	3 408	3.2	8 202	7.8	417 678	405.5
2005	14 820	14.3	2 957	2.8	21 905	20.6	410 751	395.1
2006	13 813	13.2	2 514	2.3	29 836	27.8	409 580	390.5
2007	14 550	13.8	2 381	2.2	52 369	48.2	419 884	396.9
2008	15 035	14.1	2 357	2.2	35 603	32.5	413 283	387.4
2009	14 856	13.8	2 703	2.4	55 961	50.6	448 451	417.0

^{1/} Tasa por 100 mil habitantes
FUENTE: CENAPRECE. Reporte anual de SUIVE y la página de la DGEPI <http://www.dgepi.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>.

COBERTURA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS DE 1 AÑO Y EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2009

ENTIDAD FEDERATIVA	PORCENTAJE DE NIÑOS DE 1 AÑO ^{/1}	PORCENTAJE DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS ^{/1}
Nacional	95.6	97.6
Aguascalientes	98.3	99.4
Baja California	95.8	96.5
Baja California Sur	98.0	98.9
Campeche	100.0	100.0
Coahuila	94.5	97.9
Colima	98.7	98.9
Chiapas	97.6	98.2
Chihuahua	88.0	95.7
Distrito Federal	88.4	95.0
Durango	96.8	98.2
Guanajuato	98.6	99.2
Guerrero	91.2	96.7
Hidalgo	96.9	98.9
Jalisco	94.7	95.8
México	90.3	94.8
Michoacán	99.7	99.8
Morelos	92.9	96.6
Nayarit	99.3	90.8
Nuevo León	96.5	98.5
Oaxaca	96.7	98.5
Puebla	97.2	98.7
Querétaro	96.9	98.4
Quintana Roo	97.8	99.3
San Luis Potosí	99.9	100.0
Sinaloa	99.2	99.7
Sonora	98.1	98.8
Tabasco	99.1	99.7
Tamaulipas	98.8	99.6
Tlaxcala	99.3	99.7
Veracruz	98.4	99.2
Yucatán	96.7	97.0
Zacatecas	99.9	99.4

^{1/} Esquema completo de vacunación
FUENTE: CENSA. Servicios Estatales de Salud
*Informe preliminar

PERSONAS AFILIADAS AL SEGURO POPULAR POR ENTIDAD FEDERATIVA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008-2010

ENTIDAD FEDERATIVA	DATOS ANUALES			ENERO-MAYO		
	OBSERVADO			2009	2010	VARIACIÓN PORCENTUAL
	2008	2009	META 2010			
Nacional	27 176 914	31 132 949	49 062 001	27 946 231	35 684 703	27.7
Aguascalientes	369 410	392 765	468 035	357 364	420 219	17.6
Baja California	581 575	594 928	1 108 845	598 400	613 376	2.5
Baja California Sur	119 958	123 015	164 681	101 224	141 518	39.8
Campeche	327 980	362 705	438 749	339 049	394 792	16.4
Coahuila	418 265	469 323	599 037	443 371	543 465	22.6
Colima	227 421	234 625	275 487	229 870	266 089	15.8
Chiapas	1 756 549	2 069 736	3 055 338	1 900 024	2 529 131	33.1
Chihuahua	557 374	665 328	1 090 010	551 838	817 368	48.1
Distrito Federal	773 299	1 108 461	2 938 078	849 963	1 368 783	61.0
Durango	317 693	383 101	587 328	350 500	457 421	30.5
Guanajuato	1 893 335	2 080 049	2 841 051	1 952 766	2 330 675	19.4
Guerrero	1 073 795	1 146 246	2 068 207	1 147 498	1 379 431	20.2
Hidalgo	922 157	1 072 325	1 409 957	978 407	1 243 888	27.1
Jalisco	1 455 938	1 710 472	2 630 553	1 535 836	1 802 312	17.4
México	2 718 024	3 371 043	6 245 992	2 970 287	3 978 868	34.0
Michoacán	938 091	1 231 370	2 114 861	1 003 596	1 377 084	37.2
Morelos	541 479	603 442	908 053	503 766	650 385	29.1
Nayarit	370 033	399 759	514 141	377 723	483 607	28.0
Nuevo León	519 124	611 148	1 041 260	546 966	763 697	39.6
Oaxaca	1 291 324	1 547 336	2 438 745	1 334 043	1 807 696	35.5
Puebla	1 453 284	1 571 934	3 081 669	1 355 512	1 871 084	38.0
Querétaro	470 140	515 916	751 099	487 866	623 766	27.9
Quintana Roo	250 822	315 719	509 134	250 768	374 175	49.2
San Luis Potosí	764 334	861 518	1 255 976	764 560	984 289	28.7
Sinaloa	724 208	770 155	1 007 979	707 782	827 719	16.9
Sonora	537 033	511 152	750 047	496 464	594 598	19.8
Tabasco	1 192 720	1 259 003	1 381 712	1 053 233	1 300 975	23.5
Tamaulipas	953 306	983 673	1 200 269	944 418	1 103 366	16.8
Tlaxcala	492 949	533 082	728 050	480 837	671 650	39.7
Veracruz	2 057 432	2 392 627	3 874 294	2 169 946	2 634 444	21.4
Yucatán	549 666	618 059	831 250	578 856	684 957	18.3
Zacatecas	558 196	622 934	752 114	583 498	643 875	10.3

FUENTE: Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Padrón Nacional del Sistema de Protección Social en Salud

NÚMERO DE NIÑOS AFILIADOS AL SEGURO MÉDICO PARA UNA NUEVA GENERACIÓN POR ENTIDAD FEDERATIVA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008-2010

ENTIDAD FEDERATIVA	DATOS ANUALES			ENERO-MAYO		
	OBSERVADO			2009	2010	VARIACIÓN PORCENTUAL
	2008	2009	META 2010			
Nacional	1 852 891	2 958 973	3 808 973	2 135 053	3 412 752	59.8
Aguascalientes	20 192	33 523	43 768	24 326	38 540	58.4
Baja California	33 030	53 296	68 870	38 356	50 049	30.5
Baja California Sur	6 628	12 628	17 239	7 901	15 104	91.2
Campeche	19 165	28 095	34 958	21 642	32 039	48.0
Coahuila	34 859	53 435	67 710	42 306	61 915	46.4
Colima	14 181	20 411	25 197	15 488	22 837	47.4
Chiapas	112 328	180 602	233 069	131 907	212 516	61.1
Chihuahua	42 828	66 862	85 332	43 368	80 982	86.7
Distrito Federal	92 395	160 670	213 138	123 399	178 440	44.6
Durango	25 182	42 800	56 339	32 739	49 198	50.3
Guanajuato	109 010	185 118	243 605	134 037	218 510	63.0
Guerrero	62 247	88 301	108 323	68 229	105 608	54.8
Hidalgo	51 008	87 793	116 061	63 615	107 228	68.6
Jalisco	120 649	192 239	247 254	138 945	215 019	54.8
México	232 076	373 411	482 024	271 996	423 270	55.6
Michoacán	58 785	105 922	142 146	67 705	124 980	84.6
Morelos	33 009	44 156	52 722	28 219	46 792	65.8
Nayarit	23 004	34 690	43 670	27 319	43 956	60.9
Nuevo León	49 676	78 866	101 298	61 316	88 372	44.1
Oaxaca	68 926	122 612	163 869	79 847	147 056	84.2
Puebla	108 227	157 113	194 681	106 730	189 283	77.3
Querétaro	34 254	49 786	61 722	36 578	61 402	67.9
Quintana Roo	20 747	42 258	58 789	23 009	48 064	108.9
San Luis Potosí	44 670	76 404	100 791	52 489	92 372	76.0
Sinaloa	43 618	70 181	90 594	47 895	76 469	59.7
Sonora	40 768	58 064	71 356	39 355	62 728	59.4
Tabasco	54 218	84 066	107 004	58 005	96 748	66.8
Tamaulipas	59 027	88 965	111 972	66 737	106 626	59.8
Tlaxcala	33 107	43 182	50 924	35 094	49 036	39.7
Veracruz	134 836	213 880	274 624	162 172	245 665	51.5
Yucatán	34 197	52 622	66 781	40 820	59 225	45.1
Zacatecas	36 044	57 022	73 143	43 509	62 723	44.2

FUENTE: Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Padrón Nacional del Sistema de Protección Social en Salud.

MUJERES EMBARAZADAS AFILIADAS AL SEGURO POPULAR POR MEDIO DE LA ESTRATEGIA
 EMBARAZO SALUDABLE
 ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008-2010

ENTIDAD FEDERATIVA	DATOS ANUALES			ENERO-MAYO		
	OBSERVADO			2009	2010	VARIACIÓN PORCENTUAL
	2008	2009	Meta 2010			
Nacional	188 913	568 264	1 079 703	343 679	1 120 168	225.9
Aguascalientes	1 930	5 012	9 523	3 376	12 283	263.8
Baja California	5 082	14 366	27 295	9 330	26 925	188.6
Baja California Sur	2 490	4 973	9 449	3 352	9 065	170.4
Campeche	1 339	4 119	7 826	2 290	8 187	257.5
Coahuila	6 124	15 620	29 678	9 642	28 506	195.6
Colima	795	2 042	3 880	1 288	5 440	322.4
Chiapas	9 694	28 867	54 847	17 102	57 249	234.8
Chihuahua	9 194	21 114	40 117	13 657	40 525	196.7
Distrito Federal	3 311	22 360	42 484	15 436	33 895	119.6
Durango	4 351	11 924	22 656	7 268	24 608	238.6
Guanajuato	12 367	33 997	64 594	21 195	71 834	238.9
Guerrero	11 426	32 865	62 444	19 048	53 634	181.6
Hidalgo	5 593	16 241	30 858	9 778	35 325	261.3
Jalisco	14 039	37 453	71 161	24 203	81 796	238.0
México	7 573	48 394	91 949	25 585	95 959	275.1
Michoacán	10 680	32 353	61 471	19 689	62 179	215.8
Morelos	3 373	9 297	17 664	5 461	19 026	248.4
Nayarit	2 651	6 058	11 510	4 030	11 554	186.7
Nuevo León	4 354	14 958	28 420	9 427	33 813	258.7
Oaxaca	10 685	29 328	55 723	16 274	49 884	206.5
Puebla	9 379	28 800	54 720	15 944	55 181	246.1
Querétaro	2 241	8 129	15 445	5 084	16 297	220.6
Quintana Roo	3 197	8 865	16 844	5 568	17 947	222.3
San Luis Potosí	2 839	10 080	19 152	5 220	24 367	366.8
Sinaloa	7 019	16 700	31 730	11 034	36 385	229.8
Sonora	5 709	13 967	26 537	9 012	26 644	195.7
Tabasco	5 261	16 304	30 978	10 308	30 799	198.8
Tamaulipas	7 162	18 540	35 226	11 325	34 796	207.2
Tlaxcala	3 673	8 260	15 694	4 675	14 023	200.0
Veracruz	9 226	30 834	58 585	18 099	66 882	269.5
Yucatán	2 223	6 996	13 292	4 166	14 843	256.3
Zacatecas	3 933	9 448	17 951	5 813	20 317	249.5

FUENTE: Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Padrón Nacional del Sistema de Protección Social en Salud.

PRINCIPALES SERVICIOS PROPORCIONADOS POR LA SECRETARÍA DE SALUD
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2009-2010

SERVICIOS	2009/ ^p	2010/ ^e	VARIACIÓN PORCENTUAL
Consulta			
Externa general ^{1/}	88 803 350	93 043 475	4.8
Especializada ^{2/}	15 394 542	16 485 751	7.1
De urgencias	7 103 550	8 450 591	19.0
De planificación familiar	6 245 679	6 163 372	-1.3
Odontológica	8 654 523	9 162 441	5.9
Hospitalización			
Intervenciones quirúrgicas	1 502 250	1 626 821	8.3
Egresos	2 616 611	2 766 855	5.7
Partos atendidos	1 018 164	1 055 457	3.7

^{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.

^{p/} Cifras preliminares

^{e/} Cifras estimadas

FUENTE: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS POR ENTIDAD FEDERATIVA¹
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2009 ^{/p}

ENTIDAD FEDERATIVA	MÉDICOS POR HABITANTE ^{/2}	ENFERMERAS POR HABITANTE ^{/3}	CAMAS CENSABLES POR HABITANTE ^{/4}	UNIDADES DE CONSULTA EXTERNA POR HABITANTE ^{/4}	APORTACIÓN AL GASTO EN SALUD PARA LA POBLACIÓN NO ASEGURADA	
					FEDERAL ^{/5}	ESTATAL ^{/6}
Nacional	1.6	2.1	0.7	0.2	83.6	16.4
Aguascalientes	1.9	2.7	0.7	0.1	86.0	14.0
Baja California	1.1	1.6	0.6	0.1	61.3	38.8
Baja California Sur	2.2	3.0	0.9	0.2	77.3	22.7
Campeche	2.2	2.6	0.9	0.3	82.0	18.0
Coahuila	1.6	2.4	1.0	0.6	85.7	14.3
Colima	2.4	3.2	0.9	0.8	97.7	2.3
Chiapas	0.9	1.1	0.4	0.1	94.4	5.6
Chihuahua	1.1	1.7	0.8	0.1	62.3	37.7
Distrito Federal	3.2	4.4	1.8	0.1	70.9	29.1
Durango	2.0	2.3	0.9	0.3	98.0	2.0
Guanajuato	1.3	1.9	0.6	0.1	87.1	12.9
Guerrero	1.4	1.8	0.5	0.3	94.5	5.5
Hidalgo	1.4	2.0	0.5	0.4	96.8	3.2
Jalisco	1.6	2.1	0.8	0.1	68.7	31.3
México	1.0	1.3	0.5	0.1	59.5	40.5
Michoacán	1.4	1.7	0.5	0.2	90.8	9.2
Morelos	1.5	2.1	0.5	0.2	90.0	10.0
Nayarit	2.1	2.5	0.7	0.4	92.0	8.0
Nuevo León	1.4	2.1	0.9	0.1	87.5	12.5
Oaxaca	1.4	1.8	0.5	0.4	97.3	2.7
Puebla	1.3	1.6	0.6	0.2	91.3	8.7
Querétaro	1.5	1.7	0.4	0.2	95.0	5.0
Quintana Roo	1.2	1.6	0.5	0.2	80.7	19.3
San Luis Potosí	1.4	1.8	0.6	0.2	93.0	7.0
Sinaloa	1.8	2.3	0.8	0.2	82.2	17.8
Sonora	2.0	2.7	1.0	0.2	71.8	28.2
Tabasco	2.2	2.7	0.6	0.3	61.1	38.9
Tamaulipas	1.6	2.3	0.8	0.2	81.2	18.8
Tlaxcala	1.4	1.9	0.5	0.2	92.4	7.6
Veracruz	1.5	1.9	0.7	0.2	83.8	16.2
Yucatán	1.6	2.1	0.8	0.2	93.0	7.0
Zacatecas	1.6	1.7	0.5	0.3	92.4	7.6

^{1/}Incluye datos de Secretaría de Salud, IMSS, IMSS-Oportunidades, ISSSTE, PEMEX, SEMAR, SEDENA, Hospitales Estatales y Hospitales Universitarios. Para los indicadores del gasto se incluyen cifras 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, internos de pregrado y residentes.

^{3/} Enfermeras en contacto con el paciente por mil habitantes. Incluye enfermeras generales, especialistas, pasantes y auxiliares.

^{4/} Por mil habitantes.

^{5/} El Gasto Federal incluye el gasto de la Secretaría de Salud (Ramo 12), del FASSA e IMSS-Oportunidades. Información preliminar.

^{6/} El Gasto Estatal es el efectuado por los Servicios Estatales de Salud. Información preliminar.

^{p/} Cifras preliminares.

FUENTE: Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud.

ACRÓNIMOS

AME	Atención a la Mujer Embarazada
APBP	Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública
APEO	Anticoncepción Postevento Obstétrico
APF	Administración Pública Federal
BIRMEX	Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México; S.A. de C.V.
CAAPS	Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud
CACU	Cáncer Cérvico Uterino
CADI	Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil
CAIC	Centros de Asistencia Infantil Comunitarios
CANIFARMA	Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica
CAPA	Centros de Atención Primaria en Adicciones
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
CCNNIDTIS	Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud
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
CEAM	Comisiones Estatales de Arbitraje Médico
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
CENIAQ	Centro Nacional de Atención a Quemados
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
CIB	Comisión Intersecretarial de Bioseguridad
CIBIOGEM	Comisión Intersecretarial de Bioseguridad de los Organismos Genéticamente Modificados
CIDE	Centro de Investigación y Docencia Económica
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
CISAME	Centro Integral de Salud Mental
CLUES	Clave Unica de Establecimientos de Salud
CNB	Comisión Nacional de Bioética
CNDH	Comisión Nacional de Derechos Humanos
CNEGySR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
CNS	Cartillas Nacionales de Salud
CNTS	Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea
CNV	Centros Nueva Vida
COFEMER	Comisión Federal de Mejora Regulatoria
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios
COMERI	Comité de Mejora Regulatoria
CONACYT	Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
CONADIC	Consejo Nacional contra las Adicciones
CONADIS	Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad
CONAFE	Comisión Nacional de Fomento Educativo
CONAGUA	Comisión Nacional del Agua
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONAPRA	Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes
CONAPRED	Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación
CONASIDA	Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA
CONAVA	Consejo Nacional de Vacunación
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
CONUEE	Comisión Nacional para el Uso Eficiente de la Energía
COT	Centro de Orientación Telefónica
CREE	Centro de Rehabilitación y Educación Especial
CROC	Confederación Revolucionaria de Obreros y Campesinos
CS	Centros de Salud
CSG	Consejo de Salubridad General
CURP	Clave Única de Registro de Población
DGAJ	Dirección General de Asuntos Jurídicos

DGCES	Dirección General de Calidad y Educación en Salud
DGCHFR	Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia
DGCS	Dirección General de Comunicación Social
DGDIF	Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física
DGED	Dirección General de Evaluación del Desempeño
DGIS	Dirección General de Información en Salud
DGPLADES	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
DGPOP	Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto
DGPS	Dirección General de Promoción de la Salud
DGRH	Dirección General de Recursos Humanos
DGRI	Dirección General de Relaciones Internacionales
DGRMSG	Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales
DGTI	Dirección General de Tecnologías de la Información
DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
DIPROFAR	Distribuidores de Productos Farmacéuticos de la República Mexicana, A.C.
DOF	Diario Oficial de la Federación
EA	Establecimientos de Apoyo
ECCO	Encuesta de Clima y Cultura Organizacional
EISEVI	Encuentro Iberoamericano de Seguridad Vial
ENARM	Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas
ETES	Evaluación de Tecnologías para la Salud
FASSA	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud
FEPADE	Fiscalía Especializada en Delitos Electorales
FMSTM	Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
FONDEN	Fondo Nacional de Desastres Naturales
FONHAPO	Fondo Nacional de Habitaciones Populares
FOROSS	Fortalecimiento de la Oferta de los Servicios de Salud
FOSISS	Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social
FPCGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
FSPSS	Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud
GAM	Grupos de Ayuda Mutua
GIIS	Grupo Interinstitucional de Información en Salud
GPC	Guías de Práctica Clínica
HC	Hospital Comunitario
HE	Hospital Especializado

HFR	Hospitales Federales de Referencia
HG	Hospitales Generales
HGG	Hospital General Dr. Manuel Gea González
HGM	Hospital General de México
HI	Hospital Infantil
HIMFG	Hospital Infantil Federico Gómez
HJC	Hospital Juárez del Centro
HJM	Hospital Juárez de México
HL7	Health Level Seven
HM	Hospital de la Mujer
HMI	Hospital Materno Infantil
HNH	Hospital Nacional Homeopático
HR	Hospitales Rurales
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
INCICH	Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
INCMNSZ	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
INDESOL	Instituto de Desarrollo Social
INDICAS	Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud
INDRE	Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos
INEGI	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
INER	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
INERICV	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas
INGER	Instituto de Geriátría
INJUVE	Instituto Nacional de la Juventud
INMujeres	Instituto Nacional de las Mujeres
INNNMVS	Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez
INPER	Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes
INPRF	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
INSalud	Institutos Nacionales de Salud
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública

IPN	Instituto Politécnico Nacional
ISES	Instituciones de Seguros Especializadas en Salud
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
JICA	Agencia Internacional del Japón
MAIS	Modelo de Atención Integral a la Salud
MAISAR	Modelo de Atención Integral a la Salud del Adolescente Rural
MIDH	Menor Índice de Desarrollo Humano
MIR	Manifestación de Impacto Regulatorio
NOM	Norma Oficial Mexicana
NVE	Nacidos Vivos Estimados
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos
OIC	Órgano Interno de Control
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de Naciones Unidas
ONUDD	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
OPD	Organismos Públicos Descentralizados
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
PAE	Programa de Acción Específico
PAEIS	Programa de Acción Específico de Investigación para la Salud
PBP	Patrimonio de la Beneficencia Pública
PBR	Presupuesto Basado en Resultados
PDHO	Programa Desarrollo Humano Oportunidades
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PETIC	Plan Estratégico de Tecnologías de la Información
PF	Planificación Familiar
PMG	Programa de Mejora de la Gestión
PMP	Programa de Mediano Plazo
PND	Plan Nacional de Desarrollo
POA	Programa Operativo Anual
PROBEI	Programa de Becas de Inicio
PROCEDES	Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud
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
RMM	Razón de Mortalidad Materna
SAEH	Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios
SALVAR	Sistema de Administración Logística y Vigilancia de Antirretrovirales
SAP	Servicios de Atención Psiquiátrica
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
SEED	Sistema Epidemiológico, Estadístico de las Defunciones
SEMAR	Secretaría de Marina
SEMARNAT	Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales
SEP	Secretaría de Educación Pública
SER	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
SICA	Sistema de la Integración Centroamericana
SICALIDAD	Sistema Integral de Calidad en Salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIDSS	Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
SINAC	Subsistema de Información sobre Nacimientos
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SINAREQ	Sistema Nacional de Registro de Información de la Queja Médica
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
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.
SIS	Sistema de Información en Salud

SIVEGAM	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Grupos de Ayuda Mutua
SMNG	Seguro Médico para una Nueva Generación
SMSP	Sistema Mesoamericano de Salud Pública
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
SORID	Síndrome de Obesidad, Riesgo Cardiovascular y Diabetes Mellitus
SP	Seguro Popular
SPC	Servicio Profesional de Carrera
SPPS	Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SRCP	Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes
SS	Secretaría de Salud
STPS	Secretaría del Trabajo y Previsión Social
TANIT	Tamiz Auditivo Neonatal e Intervención Temprana
TEA	Trastorno del Espectro Autista
UACJ	Universidad Autónoma de Ciudad Juárez
UAE	Unidad de Análisis Económico
UCE	Unidades de Consulta Externa
UCVPS	Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social
UH	Unidades Hospitalarias
UMAES	Unidades Médicas de Atención Especializada
UMM	Unidades Médicas Móviles
UMR	Unidades Médicas Rurales
UMU	Unidades Médicas Urbanas
UNAAIS	Unidad de Atención Ambulatoria Integral a la Salud
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
UNEME-DEDICAM	Unidades de Especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama
UNEMES	Unidades de Especialidades Médicas
USAID	Agencia Internacional de Desarrollo de Estados Unidos
VIH/SIDA	Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
VPH	Virus del Papiloma Humano

Cuarto Informe de Labores

Se terminó de imprimir el mes de agosto de 2010 en

Corporativo Argüelles, S.A. de C.V., 2ª Cda. de San Juan de Dios

Nº 76-A, Colonia San Lorenzo Huipulco , C.P. 14370, México, D.F.