SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

4TO INFORME DE LABORES

2015 - 2016

1 DE SEPTIEMBRE DE 2016

4TO INFORME DE LABORES

2015 - 2016

Índice General

Presentación del Secretario 9

Estructura Básica de la Secretaría de Salud 15

I. Perfil de la Salud de los Mexicanos 19

II. Sistema Nacional de Salud 29

III. Informe de Labores de la Secretaría de Salud 39

1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades 45

Estrategia 1.1. Promover actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario 47

Estrategia 1.2. Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes 51

Estrategia 1.3. Realizar acciones orientadas a reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles de importancia epidemiológica o emergentes y reemergentes 53

Estrategia 1.4. Impulsar acciones integrales para la prevención y control de las adicciones 58

Estrategia 1.5. Incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva con especial énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables 67

Estrategia 1.6. Fortalecer acciones de prevención y control para adoptar conductas saludables en la población adolescente 70

Estrategia 1.7. Promover el envejecimiento activo, saludable, con dignidad y la mejora de la calidad de vida de las personas adultas mayores 72

2. Asegurar el Acceso Efectivo a Servicios de Salud con Calidad 77

Estrategia 2.1. Avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana, independientemente de su condición social o laboral 79

Estrategia 2.2. Mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud 85

Estrategia 2.3. Crear redes integradas de servicios de salud interinstitucionales 99

Estrategia 2.4. Fortalecer la atención integral y la reinserción social de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento 103

Estrategia 2.5. Mejorar el proceso para la detección y atención de neoplasias malignas, principalmente cáncer cérvico-uterino, de mama y próstata 105

Estrategia 2.6. Garantizar el acceso a medicamentos e insumos para la salud de calidad 108

Estrategia 2.7. Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes 109

3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida 113

Estrategia 3.1. Fortalecer la regulación y vigilancia de bienes y servicios para la reducción de riesgos sanitarios 115

Estrategia 3.2. Garantizar el control de emergencias en salud, desastres y de seguridad en salud 115

Estrategia 3.3. Garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos, biológicos e insumos para la salud 121

Estrategia 3.4. Fortalecer el control, vigilancia y fomento sanitarios de productos y servicios de uso y consumo humano 123

Estrategia 3.5. Contribuir a disminuir las muertes por lesiones de causa externa 124

Estrategia 3.6. Coordinar actividades con los sectores productivos para la detección, prevención y fomento sanitario en el ámbito laboral 127

Estrategia 3.7. Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes 128

4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país 131

Estrategia 4.1. Asegurar un enfoque integral para reducir morbilidad y mortalidad infantil y en menores de cinco años, especialmente en comunidades marginadas 133

Estrategia 4.2. Asegurar un enfoque integral y la participación de todos los involucrados para reducir la mortalidad materna, especialmente en comunidades marginadas 137

Estrategia 4.3. Fortalecer los servicios de promoción y atención brindados a la población indígena y otros grupos en situación de vulnerabilidad 141

Estrategia 4.4. Consolidar la prevención, detección y atención integral de casos de violencia familiar en niñas, niños, adolescentes, adultos mayores y género 143

Estrategia 4.5. Impulsar la atención integral en salud para las personas con discapacidad 144

Estrategia 4.6. Fortalecer las acciones para la prevención, promoción y atención de la salud de la población migrante 148

Estrategia 4.7. Intensificar las acciones de promoción, prevención y atención de la salud en las enfermedades desatendidas 150

5. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país 153

Estrategia 5.1. Fortalecer la formación y gestión de recursos humanos en salud 162

Estrategia 5.2. Impulsar la eficiencia del uso de los recursos para mejorar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad 168

Estrategia 5.3. Establecer una planeación y gestión interinstitucional de recursos (infraestructura y equipamiento) para la salud 169

Estrategia 5.4. Impulsar la innovación e investigación científica y tecnológica para el mejoramiento de la salud de la población 172

Estrategia 5.5. Fomentar un gasto eficiente en medicamentos e insumos 177

6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud 181

Estrategia 6.1. Instrumentar mecanismos para sentar las bases de un Sistema Nacional de Salud Universal 183

Estrategia 6.2. Fortalecer la regulación en materia de salubridad general 186

Estrategia 6.3. Fortalecer las acciones de supervisión, evaluación, control y transparencia de programas, proyectos y procesos en materia e salud 189

Estrategia 6.4. Integrar un sistema universal de información en salud 194

Estrategia 6.5. Situar a la bioética como política de gestión y de desarrollo del Sistema Nacional de Salud Universal 198

Estrategia 6.6. Promover un México con responsabilidad global en salud 200

Estrategias y líneas de acción transversales 211

Perspectiva de Género 213

Gobierno Cercano y Moderno 214

Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos 215

Siglas y acrónimos 223

Anexos estadísticos 237

Directorio 263

Presentación

La salud constituye uno de los elementos fundamentales para el desarrollo con justicia social de nuestra nación. Solo con ella, el progreso personal y colectivo es posible.

Por ello, en el Sector Salud se implementan estrategias para consolidar los avances alcanzados, se fortalecen las acciones en curso para aumentar su efectividad y se diseñan políticas para hacer frente a los desafíos que la salud pública plantea.

El presente informe de labores de la Secretaría de Salud, da cuenta de algunas de las acciones que se han llevado a cabo para cumplir con la responsabilidad, que el derecho a la salud de todos los mexicanos representa. Lo que se informa es el resultado de la labor de los trabajadores del sector.

Frente al reto de otorgar cobertura en servicios de salud a la población que aún carece de un esquema de protección, de septiembre de 2015 a junio de 2016, se incorporaron al Seguro Popular 2,435,505 personas de los municipios de la Cruzada Nacional contra el Hambre, que sumados a la población afiliada desde el comienzo de la Cruzada en 2013, alcanzan un total de 10.6 millones de afiliados en esos municipios.

En mayo de 2016, junto con la depuración de los padrones, se puso en marcha la estrategia de afiliación al Seguro Popular de 4.8 millones de beneficiarios del Programa PROSPERA y de 3.5 millones de adultos mayores del Programa 65 y Más. Al cierre de junio, se registró un avance de 50% (2,428,271 afiliados) y 42% (1,445,638 afiliados), respectivamente.

En regiones de alta marginación y dispersión poblacional, la Secretaría de Salud brinda a nivel nacional servicios de atención primaria en 11,543 localidades y 715 municipios, por medio de 788 unidades médicas móviles federales en beneficio de una población objetivo de 1,632,142 personas. Al mes de agosto de 2016, se han otorgado 2,501,252 consultas médicas y 9,242,199 acciones de prevención y promoción de la salud.

Mantener a la población mexicana protegida con vacunas es una actividad prioritaria para el Gobierno de la República. Ésta se realiza de manera permanente a través de la red de servicios del Sistema Nacional de Salud y se refuerza durante las Semanas Nacionales de Salud. Hoy se cuenta con uno de los esquemas de vacunación más completo a nivel internacional; su alcance nacional y acceso gratuito lo convierten en un factor relevante de igualdad social. De 2013 a 2016, con una inversión superior a los 20 mil millones de pesos se han aplicado 298.5 millones de dosis de vacunas.

En 2015, la cobertura de vacunación en niños de un año contra sarampión, rubéola y parotiditis fue de 100%; las coberturas de esquema completo de vacunación en niños menores de un año de edad fue de 90.7% y en niños de un año de edad fue de 96.7%. Entre 2012 y 2015, la cobertura en niños de un año de edad se incrementó en 11.8%.

En materia de detección de enfermedades crónicas no transmisibles, de septiembre de 2015 a julio de 2016, la Secretaría de Salud realizó 30,427,488 pruebas para detectar enfermedades crónicas: 9,589,129 para diabetes, 9,956,781 para hipertensión arterial, 8,604,344 para detectar sobrepeso-obesidad y 2,277,234 para dislipidemias. De enero de 2013 a julio de 2016, se realizaron 131,426,626

pruebas: 41,529,838 para diabetes, 43,054,672 para hipertensión arterial, 38,148,796 para sobrepeso-obesidad y 8,693,320 para dislipidemias.

Hasta julio de 2016, se han constituido 26 Redes de Excelencia en Obesidad y Diabetes en 25 entidades federativas, las cuales han realizado detección de factores de riesgo en 440,189 personas mayores de 20 años, dando seguimiento a 56,274 pacientes que reciben tratamiento, de los cuales 33,677 tienen diagnóstico de diabetes, 36,208 hipertensión arterial, 22,301 obesidad y 17,091 dislipidemia. Se ha capacitado a 979 profesionales que atienden a los pacientes y diariamente se monitorea en línea de forma automática el abasto de medicamentos y de pruebas de laboratorio.

Al 30 de junio de 2016, a nivel nacional se contaba con 103 Unidades Móviles de Orientación Alimentaria, las cuales han realizado 3,091 visitas a los entornos escolares, comunitarios y laborales, al igual que 53,152 eventos educativos para promover una alimentación correcta, consumo de agua, lactancia materna y actividad física.

En el transcurso de esta administración, la tasa de mortalidad infantil ha disminuido 6%. Entre las principales acciones que se realizan para mantener la tendencia de disminución, destacan: las Semanas Nacionales de Salud (aplicación de 2.6 millones de dosis de vacuna contra el neumococo, 3.2 millones de dosis contra rotavirus y 4.5 millones de dosis de vacuna pentavalente, todas a menores de un año); las consultas de primera vez otorgadas en la presente administración: 1.18 millones por enfermedades diarreicas agudas y 7.4 millones por infecciones respiratorias agudas, además de la entrega de más de 24 millones de sobres Vida Suero Oral.

Para la atención complementaria de los menores de cinco años de edad, a través del Programa Seguro Médico Siglo XXI, del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se atendió a más de 29 mil 100 niños. Del 1 de enero de 2013 al 30 de junio de 2016, se incorporaron 5.7 millones de menores de cinco años, lo que representa 2.2 millones más respecto al periodo comparable de la pasada administración.

La estrategia de liberación de genéricos para el acceso a medicamentos ha permitido que del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016, se liberaran dos paquetes de genéricos, compuestos por cinco sustancias activas que corresponden a 134 nuevos registros de medicamentos que atienden 71% de las causas de mortalidad en el país. De diciembre de 2012 a agosto de 2016, se ha liberado un total de doce sustancias activas, correspondientes a 319 nuevos registros sanitarios de medicamentos, permitiendo una reducción promedio de 55% en los precios de los medicamentos de ese tipo.

El 7 de abril de 2016 se firmó el Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud por parte de la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE con el objetivo de mejorar el acceso efectivo a la salud y fortalecer el carácter público de estas instituciones. Esto permitirá una mayor coordinación en este sector para usar de manera más eficiente los recursos disponibles, determinar estándares de calidad y planificar conjuntamente las inversiones futuras para ofrecer un mejor servicio a los mexicanos.

Para enfrentar los brotes epidemiológicos del chinkungunya y el virus del zika, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica consolidó su capacidad de respuesta al desarrollar un reactivo dúplex que permite identificar en una sola toma los cuatro serotipos de estos padecimientos. Asimismo, se estableció el diagnóstico confirmatorio para identificación de este padecimiento en el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE), lo que permitió identificar la circulación del virus y el primer caso importado en octubre de 2015. De noviembre de 2015 al 29 de julio de 2016, en México se han confirmado 1,285 casos autóctonos (de ellos 612 en embarazadas) y doce casos importados; no se han presentado defunciones ni casos confirmados de microcefalia por esta infección.

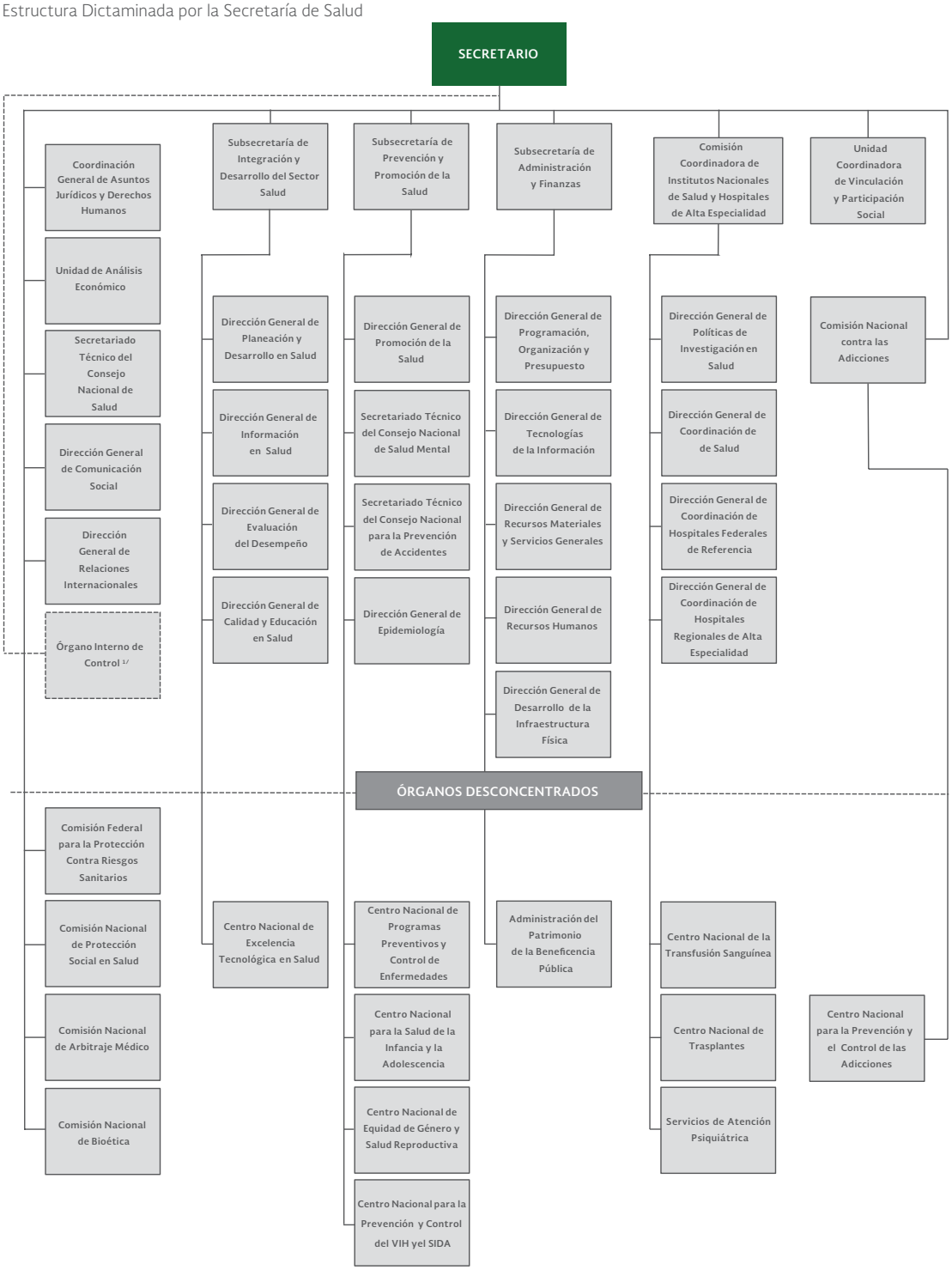
A través de acciones multisectoriales impulsadas por el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (CONAPRA), se contribuye a reducir la morbilidad y mortalidad por accidentes viales. Destaca la implementación de la Acción Estratégica de Alcoholimetría, la cual opera actualmente en 158 municipios de 30 entidades federativas, es decir, 89 municipios y catorce entidades federativas más que en 2012. Se logró reducir la tasa de mortalidad por accidentes de tráfico de vehículo motor, de 14.6 defunciones por cada 100 mil habitantes en 2012, a 13.3 en 2014, lo que representó un decremento de 8.9%.

Estrategias y acciones como éstas contribuyen a mejorar la salud del país. Una población sana estará en mejores condiciones para potencializar sus capacidades y construir un mejor futuro. Por ello, seguimos trabajando para lograr un México más sano e incluyente.

Dr. José Ramón Narro Robles
Secretario de Salud

Estructura Básica de la Secretaría de Salud

Estructura Básica
Estructura Dictaminada por la Secretaría de Salud



1/ El órgano interno de control se integra por el contralor interno y los titulares de área de auditoria, quejas y responsabilidades, mismos que de acuerdo con los artículos XII de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal , 51 Fracción XIX del reglamento interior de la Secretaría de la Función Pública , dependen jerárquica y funcionalmente del C. Secretario de la Función Pública, dichas Unidades Administrativas se reflejan en la Estructura Orgánica para efectos de representación gráfica, toda vez que el resto del personal que conforman las unidades pertenece y es proporcionado por la propia dependencia.

I. Perfil de la Salud de los Mexicanos

El ámbito de la salud es uno de los más sensibles para los seres humanos debido a que el nivel de bienestar de una persona está altamente relacionado con su estado de salud. La convergencia de factores metabólicos, ambientales, estilo de vida, patrones de comportamiento y el acceso a los servicios sanitarios, determinan en gran medida el estado de salud de las personas. Asimismo, el contexto económico, social y geográfico en donde se desarrolla la gente constituyen los determinantes sociales de la salud.

En los últimos años la dinámica demográfica de nuestro país se ha modificado, mostrando una clara desaceleración en el crecimiento poblacional; mayor proporción de mujeres y de jóvenes adultos en edad productiva entre 25 y 64 años. No obstante, el grupo poblacional con mayor crecimiento ha sido el de los adultos mayores de 65 años o más, lo cual indica que la población en México está viviendo un proceso de franco envejecimiento. Además, la transición epidemiológica es cada día más visible; hay mayor prevalencia de enfermedades no transmisibles como diabetes e hipertensión arterial, aunado al incremento considerable de defunciones por este tipo de enfermedades.

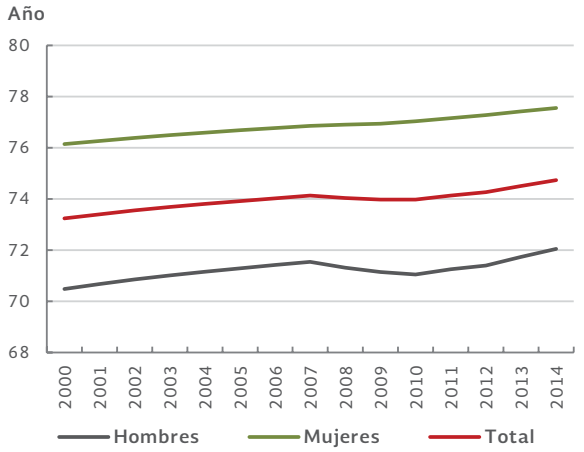
Bajo este contexto, es necesario conocer los diversos indicadores de salud que dan cuenta de los factores de riesgo, morbilidad y mortalidad que aquejan a los mexicanos.

Uno de los indicadores más utilizados para conocer el estado de salud de las personas es la esperanza de vida al nacimiento (EVN). En nuestro país, la EVN ha experimentado un importante crecimiento, gracias a la reducción en la mortalidad infantil y al control de enfermedades transmisibles. Sin embargo, en dicho indicador, México aún se encuentra en los últimos lugares entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), además de que su crecimiento ha sido más lento que en otros países[2]. En 2014, la EVN en México fue de 74.7 años, en tanto que en países como Costa Rica, Canadá y Japón, este indicador se ubicó por encima de los 80 años. En México, entre 2000 y 2014 dicho indicador aumentó 1.5 años, a pesar del retroceso que experimentó en el periodo 2007-2010, atribuido principalmente al incremento en la mortalidad masculina.

[2] OECD. (2016), OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016, OECD Publishing, Paris.

Así, la esperanza de vida de mujeres aumentó de 76.1 a 77.5 años entre 2000 y 2014, mientras que la de hombres se incrementó de 70.5 a 72.1 años, es decir, las mujeres esperaban vivir en promedio 5.4 años más que los hombres durante 2014.

GRÁFICA I.1 ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO POR SEXO, 2000-2014



Fuente: Consejo Nacional de Población (CONAPO), Proyecciones de población 1990-2030.

Factores de Riesgo[3]

La modificación de los hábitos alimentarios, el menor gasto de energía calórica de las personas, los estilos de vida sedentarios y el envejecimiento de la población, sumado al consumo de alcohol y de tabaco, representan los principales factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles, las cuales constituyen un reto cada vez mayor para la salud pública en México.

La creciente exposición de las personas a dietas con alta ingesta calórica y al sedentarismo, han constituido en los últimos años una preocupación y ocupación principal para el Estado mexicano. Para superar esta grave situación, en México se han llevado a cabo diversas acciones, como

[3] Secretaría de Salud-DGED. Diagnóstico General de la Salud Poblacional. Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2015. Disponible en: **http://www.gob.mx/salud/documentos/informe-sobre-la-salud-de-los-mexicanos-2015?state=published**

trabajar en conjunto con los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para promover las dietas sanas y fomentar el incremento en la actividad física[4], además de impulsar la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso la Obesidad y la Diabetes.

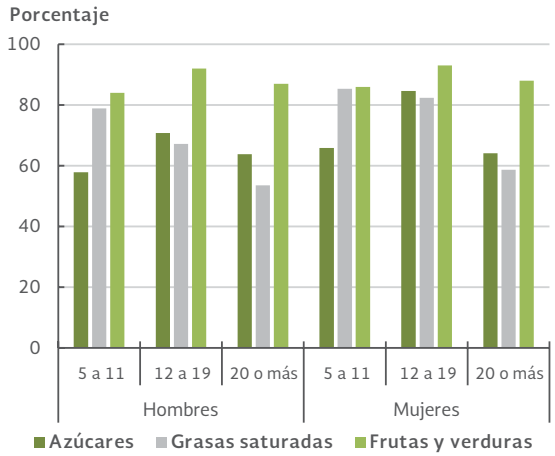
Uno de los determinantes dietéticos más importantes del estado de nutrición a nivel poblacional es el exceso de energía proveniente de azúcares añadidos[5], debido a que promueve un balance energético positivo, es decir, una ingesta de energía mayor que el gasto que se realiza de la misma. En este contexto, un elevado consumo de azúcares añadidos incrementa el riesgo de padecer obesidad, síndrome metabólico, diabetes y enfermedades cardiovasculares[6].

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT), la prevalencia de alto consumo de azúcares añadidos es un fenómeno que afecta a todos los grupos de edad; sin embargo, los adolescentes de 12 a 19 años fueron el grupo con mayor prevalencia de consumo excesivo, 84.6% en mujeres y 70.8% en hombres.

Por su parte, las grasas saturadas tienen una serie de funciones biológicas importantes y son indispensables en la absorción de vitaminas, a pesar de ello, el exceso en su consumo trae consecuencias negativas para la salud. En México, la información disponible para 2012 muestra que de manera similar que en el caso de los azúcares añadidos, todos los grupos de edad mostraron prevalencias altas de consumo excesivo de grasas saturadas, con niveles superiores al 50%. Las niñas de 5 a 11 años fueron el grupo que presentó mayor prevalencia con 85.4%, mientras que en los niños del mismo grupo de edad la prevalencia fue de 78.9%.

Por otro lado, el consumo de frutas y verduras, de acuerdo a los datos de 2012, muestra una deficiencia importante en la ingesta de este tipo de alimentos para todos los grupos de edad. Destacan las mujeres y hombres adolescentes entre 12 y 19 años de edad, en donde se presentaron prevalencias de consumo insuficiente superiores a 90%.

GRÁFICA I.2 PREVALENCIA DE CONSUMO EXCESIVO DE AZÚCARES AÑADIDOS Y GRASAS SATURADAS, Y DE CONSUMO INSUFICIENTE DE FRUTAS Y VERDURAS, 2012



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSAUT) 2012.

Los problemas nutricionales se ven reflejados en la prevalencia de sobrepeso y obesidad, siendo en México de las más altas entre los países miembros de la OCDE. De acuerdo con información de la OMS, la prevalencia de obesidad en el país también se ubica entre las más altas del mundo. Con información de la ENSANUT 2012, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en adultos aumentó de 63.8% en 2000 a 71.3% en 2012. En ese periodo, mientras que la prevalencia de sobrepeso se mantuvo casi invariable alrededor de 38.0%, la prevalencia de obesidad se incrementó de 25.8% a 32.4%.

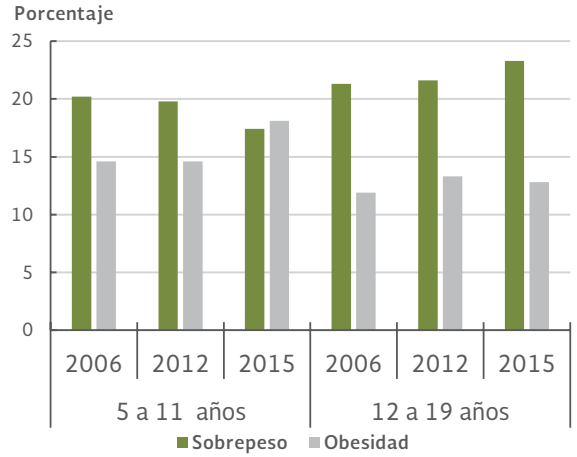
Para el periodo de 2012 a 2015, en el grupo de 5 a 11 años, la prevalencia de obesidad presentó un incremento de 3.5 puntos porcentuales, al pasar de 14.6% a 18.1%, de acuerdo a la ENSANUT 2012 y a la Encuesta 2015 para el Seguimiento de los indicadores del PROSESA 2013-2018. Para ese mismo grupo etario, el sobrepeso experimentó una reducción, pasando de 19.8% a 17.4%. En lo que respecta al grupo de adolescentes de 12 a 19 años, el sobrepeso se incrementó en 1.7 puntos porcentuales, de 21.6% a 23.3%, mientras que la obesidad disminuyo 0.5 puntos porcentuales, de 13.3% a 12.8% durante el periodo.

[4] Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Resultados de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles y de la Primera Conferencia Ministerial Mundial sobre Modos de Vida Sanos y Control de las Enfermedades No Transmisibles. 2011. Disponible en: **http://www.who.int/fctc/reporting/party_reports/spain_annex26_prevention_noncommunicable_ diseases_control.pdf**

[5] Incluyen los monosacáridos y los disacáridos añadidos a los alimentos por los fabricantes, los cocineros o los consumidores, así como los azúcares presentes de forma natural en la miel, los jarabes, los jugos de fruta y los concentrados de jugo de fruta.

[6] Organización Mundial de la Salud. Nota informativa sobre la ingesta de azúcares recomendada en la directriz de la OMS para adultos y niños. Ginebra, Suiza: OMS, 2015. Disponible en: **http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sugar_intake_information_note_es.pdf?ua=1**

GRÁFICA I.3 PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS DE 5 A 11 AÑOS Y ADOLESCENTES DE 12 A 19 AÑOS, 2006, 2012 Y 2015



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006 y 2012. Encuesta 2015 para el seguimiento de los indicadores del PROSESA 2013-2018.

Morbilidad[7]

En 2014, se registraron en México poco más de 46 millones de casos de enfermedad, en donde la causa más frecuente de atención fueron las "Infecciones Respiratorias Agudas" (IRA) con 70% de los casos, y el segundo sitio lo ocuparon las "infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas" con 13% de los casos reportados. En total, las diez primeras causas de enfermedad en la población reportadas en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) sumaron cerca de 90% del total de casos reportados. El panorama entre hombres y mujeres es muy similar, con la excepción de que las mujeres presentaron enfermedades exclusivas o más comunes en dicho sexo, como la vulvo-vaginitis aguda y la candidiasis urogenital.

Hay que destacar que la octava posición en cuanto a morbilidad en hombres y mujeres fueron los casos de hipertensión arterial, mientras que la diabetes fue la novena causa en hombres y la obesidad fue la décima causa en mujeres (misma que se empezó a registrar por primera vez en 2014). Con esta información, nuevamente se observa el creciente aumento de las enfermedades no transmisibles en los mexicanos.

Si se realiza una revisión por grupo etario, los principales padecimientos son similares, destacando las IRA como principal causa de morbilidad y en segundo término, las infecciones intestinales. A pesar de las coincidencias, en términos relativos la importancia de los padecimientos es diferente. Las IRA representaron 81% de las enfermedades en los menores de un año, porcentaje que se reduce de manera constante hasta el grupo de adultos de 65 años o más para ubicarse en 46%. Por otro lado, las infecciones intestinales se mantienen a lo largo de todos los grupos de edad, muy cerca de 10% del total de casos.

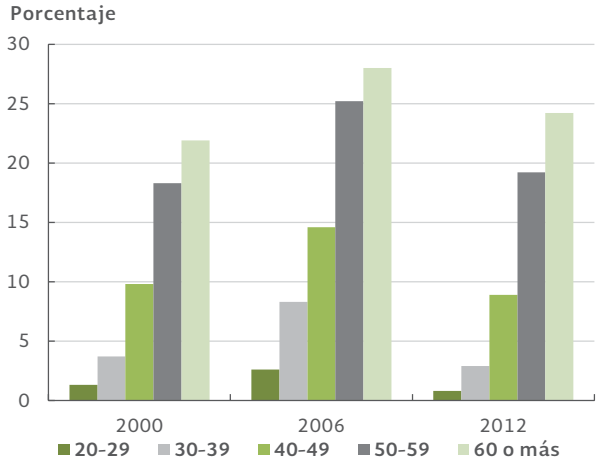
En relación a la diabetes, existen algunos factores de riesgo que favorecen la aparición de esta enfermedad como la mala alimentación y el sedentarismo, y se calcula que hay 387 millones de adultos diabéticos a nivel mundial[8].

A principios de este siglo, la prevalencia de diabetes en México alcanzó niveles muy altos y hasta la fecha continua en aumento. En el año 2000, 6.5% de la población de 20 años o más fue diagnosticada como diabética, porcentaje que ascendió a 7.5% en 2006 y a 9.2% en 2012. Por su parte, el porcentaje de personas que sin saberlo presenta niveles de glucosa altos, síntoma sugerente de una condición diabética, se incrementó de 1.9% a 6.5% entre 2000 y 2006. Lo anterior significa que la prevalencia global aumentó de 8.5% a 14.0% en ese periodo y se espera que continúe creciendo.

[7] Diagnóstico General de la Salud Poblacional. Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2015. Disponible en: **http://www.gob.mx/salud/documentos/informe-sobre-la-salud-de-los-mexicanos-2015?state=published**
Las tasas presentadas en dicho Informe se calcularon por año de defunción, no por año de registro, por lo que pueden ser diferentes respecto a las reportadas en el presente Informe de Labores.

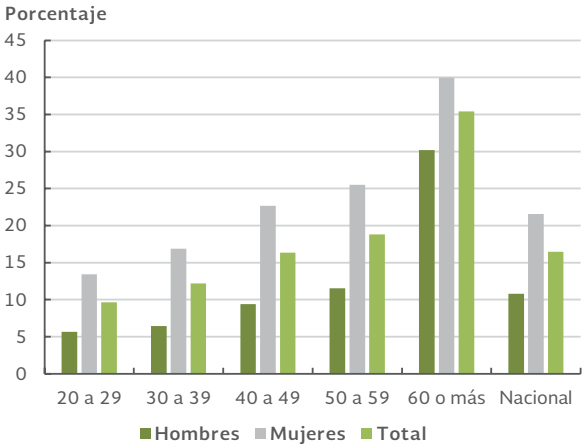
[8] Federación Internacional de Diabetes. Atlas de la Diabetes de la FID, 6ªedición. Disponible en:
http://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2014_ES.pdf

GRÁFICA I.4 PREVALENCIA DE DIABETES EN POBLACIÓN DE 20 AÑOS O MÁS POR GRUPO DE EDAD, 2000, 2006 Y 2012 [1/]



[1/] La prevalencia para 2000 y 2006 incluye diagnóstico médico previo y hallazgo por mediciones bioquímicas realizadas por las encuestas, mientras que para 2012 solo es diagnóstico médico previo.
Fuente: Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006 y 2012.

GRÁFICA I.5 PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVOS POR GRUPO DE EDAD, 2012



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012.

La OMS considera que los trastornos mentales y del comportamiento se encuentran entre las diez principales causas de discapacidad en el mundo y representan 7.2% de la carga global de enfermedad. Entre el conglomerado de trastornos incluidos en este conjunto de enfermedades destaca la depresión, que es la primera causa de discapacidad a nivel mundial[9].

Con información de la ENSANUT 2012, se estimó la prevalencia de síntomas depresivos clínicamente significativos, es decir, el conjunto de síntomas que podrían indicar un estado de depresión. Se encontró que 16.5% de los adultos de 20 años o más presentaron síntomas depresivos. Sobresale el hecho de que la prevalencia de estos síntomas, en todos los grupos de edad, fue mayor en mujeres que en hombres, principalmente en los grupos de edad de 40 a 49 y de 50 a 59 años.

Además, se observa una relación directa entre la presencia de estos síntomas y la edad, pues a diferencia del grupo de adultos de entre 20 y 29 años en el que la prevalencia de síntomas depresivos es de 9.6%, en adultos de 60 años o más, dicha prevalencia se incrementó casi cuatro veces hasta 35.4%.

Mortalidad

Es importante resaltar que el perfil de la salud de los mexicanos está muy ligado al desarrollo de dos indicadores fundamentales: la tasa de mortalidad infantil (TMI) y la razón de mortalidad materna (RMM). En ambos casos se han tenido avances importantes, pero aún se registran rezagos.

Con cifras de 2014, se puede asegurar que la RMM ha continuado con su tendencia decreciente, llegando a un nivel de casi 39 defunciones maternas por cada cien mil nacidos vivos, lo cual implica una reducción de 47% entre 2000 y 2014. No obstante, en 2013 México presentó la mayor RMM entre los países de la OCDE con 38.2 defunciones maternas por cada cien mil nacidos vivos, más del doble de la que presentó Luxemburgo (16.4) o Turquía (15.9), que se ubicaron en la segunda y tercera posición dentro de este grupo[10].

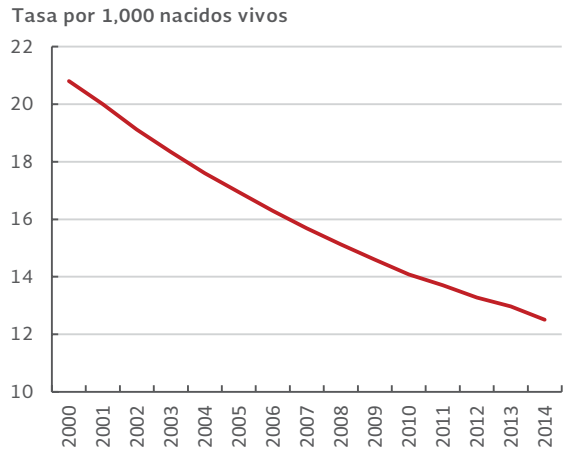
Por otra parte, durante 2014 alrededor de trece de cada mil nacidos vivos murieron antes de cumplir un año de edad en el país. Sólo entre 2000 y 2014 el valor de este indicador se redujo 40%, pasando de 20.8 a 12.5 muertes por cada mil nacidos vivos. En términos absolutos el número de defunciones de niños menores

[9] World Health Organization. Depression Fact Sheet N° 369, 2015. Disponible en: **http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en**

[10] OECD. Health Statistics2015, "Maternal and Infant Mortality" 1960-2014.

de un año se redujo en 43%, sin embargo, más de la mitad de las defunciones infantiles ocurren durante el primer mes de vida y están asociadas a enfermedades perinatales, particularmente a afecciones respiratorias o cardiovasculares, malformaciones congénitas y problemas de origen infeccioso. Lo anterior, complicó la reducción de la tasa a 10.8, meta planteada en los Objetivos de Desarrollo del Mileno.

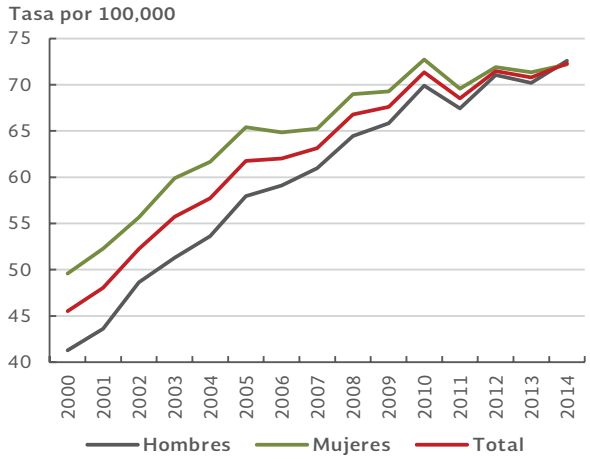
GRÁFICA I.6 TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, 2000-2014



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)/ Secretaría de Salud (SS), Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000-2014. Consejo Nacional de Población (CONAPO) Proyecciones de población 1990-2030. SS-SINAC.

Entre 2000 y 2014 la mortalidad por diabetes en México se incrementó de manera considerable en ambos sexos. La tasa general pasó de 45.5 a 70.8 defunciones por cien mil habitantes. En hombres, la tasa pasó de 41.3 a 70.2 defunciones por cada cien mil hombres, mientras que en las mujeres el incremento fue igualmente significativo, al pasar la tasa de 49.6 a 71.3. Si bien en 2000 existía una brecha de género, con el transcurrir de los años ésta prácticamente ha desaparecido.

GRÁFICA I.7 TASA DE MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS POR SEXO, 2000-2014



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)/ Secretaría de Salud (SS). Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000-2014. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Proyecciones de población 1990-2030.

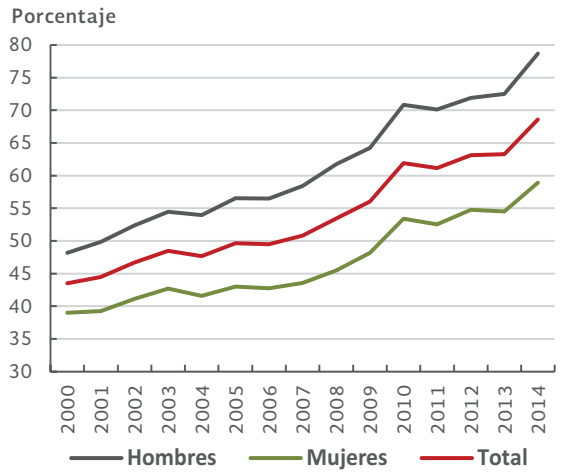
Aunado a lo anterior, la mortalidad por accidentes cerebrovasculares se considera un problema de salud pública prioritario. Entre 2000 y 2014 este conjunto de padecimientos se mantuvo entre las cinco primeras causas de muerte, tanto en hombres como en mujeres. En la población joven, menor de 30 años, las enfermedades cerebrovasculares aparecen entre las primeras diez causas de muerte, lo que denota claramente el crecimiento en la prevalencia de algunos de los factores de riesgo ya mencionados.

En los últimos años se observa un incremento en la mortalidad por estos padecimientos, pasando de 25.2 a 28.2 defunciones por cien mil habitantes entre 2000 y 2010, seguido de una ligera reducción a 27.7 en 2014. En los últimos años, la diferencia en la tasa de mortalidad entre hombres y mujeres ha ido desapareciendo, de tal forma que en 2012 fue prácticamente igual: 27.1 en hombres y 27.3 en mujeres.

En los países desarrollados se ha observado una reducción en la mortalidad por cardiopatía isquémica desde 1970, atribuible tanto a una disminución en la incidencia como en la letalidad asociada a estas enfermedades. Esta reducción se puede explicar por el cambio en la exposición a algunos factores de riesgo cardiovascular y el acceso oportuno a mejores tratamientos médicos y quirúrgicos.

En nuestro país, la tendencia de la mortalidad por isquemia cardiaca continúa creciendo de forma gradual. Entre 2000 y 2014 el aumento fue de poco más de 58%, pasando de 43.5 muertes por cien mil habitantes al inicio del periodo, a 68.6 en 2014. El incremento fue más acelerado en los hombres, por lo que la brecha entre éstos y las mujeres se ha ampliado paulatinamente.

GRÁFICA I.8 TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN, 2000-2014



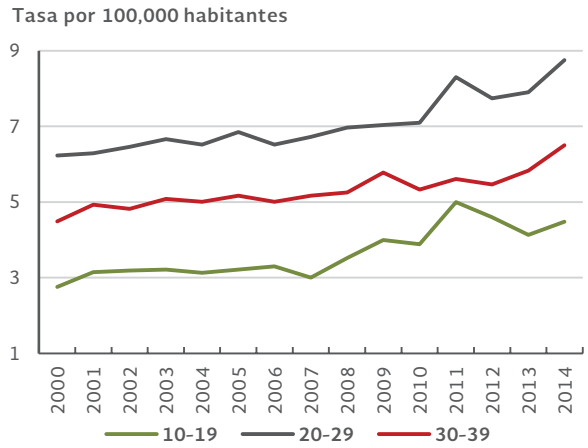
Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000-2014. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030.

Finalmente, existen problemas que están amenazando a los jóvenes mexicanos; los accidentes de tránsito de vehículos de motor (ATVM) y las lesiones auto-infligidas (suicidios), que en jóvenes de 15 a 29 años representan la segunda y tercera causa de muerte, respectivamente.

La OMS considera a los accidentes de tránsito como un problema prioritario de salud pública. El impacto que los accidentes tienen sobre la salud no se limita a la mortalidad de los mismos; entre 20 y 50 millones de personas a nivel mundial sufren traumatismos no mortales por esta causa, lo cual genera un alto impacto en los sistemas de atención hospitalaria por las limitaciones físicas temporales o permanentes que se presentan[11].

Dentro de los países de la OCDE, México ocupó en 2012 el segundo lugar en altas tasas por este tipo de accidentes con 17.4 muertes por cada cien mil, sólo por debajo de Brasil que tuvo una tasa de 25.1. En 2000, el valor de este indicador fue de 13.8 decesos por cada cien mil habitantes, mientras que en 2014 se ubicó en 13.3. En México, las lesiones intencionales auto-infligidas son la tercera causa de muerte tanto en hombres como en mujeres de entre 15 y 29 años de edad. Destaca el comportamiento de esta problemática en el grupo de edad de 20 a 29 años con una importante tendencia ascendente entre 2000 y 2014. Este comportamiento no es muy distinto al observado en el panorama internacional.

GRÁFICA I.9 TASA DE MORTALIDAD POR SUICIDIOS POR GRUPO DE EDAD, 2000-2014



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)/ Secretaría de Salud (SS), Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000-2014. Consejo Nacional de Población (CONAPO) Proyecciones de población 1990-2030.

La tasa de mortalidad por suicidios a nivel nacional, entre 2000 y 2014, pasó de 3.4 a 5.3 defunciones por cada cien mil habitantes y es importante mencionar que dichos eventos fueron 4.3 veces más frecuentes en hombres que en mujeres de acuerdo a datos reportados para 2014. Además, es alarmante el rápido aumento que ha presentado este indicador en los últimos años, incluyendo en niños de 10 a 19 años.

[11] Silva E. Mortalidad por accidentes automovilísticos en la zona metropolitana de la Ciudad de México a finales del siglo XX. Papeles de población, 2009; 15: pp.143-72.

SALUD
NIPRO

II. Sistema Nacional de Salud

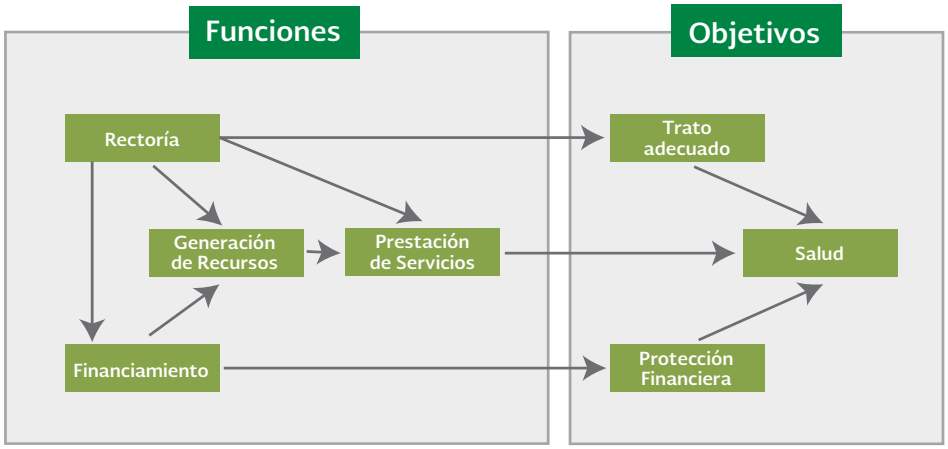
Un Sistema de Salud abarca cualquier actividad cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud de la población[12]. Por consecuencia, todas las organizaciones, instituciones y recursos que lo componen están orientados a cumplir ese propósito.

Los objetivos fundamentales de los sistemas de salud radican en mejorar la salud de la población a la que sirven, responder a las expectativas de las personas de recibir un trato adecuado y protegerla financieramente contra los costos derivados de sus padecimientos.

Para guiar su funcionamiento mediante los objetivos mencionados anteriormente, el sistema de salud establece cuatro funciones básicas que le dan lógica a su existencia: la prestación de los servicios, la generación de recursos, el financiamiento de sus actividades y la rectoría.

Si bien todas las funciones son esenciales, la rectoría resulta especialmente importante para la Secretaría de Salud, ya que esta función implica coordinar y dictar las políticas públicas en materia de salud, y que por lo tanto, son responsabilidad de dicha Secretaría.

FIGURA II.1 RELACIONES ENTRE LAS FUNCIONES Y LOS OBJETIVOS DE UN SISTEMA DE SALUD [13]



Estructura del Sistema Nacional de Salud

En el caso concreto de México, el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que "toda persona tiene derecho a la protección de la salud". Además, de acuerdo a lo establecido por el artículo 5 de la Ley General de Salud, "el Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones"[14].

Con base en lo anterior, las instituciones públicas relacionadas con la salud son:

- Secretaría de Salud. Ejerce atribuciones de rectoría, regulación, control y fomento sanitarios.

- Servicios Estatales de Salud (SESA). Quienes tienen las funciones de planear, organizar y desarrollar sistemas

[12] Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo. Mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud, 2000 pp. 6.

[13] Ibidem, pp.27

[14] Ley General de Salud, artículo 5 última reforma DOF 12-11-2015

estatales de salud, formular y desarrollar programas locales de salud de acuerdo con los principios y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo (PND), llevar a cabo programas y acciones en materia de salubridad local, y elaborar información estadística local y proporcionarla a las autoridades federales competentes.

- Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). Órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud con autonomía técnica, administrativa y operativa que se encarga principalmente de establecer las medidas y acciones para la debida tutela de los derechos de los beneficiarios del Sistema; administrar los recursos financieros para el desarrollo de programas de salud y promover y coordinar las acciones de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) y evaluar su desempeño.

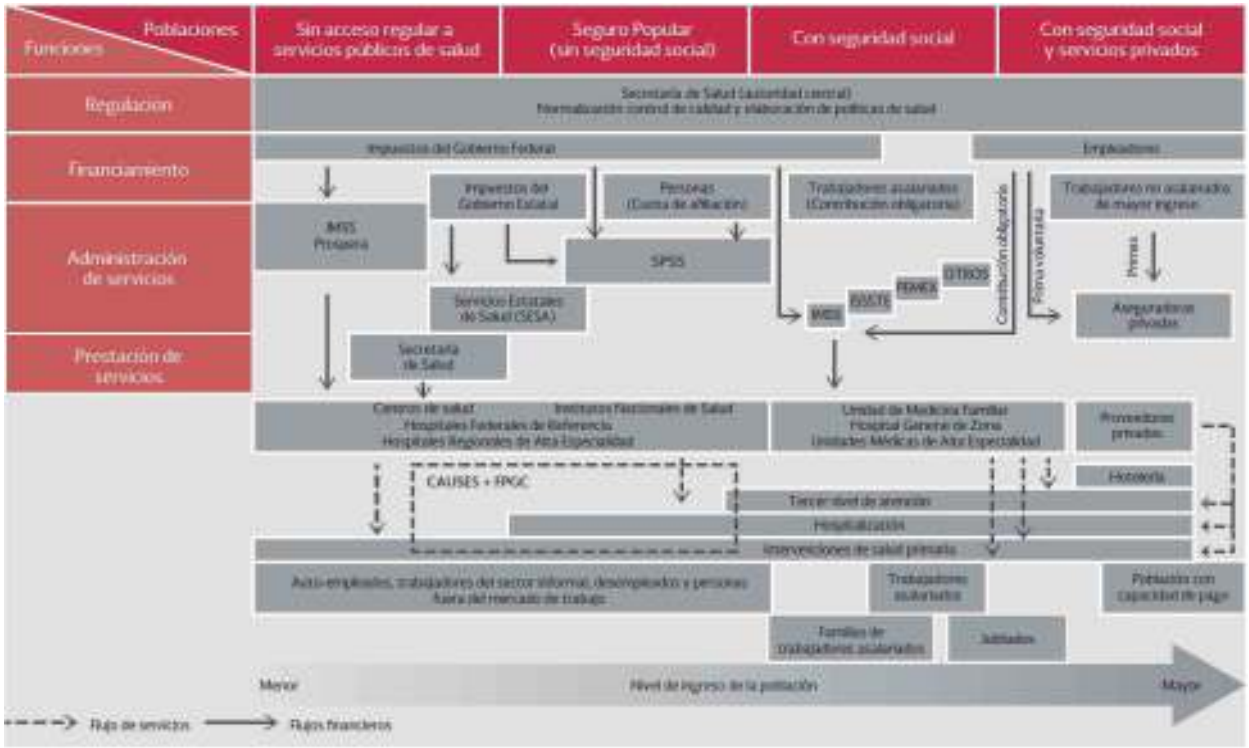
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Cuenta con un régimen obligatorio, que protege a la mayoría de sus afiliados, y un régimen voluntario. El régimen obligatorio comprende cinco ramos básicos de protección social, incluyendo el seguro de enfermedad y maternidad. Las personas no asalariadas pueden establecer un convenio voluntario con el IMSS a fin de obtener parte de los beneficios médicos del seguro de enfermedades y maternidad.

- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Cuenta con un conjunto de beneficios similares a los que ofrece el IMSS, su seguro de salud garantiza el acceso a servicios de medicina preventiva, maternidad, atención médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica, y de rehabilitación física y mental.

- Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y la Secretaría de Marina (SEMAR). Los asegurados cuentan con beneficios parecidos a los del IMSS e ISSSTE, incluyendo atención médica, quirúrgica y hospitalaria de primero, segundo y tercer niveles, cobertura farmacéutica y de rehabilitación y seguros por riesgos de trabajo, jubilación e invalidez.

- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF). Encargado de coordinar el Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada.

FIGURA II.2 SISTEMA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA EN MÉXICO



Fuente: Gledion U, et al. Capítulo 4. México: el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud y el Fondo de Protección de Gastos Catastróficos, 2014. Planes de beneficios en salud de América Latina. Una comparación regional. Washington D. C. Banco Interamericano de Desarrollo.

Además del sector público, existen instituciones no lucrativas, de interés social y voluntarias como la Cruz Roja Mexicana. En lo que respecta a las instituciones privadas de salud, en su mayoría son aquellas que otorgan prestación directa de servicios de salud en consultorios y hospitales con fines de lucro. Sin embargo, en los últimos años la atención privada no lucrativa ha tenido gran auge por parte de benefactores privados como empresarios, grupos sociales y agencias internacionales que protegen a la población con menos recursos como: la Asociación Mexicana de Ayuda a Niños con Cáncer (AMANC), la Fundación Grupo México y la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD).

Situación actual

En México, el Sistema Nacional de Salud tiene como característica principal su fragmentación tanto al interior del sector público como del privado.

En términos del sector público, la prestación de los servicios está supeditada a la condición contractual de la población; así, los trabajadores del sector formal o que cuentan con acceso a la seguridad social reciben servicios médicos de las principales instituciones: IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y la SEMAR. El resto de la población (aquella que no cuenta con seguridad social), es atendida a través del Seguro Popular (SP) y el Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI) en unidades de la Secretaría de Salud y de los SESA, además de aquella que es beneficiaria del Programa IMSS-PROSPERA (IMSS-P).

Para atender a sus afiliados, para el año 2016 el Seguro Popular proporciona 287 intervenciones de salud establecidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES). Además, para la atención de padecimientos de alta especialidad y alto costo que ponen en riesgo la vida y el patrimonio familiar, existe el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), que atiende 61 enfermedades con acciones de segundo y tercer nivel de atención no contempladas en el CAUSES.

Por otra parte, las instituciones de seguridad social no tienen un paquete de beneficios explícitamente definidos como el SP. El IMSS cuenta con el seguro de enfermedades y maternidad, que brinda atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria necesaria para el trabajador y su familia, así como para los jubilados y pensionados. Por su parte, el ISSSTE contempla entre sus prestaciones el seguro de salud, que protege, promueve y restaura la salud de los derechohabientes, otorga servicios de salud con calidad, oportunidad y equidad, cubre a los trabajadores activos, a los pensionados y a sus familiares derechohabientes. El resto de las instituciones de seguridad social ofrecen beneficios similares. En este sentido, las personas que cuentan con seguridad social tienen acceso a una mayor cobertura de intervenciones de servicios de salud incluyendo medicina general, de especialidades, cirugía y urgencias.

A diferencia del SP y del SMSXXI, las instituciones de seguridad social prestan sus servicios con instalaciones y personal propio, mientras que los primeros solamente actúan como entes financiadores de la atención, la cual es otorgada en las unidades médicas de los SESA y de la Secretaría de Salud.

Financiamiento del Sistema Nacional de Salud

Las instituciones de seguridad social tienen tres fuentes de financiamiento: contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador (para el ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR esta figura es el gobierno mismo) y contribuciones de los empleados.

El financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) se integra de la siguiente manera:

- Cuota Social (CS). El Gobierno Federal cubre anualmente una Cuota Social por cada familia beneficiaria del SPSS equivalente a 3.92% de un salario mínimo general vigente diario para la Ciudad de México.

- Aportación Solidaria Federal (ASF). El Gobierno Federal transfiere a las entidades federativas, en promedio, lo equivalente a 1.5 veces la Cuota Social.

- Aportación Solidaria Estatal (ASE). Son los recursos que los estados destinan a la prestación de los servicios de salud a la persona, y como mínimo debe ser igual a 50% de la Cuota Social.

- Cuotas familiares. Es la aportación que deben realizar los individuos o familias afiliados, constituye una proporción fija del ingreso disponible (definido como el gasto total menos el gasto en necesidades básicas) y su límite superior es de 5%. Sin embargo, las personas que se encuentren en los primeros cuatro deciles de ingreso no contribuyen en términos monetarios[15].

[15] Secretaría de Salud. Financiamiento Justo y Protección Social Universal: La Reforma Estructural del Sistema de Salud en México 2004. pp. 40

En el siguiente cuadro se esquematizan las contribuciones del aseguramiento público y las cuotas del Seguro Popular, IMSS e ISSSTE, que le corresponde a cada uno de los integrantes que conforman el financiamiento de la salud en éstas instituciones.

CUADRO II.1 FUENTES DE FINANCIAMIENTO DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD

Aseguramiento público	Contribuciones		
	Beneficiario	Contribuyente responsable	Gobierno Federal
Seguro Popular	Persona Proporción fija del ingreso disponible, inferior al 5%. Los cuatro deciles de ingresos más bajos no contribuyen.	Gobiernos Federal y Estatal ASE+ASF ASF=1.5 Cuota Social ASE=0.5 Cuota Social	Contribución social Cuota Social. 3.92% SMGVDF
IMSS	Empleado Activo: 2.75% Sueldo Básico Pensionado: 0.625% Sueldo Básico	Empleador privado Activo: 7.375% Sueldo Básico Pensionado: 0.72% Sueldo Básico	Contribución social Cuota Social 13.9% SMGVDF
ISSSTE	Empleado 25% de la cuota del 1% sobre el salario base de cotización.	Gobierno 70% de la cuota del 1% sobre el salario base de cotización.	Contribución social 5% de la cuota del 1% sobre el salario base de cotización.

Fuente: Diario Oficial de la Federación: 14/05/2015. Información a que se refiere la fracción IX, del artículo 87, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de protección social en salud correspondiente al año 2015.

Si bien las instituciones de seguridad social y el SP tienen esquemas diferentes de financiamiento, es importante observar que el gobierno federal consistentemente es uno de los tres actores clave a través de la aportación de la cuota social, no obstante las diferencias en montos de dicha cuota entre las tres principales instituciones. Estas diferencias en el financiamiento están ligadas con el paquete de beneficios que es posible otorgar, por lo que se está trabajando en la integración no sólo funcional, sino financiera de las instituciones, con el fin de que las coberturas de servicios converjan.

Por su parte, el sector privado obtiene financiamiento mediante los pagos que hacen los usuarios al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros de gastos médicos privados, ofreciendo servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados[16].

Población con acceso a las instituciones de salud

De acuerdo con los datos de la Encuesta Intercensal 2015 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la población total en México fue de 119,530,753 personas, de las cuales, 82.2% estuvieron afiliadas a los servicios de salud tanto públicos como privados, es decir 98,230,372 personas contaron con servicios de salud[16].

Al SP estuvieron afiliados 49.9% del total de la población; mientras que el IMSS afilió a 39.2%; el ISSSTE a 7.7%; y PEMEX, SEDENA y SEMAR en su conjunto contaron con 1.2% del total de la población afiliada a los servicios de salud.

Mientras tanto, el sector privado prestó sus servicios a la población con capacidad de pago (incluyendo aquellos con cobertura de cualquiera de las instituciones del sector público); afiliando a 3.3% del total de la población.

En cuanto a grupos de edad, se observa una mayor proporción de afiliados al SP en los niños y jóvenes, mientras que en la edad laboral el porcentaje de afiliados al IMSS aumenta de manera importante. En lo que respecta a la población adulta y adulta mayor, es el ISSSTE quien presenta un aumento en su cobertura.

CUADRO II.2 PORCENTAJE DE AFILIADOS POR INSTITUCIÓN Y GRUPO DE EDAD

Institución	SP	IMSS	ISSSTE	PEMEX SEDENA SEMAR	Privadas
0 a 14	58.2	33.9	5.5	0.9	2.6
15 a 19	56.1	34.4	6.5	0.9	2.8
20 a 34	47.8	42.8	5.7	1	3.6
35 a 44	46.1	41.9	7.9	1.1	3.8
45 a 59	43.6	40.3	11.9	1.4	3.7
60 +	40.9	43.7	12.3	1.7	2.8

Fuente: INEGI, Encuesta Intercensal 2015.

Por otro lado, las personas que no se encontraron afiliadas a ninguna institución que preste servicios de salud fueron 17.2% del total de la población, que corresponde a poco más de 20.6 millones de personas.

[16] Dantes, O. et al. Sistema de salud de México. Salud pública Méx. 2011. pp.s220-s232. Disponible en: **<http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0036-3634.**

[17] INEGI. Encuesta Intercensal 2015. Disponible en: **http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/encuestas/hogares/especiales/ei2015/**

Los hombres tuvieron una afiliación del 80.5%, mientras que en el caso de las mujeres, el total de afiliación fue del 83.7%. Ambos sexos tienen mayor afiliación en el rango de edad de los 70 a 74 años de edad.

GRÁFICA II.1 DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL DE AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD POR GRUPO DE EDAD, 2015

Fuente: INEGI, Encuesta Intercensal 2015.

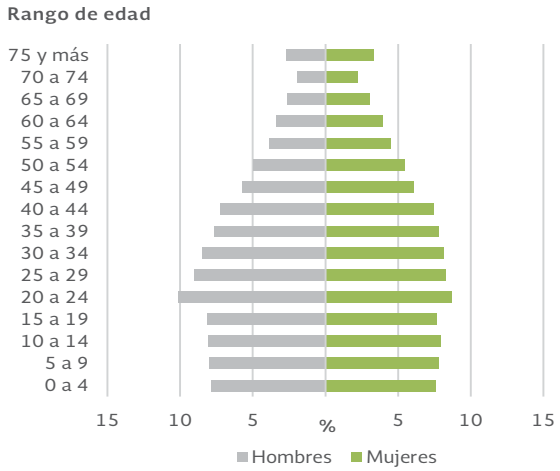
Del total de la población afiliada al SP, el grupo quinquenal con mayor número de afiliados fue el de 10 a 14 años, Este grupo representó 21.7% de los afiliados al SP.

GRÁFICA II.2 DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL DE AFILIACIÓN AL SEGURO POPULAR POR GRUPO DE EDAD, 2015

Fuente: INEGI, Encuesta Intercensal 2015.

Respecto a los afiliados al IMSS, el grupo quinquenal con mayor cobertura fue el de 20 a 24 años, con 18.8% del total de afiliados. Cabe destacar que en este grupo de edad hubo 1.4 puntos porcentuales más hombres que mujeres; lo que puede indicar que son más los hombres que se incorporan a la vida laboral formal.

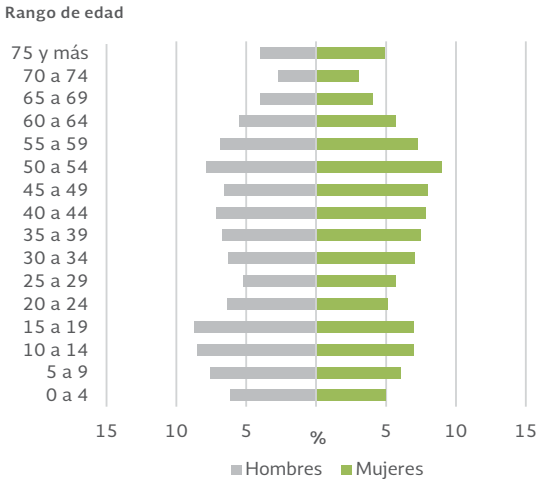
GRÁFICA II.3 DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL DE AFILIACIÓN AL IMSS POR GRUPO DE EDAD, 2015



Fuente: INEGI, Encuesta Intercensal 2015.

Del total de la población afiliada al ISSSTE, en hombres el grupo quinquenal con mayor número de afiliados fue el de 15 a 19 años con 8.6% del total de la población afiliada a esta institución; mientras que en mujeres, fue el grupo de 50 a 54 años de edad con 8.9%.

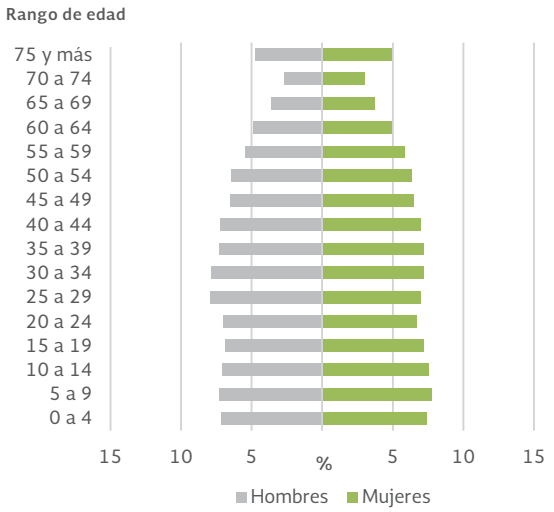
GRÁFICA II.4 DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL DE AFILIACIÓN AL ISSSTE POR GRUPO DE EDAD, 2015



Fuente: INEGI, Encuesta Intercensal 2015.

Sobre la población afiliada a PEMEX, SEDENA y SEMAR, en hombres, el grupo quinquenal con mayor número de afiliados fue el de 25 a 29 años con 7.9%; en mujeres, fue el de 5 a 9 años con 7.8%.

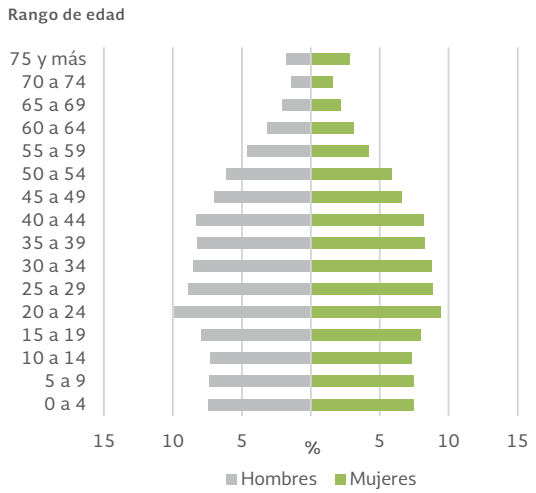
GRÁFICA II.5 DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL DE AFILIACIÓN A PEMEX, SEDENA Y SEMAR POR GRUPO DE EDAD, 2015



Fuente: INEGI, Encuesta Intercensal 2015.

Así mismo, las instituciones privadas tuvieron un mayor número de afiliados en el rango de edad de 20 a 24 años para ambos sexos, los hombres representaron 9.8% y las mujeres 9.4% de la población con seguros privados.

GRÁFICA II.6 DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL DE AFILIACIÓN A INSTITUCIONES PRIVADAS POR GRUPO DE EDAD, 2015



Fuente: INEGI, Encuesta Intercensal 2015.

Además de los resultados obtenidos por la Encuesta Intercensal 2015, existen dos indicadores dentro del PND 2013-2018 que utilizan información de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), los cuales nos dan información sobre la cobertura del Sistema Nacional de Salud (SNS).

El primero, es el porcentaje de la población con carencia por acceso a los servicios de salud, el cual ha disminuido desde 2010 y se espera que continúe esta tendencia hacia 2018. El segundo es el porcentaje de población con aseguramiento público en salud que usa servicios públicos de atención médica, el cual, a pesar de mostrar avances, demuestra que existe todavía un número importante de personas que aún teniendo derecho a los servicios médicos públicos no los utilizan, lo que hace necesario reforzar la calidad y el acceso efectivo a los mismos.

CUADRO II.3 INDICADORES DE COBERTURA DEL SNS

Año	2010	2012	2014
Porcentaje de la población con carencia por acceso a los servicios de salud	29.2	21.5	18.2
Porcentaje de la población con aseguramiento público en salud que usa servicios de atención médica	51.7	53.8	63.3

Fuente: Dirección General de Evaluación del Desempeño. Seguimiento de Metas del PROSESA 2013-2018.

Futuro

Toda vez que los principales problemas del SNS han sido identificados desde el inicio de la presente administración, la Secretaría de Salud, en conjunto con las demás instituciones que conforman el SNS han implementado diversas acciones para trabajar de manera más coordinada en beneficio de la población.

De igual manera, mediante el PND 2013-2018 y el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018, se han delineado acciones para avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal.

Como ejemplo de lo anterior, destacan la firma del Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud, mediante el cual las principales instituciones de atención médica en el país consolidan los esfuerzos de cooperación que permitan a la población tener un acceso efectivo con calidad a los servicios de salud.

III. Informe de Labores de la Secretaría de Salud

ACTIVIDADES DEL TITULAR DE LA SECRETARÍA DE SALUD
Periodo 1 de septiembre de 2015 al 30 de agosto de 2016.

Durante el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016, en apego a las funciones y atribuciones de su competencia, el Titular de la Secretaría dio atención, trámite y resolución a aquellos asuntos inherentes a la conducción de la Política Nacional de Salud; instruyó la instrumentación y seguimiento de los acuerdos e instrucciones presidenciales y sometió a consideración del Jefe del Ejecutivo los proyectos de iniciativas de leyes, reglamentos, decretos, acuerdos y órdenes sobre los asuntos competencia del Sector. Participó en diversas giras nacionales e internacionales, algunas de ellas en representación del Primer Mandatario; sostuvo reuniones con gobernadores, funcionarios públicos y representantes del Poder Legislativo.

Además informó al H. Congreso de la Unión sobre el estado que guarda la Secretaría de Salud, sus Órganos Desconcentrados y Organismos Públicos Descentralizados (OPD), coordinados por esta dependencia. Presidió reuniones de los diversos consejos del Sistema Nacional de Salud, e impulsó acciones de coordinación con los diferentes actores y sectores que contribuyen al cuidado y mejoramiento de la salud de la población.

Durante el periodo 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016, el titular del Ramo puso en marcha tres Semanas Nacionales de Salud, con acciones de vacunación, prevención de enfermedades diarreicas y respiratorias, entrega de Vida Suero Oral, además se brindan suplementos como vitaminas, hierro, ácido fólico y antiparasitarios; además intervienen programas como el de Salud Reproductiva con la prevención de la violencia, del embarazo adolescente, del VIH y de las infecciones de transmisión sexual.

En el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016, el titular de la Secretaría de Salud llevó a cabo 65 giras de trabajo a las entidades federativas, entre las que destacan las realizadas a los estados de Durango, San Luis Potosí y Zacatecas, en su calidad de Responsable de la Región 8 del Programa de Apoyo a Entidades Federativas, anunciado en la XLIV Reunión Ordinaria de la Conferencia Nacional de Gobernadores, cuya finalidad es lograr una mayor interlocución entre los órdenes de gobierno.

Para apoyar a los connacionales lesionados en Egipto, el titular de la Secretaría de Salud, envío a personal para supervisar la atención y el adecuado traslado de los heridos a nuestro país.

El titular acompañó al C. Presidente de la República a diversos eventos, entre los que destacan la puesta en marcha de obras públicas para el fortalecimiento de la infraestructura en salud, como:

- La inauguración del Hospital Municipal de Chinconcuac, en el estado de México con una inversión de 100.1 millones de pesos. Cuenta con área de hospitalización con 18 camas, quirófano, recuperación postquirúrgica y postparto, sala de expulsión y sala de choque; así como doce consultorios, laboratorio de análisis clínicos y servicio de rayos X, entre otros.

- El Centro Estatal de Rehabilitación y Educación Especial de Toluca (CG-260) que forma parte de la Red de los Centros de Rehabilitación y Educación Especial del país, donde las personas que sufren algún tipo de discapacidad tienen acceso a servicios integrales para su rehabilitación, en problemas ortopédicos, neurológicos, de desarrollo infantil y de comunicación humana. Con una inversión de 74.2 millones de pesos.

- El Centro de Atención a Personas con Discapacidad Visual, ubicado en Naucalpan (CG-202), para beneficio de más de 8.4 millones de personas. La nueva unidad cuenta con diez consultorios de oftalmología, optometría y segmento anterior, así como área de control oftalmológico y dos salas de rehabilitación, además de consultorios para atender padecimientos de alta complejidad como glaucoma, retina y neuro-oftalmología. Cuenta con cuatro quirófanos, ocho camas de recuperación, siete camas de hospitalización, laboratorio y áreas de estudios especiales y de láser con un monto de inversión de 183 millones de pesos.

- La inauguración del Hospital Traumatología y Ortopedia “Dr. y Gral. Rafael Moreno Valle”, en la ciudad de Puebla, con una inversión de 720 millones de pesos,

tiene catorce consultorios, 80 camas, áreas de Urgencias, Terapia Intermedia e Intensiva, Hospitalización, Consulta Externa y Unidad de Rehabilitación.

- La inauguración del Hospital General de Tampico (CG-129), el cual requirió una inversión federal de 936.0 millones de pesos; cuenta con 150 camas censables y 124 camas no censables, 28 consultorios, siete quirófanos, urgencias, unidad de cuidados intensivos, tococirugía, dos salas de expulsión, auxiliares de diagnóstico y de tratamiento, así como área de quemados y área de cuidados paliativos.

- La inauguración del Hospital General de Tulancingo, que cuenta con 90 camas; área de hospitalización de ginecología y obstetricia, medicina interna, cirugía general, pediatría, traumatología y ortopedia; urgencias; tres quirófanos; toco-cirugía con dos salas de expulsión y un quirófano; sala de choque, central de equipos y esterilización, unidad de cuidados intensivos; consulta externa con 20 consultorios, laboratorio y patología, entre otros. Con un monto total de inversión de 548.2 millones de pesos.

- La inauguración de la Preparatoria y remodelación del centro de Rehabilitación integral "Gaby Brimmer", con un monto total de inversión de 44.8 millones de pesos, de los cuales la Secretaría de Salud aportó 26.6 mdp.

- La inauguración del Hospital Rural No. 16 "Santa Catarina" , que cuenta con 45 camas, sala de choque, urgencias adultos y pediátricas, rayos X, laboratorio, dos quirófanos, sala de expulsión y cuatro consultorios de especialidad y cuatro de medicina familiar, entre otros. Con un monto total de inversión de 64.41 mdp. aportados por el Programa IMSS-PROSPERA y la CDI.

El Titular inauguró además, el Hospital General de Iztapalapa "Dr. Juan Ramón de la Fuente"; el banco de Tejidos del Estado de México; la planta de Cefalosporinas de laboratorios SENOSIAN en Guanajuato; la Sala de Lactancia Materna y el Aula Samsung Smart School Solution del Hospital "Dr. Manuel Gea González"; el Hospital Comunitario de Isla Mujeres y la remodelación del Hospital General de Cozumel en Quintana Roo; la nueva Torre Quirúrgica del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"; la nueva planta de Alpharma; la Torre Médica de Especialidades del Hospital Universitario de Puebla; el Hospital de Zitácuaro en Michoacán; el Centro Regional de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana en Tepic, Nayarit; el Centro de Formación Integral y Profesional para la Prevención y Atención de las Adicciones en Ciudad Juárez y el Centro de Salud de Villa Juárez, en Chihuahua y el Centro Regional de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana en Ixtapaluca, el Hospital Especializado de Atención Primaria a la Salud en Huitzizilapan, municipio de Lerma y el área de cáncer de mama en Ciudad de la Mujer, en Huixquilucan, los tres en el Estado de México.

El Titular del Ramo, conjuntamente con los titulares de las áreas mayores de la dependencia, sostuvo reuniones de trabajo con los gobernadores de los estados de Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Durango, Guanajuato, Morelos, Nuevo León, Sinaloa y Yucatán a fin de revisar las prioridades de salud en dichas entidades, así como el seguimiento de las políticas y acciones emprendidas en coordinación con la federación.

De igual forma, presidió cuatro reuniones ordinarias del Consejo Nacional de Salud (CONASA): la XI Reunión Ordinaria que se llevó a cabo en la ciudad de Chihuahua del 9 al 11 de septiembre de 2015; XII Reunión Ordinaria que se llevó a cabo en la ciudad de Mérida, del 25 al 27 de noviembre de 2015; la XIII Reunión Ordinaria en Guadalajara, del 9 al 11 de marzo de 2016 y la XIV Reunión Ordinaria en la Ciudad de México, del 23 al 24 de junio. En estas reuniones se analizaron asuntos de carácter nacional, y se dio seguimiento a diversos temas de relevancia para el desarrollo de actividades prioritarias del Sistema Nacional de Salud. Entre los temas que se abordaron destacan: Fortalecimiento del primer nivel de atención; estrategia de Prevención de Embarazo en Adolescentes, cuidados paliativos, tratamiento de beneficiarios del Seguro Popular en instituciones de Seguridad Social, salud materna, compra de medicamentos, prevención y control de tuberculosis y nuevos fármacos innovadores; enfermedades transmitidas por vector; entre otros.

El fuerte impulso que se ha dado a la coordinación con los sectores público, privado y social, ha permitido avances en temas de vital trascendencia en la agenda de salud. Con los titulares de la SEMAR, SEDENA y PEMEX, quienes además son parte del CONASA, se han sostenido reuniones que permiten analizar permanentemente diversos temas, así como su evaluación y seguimiento. Ejemplo de ello es la puesta en marcha del Observatorio Mexicano de Enfermedades no Transmisibles.

En el marco del Día Mundial de la Salud, el Secretario suscribió junto con los titulares del IMSS y el ISSSTE, el Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud, con el que se crea un marco de cooperación que conducirá gradualmente a la universalización y

portabilidad de la atención médica, teniendo como testigo de honor al C. Presidente de la República.

El Titular del Ramo participó en diversas reuniones con el Ejecutivo Federal y los titulares de las diferentes dependencias y entidades gubernamentales que conforman los gabinetes legal y ampliado, mismos que atienden asuntos específicos: Gabinete Presidencial, Gabinete Especializado México Próspero, Gabinete Especializado México Incluyente, Gabinete Especializado México con Educación de Calidad, Gabinete Especializado México con Responsabilidad Global, Plan Nuevo Guerrero, Cruzada Nacional contra el Hambre y el Programa Nacional para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia.

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

- 54° Reunión del Consejo Consultivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Washington, D.C.
- Semana Binacional de Salud y Foro Binacional de Políticas Públicas en San Francisco, California.
- Sesión Especial sobre las Drogas, Asamblea General de las Naciones Unidas en Nueva York.
- Reunión de Alto Nivel sobre VIH/Sida, Asamblea General de las Naciones Unidas en Nueva York.
- Asistió a las Terceras Jornadas Médicas Nikkei y Expo Médica Japonesa, en la Ciudad de México.

Además se reunió con la Ministra de Asuntos Sociales, de la Salud y de los Derechos de las Mujeres de Francia, Marisol Touraine, para dar seguimiento a los acuerdos bilaterales.

Como parte de las actividades académicas y científicas, el titular de la Secretaría de Salud participó en 43 foros académicos como congresos internacionales, simposios, conferencias, congresos nacionales, presentaciones de libros y foros internacionales, relacionados con temas de la salud.

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

Conoces
tu cuerpo,
puede salvar
tu vida!

Estrategia 1.1.

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

Con el fin de **impulsar la participación de los sectores público, social y privado para incidir en los determinantes sociales de la salud** el Programa IMSS-PROSPERA promovió la incorporación del Aval Ciudadano como mecanismo de contraloría social y participación ciudadana para la mejora continua de la atención. De septiembre de 2015 a mayo de 2016 se han instalado 609 avales, cuya función es evaluar la calidad percibida por parte de la ciudadanía en la prestación de los servicios de cada unidad médica. En el periodo se han firmado 2,194 cartas compromiso, con atención a 1,352 de ellas (62%) y cumplimiento a 1,713 compromisos.

También el Programa IMSS-PROSPERA ha gestionado apoyos mediante convenios con las presidencias municipales. Durante el periodo se concertó el apoyo de 83 gobiernos municipales para el traslado de embarazadas en riesgo a unidades hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención; mejorar la infraestructura sanitaria, con acciones de saneamiento ambiental (abasto, almacenaje y tratamiento de agua potable, insumos, drenaje) y mejoramiento de la calidad de las viviendas. Lo anterior, en beneficio de 163 localidades y 180 unidades médicas (cuatro de ellas de segundo nivel).

Con el objetivo de **impulsar la comunicación personalizada para el mejor uso de la información y mejorar la toma de decisiones en salud** la estrategia **de comunicación** de la Dirección General de Comunicación Social de la Secretaría de Salud y sus órganos desconcentrados, está encaminada a potenciar a través de los medios de comunicación, las acciones para la protección, promoción y prevención como un eje prioritario para el mejoramiento de la salud. De esta forma, se han establecido diversas acciones que permiten cumplir con los objetivos propuestos.

Frente a la perspectiva de incremento de casos de enfermedad por virus de chikungunya fue indispensable y urgente realizar un mensaje extraordinario para la campaña Prevención de chikungunya y dengue, versión: Reforzamiento de la Prevención, para difundir las medidas preventivas a toda la población.

Durante los meses de noviembre y diciembre de 2015 se difundió la segunda etapa de la citada campaña.

Ante la introducción del virus zika al territorio nacional, de febrero a abril de 2016, se difundió la campaña: Prevención de zika, a través de tiempos oficiales de televisión y radio con la finalidad de informar a la población, principalmente a mujeres embarazadas, de los riesgos de ser contagiadas por este virus. Con el objetivo de dar continuidad y reforzar las medidas de prevención del citado virus, durante los meses de mayo y junio se difundió la segunda etapa de la campaña sobre este tema.

Asimismo, y en coordinación con diversos órganos Desconcentrados se difundieron en los distintos medios de comunicación masiva las campañas siguientes:

- Salud del adolescente; versión: Semana nacional de salud de la adolescencia 2015. (CENSIA).
- Semanas nacionales de salud 2015; versión: Tercera semana nacional de salud 2015. (CENSIA).
- Influenza estacional 2015. (CENSIA).
- Salud en la infancia; versión: Prevenir es vivir. (CENSIA).
- Síndrome de Turner. (CENSIA).
- Cáncer infantil y en adolescentes. (CENSIA).
- Salud de la infancia; versiones: “Si los quieres ver jugar, su seguridad debes cuidar” y “Con agua y jabón, ¡las IRAS dicen adiós! (CENSIA).
- Semanas nacionales de salud 2016; versiones: “Primera y segunda semana nacional de salud 2016”. (CENSIA).
- Cáncer de la mujer/un día al año hace la diferencia; versión: Cáncer de la mujer. (CNEGySR).
- Prevención del embarazo en adolescentes; versión “Embarazo no deseado”. (CNEGySR).

- Prevención de accidentes; versiones: "Arco" y "Conducir mata II". (STCONAPRA).

- Lee las etiquetas y vigila tus calorías; versiones: "Si de grande sano quiero estar, mis calorías diarias debo de cuidar", "Más vale etiquetar y comparar, que lamentar" y "nuevo etiquetado frontal para prevenir sobrepeso y obesidad". (COFEPRIS).

- Prevención del VIH/SIDA; versión: usa condón. (CENSIDA).

- Borremos el acoso escolar; versión: Bullying. (DIF).

- Ley general sobre los derechos de las niñas, niños y adolescentes. (SNDIF).

- Implantes cocleares. (DIF).

- Prevención de adicciones; versión: deja de fumar. (CONADIC).

- Seguro popular, seguro te ayuda; versión: reafiliación. (CNPSS).

- Vacunación antirrábica canina y felina; versión: reforzamiento. (CENAPRECE).

- Esterilización quirúrgica; versión: perros y gatos. (CENAPRECE).

También, se difundieron en medios impresos diversas inserciones con motivo de fechas conmemorativas y convocatorias para el sector salud, entre las que se encuentran: Día del Médico, Día mundial de la Lucha contra el Cáncer de Mama, Convocatoria para los Reconocimientos al Mérito en Enfermería, Día de la Enfermera y del Enfermero, Día mundial del Cáncer de Ovario y Día mundial sin Tabaco; entre otras.

Se emitieron 571 boletines, se realizaron 59 conferencias de prensa, se cubrieron 48 giras, así como 852 entrevistas, otorgadas por diferentes servidores públicos y especialistas en salud, encabezados por el titular de esta dependencia.

Se mantiene la estrategia de promover mediante conferencias de prensa, entrevistas o boletines, los casos clínicos extraordinarios, así como las estrategias integrales para prevenir el mosquito causante de dengue, chikungunya y zika, el Premio Nacional de Acción Voluntaria y Solidaria, y las acciones interinstitucionales contra las adicciones.

Como resultado de esta estrategia, se difundieron en medios escritos y electrónicos 38 casos de éxito, entre los que destacan: la rehabilitación por la amputación de pierna, telemastografías para agilizar la detección del cáncer de mama, la operación a recién nacida con problema de obstrucción intestinal congénita y detección temprana de sordera.

Para dar a conocer dichos casos de éxito en el mundo, y de esta manera fortalecer una imagen positiva de México en la prensa internacional, se continuó con el programa de difusión en medios internacionales, los cuales reciben los boletines de prensa de la Secretaría de Salud y replican su contenido, de acuerdo a su interés editorial.

A cada uno de estos destinatarios se les hace llegar una versión de boletines en inglés y otra en español, sobre los casos de éxito, ambas adaptadas al lenguaje de la comunidad extranjera e hispanohablante. En el periodo que se informa, se enviaron 41 boletines internacionales y se han detectado por lo menos 100 réplicas de los mismos en medios de comunicación extranjeros.

Se han destacado los casos y programas exitosos realizados en las entidades federativas, a través de la difusión a los medios de comunicación de 35 boletines que incluyen la Campaña de Detección de Diabetes en Población Sedentaria, la firma del convenio para sumarse al combate contra las adicciones, así como el segundo implante coclear realizado en el Hospital Regional de Alta Especialidad en Ixtapaluca (HRAEI), con lo que el Estado de México ya contará con capacidad local para realizar este tipo de intervenciones quirúrgicas.

Se continuó el trabajo con espacios de difusión en medios de comunicación, sobre actos públicos de la Secretaría de Salud y eventos académicos.

Sigue difundiéndose la cápsula semanal en La Hora Nacional y se logró un nuevo espacio en Radiorama, todos los lunes a las 19:30 horas, en el que cada semana se habla de un tema que atañe al sector salud.

De septiembre de 2015 y hasta abril de 2016 se publicó, vía electrónica, la edición mensual del periódico México Sano, como un medio interno de comunicación, con información sobre las actividades del sector, notas de los Estados y prevención de enfermedades, sumando un total de ocho ediciones.

En coordinación con la Dirección General de Información en Salud (DGIS), se alimentan las redes sociales de Twitter, Facebook y YouTube para lograr que los mensajes preventivos lleguen a la población que utiliza estos medios de comunicación digital.

En concordancia con la Oficina de Estrategia Digital Nacional, día a día se alimenta el sitio de la Secretaría de Salud www.gob.mx/salud; sobre todo, los módulos de blog, prensa y multimedia.

Con el propósito de **impulsar la actividad física y alimentación correcta en diferentes ámbitos, en particular en escuelas y sitios de trabajo,** durante el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, el Programa de Alimentación y Actividad Física a nivel nacional realizó 23,994 eventos para la promoción de la alimentación correcta y el consumo de agua simple potable en diferentes entornos, 244% más que en el periodo anterior. También se realizaron 12,923 sesiones educativas sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria, lo que corresponde a un incremento de 240% actividades más, realizadas en este tema en comparación con el periodo anterior.

Con el fin de **reforzar las acciones de promoción de la salud mediante la acción comunitaria y la participación social** en el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se efectuaron 6,378 eventos para la difusión de la cultura alimentaria tradicional. Esto corresponde a un incremento de 5,927 actividades más realizadas en este tema. Asimismo, se llevaron a cabo 851 cursos de capacitación para fortalecer las competencias del personal de salud sobre alimentación correcta, consumo de agua simple, actividad física y lactancia materna. Esto corresponde a un incremento de 174% de actividades realizadas en este tema en comparación con el periodo anterior.

Entre lo realizado en el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, el Programa de Acción Específico Entornos y Comunidades Saludables, impulsó el desarrollo de 333 municipios promotores de la salud, los cuales implementaron políticas municipales y realizaron acciones enfocadas en la prevención y promoción de la salud, logrando 44% de lo obtenido en el periodo anterior. Asimismo, se capacitó a 47,637 agentes promotores de la salud, que a su vez han replicado esta capacitación en 249,501 procuradores de la salud (uno por familia), se puso especial atención en capacitar sobre alimentación correcta a mujeres embarazadas y a padres y madres de menores de cinco años, alcanzando 68,069 mujeres embarazadas y 417,336 padres y madres de menores de cinco años que se encuentran en los municipios de la Cruzada Nacional contra el Hambre. Finalmente, se certificaron 539 espacios de recreación como saludables y 1,704 comunidades.

Asimismo, el 16 de marzo, en el Hospital General 450 de la Ciudad de Durango, se llevó a cabo una Mesa de Dialogo con Organizaciones de la Sociedad Civil de la región, desarrollando la siguiente agenda: Enfermedades Trasmitidas por Vector (dengue, chikungunya y zika), Seguro Popular, Enfermedades Crónico Degenerativas, Relación Gobierno - Sociedad Civil y el Fomento Gubernamental hacia las OSC, con lo cual se promueva la participación, el diálogo y el fortalecimiento de las capacidades de las organizaciones; presidió el evento el Secretario de Salud del Estado de Durango, la Titular de la Unidad de Desarrollo Político y Fomento Cívico y Representante de la Secretaría de Gobernación ante la Comisión de Fomento, la Titular del Instituto Nacional de Desarrollo Social y Secretaria Técnica de la Comisión de Fomento y el Director del Hospital General 450. Participaron 127 organizaciones de los Estados de Coahuila de Zaragoza, Durango, Nuevo León, y Zacatecas; así como 23 participantes provenientes de instituciones gubernamentales y académicas.

Por otro lado, la Red de Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) en materia de Salud, la integran 1672 organizaciones participativas a nivel nacional que manejan diversos temas de salud. Del 1 de septiembre de 2015 al 30 de abril de 2016, ingresaron 107 nuevas organizaciones a la Red.

La Red da origen a mecanismos de vinculación importantes. En 2015 se generaron un total de 223 vinculaciones con organizaciones: de enero a abril de 2016 la red ha generado 196 vinculaciones, mismas que se desglosan de la siguiente manera:

- Coordinación y concertación: 184.
- Asesorías: 12.

Se llevó a cabo, a través de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social, la novena edición del Seminario “Construyendo Lazos con las Organizaciones de la Sociedad Civil”, evento que se realiza con la finalidad de brindar a las organizaciones comprometidas con la salud, las herramientas que les permitan fortalecer su capacidad de acción y vinculación con las autoridades, iniciativa privada y otros sectores de la sociedad. Se contó con la participación de más de 300 representantes de organizaciones de la sociedad civil; así mismo, se difundieron las actividades realizadas, en distintos medios de comunicación.

Con la estrategia de educación continua para la salud denominada “Talleres Comunitarios”, el Programa IMSS-PROSPERA orienta a la población beneficiaria en 39 temas, con énfasis en las prioridades de salud nacionales y locales. En 2015 se capacitó a 6,800 personas voluntarias y para 2016 se espera capacitar a 7,500 más, quienes brindarán su apoyo altruista en replicar los conocimientos adquiridos entre las familias beneficiarias.

Esta red de personas capacitadas impartió en el periodo 521,550 talleres, con 8,239.9 miles de participantes y un promedio de 16 personas por taller.

Con el fin de **fomentar los entornos que favorezcan la salud en particular escuelas de educación básica, media superior y superior,** la Dirección General Adjunta de Coordinación de Proyectos Estratégicos, de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social, realiza los Foros "Moviendo tu Salud: Impulsando Agentes de Cambio", con la finalidad de generar conciencia en el mayor número posible de estudiantes de la Licenciatura de Medicina y de Ciencias de la Salud, sobre la importancia de la prevención, con énfasis en enfermedades crónicas no transmisibles; así como resaltar su papel como promotores de la salud en las comunidades donde tendrán influencia. Desde septiembre de 2015 a marzo de 2016, se han realizado siete foros, contando con una participación de más de 3,950 estudiantes.

Con la finalidad de **promover las estrategias de prevención y promoción de la salud mental** los Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAE) tienen dentro de sus servicios la psiquiatría de enlace y llevan a cabo acciones para promover la salud mental.

Es relevante mencionar que el Centro Regional de Alta Especialidad (CRAE) en el Hospital de Especialidades Pediátricas (HEP), mantiene vigente el curso de alta especialidad en Neuropsiquiatría Infantil con la formación de un especialista, curso único en el estado. Adicionalmente, se realizan acciones para la prevención del suicidio en la población infantil y de adolescente.

en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria (HRAEV) se implementaron se implementaron grupos de apoyo en el área de Psicología para terapia a pacientes y familiares con lo que mejora la calidad de la atención brindada.

El HRAEI organizó un evento académico, las Segundas Jornadas de Salud Mental del 18 al 20 de mayo, en el que participó personal de salud de la red de servicios.

Por su parte, los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) realizaron en el periodo reportado, 4,970 cursos sobre promoción a la salud, se contó con la participación de 59,023 asistentes, a través de los cuales se impulsaron acciones preventivas y de detección de problemas frecuentes en materia de salud mental.

El Instituto Nacional de Psiquiátrica Ramón de la Fuente Muñiz (INPSIQ) cuenta con 16 Modelos de Intervención basados en la evidencia científica, en temas de adicciones, violencia y salud mental que tienen como objetivo la traslación del conocimiento para promover a nivel nacional, estrategias de atención, prevención y promoción a la salud mental y favorecer el uso de intervenciones efectivas en poblaciones específicas. Los modelos desarrollados están dirigidos a profesionales de la salud y a la población en general y se realizan a través de cursos de capacitación en dos modalidades: presencial y en línea; de esta forma, se tiene un mayor acceso y cobertura en su diseminación. A lo largo de diez años, se han formado 4,893 profesionales de la salud de todas las entidades del país y de diferentes instituciones gubernamentales y Organizaciones de la Sociedad Civil. En el periodo de septiembre de 2015 a agosto de 2016, se tiene programada la diseminación de diez modelos, capacitando a 300 orientadores a través de doce cursos.

En la Unidad de Servicios Clínicos del INPSIQ continúa el programa de rehabilitación de personas con trastornos graves a fin de prepararlos para su vida en comunidad. Se proporcionan estrategias de rehabilitación (16 sesiones), psicoeducación a familiares, psicoterapia grupal para familiares y pacientes, psicoterapia individual para pacientes, inducción laboral, terapia artística y ocupacional.

Para **promover las estrategias de prevención y promoción de la salud bucal** del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016 se brindaron más de 8.8 millones de consultas odontológicas y se promovió la consulta subsecuente. Para proteger a la población en etapas tempranas se realizaron 112.6 millones de acciones preventivas a escolares y preescolares y más de 60.1 millones de actividades curativo-asistenciales intramuros. En las dos Semanas Nacionales de Salud Bucal efectuadas en noviembre de 2015 y abril de 2016, se realizaron 57.1 millones de actividades preventivas, beneficiando a más de 13.5 millones de personas, con un aumento de 8% con respecto al periodo anterior en el que se beneficiaron a 12.5 millones de personas.

Por parte del Programa IMSS-PROSPERA destacan las siguientes acciones en materia de salud bucal:

CUADRO 1.1 IMSS-PROSPERA. RESULTADOS EN MATERIA DE ATENCIÓN A LA SALUD BUCAL

Consultas dentales	402,245
Acciones preventivas (técnicas de cepillado, técnica de hilo dental, detección de placa dentobacteriana y aplicaciones tópicas de flúor)	3,328,516
Acciones curativas (amalgamas, resinas, Ionomeros, semipermanentes y exodoncias)	224,038

Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

CUADRO 1.2 IMSS-PROSPERA. RESULTADOS DE LA SEGUNDA SEMANA NACIONAL DE SALUD BUCAL 2015

Personas beneficiadas	844,066
Consultas otorgadas	16,730
Actividades preventivas	5,711,93
Actividades curativas	11,999

Fuente: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.
Nota: Incluye información de la segunda semana 2015 y la primera 2016.

Estrategia 1.2.

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

Con el fin de **desarrollar campañas educativas permanentes sobre la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles con cobertura nacional, estatal y local**, el 22 de noviembre de 2015, la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social, realizó la primera carrera "Moviendo a México por tu Salud", que contó con la participación de cinco mil corredores en las diferentes distancias de la carrera 5, 10 y 21 km. Lo anterior para desarrollar campañas educativas permanentes sobre la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles con cobertura nacional, estatal y local.

Carreras con causa.

Este proyecto se llevó a cabo de manera vinculada entre la Dirección General Adjunta de Coordinación de Proyectos Estratégicos con Emoción Deportiva, de Grupo Martí y con Organizaciones de la Sociedad Civil; tuvo la finalidad de desarrollar campañas informativas sobre la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles; así como, instrumentar la prevención de la salud contemplada en la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (ENPCSOD). Esta actividad consistió en informar sobre distintos temas de salud, en las carreras atléticas que integraron el circuito de eventos de Emoción Deportiva. De septiembre a diciembre de 2015, se participó en ocho carreras, impactando a más de 30 mil personas.

Strike a la diabetes.

La campaña "Strike a la diabetes". Se realiza a través de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social, de manera conjunta con la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, en vinculación con la Liga Mexicana de Béisbol y la Federación Mexicana de Diabetes, con la finalidad de difundir mensajes de prevención y control de la diabetes. El 1 de abril de 2016 se iniciaron actividades de la campaña en la ciudad de Cancún, Quintana Roo. De abril a agosto de 2016, se planea lograr un impacto de 4 millones de personas.

Moviéndome por mi Salud.

Tuvo como finalidad fomentar cambios en el estilo de vida de los Servidores Públicos de la Secretaría de Salud Federal, e incentivar su participación en la primera carrera "Moviendo a México por tu Salud", coordinada por la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social, a través de la Dirección General Adjunta de Coordinación de Proyectos Estrátegicos. Representa el primer proyecto integral de promoción de estilos de vida saludable dirigido a personal que labora en la Secretaría de Salud, y sus familias. Las actividades llevadas a cabo se estructuraron de acuerdo a cuatro pilares: Actividad Física, Alimentación Correcta, Autocuidado de la Salud y difusión del mensaje en el entorno personal. Se contó con una participación de más de 2,262 personas.

Reto Nacional "Réstale Kilos por tu Salud".

La Dirección General Adjunta de Coordinación de Proyectos Estrátegicos de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social coordina este proyecto, el cual tiene una duración de abril a octubre de 2016. Tiene como finalidad fomentar estilos de vida saludables entre los Servidores Públicos de las Secretarías de Salud de los Estados y la Secretaría de Salud Federal, a fin de generar un Reto Nacional, donde el ganador será el Estado que logre tener la mayor disminución de Índice de Masa Corporal entre sus Servidores Públicos, así como el Estado con mayor número de participantes que asistan a la toma de mediciones.

Reformas en materia sanitaria.

Se realizaron diversas actividades para impulsar la aprobación de reformas en materia sanitaria en las temáticas correspondientes a políticas de salud relacionadas, obesidad, sobrepeso y los trastornos de la conducta alimentaria.

Por otra parte, en el marco del Día Mundial de la Salud celebrado el 7 de abril de 2016, se realizó en colaboración con la OPS, el evento "Gánale el Paso a la Diabetes", que tuvo como objetivo educar a la población en la región de las Américas, sobre los factores que protegen ante el sobrepeso, la obesidad y la diabetes. Cabe resaltar que dicho evento contó con la participación de la Directora General de la OPS, y el Secretario de Salud, así como otras autoridades y funcionarios de la OPS y autoridades de salud de México, los responsables de Programas nacionales de diabetes/ENT de los Ministerios de Salud en las Américas, profesionales de la salud y representantes de la academia y de la sociedad civil, así como los medios de comunicación.

El evento se realizó a lo largo de dos días en los que se llevaron a cabo reuniones técnicas y conferencias con la finalidad de aumentar la conciencia pública y profesional para promover una ampliación a mayor escala de las políticas y las intervenciones para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención de las enfermedades no transmisibles mejorando la vigilancia de todos los elementos clave de los planes de acción de la OPS/OMS. Asimismo, se promovió la información técnica de la OPS sobre la prevención y el control de la diabetes, incluyendo el informe Mundial de la OMS sobre la diabetes, que describió la carga de la enfermedad y sus consecuencias, abogando por sistemas de salud más resilientes para garantizar mejor vigilancia, mejorar la prevención, y el manejo eficaz de esta enfermedad.

Para **fomentar la alimentación correcta a nivel individual, familiar, escolar y comunitario a través de estrategias innovadoras de mercadotecnia social**, durante el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, el Programa de Alimentación y Actividad Física a nivel nacional realizó 62 campañas educativas de promoción de estilos de vida saludables.

Para cumplir con el propósito de **promover la actividad física a nivel individual, familiar, escolar y comunitario,** en el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, el Programa de Acción Específico Alimentación y Actividad Física a nivel nacional realizó 20,676 eventos educativos para la promoción de la actividad física así como 20,998 pausas por la salud en diferentes entornos.

Con el objeto de **promover la creación de espacios para la realización de actividad física,** durante el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, el Programa de Acción Específico Alimentación y Actividad Física a nivel nacional recuperó 23 espacios para la realización de actividad física.

Con el fin de **adecuar los sistemas de vigilancia para diabetes mellitus tipo2, hipertensión, dislipidemias, sobrepeso y obesidad**, se rediseñó el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de Diabetes Tipo 2, con el objeto de incluir características de evaluación de la calidad de la atención otorgada a los pacientes con diabetes que se hospitalizan. Este incluyó modificaciones a plataforma y lineamientos, requirió la capacitación a los encargados del sistema en las 32 entidades federativas. La aplicación del nuevo diseño empezó en marzo de 2016, con un promedio mensual de 1,400 casos hospitalizados registrados. El desempeño general del sistema ha mejorado 12% en comparación al año previo.

También se ha fomentado la investigación operativa y el desarrollo tecnológico mediante la continuidad en el "Estudio Mexicano de Cohorte para **Enfermedades Crónicas en una Población Metropolitana**", el cual permite identificar con mayor precisión, los cambios observados en factores de riesgo, particularmente de los estilos de vida y entender algunas de las circunstancias determinantes que han contribuido al rápido aumento de las enfermedades crónicas en México.

Se está dando seguimiento a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT MC 2016) que permitirá obtener información actualizada del panorama de salud sobre la frecuencia, distribución y tendencias de indicadores selectos sobre

las condiciones de salud y nutrición de la población mexicana, incluyendo indicadores de sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas, así como factores de riesgo asociados, así como estudiar la cobertura y calidad de los servicios de salud con énfasis en los programas prioritarios de prevención en salud, en particular de la ENPCSOD, en el ámbito nacional, zonas urbanas, rurales y por estratos socioeconómicos.

Como parte del compromiso institucional de **establecer mecanismos de difusión oportuna de la información epidemiológica sobre obesidad y diabetes**, en el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 31 de marzo de 2016, el Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles (OMENT), realizó actividades que incluyen la evaluación de los avances de la ENPCSOD; concentró y difundió datos epidemiológicos sobre estas condiciones a nivel estatal y nacional, así como información oportuna para la prevención. Asimismo, se crearon grupos técnicos de trabajo, entre el sector privado, el sector salud y la sociedad civil organizada, con la finalidad de reforzar las acciones intersectoriales para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles.

Se elaboró el Panorama Anual 2015 de sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión, en seguimiento a las metas establecidas para la atención de la ENPCSOD, que integra información procedente de cinco fuentes del sector salud. Durante el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 31 de marzo de 2016, se incluyeron los resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de diabetes tipo 2 en el Boletín Anual de Diabetes 2015 y en el Panorama Anual 2015 de sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión. Asimismo, la información de morbilidad referente a consultas de primera vez por obesidad, diabetes tipo 1, diabetes tipo 2 y diabetes gestacional, se ha publicado semanalmente en el Boletín Epidemiológico.

Además, con el fin de generar evidencia cuantitativa sobre los temas que apoyen a la ENPCSOD, la Secretaría de Salud difundió los resultados del análisis de impacto financiero derivado de la obesidad y el sobrepeso para el periodo 2000-2023 en el Observatorio Mexicano de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (OMENT).

Con el fin de **impulsar acciones de detección oportuna de sobrepeso y obesidad en entornos escolares, laborales y comunitarios** en el marco de la ENPCSOD, del 23 al 30 de septiembre de 2015, se llevó a cabo la Semana Nacional por un Corazón Saludable en conmemoración del Día Mundial del Corazón con el lema "Que la comida sea tu alimento, y el alimento tu medicina", logrando realizar un total 2,130,327 detecciones a mujeres y hombres de 20 años y más, 1,904,777 casos en tratamiento y 831,014 de casos en control.

Asimismo, se realizó la Semana Nacional de la Diabetes del 9 al 14 de noviembre de 2015, dirigida principalmente a la población de 20 años y más, en coordinación con las 32 entidades federativas y Organizaciones de la Sociedad Civil; 503,992 detecciones de diabetes, 503,058 de hipertensión arterial, 461,670 de obesidad, 109,012 de dislipidemias y 120,284 de síndrome metabólico.

Estrategia 1.3.

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

Para cumplir con el propósito de realizar campañas de vacunación, diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades transmisibles en toda la población, el Programa de Acción Específico de Vacunación Universal, se implementa a través de actividades permanentes e intensivas. Las actividades permanentes se desarrollan durante todo el año en la red de servicios del Sistema Nacional de Salud y su principal objetivo es garantizar el acceso universal y gratuito del esquema básico de vacunación a la población. Por otra parte las actividades intensivas se realizan para fortalecer el Programa e incluyen las Semanas Nacionales de Salud, los bloqueos vacunales y las campañas especiales, como la vacunación contra la influenza estacional. Asimismo, es necesario consolidar el control de enfermedades transmisibles que históricamente han afectado a nuestra población, más aún cuando se han obtenido avances importantes como la eliminación de la mortalidad por paludismo y la reducción de casos a las cifras más bajas registradas históricamente. La consolidación de estos logros es una meta que contribuirá a que en 2018, México se encuentre en el umbral de otro gran hito: la eliminación del paludismo.

En el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se reportó:

- En 2015, la cobertura del esquema completo de vacunación en niños menores de un año de edad fue de 90.7%.

- La cobertura con esquema completo de vacunación en niños de un año fue de 96.7%. La cobertura de vacunación en niños de un año contra sarampión, rubéola y parotiditis fue de 100%.

- Durante la Tercera Semana Nacional de Salud, realizada en octubre de 2015, se aplicaron más de cinco millones de dosis de todas las vacunas, logrando 97% de la meta programada. En la Primera Semana Nacional de Salud realizada en febrero de 2016, se aplicaron más de 11.8 millones de dosis de todas las vacunas, con un logro del 95% de la meta programada. La cifra de la Segunda Semana Nacional de Salud que se llevó a cabo en mayo de 2016, reportó la aplicación preliminar de más de 3.9 millones de dosis de todas las vacunas, con un logro de 95% de la meta programada. Durante las tres Semanas Nacionales de Salud, se aplicaron más de 20.8 millones de dosis de vacunas.

- De octubre de 2015 a marzo de 2016 se realizó la campaña de vacunación contra influenza estacional en la que se aplicaron más de 33 millones de dosis de vacunas contra influenza en el SNS.

Por parte del Programa IMSS-PROSPERA, se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- De septiembre de 2015 a agosto de 2016 se aplicaron 3,523,869 dosis de vacunas a menores de ocho años de edad y 288,629 dosis de toxoide tetánico diftérico a mujeres en edad fértil y embarazadas para la prevención del tétanos neonatal.

- En la Tercera Semana Nacional de Salud 2015, se aplicaron 138,809 dosis de vacuna contra el virus del Papiloma Humano, lo que significa el cumplimiento de 96.3% de la meta. Durante la Segunda SNS de 2016 se aplicó una cantidad similar, para completar el esquema iniciado el año previo; y 318,600 dosis de otras vacunas para completar esquemas de vacunación entre ambas campañas. También se ejecutaron 8.7 millones de acciones de salud, tales como mensajes, entrega de sobres Vida Suero Oral y ministración de albendazol y vitamina "A".

- En la Primera Semana Nacional de Salud 2016, se aplicaron 826,547 dosis de vacuna Antipoliomielítica tipo Sabin, con cumplimiento de 97% de la meta; así como 63,367 dosis de otros biológicos, para completar esquemas de vacunación. En dicha ocasión se ejecutaron 2,057,819 acciones de salud.

- De octubre de 2015 a marzo de 2016, el Programa IMSS-PROSPERA participó en la campaña de vacunación contra la influenza estacional en la que se aplicaron más de 2.8 millones de dosis, con cumplimiento de 101.6% de la meta establecida.
- En el periodo se registraron 8,619 personas agredidas por animales transmisores de rabia, 7% menos en relación con el periodo anterior. De éstos, se inició tratamiento antirrábico en 8,027 personas (93%) lo que ha evitado tener casos de rabia humana transmitida por perro o por animales silvestres.

- Se realizaron 11,303 pruebas de laboratorio (rosa de bengala) para el diagnóstico de Brucelosis, lo que permitió identificar 68 pacientes que recibieron tratamiento.

- Del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016 se registraron 813 casos confirmados de dengue en el ámbito del Programa IMSS-PROSPERA, 5% más en comparación con los notificados en el periodo anterior (775); con una letalidad menor al 1%.

- El Programa IMSS-PROSPERA también realizó la detección de paludismo (gota gruesa) en 1,929 personas y administró 364 tratamientos radicales.

- A través de las pruebas de laboratorio para obtener "sangre segura", se identificaron ocho pacientes con resultado positivo a Enfermedad de Chagas, quienes fueron derivados a los SESA para su confirmación y tratamiento.

- Se atendieron 22,566 pacientes por intoxicación por picadura de alacrán y se garantizó el abasto oportuno y suficiente del faboterápico antialacrán en las áreas de mayor endemia.

Para **promover la participación comunitaria, municipal e intersectorial en la reducción de riesgos de exposición a las enfermedades transmisibles**, en los meses de septiembre a diciembre de 2015, en los estados de Baja California, Coahuila de Zaragoza de Zaragoza, Durango y Sonora, se llevaron a cabo operativos para el control de la garrapata café del perro, transmisora de rickettsiosis, a principios de 2016, se agregaron a estos operativos los estados de Baja California Sur, Guerrero, Hidalgo, Morelos, Sinaloa, Tamaulipas, Yucatán

y Zacatecas. Asimismo, se colaboró en una capacitación al personal médico y paramédico en Baja California, Coahuila de Zaragoza y Sonora. Asimismo, en el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se registraron 409 casos confirmados de rickettsiosis, lo que representó una disminución de 29.7% en comparación con el periodo del 1 de septiembre de 2014 al 30 de junio de 2015, en donde se registraron 582 casos confirmados de rickettsiosis. Se concluyó el estudio: Vigilancia de la fiebre Manchada de las Montañas Rocosas en suero y garrapatas de caninos en la frontera de México y Estados Unidos de América (EEUU), en el que participan el CENAPRECE de la SS, los SESA de Baja California, Coahuila de Zaragoza de Zaragoza y Sonora y el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los EEUU, en espera de los resultados.

En 2015, se aportaron tres mil viales de doxiciclina IV de 100 mg a los estados de Baja California, Coahuila de Zaragoza y Sonora para la atención de pacientes graves hospitalizados por rickettsiosis (fiebre Manchada de las Montañas Rocosas), para 2016, los viales aportados fueron diez mil para los estados de Baja California, Coahuila de Zaragoza, Chihuahua, Guerrero, Morelos, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas, Yucatán y Zacatecas.

En agosto de 2015, con el fin de reforzar la atención, diagnóstico y tratamiento de los pacientes con brucelosis, se colaboró en un taller de capacitación para el personal médico y paramédico en Puebla, en julio de 2016, se llevará a cabo en el estado de Nuevo León. En el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 31 de marzo de 2016, se registraron 1,230 enfermos con rosa de bengala positivos. Asimismo, se desarrolló un estudio de nuevas pruebas diagnósticas de brucelosis en Michoacán de Ocampo y Nuevo León, aportando 41 y 92 muestras positivas respectivamente para cada SESA, en espera de los resultados del estudio emitido por el CDC.

En el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se registraron 315 casos confirmados de paludismo, lo que representó una disminución de 37.6% en comparación con el periodo del 1 de septiembre de 2014 al 30 de junio de 2015, en donde se registraron 505 casos confirmados de paludismo. Se mantuvo el control del padecimiento, sin embargo, los brotes en Campeche y Sinaloa minimizaron el avance del control de este padecimiento, lo anterior se debió a los movimientos migratorios del paso fronterizo con Guatemala y a los asentamientos irregulares en los que viven los connacionales. En el resto del país se avanza en la eliminación de la transmisión.

CENAPRECE en coordinación con la DGE/InDRE y OPS, validó y aplicó una cédula de autoevaluación a los 32 estados del país y se verificó el autodiagnóstico en quince entidades federativas (Aguascalientes, Baja California Sur, Coahuila de Zaragoza, Ciudad de México, Estado de México, Guanajuato, Hidalgo, Michoacán de Ocampo, Morelos, Nuevo León, Querétaro, Puebla, San Luis Potosí, Veracruz de Ignacio de la Llave y Yucatán) en las cuales, se identificaron áreas de mejora para que a finales de 2016 puedan ser pre certificadas como áreas sin transmisión autóctona de paludismo. Con esa acción se logró reactivar el proceso que se había detenido por más de diez años para validar la información en entidades con más de tres años sin casos nuevos y adicionalmente, para empoderar a los estados que aún mantienen transmisión persistente con acciones de prevención y control.

Con el propósito de **mejorar los sistemas de alerta temprana mediante la vigilancia ambiental y epidemiológica de las enfermedades transmisibles** la DGE a través del InDRE obtuvo la secuencia genómica de los primeros casos de fiebre por virus chikungunya en nuestro país, lo que permitió identificar que se trata de la cepa asiática. Además, desarrolló un RT-qPCR dúplex para identificar los cuatro serotipos de dengue y chikungunya en una sola toma; así como la evaluación de la competencia técnica de los laboratorios a través de un solo panel de evaluación del desempeño, que incluye los dos padecimientos mencionados. El sistema ha mostrado ser altamente sensible para la detección de casos de chikungunya. Por otro lado, a principios de 2015 se estableció el diagnóstico confirmatorio para identificación del virus zika en el InDRE, lo que permitió identificar la circulación del virus e identificar el primer caso importado en octubre de 2015. A lo largo de 2016, esta metodología se ha transferido a la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública.

Como parte de una vigilancia proactiva, se estableció la vigilancia entomovirológica para detectar la circulación de estos virus emergentes. Durante todo este año, en conjunto con OPS y la Universidad de Washington, se ha validado un protocolo de laboratorio vigilancia ambiental de poliovirus, lo que permitirá contar con herramientas moleculares cuando suceda el cambio de la vacuna actual.

La Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria (UIES), realiza la vigilancia basada en eventos al mantener un monitoreo 24/7 de los principales riesgos tanto meteorológicos, volcánicos, sismológicos, y de eventos Químicos, Biológicos, Radiológicos y Nucleares (QBRN). Además elabora cinco informes diarios de manera rutinaria, por lo que en el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se generaron 396 Informes de Inteligencia Epidemiológica, 396 Informes de Monitoreo Meteorológico; 396 Informes de Monitoreo Volcánico; 396 Informes de

Monitoreo Epidemiológico; 396 Informes de Medios y 216 Informes Especiales por Riesgos Meteorológicos. Adicionalmente, se elaboran Informes de todos los Eventos de Salud Pública de Importancia Internacional a través de los mecanismos establecidos en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) así como de eventos no predecibles como sismos, explosiones, riesgos por población expuesta a material radiactivo y fenómenos hidrometeorológicos (huracanes, tormentas y depresiones tropicales, inundaciones, entre otros).

Durante 2016, se realizó la Evaluación Rápida de Riesgos para la Salud Pública referente a la situación mundial de fiebre amarilla, en atención a la Actualización de Alerta Epidemiológica de la fiebre Amarilla emitida el 25 de mayo de 2016, por la OPS (Oficina regional de la OMS en América). La UIES a través de su Centro de Atención Telefónica en Salud (CATS), ha atendido 412 llamadas de la población, otorgando asesoría y orientación en temas de salud.

Con el objeto de **fortalecer la vigilancia epidemiológica para la adecuada toma de decisiones para el control, eliminación y erradicación de enfermedades transmisibles**, se realizó el monitoreo de todos los Eventos de Salud Pública de Importancia Internacional en cumplimiento al RSI. El intercambio de información entre los países miembros de la OMS para la prevención y en su caso control de enfermedades, fortalece la vigilancia epidemiológica internacional.

En el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 30 de abril de 2016, se realizaron las siguientes acciones de fortalecimiento en cuanto a la vigilancia de enfermedades transmisibles:

- Se fortaleció la coordinación interinstitucional mediante la evaluación permanente de la situación epidemiológica de las enfermedades transmisibles en reuniones mensuales y extraordinarias del Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE).

- Se realizaron 21 reuniones del CONAVE para la revisión de: Infección por virus zika, fiebre por virus chikungunya, dengue, VIH y Sida, Tuberculosis, Sarampión, Rubéola, Parálisis Flácida Aguda y Operativos Especiales (Visita Papa Francisco).

- Se realizó la evaluación de los sistemas prioritarios de dengue, parálisis flácida aguda, enfermedad febril exantemática, VIH y Sida y el sistema convencional de vigilancia epidemiológica alcanzando un valor de 85.9%, con 1.6 puntos por sobre la meta de 84.3%.

- A efecto de verificar la aplicación adecuada de los procedimientos de vigilancia epidemiológica se realizaron 31 visitas de asesoría y supervisión a las entidades federativas.

- Se notificaron y atendieron 1,838 brotes por enfermedades transmisibles.

En los últimos dos años se dio un impulso sin precedentes a la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE), se depuró la relación de hospitales participantes, se actualizó la plataforma en línea con mejoras en el registro de egresos hospitalarios, se incluyó la variable de días de estancia y la vigilancia de cuatro factores de riesgo reconocidos a nivel mundial, para el uso de ventiladores mecánicos, de sonda vesical, aplicación de catéteres y cirugías.

Desde el año 2012, se ha renovado la forma de registrar las defunciones sujetas a vigilancia epidemiológica del Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones (SEED) reduciendo paulatinamente el tiempo de reporte. La Dirección General de Epidemiología concluyó a principios de 2016, la plataforma en línea denominada "Registro Electrónico de Defunciones en Vigilancia Epidemiológica (REDVE)" que en el mes de mayo se puso a prueba en algunos estados del país para identificar los últimos detalles en su operación. El nuevo sistema obtiene las defunciones sujetas a vigilancia del Sistema Electrónico del SEED y permite a los epidemiólogos ratificar o rectificar las causas de defunción y la básica desde el nivel hospitalario o desde la jurisdicción, teniendo la capacidad de adjuntar certificados de defunción en imagen si se considera necesario. Esta plataforma permitirá reducir los tiempos de validación de la información y generar reportes en los tres niveles de operación.

El sistema de vigilancia epidemiológica convencional ha contribuido a la eliminación de la Oncocercosis proporcionando la información que se registra en el Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE), cobrando mayor importancia para el periodo post-eliminación donde todos los casos sospechosos y probables se confirmarán o descartarán en coordinación con el programa de control de vectores del CENAPRECE. Es así como este sistema vigila de manera permanente 143 diagnósticos diferentes y comparte la información con los sistemas de vigilancia especial.

Con el fin de **promover la participación comunitaria para incidir en la reducción de la morbilidad y mortalidad de enfermedades diarreicas y respiratorias** durante el periodo del 1 de septiembre

de 2015 al 30 de junio de 2016, se capacitaron a 1,879,447 madres de menores de cinco años sobre el manejo de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) en el hogar, prevención de la deshidratación y medidas preventivas. Además, se distribuyeron entre la población 6,518,198 sobres de Vida Suero Oral. En el caso de las IRA, se capacitó a 2,238,286 madres de menores de cinco años, sobre medidas preventivas, manejo en el hogar e identificación de signos de alarma.

Para la prevención de enfermedades diarreicas, respiratorias y las transmitidas por vectores, integrantes de la estructura comunitaria del Programa IMSS-PROSPERA sumaron su apoyo solidario a través de 19,300 acciones de saneamiento en zonas endémicas; 38,297 acciones de mejoramiento sanitario de las viviendas; 219,094 acciones de aplicación de larvicida; 916,182 visitas domiciliarias para la identificación de factores de riesgo e incremento de vectores; 29,461 acciones para el monitoreo de cloro residual y pruebas de agua con unidades bacteriológicos; y 21,717 jornadas comunitarias de limpieza.

Con la finalidad de **promover la participación federal, estatal y municipal para reducir la morbilidad y mortalidad de enfermedades diarreicas y respiratorias** la DGIS informa que en relación a la mortalidad infantil, en nuestro país se sigue manteniendo la tendencia a la baja de este indicador gracias a la coordinación entre los integrantes del SNS. Conforme a las cifras disponibles, entre 2013 y 2014 se observó una reducción de cinco décimas, pasando de una tasa de 13.0 defunciones por cada mil nacidos vivos, a una de 12.5 defunciones por cada mil nacidos vivos, respectivamente, y se estima que en 2015 sea de 12.2 defunciones por cada mil nacidos vivos.

En este sentido, para mejorar la calidad de la información, en el caso del Subsistema de Información de Nacimientos (SINAC), para la información 2015 se logró una cobertura total, con respecto a las estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), de 96% y la cobertura oportuna de 76% (captación un mes posterior a su ocurrencia).

Una de las estrategias que contribuye a la implementación de acciones locales para la disminución de la mortalidad en la infancia, la constituyen los Comités de Estrategias para el Análisis de Mortalidad en la Infancia (COERMI), que durante el 2015 realizaron 582 sesiones (93.7% de las sesiones programas para el año). En el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se otorgaron 340,186 consultas por EDA, de las cuales 97.7% recibieron Plan A de tratamiento. De igual manera se otorgan tres sobres de Vida Suero Oral por caso de diarera de primera vez en la población menor de cinco años. Asimismo, para las IRA, se otorgaron 2,249,135 consultas de primera vez, de las cuales 55.9% de las y los menores de cinco años recibieron tratamiento sintomático.

Dentro de las acciones para **promover la participación del personal de salud y de la población para detección y tratamiento oportuno de la tuberculosis,** en el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se registraron 13,899 casos confirmados de tuberculosis, lo que representó un incremento del 2.6% en comparación con el periodo del 1 de septiembre de 2014 al 30 de junio de 2015, en donde se registraron 13,538 casos confirmados de tuberculosis. Se fortalecieron las acciones en las 32 entidades federativas, con énfasis en los estados que registran la mayoría de los casos: Baja California, Chiapas, Guerrero, Nayarit, Sinaloa, Tamaulipas, Tabasco, Sonora y Veracruz de Ignacio de la Llave.

Durante el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 31 de marzo de 2016, se realizaron las siguientes acciones:

- Evaluación al Programa de Acción Específico Prevención y Control de la Tuberculosis y un taller orientado a cortar la cadena de transmisión de la tuberculosis enlas 40 ciudades que registraron más de 100 casos de este padecimiento durante 2014.

- Se llevó a cabo durante los días 29 y 30 de marzo de 2016 en Guadalajara, Jalisco, el curso para líderes clínicos de los comités estatales de farmacorresistencia denominado: Temas selectos en Tuberculosis Farmacorresistente.

- Se actualizó la Guía para la atención de personas con tuberculosis resistente a fármacos y los lineamientos (algoritmos) para el uso de la tecnología avanzada para casos farmacorresistentes, mediante el equipo Gene Xpert MTB/RIF.

- Se apoyó a los estados con 209 esquemas nuevos de tratamiento de segunda línea y 960 reabastecimientos de fármacos, para continuación de esquemas de tratamiento.

- Se iniciaron las actividades relacionadas con la implementación del Programa de Acción Específico de Enfermedades Respiratorias e Influenza en siete entidades federativas: Baja California Sur, Ciudad de México, Estado de México, Guanajuato, Puebla, San Luis Potosí y Tlaxcala.

Por otra parte, el CRAE de Ciudad Salud, mantiene la atención permanente de pacientes que presentan multidrogoresistencia, con lo que se brindan servicios de alta especialidad a enfermos cuyas opciones de curación se ven limitadas.

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (INER) a través del Servicio de Microbiología Clínica y el Servicio Clínico de Tuberculosis fue reconocido por la OMS como Centro Nacional de Referencia de Tuberculosis para diagnóstico y tratamiento, por lo que recibió el apoyo financiero del Programa FIND (Fundation for Innovative New Diagnostics) para genexpert tuberculosis mediante biología molecular (PCR en tiempo real), con un costo 80% menor al real de la prueba.

Asimismo, en el INER, en el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 30 de abril de 2016 se llevaron a cabo 33 pláticas y siete cursos–taller, capacitándose a 725 pacientes y familiares sobre el control y prevención de la Tuberculosis el cual tiene como objetivo orientarlos de manera que identifiquen mecanismos de transmisión, síntomas y tratamiento establecido bajo estrategia "Tratamiento Acortado y estrictamente Supervisado (TAES)", así como la importancia de fortalecer la red de apoyo primaria para que el paciente tenga apego a su tratamiento médico, a fin de evitar nuevos casos.

Es importante destacar, que dentro de las actividades de Educación Continua se llevó a cabo los días 6 y 7 de abril el curso: "Temas Selectos en Tuberculosis Pulmonar en conmemoración al Día Mundial de Lucha contra la Tuberculosis" en el cual se capacitaron a 264 profesionales de la salud.

En abril de 2016 el INER abrió por primera vez el curso en la modalidad "en línea" para que fuera tomado por personal de Salud perteneciente a 38 Jurisdicciones Sanitarias de nueve Estados de la República (Chiapas, Coahuila de Zaragoza, Guerrero, Hidalgo, Michoacán de Ocampo, Morelos, Puebla, Tlaxcala y Veracruz de Ignacio de la Llave) inscribiéndose un total de 758 personas.

Durante el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), a través de su línea de investigación: Prevención y Control de Tuberculosis, desarrolló los siguientes proyectos estratégicos:

- Evaluación de una estrategia integral para manejo conjunto de tuberculosis pulmonar y diabetes tipo 2 en Orizaba, Veracruz de Ignacio de la Llave.
- Evaluación Frecuencia, consecuencias clínicas y pronóstico de la tuberculosis pulmonar en adultos mayores.

Estrategia 1.4.

Impulsar acciones integrales para la prevención y control de las adicciones

Con el objetivo de **impulsar campañas para informar y concientizar acerca del uso, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas** y con la finalidad de reforzar las acciones de prevención de adicciones y fomentar la participación ciudadana en la labor preventiva, se dio inicio al Programa Nacional de Prevención de Adicciones, estimando los siguientes alcances al 31 de agosto de 2016:

- Sumar esfuerzos con instancias de la Administración Pública Federal para ampliar la oferta de servicios preventivos mediante la firma de ocho convenios de colaboración con instancias como el ISSSTE, IMSS, la Comisión Nacional de Seguridad (CNS), la Secretaría de Gobierno de la Ciudad de México, el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), el Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL), la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA).

- Para asegurar mayor acceso de las personas a servicios preventivos, se ha fortalecido la vinculación con organismos de la sociedad civil y el sector privado, firmando convenios con organizaciones como: la Unión de Padres de Familia (UNPF), la Asociación Mexicana sobre la Adicción (AMESAD), la Cruz Roja Mexicana, Fundación Grupo Modelo, la Asociación Nacional de Farmacias de México (ANAFARMEX), la Asociación Nacional de Charros y la Fundación de Investigaciones Sociales (FISAC).

- Con la finalidad de que la comunidad participe activamente en informar y sensibilizar sobre los riesgos y consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas, detectar de manera oportuna casos en riesgo o con consumo, así como derivar a servicios de tratamiento especializado, durante el periodo de septiembre de 2015 a agosto de 2016, se capacitó

a 24,350 promotoras y promotores en diferentes proyectos que tienen como objetivo el disminuir los factores de riesgo y fortalecer los de protección, quienes a su vez beneficiaron a 1,814.1 miles de personas.

La prevención en el contexto comunitario busca reforzar los mensajes y las normas de una comunidad en contra del abuso de drogas, y preservar la salud mediante distintos medios comunitarios, promoviendo la participación y movilización de distintas instituciones, organizaciones, colectivos, grupos y personas de la comunidad. Esto implica que todos las personas son susceptibles de participar y que, entre mayor sea la respuesta comunitaria, se facilita el cumplimiento de los objetivos de contar con comunidades saludables. Por ello, la CONADIC ha implementado coaliciones en catorce entidades federativas, beneficiando a 166,610 personas.

En el marco de colaboración entre la Secretaría de Salud, la SEMAR y la SEDENA para hacer sinergia en la prevención, la CONADIC lleva a cabo el Programa Súmate ENFA a través de cuatro estrategias: Servicio Militar Nacional (SMN), Sanidad y Salud mental, Educación y Voluntariado. En la estrategia con el SMN se realizaron las siguientes actividades:

- Entre el 1 de septiembre de 2015 y el 31 de agosto de 2016 se difundieron siete spots de radio en medios digitales del Centro de Atención Ciudadana contra las Adicciones y mil mensajes de prevención en redes sociales dirigidos a adolescentes de 12 a 17 años y padres de familia.

- Se informó a 39,857 jóvenes del SMN sobre los riesgos y daños del consumo de la mariguana; en junio de 2016 se sensibilizó a 31,982 jóvenes más de los centros de adiestramiento del SMN ubicados en las 32 entidades federativas sobre los daños y consecuencias que ocasionan las sustancias psicoactivas, así como promover alternativas de estilos de vida saludable.

- Se capacitaron a 6,496 conscriptos y voluntarias en la estrategia de Mitos y realidades de las drogas, la cual basa en el entrenamiento de habilidades para la vida, y tiene como objetivo que la población adolescente y juvenil sean capaces de manejar las influencias externas y, así, evitar el consumo de drogas, a través de desarrollar habilidades cognitivo- conductuales que les permitan resistirse a los mensajes publicitarios; conocer información sobre las consecuencias negativas del consumo de drogas en el corto plazo. La estrategia promueve el desarrollo de habilidades de comunicación asertiva para enfrentar la presión social, pero también de fortalecer la competencia social y las habilidades de relación interpersonal para reforzar la autoeficacia y la integración a grupos de jóvenes no consumidores, mejor integrados al medio social convencional.

- Con el apoyo de las y los promotores capacitados en el SMN (durante agosto y diciembre de 2015), se llevaron a cabo cuatro jornadas comunitarias a nivel nacional para transmitir el mensaje preventivo, beneficiando a 115,594 personas. Se estima realizar tres jornadas comunitarias y beneficiar a 66 mil personas durante el periodo 2016.

Asimismo la CONADIC impulsa y provee información con respaldo científico, a través de un lenguaje accesible a adolescentes y jóvenes, sobre los riesgos y consecuencias asociadas al consumo de sustancias adictivas, mediante el portal web konectate.org.mx, el cual en el periodo comprendido del 1 de septiembre de 2015 al 15 de julio de 2016, registró un total de 396,870 usuarios.

Con el fortalecimiento del Centro de Atención Ciudadana contra las Adicciones (CECIADIC), se brinda atención telefónica y en redes sociales de manera gratuita y confidencial sobre el consumo de sustancias las 24 horas de los 365 días del año; con la finalidad de informar, orientar y realizar referencias efectivas y oportunas a los servicios de atención, acorde con las necesidades de la población, así como recibir denuncias sobre el incumplimiento a la legislación vigente en materia de sustancias psicoactivas legales e ilegales. En el periodo de este informe, se recibieron y atendieron 61,740 llamadas de toda la República Mexicana.

Con el objeto de **reforzar acciones para reducir la demanda, disponibilidad y acceso al tabaco y otras sustancias psicoactivas** y con la finalidad de apoyar a la definición del marco legal para la despenalización del consumo de la cannabis, la Secretaría de Salud a través de la UAE, analizó diversos aspectos económicos de las iniciativas de ley emitidas tanto por el Ejecutivo Federal como por las Cámaras de Diputados y Senadores.

Con el propósito de impulsar acciones que contribuyan a la reducción de la prevalencia del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas, la SS, a través de la CONADIC, ha establecido mecanismos de vinculación y colaboración intersectorial y con los tres órdenes de gobierno, a fin de implementar acciones de prevención, capacitación e integración ciudadana, para lo cual durante el periodo entre el 1 septiembre de 2015 al 15 de julio de 2016 se han

firmado Convenios Específicos de Colaboración con once Entidades Federativas: Baja California Sur, Chiapas, Ciudad de México, Durango, Guanajuato, Michoacán de Ocampo, Nuevo León, Oaxaca, Sinaloa, Sonora y Veracruz de Ignacio de la Llave, así como tres convenios con jefes delegacionales de la Ciudad de México: Cuauhtémoc, Iztapalapa y Miguel Hidalgo, lo anterior ha contribuido al fortalecimiento de los Consejos Estatales contra las Adicciones, así como el impulso de los siguientes programas:

- "Conduce sin alcohol".
- Espacios 100% libres de humo de tabaco.
- Participación ciudadana y Prevención de adicciones.
- Programa de Justicia Terapéutica.

En el marco de la firma de los citados convenios de colaboración, estuvieron presentes 320 presidentes municipales; se dio nombramiento a nueve Comisionados Estatales contra las Adicciones (Baja California Sur, Chiapas, Coahuila de Zaragoza, Durango, Michoacán de Ocampo, Sinaloa, Sonora, Veracruz de Ignacio de la Llave y Zacatecas).

De igual manera la CONADIC ha impulsado la instalación de Consejos Municipales contra las Adicciones (COMCAS), que son órganos colegiados de coordinación y concertación en el que se establecen acuerdos consensuados para impulsar esfuerzos dirigidos a la atención de las adicciones, con participación de instituciones y organismos públicos, privados y sociales, que fortalecen la lucha contra las adicciones dentro en los municipios.

Al respecto, en el periodo comprendido del 1 de septiembre de 2015 al 15 de julio de 2016 se registraron 317 COMCAS, instalados y en operación.

Con el propósito de reforzar las acciones para reducir la demanda, disponibilidad y acceso al tabaco, del 1 septiembre de 2015 al 15 de agosto de 2016:

- Se reconocieron 5,340 espacios libres de humo de tabaco, de los cuales, 1,386 son unidades de salud, 2,401 son edificios públicos y 1,553 son edificios privados.
- Se coordinó una mesa de trabajo entre a Comisión de Salud de la H. Cámara de Diputados y representantes del sector salud y de la OPS Washington, a fin de impulsar una reforma a la Ley General para el Control del Tabaco.

Con el propósito de **consolidar la red nacional para la atención y prevención de las adicciones y promover la vigilancia epidemiológica e investigación,** la Secretaría de Salud cuenta con la más extensa red de servicios de prevención y atención a las adicciones, conformada por 340 Unidades de Especialidad Médica-Centro de Atención Primaria de Adicciones (UNEME-CAPA) ubicadas en 266 municipios de las 32 entidades federativas. Entre 1 de septiembre de 2015 y 30 de junio de 2016:

- Se brindó servicios de orientación, consejería, sesiones de tratamientos, tamizajes y talleres de sensibilización a 8,230,141 personas; de los cuales 1,154,475 (14%) son menores de doce años, 4,460,064 (54.2%) son adolescentes y 2,616,783 (31.8%) son adultos de 18 años y más.
- Se otorgaron 107,945 consultas de primera vez a familiares, consumidores de drogas y personas en riesgo de consumo de sustancias psicoactivas quienes acudieron a las UNEME-CAPA a solicitar tratamiento debido a los problemas con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; lo cual representa 24.7% más que el mismo periodo pasado (87,576).
- Se aplicaron 765,675 pruebas de tamizaje a estudiantes de primaria, secundaria y bachillerato, a través de las cuales se detectaron a 122,492 (16%) jóvenes con factores de riesgo que precipitan el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
- De los 122,492 estudiantes de 12 a 17 años con factores de riesgo, 68,620 (56%) acudieron a las UNEME- CAPA a solicitar tratamiento para sus problemas relacionados con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
- El personal de los UNEME-CAPA capacitó a 58,865 personas en temas relacionados con la prevención y detección oportuna de personas con problemas relacionados con consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Con el fin de promover la vigilancia epidemiológica y la investigación en materia del comportamiento adictivo:

- Se integró el reporte de resultados de la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos, México 2015, que se financió por la Iniciativa Bloomberg, coordinada por la OPS y la CONADIC e implementada por el INSP Pública, con más de catorce mil viviendas

encuestadas y con indicadores epidemiológicos y del avance de las políticas públicas para el control del tabaco.

- Se realiza la Encuesta Nacional de Adicciones 2016, la cual es un esfuerzo de la CONADIC con el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" y el INSP, en la cual se visitarán 65 mil hogares en todo el país y se prevé aplicar 51,200 cuestionarios completos para los resultados globales del estudio.

- La CONADIC encabezó el estudio "Monitoreo de Metabolismo de Drogas en Sistemas de Aguas Residuales de México", con el INSP.

- Se lleva a cabo la actualización de la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.

Los Centros de Integración Juvenil, A.C. (CIJ) tienen como objetivo contribuir en la reducción de la demanda de drogas con la participación de la comunidad a través de programas de prevención y tratamiento, con equidad de género, basados en la evidencia para mejorar la calidad de vida de la población.

De acuerdo a los lineamientos del PND 2013-2018, al PROSESA y al Programa de Acción Específico: "Prevención y atención integral de las Adicciones", la Institución ha implementado programas preventivos y de atención curativa con la finalidad de abordar el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas con la población; así como, la realización de investigaciones y la formación de recursos humanos especializados.

Por otra parte, los CIJ cuentan con una red de atención de 116 unidades, que operan en todo el país, conforme a los siguientes criterios:

- En zonas de atención prioritaria y de alto riesgo para el consumo de drogas, se encuentran funcionando 102 CIJ que otorgan servicios de prevención y de consulta externa.

- Para la atención hospitalaria, se cuenta con doce unidades, ubicadas en Baja California, Chiapas, Chihuahua, Ciudad de México, Estado de México (2), Guerrero, Jalisco (2), Nuevo León, Sinaloa, y Zacatecas.

- Para las personas usuarias de heroína, se tienen dos unidades de tratamiento especializadas, ubicadas en Ciudad Juárez y Tijuana, en donde se implementan programas de reducción de daños a través de la terapia de sustitución con metadona.

- En el periodo comprendido entre septiembre del 2015 y agosto del 2016, la institución atendió a un total de nueve millones 408 mil personas, a través de 880 mil acciones, en prevención y tratamiento.

Parte sustancial del modelo de CIJ es buscar empoderar a diversos sectores de la comunidad como agentes de cambio, para la atención y prevención del consumo de drogas; haciéndolos partícipes en la atención de problemáticas inmersas en su propio entorno; de tal manera, que no sólo sean las instituciones, las únicas responsables y encargadas de proponer soluciones o alternativas de atención, sino promover que la participación comunitaria se establezca como una estrategia transversal en la atención del fenómeno delas adicciones; las modalidades de colaboración son: Servicio Social, Prácticas Académicas, Voluntarios de Apoyo, Promotores de Salud y Promotores Virtuales. Prueba de ello es que 42% de las acciones y 56% de la cobertura se efectuaron por el recurso voluntario. La mayor parte de estos voluntarios son pasantes de servicio social y prácticas profesionales provenientes de 1,500 planteles educativos de nivel medio y medio superior con los cuales CIJ tiene convenio. Adicionalmente, se impactó a un estimado de 4.8 millones de personas a través de mensajes preventivos en redes sociales, en donde se cuenta con 36 mil seguidores.

El Programa Preventivo *"Para vivir sin adicciones"* de CIJ, busca reforzar valores, creencias, actitudes, habilidades, competencias, prácticas y recursos sociales acordes a la etapa de vida, que faciliten el desarrollo y el afrontamiento de riesgos asociados al uso de drogas.

CIJ diseña sus intervenciones de manera acorde a las características de la población (edad, sexo, etapa de desarrollo, escolaridad, ocupación) y del contexto (características socioculturales y condiciones de vulnerabilidad). Los servicios preventivos se proporcionan a diferentes grupos poblacionales (mujeres embarazadas, niños y niñas en edades tempranas, jóvenes, madres y padres de familia, adultos mayores, entre otras) y en diversos ámbitos: familiar, escolar, laboral, comunitario, deportivo y de salud.

Entre septiembre de 2015 y agosto de 2016 se realizaron un total de 480 mil acciones preventivas con una cobertura de 9,309 mil personas; del total de la cobertura 53% fueron mujeres y 47% hombres. Permanentemente se realizan actividades preventivas con 8 mil escuelas del país y se impacta a más de cinco millones de estudiantes, maestros, madres y padres de familia cada año.

La prevención de acuerdo a sus objetivos específicos se divide en: prevención universal, dirigida a la población en general, y busca fortalecer los factores protectores y disminuir o modificar los factores de riesgo para el inicio en el consumo de drogas; la prevención selectiva se enfoca a la población en mayor riesgo de consumo, que puede ser identificada con base en factores biológicos, psicológicos o ambientales; y por último la prevención indicada dirigida a grupos con sospecha de consumo y/o de usuarios experimentales o que presentan factores de alto riesgo.

Las intervenciones preventivas se realizan de acuerdo con las necesidades de la población por su etapa de desarrollo, su rol social y el riesgo psicosocial al que está expuesta. Dichas intervenciones se realizaron de la siguiente forma:

1. **Niñas y niños de 3 a 5 años de edad:** Se atendió a 26,297 niñas y niños, mediante información y orientación en temas como: reconocimiento y expresión de emociones, seguimiento de normas, estrategias de autocuidado ante situaciones de riesgo y recomendaciones para pedir ayuda a personas adultas de confianza.

2. **Niñas y niños de 6 a 9 años:** Se brindó información y se promueve la participación en talleres para incorporar alternativas de protección ante situaciones de riesgo asociadas al consumo de alcohol y tabaco, mediante el fomento de valores, estrategias de autocuidado y apego escolar; habiendo atendido a 331,797 niñas y niños.

3. **Preadolescentes de 10 y 11 años:** Se cubrió a 723,676 preadolescentes, mediante sesiones informativas y el fortalecimiento de habilidades para la vida y competencias de afrontamiento ante situaciones de riesgo relacionadas con el inicio del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Se abordan además, riesgos como el acoso escolar y el bajo desempeño como predictor de deserción escolar; se refuerzan estrategias de autocuidado, solución no-violenta de conflictos, habilidades de lectoescritura, técnicas de estudio y hábitos saludables.

4. **Adolescentes de 12 a 17 años:** Este grupo de edad junto con jóvenes de 18 a 24 años de edad, constituyen la población prioritaria del programa preventivo institucional. Se realizaron actividades con 2,414,386 personas, quienes se caracterizan por una serie de cambios biopsicosociales; participan en actividades para fomentar actitudes de rechazo ante la oferta de sustancias y para afrontar circunstancias de violencia familiar, escolar o en el noviazgo; depresión, ansiedad, ira; prácticas sexuales de riesgo, accidentes, entre otros. De manera específica, se contó con intervenciones para detectar y canalizar oportunamente señales tempranas de ideación o intento suicida, escaso control de impulsos y baja competencia social. Se dispuso también de investigaciones y marcos referenciales para el desarrollo de estrategias dirigidas a la prevención de prácticas sexuales de riesgo y embarazos no intencionados.

5. **Jóvenes de 18 a 24 años:** Participaron 448,053 jóvenes; generalmente en esta etapa están en proceso de formación profesional, comienzan a integrarse al ámbito laboral, a formar pareja y a tener una familia propia, por lo que se promueven estrategias para la toma de decisiones, planes de vida, sexualidad responsable y placentera, planificación familiar, ejercicio de roles sociales en el marco de los derechos, procesos de participación ciudadana y de protección con sus pares, sobre todo en condiciones de vulnerabilidad social. Particularmente se dispone de una intervención para evitar el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en mujeres que desean embarazarse, que están embarazadas, lactando o que tienen niños menores de dos años de edad, mediante el reforzamiento de factores protectores como: información, manejo emocional y redes de apoyo.

6. **Padres y madres de familia:** En el periodo se atendieron a 1,477,455 personas, quienes fueron informados y participaron en talleres o círculos de lectura, con el objetivo de reflexionar sus funciones parentales para la protección de la población infantil, adolescente y juvenil, mediante el intercambio de experiencias y búsqueda de alternativas ante problemas comunes que se presentan en la crianza y convivencia familiar. Destacan temas como salud mental, violencia familiar, de pareja y de género, cómo dialogar con los hijos e hijas sobre las drogas, qué hacer ante señales de consumo de alcohol y otras drogas, entre otros.

7. **Trabajadores/as:** En centros de trabajo se atendieron a 130,748 personas, mediante estrategias que favorecen la participación de empleados/as, empleadores/as y sindicatos, en el desarrollo de actividades preventivas y de promoción de la salud. La intervención incluyó detección temprana y canalización oportuna de riesgos, conferencias informativas y talleres sobre

el impacto del uso de alcohol y otras drogas en el trabajo, acoso laboral y síndrome de desgaste emocional; formación de promotores que repliquen las acciones preventivas, consejería breve y derivación a servicios de tratamiento.

8. **Capacitación:** Con la finalidad de replicar actividades preventivas y de promoción de la salud en diferentes ámbitos, se proporcionaron cursos de habilitación y transferencia de herramientas a personas que por su rol, resultan estratégicas para la prevención: docentes, personal de salud, líderes comunitarios o religiosos, personal de seguridad, entre otros. En este periodo participaron 42,530 personas en actividades de selección de candidatos, formación, observación, acompañamiento y asesoría.

9. **Centro Preventivo de Día y Jornadas Preventivas.** En el periodo se atendieron en Centros y Jornadas a 332,491 y 559,919 personas respectivamente; estas actividades se desarrollaron con la comunidad, con el objetivo de que personas de diferentes edades, formaciones, ocupaciones y roles, participen como beneficiarias y facilitadoras de actividades físico-deportivas, educativo-formativas, culturales-artísticas, lúdico-recreativas y cursos de verano, teniendo como eje la educación para la salud.

10. **Promoción de la salud**. Se realizaron eventos y actividades para fomentar estilos de vida saludable con la población en general y en diferentes contextos, además de disponer de alternativas contrarias al uso de drogas, contrarrestar el efecto de riesgos microsociales y restituir el tejido social mediante la participación ciudadana; se atendió a 1,323,805 personas. Como parte de las actividades preventivas, CIJ organizó el Concurso Nacional de expresión literaria "Cómo me protejo de las drogas". Además; se realizó la 13ª. Carrera contra las Adicciones, certamen deportivo en que participaron 70 mil personas en todo el país y que forma parte de las actividades conmemorativas del Día Internacional de la Lucha contra el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas, celebrado cada 26 de junio.

11. **Promoción y difusión institucional:** Con estas actividades se impactó a 1,494,079 personas, lo que permitió propagar la información de los servicios institucionales en diferentes ámbitos; así como, la promoción para la captación de voluntarios; estas acciones fueron acompañadas de la distribución de diversos materiales como volantes, dípticos, folletos y carteles, en los que se invitó a la población para solicitar información o asistir a las unidades operativas a participar en alguno de los programas de prevención y tratamiento institucionales.

El programa de atención curativa de CIJ tiene como propósito reducir y, en su caso, eliminar el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en los pacientes que acuden a los servicios de consulta externa y hospitalización; así como, promover la rehabilitación y reinserción social, laboral y familiar de los mismos.

Entre septiembre de 2015 y agosto de 2016 se realizaron un total de 400 mil acciones con una cobertura de 99,200 pacientes y sus familiares; del total de los pacientes atendidos 79% son hombres y 21% restante son mujeres. Estas acciones se llevaron a cabo a través de las siguientes modalidades:

- El tratamiento en Consulta externa, está conformado por una serie de actividades que buscan ayudar a los pacientes y a sus familiares a dejar de consumir, a disminuir los daños ocasionados por el consumo, a mantener un estilo de vida saludable libre de drogas y a lograr un funcionamiento productivo en la familia, en la escuela, el trabajo y la sociedad. Comprende tres niveles: el primero responde a la intervención temprana y está dirigida a personas que han tenido poco contacto con las drogas; en el segundo nivel, la consulta externa básica está dirigida a que los pacientes logren la abstinencia, la mantengan y consigan su reinserción social; y el tercer nivel, corresponde a la consulta externa intensiva, también denominada Centro de Día, dirigida a personas con problemas de abuso o dependencia, que requieren de una atención integral e intensiva debido a la severidad de su adicción. En el periodo se atendieron a 93,653 personas de las cuales 44,585 fueron pacientes y 49,068 familiares.

- El tratamiento residencial (hospitalización) incluye todas las acciones terapéuticas orientadas a restablecer el funcionamiento biopsicosocial de los pacientes con dependencia a las sustancias adictivas. En el programa se llevan a cabo actividades propias de la Comunidad Terapéutica, agrupadas en: psicoterapéuticas, psicoeducativas, artísticas, culturales, deportivas y recreativas. Comprende, la aplicación de un plan para estabilizar a los pacientes; posteriormente, dependiendo de la severidad de la adicción, se determina el tipo de hospitalización al

cual será sujeto; la estancia breve implica un mes de internamiento, mientras que la estancia media abarca tres meses. Se atendieron a 1,991 pacientes en esta modalidad y a 3,511 familiares de los pacientes hospitalizados en orientación a padres, terapia familiar y nueva red.

- El tratamiento para personas usuarias de heroína, tiene como objetivo: eliminar o controlar la dependencia a la heroína por medio del mantenimiento y deshabituación con metadona, buscando la reducción del daño; así como, permitir la rehabilitación y reinserción social de los pacientes. En este programa se atendió a 678 personas.

El fenómeno de las adicciones al ser un grave problema de salud pública presenta cambios cuantitativos y cualitativos que deben ser analizados para comprenderlo y elaborar programas de prevención y tratamiento acordes con sus nuevas particularidades.

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

Estos estudios no solamente son de utilidad para los CIJ, sino que alimentan con información a Observatorios nacionales e internacionales y a otros organismos públicos y privados, que atienden las adicciones.

Entre septiembre de 2015 y agosto de 2016 se concluyeron 16 estudios en las líneas de investigación epidemiológica, psicosocial, cualitativa y evaluativa.

Un aspecto importante a destacar es el lanzamiento del primer número de la Revista Internacional de Investigación en Adicciones (RIIAD) que tiene como objetivo proporcionar una plataforma para la investigación en habla hispana de los hallazgos científicos provenientes de investigaciones epidemiológicas, clínicas, sociales y de neurociencias, sobre temas asociados con el consumo de sustancias, conductas adictivas y trastornos relacionados. Teniendo una periodicidad semestral y podrá ser consultada de forma impresa o en línea: www.riiad.cij.gob.mx

En el área de enseñanza CIJ, contribuye en la formación de profesionistas especializados en la atención de los problemas vinculados al consumo de drogas; por ello, a través de 88 actividades académicas, se capacitaron a cerca de mil 200 profesionales de la salud.

CIJ ha desarrollado 24 curriculas diferentes: 16 Diplomados, una Especialidad, seis Maestrías y un Doctorado, que se han llevado a cabo con el aval académico de 25 Universidades del país. Han concluido estudios 82 generaciones con 1,600 profesionales. Actualmente hay 17 generaciones en curso con más de 300 alumnos; gran parte de la oferta académica es presencial, y las curriculas que se imparten en línea tienen alumnos de diversas partes del país y de Centroamérica.

De manera paralela, 22 médicos residentes de la especialidad de psiquiatría participaron en los cursos rotatorios en adicciones.

Se diseñan y desarrollan actividades académicas en tres niveles:

- Capacitación para el desempeño.
- Educación Continua.
- Posgrado.

El área de documentación científica tiene como objetivo respaldar las actividades de investigación y enseñanza, proporcionando información científica a especialistas y público en general. En el periodo se ofrecieron 91,818 servicios de información a través del Portal de la Biblioteca Virtual en Adicciones. Después de México, los países con mayores accesos fueron: Perú, Venezuela, Estados Unidos, Ecuador y Colombia. En las Bibliotecas Básicas de las Unidades Operativas de CIJ se reportaron 18,447 consultas. La Biblioteca Central cuenta con 8,685 libros y 86,097 artículos.

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

La sinergia de la concertación interinstitucional es un proceso sostenido, en el que las instituciones optimizan recursos y realizan actividades en las que comparten la responsabilidad social de promover estilos de vida saludable, incrementar la capacidad de organización de la comunidad y el empoderamiento de los individuos para protegerse del consumo de sustancias adictivas.

Por ello es que el trabajo interinstitucional es promovido en diversos ámbitos que involucran a todos los sectores de la población, logrando consolidar las estrategias de atención que CIJ ofrece a través de sus Unidades Operativas.

La coordinación interinstitucional se consolida a través de acuerdos verbales, la firma de un convenio y/o la firma de una red de instituciones, una alianza de mujeres, una alianza de jóvenes o una red universitaria.

Se cuenta con 3,232 convenios de colaboración vigentes: 3,151 locales, 51 nacionales 30 en la Ciudad de México; 71% con el sector público, 17% con el privado y 12% con el sector social. A través de éstos, se concretaron actividades de prevención universal, selectiva e indicada en todos los niveles del sector educativo, en el sector salud, social, justicia y laboral.

Durante el periodo de septiembre de 2015 a agosto 2016, destaca la participación de CIJ a nivel internacional en:

- 58° y 59º Períodos de Sesiones de la Comisión de Estupefacientes y Segmento Especial de preparaciones hacia la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas (UNGASS 2016). La Directora General de la institución fue nombrada representante de América del Norte en el Grupo de Trabajo de la Sociedad Civil rumbo a UNGASS 2016.

- 57° y 59º Periodo Ordinario de Sesiones de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos (OEA) y en las Sesiones Paralelas de la CICAD-Sociedad Civil. Posterior al 59º Periodo Ordinario de Sesiones, CIJ participó en la revisión de pares del proyecto Guiding the Recovery On Woman (GROW) que promovió la CICAD.

- Taller "Marco de referencia para el desarrollo de políticas públicas de salud pública en materia de drogas", organizado por CICAD y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

- Curso del Programa de Capacitación Ejecutiva en Políticas Públicas organizado por el Grupo de Cooperación para Combatir el Abuso y el Tráfico Ilícito de Drogas del Consejo de Europa (Grupo Pompidou).

- Por invitación de la World Federation Against Drugs (WFAD) y la International Society of Substance Use Prevention and Treatment Professionals (ISSUP), el CIJ participó en el Foro Asia-Pacífico contra las drogas.

- Se participó en la Primera Conferencia Europea sobre Conductas Adictivas y Dependencias, organizada por el Centro Europeo de Monitoreo de Drogas y Adicción, la OMS y la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito, donde se presentaron los resultados de una investigación de CIJ.

- CIJ asistió a la "Consulta del Sector Salud de la Región de las Américas en preparación a UNGASS 2016", evento coorganizado por la Secretaría de Salud y CONADIC.

- Se llevó a cabo el 17° Congreso Internacional en Adicciones de CIJ "Evidencias para el desarrollo de nuevas política públicas", intercambio científico en el que participaron 75 ponentes y 2 mil asistentes provenientes de 30 países. Se firmó la "Declaración de la Ciudad de México hacia UNGASS 2016" la cual fue apoyada por el VNGOC, la WFAD, IOGT Internacional, ECAD; Fundación ProSalud y CEDRO. Con ISSUP se acordó que capacitará a profesionales de CIJ con lo que obtendrán la certificación que otorga esta Sociedad.

- Con el objetivo de compartir información y experiencias en el tema de la investigación y generación de nuevo conocimiento en materia de adicciones, se realizó el 5° Foro de la Federación Mundial contra las Drogas (WFAD). CIJ participó en el panel UNGASS and Beyond con la presentación "Challenges after UNGASS 2016". Asimismo, la Directora General fue reelegida como la representante de América Latina en la mesa directiva de la WFAD.

- La Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas (UNGASS 2016), convocada en 2012 por los presidentes de Colombia, Guatemala y México, representó un importante acontecimiento en el logro de las metas establecidas en la declaración del año 2009 denominada Declaración política y plan de acción en cooperación internacional hacia una integral y balanceada estrategia de contención del problema mundial de las drogas, la cual define las acciones a tomar por parte de los Estados Miembro; así como, las metas a alcanzar en 2019 en materia de políticas de drogas.

- CIJ fue invitado a formar parte de la mesa directiva de ISSUP y asistió a su primera reunión de trabajo en la que se abordaron temas de capacitación y certificación de profesionales en materia de adicciones.

Con el propósito de **consolidar el proceso de regulación de los servicios residenciales de atención a las adicciones:**

- La Comisión Nacional contra las Adicciones, en conjunto con la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), han realizado 71 supervisiones a establecimientos en 18 entidades federativas (Aguascalientes, Baja California Sur, Chihuahua, Durango, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán de Ocampo, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Tabasco y Yucatán) a fin de valorar la calidad y seguridad en la atención a través de acciones de asesoría y medidas correctivas. A la fecha, se han realizado 50 suspensiones por la falta de documentación legal del establecimiento, hacinamiento, deficiencias sanitarias (limpieza, alimentación, flora y fauna nociva, entre otros), falta de atención médica y manejo inadecuado de medicamentos.

- En el marco del Programa Mexicano de Capacitación, Evaluación y Certificación de Consejeros en Adicciones, se capacitó a 1211 personas de 16 entidades federativas (Baja California, Campeche, Chihuahua, Ciudad de México, Colima, Durango, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Michoacán de Ocampo, Morelos, Puebla, Querétaro, Sinaloa y Sonora) con base en el Estándar de Competencias EC0548 Consejería en Adicciones. De 270 personas evaluadas al día de hoy, 234 se certificaron como Consejeros(as) en Adicciones ante el Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales de la SEP (CONOCER-SEP) y la CONADIC.

Con el fin de **ampliar la cobertura de los Centros de Atención Primaria en Adicciones para la detección temprana e intervención oportuna**:

- Tres Centros de Atención Primaria a las Adicciones iniciaron sus actividades, dos en el Estado de México: Tecámac y Toluca; y una más en la Ciudad de México. Con lo cual, la SS cuenta con una red de 340 UNEME-CAPA ubicadas en 266 municipios en las 32 entidades federativas del país.

Con la finalidad de **incrementar las acciones para reducir la demanda, disponibilidad y acceso al alcohol y evitar su uso nocivo** la CONADIC informa lo siguiente:

- 19 Estados han sido capacitados en el Programa "Conduce sin Alcohol", para su implementación, homologación y /o fortalecimiento: Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Coahuila de Zaragoza, Colima, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Michoacán de Ocampo, Nayarit, Nuevo León, Quintana Roo, San Luís Potosí, Sinaloa, Sonora, Tlaxcala, y Zacatecas; en éste último se firmó con el Gobierno el Convenio para implementar el Proyecto "Zacatecas Ciudad Modelo", para reducir el consumo nocivo de alcohol en la población de Zacatecas y zona conurbada hacia 2018.

- Se cuenta con avances en la implementación del Programa "Conduce sin Alcohol" en 125 ciudades del país.

- En el marco de la XIII Reunión del CONASA, se acordó que la CONADIC y la COFEPRIS impulsarán a nivel nacional la verificación a giros comerciales que venden alcohol en su interior, a fin de disuadir la venta de alcohol a menores de edad.

Por último, con la finalidad de apoyar las acciones de prevención y control del consumo de alcohol propuestas por las áreas rectoras del tema, la UAE desarrolló un análisis de esquemas fiscales para las bebidas alcohólicas en el periodo 2014-2023. Los resultados del análisis se proporcionaron a las áreas rectoras del tema.

Con el fin de **promover modelos de justicia alternativa para personas con adicciones en conflicto con la ley**, el Gobierno Federal a través de la Secretaría de Gobernación (Subsecretaria de Prevención y Participación Ciudadana SPPC y la Secretaría Técnica para la Implementación de la Reforma Penal SETEC) y la Secretaría de Salud, a través de la CONADIC, coordina la implementación del Programa de Justicia Alternativa para delitos relacionados con drogas, con los siguientes avances y prospectiva:

En febrero de 2016 se formalizó el Comité Federal de Justicia Alternativa para Delitos relacionados con Drogas.

- Se fortalecerá el modelo en la etapa de juicio (suspensión del proceso a prueba), se incluirá la etapa de investigación (acuerdos preparatorios y mediación), se ampliarán los criterios de inclusión (jurídicos y clínicos), así como la extensión del modelo en adolescentes y en ejecución de sentencias. Actualmente se desarrollan los protocolos de actuación que contemplan los componentes jurídicos y sanitarios que permitirán fortalecer y homologar el modelo.

- En coordinación con el Senado de la República, se trabaja en una propuesta de reformas a la Ley Nacional de Ejecución Penal y Ley de Justicia para Adolescentes.

Con el propósito de **promover acciones intersectoriales que fomenten una vida productiva en los adolescentes** el Programa de Acción Específico (PAE) Prevención y Atención Integral de las Adicciones 2013-2018, considera como prioridad la protección, prevención y tratamiento de problemas de salud derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, para cuyo abordaje se requiere contar con un sólido andamiaje que asegure un federalismo articulado entre los tres órdenes de gobierno y sinergia tangible con la ciudadanía.

Esa plataforma se construyó con las 32 Comisiones y Consejos Estatales contra las Adicciones, y con la Red nacional de 340 Centros de Atención Primaria a las Adicciones, distribuidos a lo largo del territorio nacional, cuya tarea fundamental consiste en realizar y promover actividades preventivas, de identificación temprana de casos y tratamiento para consumidores de alcohol, tabaco, drogas y sus familiares, contribuyendo indirectamente a la línea de acción "1.4.8. Promover acciones intersectoriales que fomenten una vida productiva en los adolescentes", del PROSESA 2013-2018.

Con base en lo anterior, las intervenciones de la CONADIC mantendrán el espíritu de favorecer la adopción de estilos de vida saludables en la población, particularmente en los menores de edad, sin incursionar en el ámbito de la vida productiva nacional, en estricto apego a las atribuciones que le confiere su decreto de creación y el reglamento interior de la Secretaría de Salud.

Estrategia 1.5.

Incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva con especial énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables

Con la finalidad de **diseñar estrategias de comunicación en salud sexual y reproductiva** por tercer año consecutivo, la Secretaría de Salud realizó una campaña para promover la prevención del embarazo entre la población adolescente, la cual se difundió por radio y televisión en el mes de septiembre de 2015 en el marco de la conmemoración del Día Internacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Al mensaje de la campaña "Hay cosas que puedes dejar a la suerte..., tener hijos no es una de ellas" también se agregó el lema "Es tu vida, es tu futuro, hazlo seguro". La difusión de la campaña a través de la radio se extendió durante los meses de noviembre y diciembre de 2015, a nivel nacional.

Para cumplir la línea de acción que tiene como propósito **promover acciones para prevenir el embarazo adolescente** la Secretaría de Salud ha participado activamente en la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. El número de Servicios Amigables para Adolescentes aumentó a 1,494, por lo que la infraestructura específica para otorgar servicios de salud sexual y reproductiva para este grupo de la población creció en 10.8% en comparación con el cierre de 2015, en el que se registraron 1,348.

Al 30 de junio de 2016, se registraron 457,656 adolescentes usuarias de algún método anticonceptivo, lo que representa una cobertura de 55% del total de mujeres de 15 a 19 años con vida sexual activa, que son responsabilidad de la SS.

Asimismo, en el periodo septiembre de 2015 a agosto 2016, el Programa IMSS-PROSPERA contribuyó al fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente del medio rural a través de la capacitación a 312,782 personas de este grupo en el tema de embarazo no planeado, lo que dio como resultado que 58,978 aceptaran un método anticonceptivo.

Además, con el fin de generar evidencia cuantitativa sobre el embarazo adolescente, la Secretaría de Salud (UAE en coordinación con la DGEGSR) realizó un análisis de aspectos económicos sobre el tema.

Con el fin de **coordinar con el sector educativo del nivel básico y medio superior una educación integral de la sexualidad** la SS trabajó con la Subsecretaría de Educación Media Superior de la Secretaría de Educación Pública en la realización de nueve fichas para el desarrollo de habilidades socioemocionales dirigidas a alumnos, personal docente y directivos, las cuales han sido difundidas a través de la página electrónica del Programa Construye T. Adicionalmente, para apoyar la capacitación continua de docentes y alumnos de este nivel educativo, conjuntamente con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), se elaboraron cinco infografías con temas de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, métodos anticonceptivos, anticoncepción de emergencia y Servicios Amigables. Asimismo, en coordinación con el Instituto Politécnico Nacional se

capacitaron 300 médicos pasantes para el ejercicio del Servicio Social, en temas de salud sexual y reproductiva, incluyendo Criterios Médicos de Elegibilidad de Métodos Anticonceptivos.

Durante 2016, la Secretaría de Salud destinó recursos del Ramo doce a 30 entidades federativas para capacitar a personal docente de educación media superior en 89 jurisdicciones sanitarias con altas tasas de embarazo en adolescentes, mediante esta acción se capacitaron poco más de 2,670 docentes en temas de salud sexual y reproductiva para adolescentes, con énfasis en la prevención del embarazo.

Con la finalidad de **promover la salud sexual y reproductiva responsable, así como la prevención del VIH y otras ITS** en 2015, el Programa de Acción Específico Respuesta al VIH, Sida e ITS a través del Ramo 12, distribuyó 14.4 millones de piezas de preservativos masculinos a las 32 entidades federativas, lo que representó un incremento de 38.8% respecto al año previo. Estos recursos se suman a los insumos adquiridos por las 32 entidades federativas. El apoyo federal, tiene como objetivo garantizar que estos insumos sean distribuidos a poblaciones con mayor riesgo y vulnerabilidad, por lo que los recursos estratégicos del programa federal, complementan la inversión estatal.

El Programa de acompañamiento que se realiza con enfoque de género, tiene como fin, romper barreras de acceso a servicios de salud para mujeres que viven con VIH; el Programa Operativo Anual 2016, contempla un monto de 3.6 millones de pesos destinados al traslado de mujeres con VIH, para ser atendidas en Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y Servicios de Atención Integral (SAI). Estos recursos financian el traslado y alimentación a mujeres que acuden a consulta periódica en 19 entidades federativas (Baja California Sur, Colima, Chihuahua, Ciudad de México, Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Michoacán de Ocampo, Morelos, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Yucatán y Zacatecas). El recurso se radicó en las entidades que informaron el número de mujeres beneficiadas, en los dos años previos; así como aquellos que no presentaron adeudos en el ejercicio de financiamiento federal de 2011 a la fecha. En el periodo 1 de septiembre de 2015 al 31 marzo de 2016, se estima un ejercicio de 3.2 millones de pesos.

Además, de septiembre de 2015 a agosto 2016, el Programa IMSS-PROSPERA capacitó a 96,228 adolescentes en primaria, 128,290 adolescentes en secundaria y 91,220 adolescentes en preparatoria en el tema de embarazo no planeado y prevención de las ITS y VIH; y se distribuyeron 904,772 condones a la población en general, de los cuales 335,009 fueron para adolescentes.

Dentro de la línea de acción que tiene como objetivo **garantizar abasto y oferta de métodos anticonceptivos e insumos para la prevención del VIH y otras ITS** la UAE trabajó de forma coordinada con el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA (CENSIDA) para desarrollar un Análisis de Impacto Financiero del Programa de Acceso Universal a Medicamentos Antirretrovirales de la SS, en el corto y mediano plazo, considerando la Guía para la atención de pacientes con VIH/Sida 2015."

Por otra parte, en el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 31 marzo de 2016, con el fin de prevenir nuevas infecciones en Personas Usuarias de Drogas Inyectables (PUDI), se asignaron recursos a once entidades federativas (Baja California, Colima, Chihuahua, Durango, Hidalgo, Michoacán de Ocampo, Nuevo León, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas y Zacatecas), para adquirir 930 mil jeringas. Por otra parte, el tratamiento antirretroviral (TAR) se cubre a través de un fideicomiso con fondos del SPSS, lo cual blinda este presupuesto en caso de recortes presupuestarios, y garantiza que todas las personas tengan acceso universal y gratuito al manejo con medicamentos, una vez que se realizó el diagnóstico. Al 30 de junio de 2016, en la Secretaría de Salud se encontraban 78,563 personas en tratamiento antirretroviral, a través del Fondo de Protección de Gastos Catastróficos del Seguro Popular, estimándose un gasto aproximado de tres mil millones pesos, para el 2016. Este presupuesto se blinda al ser otorgado a través de un fideicomiso que se actualiza anualmente con impuestos generales. El costo del manejo farmacológico por año por persona, es de 37 mil pesos. El acceso a servicio, medicamentos y exámenes de laboratorio es universal y gratuito para todas las personas que acuden a los servicios con diagnóstico confirmado.

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

Se tienen avances y consolidación de políticas públicas, y se ha mantenido la cobertura universal de acceso a medicamentos antirretrovirales y pruebas de laboratorio de manera gratuita en 138 CAPASITS y SAI. El abasto de medicamentos en las unidades de la Secretaría de Salud,

se ha mantenido en 98%, información consistente con la base de datos nominal del SALVAR.

México se ha comprometido para el año 2020, lograr la meta de 90% de detección, 90% de tratamiento y 90% de carga viral indetectable en personas que viven con VIH. Para ello, ha establecido metas a corto y mediano plazo y se han impulsado políticas fundamentales. La inversión anual en todo el sistema de salud, se incrementará de manera paulatina y acelerada en los próximos cinco años.

Se estima una inversión al 31 de agosto de 2016, de 95 millones de pesos para financiar 140 proyectos preventivos en coordinación con las Organizaciones de la Sociedad Civil. Se impulsa en este proceso, un concepto claro de rendición de cuentas como un elemento de gobernanza.

En 2016, se desarrolla el proceso de actualización de la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por virus de la Inmunodeficiencia Humana. Este documento tiene como objetivo establecer y unificar criterios de atención y garantizar su cumplimiento en materia de VIH y Sida en todo el sistema de salud público y privado, derivado de la magnitud y trascendencia de la epidemia que se clasifica como un grave problema de salud pública en México.

Con el propósito de **incrementar el acceso y utilización de servicios de salud sexual y reproductiva en mujeres y hombres** en el periodo de enero a agosto de 2016 para asegurar el abasto de las unidades médicas de la SS, se realizó por tercer año consecutivo, la compra centralizada de catorce métodos anticonceptivos por un monto de 892.9 millones de pesos, por lo que hoy en día todas las unidades médicas de la institución cuentan con métodos anticonceptivos temporales para la regulación de la fertilidad, incluyendo anticonceptivos reversibles de acción prolongada, como el dispositivo intrauterino y el implante subdérmico.

Las acciones impulsadas en la SS han contribuido al incremento de la cobertura del Programa de Acción Específico Planificación Familiar y Anticoncepción. Al 30 de junio 2016, se tienen registradas 4.2 millones de usuarias activas de un método anticonceptivo, lo que representa una cobertura de 50.1% del total de mujeres casadas o unidas de 15 a 49 años de edad que son responsabilidad de la SS.

Con la finalidad de **incrementar la cobertura de detección prenatal y tratamiento oportuno para prevenir la transmisión vertical del VIH y sífilis congénita**, México está alineado con la política global de los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS) y aprobó la estrategia global de ONUSIDA para lograr la primera generación libre de VIH sífilis para 2030. Para ello, se realizan acciones concretas, a partir de enero de 2016, se lleva un seguimiento nominal de mujeres embarazadas reactivas a prueba de VIH sífilis y se procura su ingreso inmediato a manejo médico y obstétrico, con la finalidad de acelerar su tratamiento. El compromiso sectorial se mantiene y es reducir la incidencia anualmente en un 16.9%, en el periodo 2013-2018.

Al cierre de 2015, se atendieron 782 mujeres embarazadas con prueba reactiva, las cuales recibieron tratamiento. Se registraron un total de 71 casos de VIH transmisión vertical de manera sectorial (61 en la SS, nueve en el IMSS y un caso en el sector privado), comparado con el cierre 2014, en el que se presentaron 94 casos, lo que representa una disminución de 28.2%. Se trabaja en un esquema coordinado de actividades intersectoriales, que permita unificar criterios de manejo, incrementar la detección y seguimiento de las mujeres embarazadas y reducir al mínimo el riesgo de transmisión vertical de VIH y sífilis congénita. Esto reduce el impacto de tener un sistema fragmentado.

Para **fomentar el embarazo saludable y un parto y puerperio seguros** en 2015, se elaboraron los Lineamientos Técnicos para la atención del embarazo saludable, parto seguro y recién nacido(a), los cuales están en proceso y se aplican para fortalecer las acciones en hábitos saludables entre las mujeres en edad fértil, y mejorar su estado de nutrición antes, durante y posterior al embarazo, para prevenir complicaciones y tener un periodo gestacional más seguro y saludable.

Asimismo, en los últimos años el Programa IMSS-PROSPERA ha instrumentado un modelo preventivo con enfoque anticipatorio de la muerte materna, lo que ha permitido lograr una disminución significativa en la razón de muerte materna.

De septiembre de 2015 a agosto de 2016, 181,385 embarazadas recibieron control prenatal; de ellas, 105,821 (58.3%) fueron incorporadas desde el primer trimestre. Destaca que en promedio cada embarazada recibió 7.1 consultas y se atendieron 113,723 partos, de los cuales el 93.9% se realizó de forma institucional por personal médico.

Con apoyo de la red de parteras en interrelación con el Programa, se realizaron más de 220 mil consejerías a mujeres y más de 35 mil nuevas aceptantes fueron derivadas a su unidad médica para la prescripción de un método de planificación familiar; aunado al seguimiento de la aplicación de métodos orales a más

de 40 mil personas. Asimismo, derivaron a casi catorce mil embarazadas menores de 20 años de primera vez a la unidad médica para control prenatal, derivaron a más de 4 mil mujeres para la adopción de métodos definitivos y atendieron más de 1,500 partos no complicados.

Como resultado, la RMM en 2015 fue de 19.5 defunciones maternas por 100 mil nacidos vivos estimados, equivalentes a 42 defunciones (información preliminar, sujeta a modificación), lo que representa una reducción de 1.2 puntos con respecto a la RMM de 20.7 por 100 mil nacidos vivos estimados, registrada en 2014 (45 defunciones).

En el marco de la Campaña de Salud Sexual y Planificación Familiar en Adolescentes y de la Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes, se capacitó a 50,195 adolescentes embarazadas, 49,604 asistieron a control prenatal y 25,589 atendieron su parto en los hospitales rurales. Para prevenir nuevos embarazos no planeados, se logró que 20,052 de estas adolescentes aceptaran un método anticonceptivo en el posparto y 1,226 en el posaborto.

En el mes de julio de 2016, la DGCHFR gestionó e impulsó la Estrategia de Implantación de los Módulos de Alto Riesgo Reproductivo en sus seis HFR, como resultado del esfuerzo conjunto y apoyo de la CCINSAHE, el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) y del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; con el propósito de capacitar al personal médico de los Hospitales Federales; y con apoyo de la DGIS para capacitar al personal de Sistemas de Información Hospitalaria, a fin de mejorar la calidad de la información relacionada con esta estrategia.

Para **fomentar la lactancia materna a través de acciones que contribuyan a incrementar la duración y el apego,** durante el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se realizaron las siguientes acciones:

- Se capacitaron a 811 profesionales de la salud de la SS, en todas las entidades federativas para fomentar entre las madres la duración y apego a la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, y en forma complementaria hasta los dos años de edad, que se suman a los 980 capacitados en el periodo anterior.

- Se capacitaron a 126 evaluadores externos de la Iniciativa de Hospital Amigo del Niño y de la Niña (IHAN), que se suman a los 239 previamente capacitados de todas las instituciones del SNS durante el periodo anterior.

- Se evaluaron de manera externa 35 hospitales: 19 de la SS, ocho del IMSS Ordinario, cinco del Programa IMSS-Prospera, uno del ISSSTE, uno del Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla y uno de la Cruz Roja, para ser incluidos en la IHAN, que se suman a los 26 hospitales evaluados en el periodo anterior.

- Se instalaron tres bancos de leche humana en las siguientes entidades federativas: Aguascalientes, Coahuila de Zaragoza y Quintana Roo.

Por su parte, el Programa MSS-PROSPERA implementó la Estrategia para el fortalecimiento de la lactancia materna, cuyos pilares son la capacitación del 100% del personal operativo, y la nominación de los Hospitales Rurales como Amigos del Niño y la Niña al finalizar el 2018. En el periodo, se capacitó a 4,228 miembros de los equipos de salud y en marzo y mayo de 2016 tres Hospitales Rurales en Coahuila de Zaragoza, fueron nominados por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva como "Amigos del Niño y la Niña".

También se realizó la Reunión Nacional de Parteras Voluntarias Rurales por la salud materna y perinatal con la asistencia de 939 parteras de Campeche, Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Puebla, Oaxaca, Veracruz de Ignacio de la Llave y Yucatán. En este encuentro se abordó como tema principal la lactancia materna para que favorezcan el apego y duración de dicha práctica.

Estrategia 1.6.

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

Con el objetivo de **promover el desarrollo de capacidades entre la población adolescente para la construcción de relaciones libres de violencia**, durante el período del 1 de septiembre de 2015 al 31 de mayo de 2016, la SS dio continuidad a la capacitación en 18 entidades federativas con tres intervenciones preventivas orientadas a población adolescente, consistente en la impartición de talleres de trabajo con esta población, con el fin de generar mecanismos de deconstrucción de roles y estereotipos de género que provocan conductas violentas, así como la difusión de

factores protectores para la identificación y resolución de éstas. Las cuales son:

- Prevención de la violencia en el noviazgo, orientada para mujeres y hombres adolescentes entre 12 y 19 años.
- Prevención de la violencia sexual en comunidad para mujeres adolescentes.
- Prevención de la violencia sexual en comunidad para hombres adolescentes.
- Se acreditaron 832 grupos, distribuidos en 208 grupos de hombres y 231 grupos de mujeres en prevención de la violencia sexual en comunidad y 393 grupos mixtos de prevención de la violencia en el noviazgo.

Con la finalidad de **desarrollar modelos y servicios de salud que respondan a las necesidades de la población adolescente**, durante el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, la Secretaría de Salud realizó las siguientes actividades:

- Se cuenta con 1,300 Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS) en operación a nivel nacional, donde se atiende a 23,600 adolescentes.
- Se llevó a cabo del 21 al 25 de septiembre de 2015, la Semana Nacional de Salud de la Adolescencia en las 32 entidades federativas, donde se promovió el desarrollo de actividades y espacios para favorecer una cultura de prevención basada en el desarrollo de actividades deportivas, recreativo-culturales y el otorgamiento de servicios integrales de salud para las y los adolescentes.
- Se realizaron cuatro reuniones del Grupo de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia (GAIA) a nivel federal y 179 a nivel estatal. Estas reuniones tienen una convocatoria interinstitucional e intersectorial.

Asimismo, de septiembre de 2015 a agosto de 2016 el Programa IMSS-PROSPERA continuó operando los CARA, espacios ubicados en cada una de las unidades médicas y hospitales rurales, para ser un contacto de educación en salud con y entre jóvenes. En el periodo, se mantuvieron activos 10,923 equipos juveniles, con 30,056 líderes adolescentes capacitados.

Con el fin de **promover la colaboración interinstitucional e intersectoriales para ofrecer actividades recreativas, productivas y culturales** la Dirección General Adjunta para la Coordinación de los Sistemas Estatales de Salud, apoya acudiendo en Representación de la Secretaría de Salud Federal a las Juntas de Gobierno de Cuerpos Colegiados como el Sistema Público de Radiodifusión del Estado Mexicano, el IMJUVE y la CONADE; espacios propicios para la difusión y apoyo de actividades culturales o recreativas en beneficio de la salud de la población mexicana.

Con el propósito de **promover la detección y atención oportuna de trastornos mentales y el riesgo suicida en adolescentes** el CRAE Hospital de Especialidades Pediátricas, mantiene sus acciones para la prevención del suicidio en la población infantil y de adolescentes y forma personal de salud en su curso de alta especialidad.

Se impartió en los SAP un total de ocho cursos en materia de suicidio y su relación con los trastornos mentales en adolescentes, con el propósito de dar a conocer aspectos sobre su prevención, detección y tratamiento.

En la Subdirección de Hospitalización y Atención Psiquiátrica Continua del INPSIQ se atiende a los pacientes que presentan los trastornos mentales más frecuentes como Trastornos de Ansiedad (Trastorno de Pánico y Ansiedad Generalizada), Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Bipolar, Trastornos Psicóticos (Esquizofrenia) y Trastornos por Uso de Sustancias (alcohol, cannabis, cocaína) comórbidos con trastornos mentales. En este último punto es frecuente que el paciente curse con algún trastorno psicótico (esquizofrenia) o trastorno bipolar, que se exacerbe por el uso de sustancias. Por medio de los Servicios y Clínicas de Subespecialidad con los que cuenta la Consulta Externa, se realiza la detección oportuna de necesidades de atención en las y los usuarios en cuanto a trastornos relacionados con la salud mental, la psiquiatría y las adicciones.

Asimismo, se concluyó el estudio longitudinal de adultos jóvenes entre 19 y 26 años que en la primera medición tenían entre 12 y 17 años, los datos se compararon con los adultos jóvenes entrevistados en 2001. Se encontró que para los adultos jóvenes que tienen entre 19 y 26 años, la prevalencia alguna vez fue de 15.7% para ideación, 5.4% tenían un plan, y 6.7% habían intentado quitarse la vida. La prevalencia de doce meses fue: 4.0% ideación, 1.7% plan y 1.5% intento. Con la excepción de ideación alguna vez que mostró un aumento significativo en el índice de ideación (12.7%), estas prevalencias no son estadísticamente diferentes de las prevalencias de los jóvenes de 19 a 26 años en la Ciudad de México del año 2001. Dentro de esta misma línea se lleva a cabo una propuesta con el fin de obtener financiamiento para realizar una

investigación para conocer el desarrollo y validación de un método de bajo costo para detectar riesgo suicida y otros riesgos asociados en grandes poblaciones universitarias. Esta propuesta parte de una iniciativa internacional, coordinada por la Universidad de Harvard e incluye población universitaria de Estados Unidos, España, Bélgica, Sudáfrica y México.

Se continúa dando asesoría a la Secretaría de Salud de Campeche en el tema de suicidio desde un punto de vista multidisciplinario y se continúa la asesoría en el Estado de Aguascalientes para elaborar un programa de diagnóstico de riesgo suicida en jóvenes; se derivarán recomendaciones para programas de acción e intervención para la promoción de la salud emocional en niños.

Como Centro Colaborador de la OMS/OPS, se trabajó y publicó sobre el tema entre consumo de cannabis y las tendencias suicidas y se participa actualmente en una propuesta internacional sobre alcohol y suicido.

Con el objetivo de **promover la detección oportuna del hostigamiento escolar (bullying) entre adolescentes, para su atención** en la Estrategia Nacional para la Prevención del Acoso Escolar y otros Tipos de Violencia desde la Perspectiva Familiar Comunitaria, se realizaron cinco asesorías a 22 Sistemas Estatales DIF sobre el Curso-Taller "Espacios de Convivencia e Interacciones Saludables en el Individuo, la Familia y la Comunidad", a través de redes comunitarias. En quince Sistemas Estatales DIF, se reportaron 64 redes comunitarias en procesos de conformación en fase dos "Promoción e Integración grupal", en las que se realizaron pláticas dirigidas a 975 niñas y 533 niños; 1,138 mujeres y 1,029 hombres y a 852 adultas mujeres y 290 adultos hombres, así como actividades culturales y deportivas que favorecieron a 712 niñas y 246 niños; 490 mujeres adolescentes y 155 hombres adolescentes; 44 mujeres adultas y 23 hombres adultos.

Dentro de la fase tres de la intervención comunitaria "Participación Planeada", se conformaron 34 redes comunitarias a nivel nacional que operan en siete Sistemas Estatales DIF, con el apoyo de 432 Promotores Comunitarios: 322 mujeres y 110 hombres.

Derivado del resultado del trabajo de los Promotores Comunitarios, se realizaron talleres en los que se beneficiaron a 26 niñas y 19 niños; 43 mujeres adolescentes y 33 hombres adolescentes y 317 mujeres adultas y 75 hombres adultos, además a través de pláticas se favorecieron 105 niñas y 180 niños; 140 mujeres adolescentes y 168 hombres adolescentes, así como 287 mujeres adultas y 48 hombres adultos, así mismo mediante actividades culturales y deportivas se beneficiaron a 116 niñas y 196 niños; 166 mujeres adolescentes y 195 hombres adolescentes y 117 mujeres adultas y 18 hombres adultos.

Derivado de la suscripción del convenio con la Universidad Autónoma de Estado de México (UAEM), se participó en dos diplomados, uno sobre Acoso Escolar en modalidad virtual con una afluencia de 34 servidores públicos del DIF Estado de México y otro denominado "Cultura de la Paz para la Convivencia Escolar", en el que se inscribieron 23 servidores públicos de diez Sistemas Estatales DIF.

Estrategia 1.7.

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

Con la finalidad de **implementar acciones para el cuidado y la atención oportuna de personas adultas mayores en coordinación con otros programas sociales**, la CNPSS promovió entre este grupo de la población la afiliación al SPSS; por lo que de septiembre de 2015 al mes de mayo de 2016, el número de adultos mayores incorporados al Sistema, pasó de 5.2 millones de personas a 5.6 millones.

Con el objetivo de **cerrar brechas de género en comunidades que garantice envejecimiento saludable** y con el propósito de contribuir al envejecimiento saludable en sus comunidades beneficiarias, el Programa IMSS-PROSPERA diagnosticó y brindó consejería y orientación nutricional a mil personas adultas mayores en unidades médicas del Programa, integrando una Red de Apoyo conformada con 250 adolescentes capacitados como apoyo informal al adulto mayor.

Con el propósito de **fortalecer la prevención, detección y diagnóstico oportuno de padecimientos con énfasis en fragilidad, síndromes geriátricos y osteoporosis y caídas**, se llevan a cabo acciones de prevención, detección y diagnóstico oportuno a través del área de Geriatría del HRAEV.

En el HRAE Ciudad Salud, el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca (HRAEO) y el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán (HRAEPY), no sólo prestan servicios a un alto porcentaje de pacientes

mayores de 65 años sino que representan en algunos casos, la alternativa regional para padecimientos complejos reduciendo las necesidades de traslado de pacientes a otras ciudades principalmente la Ciudad de México.

En colaboración con el Instituto Nacional de Geriatría (INGER), se ha capacitado al personal de los servicios del CRAE Ciudad Salud para la organización de la prestación a los usuarios de edad geriátrica. En el vigésimo primer periodo, concluyó la primera generación capacitada en Geriatría y Rehabilitación de 20 médicos y enfermeras con un curso de especialidad para contar con este tipo de personal.

En el HRAEPY, se cuenta con un curso de especialidad de geriatría avalado por la Universidad Autónoma de Yucatán, el que al contar con las plazas necesarias de residentes, formarán al personal necesario para prestar atención a la población de la región.

El pasado mes de abril de 2016 el INGER publicó el artículo "Predictive Value of Frailty Indices for Adverse Outcome in Older Adults" [18] (Valor de diferentes índices de fragilidad para predecir desenlaces adversos en adultos mayores).

En el Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra (INRLGII) se lleva a cabo el programa "Clínica de Rehabilitación en Osteoporosis" creado con el objetivo de brindar a la población mexicana con osteoporosis, un tratamiento integral de excelencia proporcionado por un equipo multidisciplinario. En este programa se han atendido en el período que se informa a 1,190 pacientes.

Asimismo, el INRLGII ha implementado el programa 80-90 con el objetivo de dar atención de calidad y calidez mediante un equipo profesional capacitado, para prevenir la discapacidad o reducir su impacto en este grupo etario. Durante el período septiembre de 2015 a marzo de 2016 se han atendido a 598 pacientes.

El Hospital Juárez de México (HJM) cuenta con una clínica multidisciplinaria que atiende los casos con perfil geriátrico en forma integral en la consulta externa y hospitalización; los servicios de biología de la reproducción y de reumatología estudian y tratan pacientes con osteoporosis y se atienden pacientes con caídas; además aplica un programa de prevención de éstas en hospitalización como parte de la seguridad del paciente.

Dentro de la estrategia para **ampliar la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento oportuno en materia de salud mental** en el apartado de promoción de la salud mental en personas adultas mayores, en los SAP se impartió un total de dos cursos en los cuales se contó con 39 asistentes.

En mayo de 2016, en el INGER se inició el Diplomado virtual "Alzheimer y otras demencias", dirigido a profesionales de la salud. Cuenta con tutores de neurogeriatras, psicogeriatras y otros profesionales de la salud con amplia experiencia en la salud mental de los adultos mayores. Participan la Federación Mexicana de Alzheimer y la Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares. Cabe señalar que conforme a la ENSANUT 2012, en México existen 800 mil personas afectadas por demencia y se calcula que para 2050 se alcanzará la cifra de tres millones.

El INPSIQ continúa trabajando en los diez Centros de Salud de las delegaciones de Tlalpan y Coyoacán en un modelo de intervención breve para la disminución de síntomas depresivos y ansiosos y su impacto en el control de variables metabólicas en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II y Obesidad. Para el mes de agosto se atenderá a más del 30% de los pacientes que se encuentran en centro metabólico. Así mismo, los pasantes de servicio social tanto de medicina como de psicología, se capacitarán para la atención de estos pacientes.

Para **incrementar las acciones de promoción de la salud para lograr el autocuidado de las personas adultas mayores** promover un envejecimiento activo y saludable, al 31 de agosto de 2016, se han integrado 32 Comités Estatales de Atención al Envejecimiento (COESAEN). Con ello, se garantiza la coordinación sectorial e interinstitucional de acciones que favorezcan la atención de las personas adultas mayores con cobertura en las 32 entidades federativas. Asimismo, se alcanzó el 100% de las metas establecidas en la aplicación de la Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE).

Del 25 al 30 de octubre de 2015, se llevó a cabo la Semana de Salud para Gente Grande, logrando un avance del 87.2% de las metas, en comparación del año anterior, destacando 784,316 acciones de promoción de la salud; 3,616,818 detecciones y 3,616,517 intervenciones para el control de enfermedades. Asimismo, de enero a agosto de 2016, se aplicaron 6,025,177 dosis de vacunas contra influenza, en adultos mayores sin seguridad social.

[18] Mario Ulises Pérez-Zepeda, Matteo Cesari, Carmen García-Peña. Predictive Value of Frailty Indices for Adverse Outcomes in Older Adults. Revista de Investigación Clínica. Marzo-abril 2016. Vol. 68, Número 2.

En 2016, en el marco del Programa de Acción Específico Atención del Envejecimiento se implementó la aplicación del cuestionario de "Riesgo de fracturas por osteoporosis", logrando 17.6% de cobertura en personas de 50 años y más.

Con el objetivo de **fortalecer la acción institucional y social organizada para la atención comunitaria de las personas adultas mayores** se prestan servicios médicos con la misma calidad y eficiencia a todos los grupos etarios, con independencia de su condición social o laboral. En ellos se cuenta con la especialidad en Geriatría que ofrece atención especializada a la población de adultos mayores.

En el INGER se desarrolló el Primer Consenso Mexicano de Vacunación en el Adulto, el cual se llevó a cabo los días 7 y 8 de abril de 2016 en la Ciudad de México con el objetivo de reunir a un grupo de expertos en vacunación en adultos para crear un consenso sobre la nueva generación de vacunas para el adulto y generar un documento de posición a ser publicado y difundido en la comunidad médica.

El 9 y 10 de abril se llevó a cabo en la Ciudad de México la Cumbre Latinoamericana para la promoción de la inmunización de los adultos mayores, organizada por la Federación Internacional de Envejecimiento (IFA), en colaboración con en INGER y el INSP. Participaron Brasil, Chile, Colombia, Cuba y Uruguay. El objetivo fue intercambiar buenas prácticas para entender mejor el tema y crear soluciones que resulten en mejores índices de vacunación en adultos en América Latina y el resto del mundo. Todo ello, a través de la recién creada Coalición Mundial para la Vacunación en el Adulto.

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

Estrategia 2.1.

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

Con el objetivo de homogenizar y mejorar el desempeño de los servicios de salud se consensó el documento de arranque del "Modelo de Atención Integral en Salud (MAI)" y se publicó en septiembre de 2015 con un tiraje de diez mil ejemplares, basado en la atención centrada en la persona, familia y comunidad, como lo indica la Atención Primaria de Salud.

Con el objetivo de **promover un modelo de atención integral a la salud común para todo el Sistema Nacional de Salud** los HRAE brindan más de 425 mil consultas médicas y cerca de 30 mil egresos, con un alto porcentaje de ellos por mejoría, llevando la alta especialidad a la población de 16 estados que conforman las regiones en las que se ubican.

La importancia que se da a la calidad de la atención ha favorecido que se cuente con 91 servicios acreditados para los padecimientos considerados en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, incluyéndose los servicios a pacientes provenientes de otras instituciones de las redes de servicios de salud de las regiones en las que se ubican a través de la referencia y contrarreferencia de pacientes.

En el HRAEI se han firmado convenios y atendido a pacientes referidos fortaleciendo sus relaciones con los SESA, apoyando la resolución de las necesidades de la población en la región.

El Comité de Calidad y Seguridad del Paciente del Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIM) se reunió en cinco ocasiones de manera ordinaria; los asuntos aprobados fueron: Memoria Institucional 2015 y el Programa de Calidad y Seguridad del Paciente 2016. Se dio seguimiento a ocho acuerdos, seis metas internacionales y 35 indicadores centrados en los estándares de certificación. Se tomó conocimiento de los informes de los Comités, Subcomités y Grupos de Trabajo que se mencionan a continuación: Mortalidad; Expediente Clínico; Auditoría Médica, Detección y Control de Infecciones Nosocomiales; Trasplantes; Medicina Trasfusional; Protección Civil y Desastres, Farmacia y Terapéutica, Farmacovigilancia, Grupo Gestión de la Calidad de la Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Hospitales Verdes y Saludables.

El INER diseñó lo que se dominó el Triángulo de la calidad mismo que consta de tres ejes principales: Implementación del Sistema de Gestión de Calidad Institucional el cual será evaluado a través del Premio Nacional de Calidad; Certificación Hospitalaria bajo los estándares establecidos por el Consejo de Salubridad General y además participación en el Programa Hospital Seguro Frente a Desastres.

Para **actualizar los mecanismos y modalidades de prestación de servicios que favorezcan el acceso efectivo a los servicios de salud** y con respecto al Programa de Intercambio de Servicios, en el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016, la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) llevó a cabo lo siguiente:

- El registro ante la Comisión Interinstitucional para la Operación del Acuerdo General de Colaboración de Intercambio de Servicios en el Sector Salud de los convenios específicos en Baja California Sur, Chihuahua, Durango, Querétaro, Sinaloa, Tabasco y Yucatán, lo cual representa un incremento en tres entidades con respecto del periodo anterior.

- El análisis de la oferta y la demanda, por tipo de unidad médica, de las instituciones participantes (SS, SESA, IMSS e ISSSTE), a partir del cual se identificaron intervenciones susceptibles de intercambio en 30 entidades federativas.

- Derivado de la Séptima Reunión Ordinaria de la Comisión Interinstitucional para la Operación del Acuerdo General de Colaboración de Intercambio de Servicios en el Sector Salud, el 23 de febrero de 2016 se actualizaron las tarifas del Catálogo Nacional de Servicios, Intervenciones, Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, y Tabulador de Tarifas Máximas Referenciales y se aprobó su reorganización, para quedar conformado por 715 intervenciones.

- Se realizaron talleres institucionales e interinstitucionales de intercambio de servicios en Campeche, Chihuahua, Michoacán de Ocampo, Nuevo León y Tamaulipas como parte de las acciones de asesoría y seguimiento en favor de la suscripción de convenios específicos de intercambio en las entidades federativas.

- Se realizaron reuniones de difusión y asesoría referente al programa para los estados de Campeche, Chiapas, Colima, Guerrero, Michoacán de Ocampo, Morelos, Nuevo León, Querétaro, San Luis Potosí y Sonora.

Como parte de los mecanismos y modalidades del intercambio de servicios no planificado entre las distintas instituciones de Sistema Nacional de Salud, desde el año 2011 se cuenta con el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, integrado en la actualidad por un total de 466 unidades médicas resolutivas de las tres instituciones IMSS, el Programa IMSS-PROSPERA, ISSSTE y Salud, distribuidas en las 32 entidades federativas.

El Convenio tiene como objetivo proveer servicios médicos con oportunidad y capacidad resolutiva a las mujeres que presenten una emergencia obstétrica y a sus recién nacidos sin importar su derechohabiencia o afiliación, eliminando las barreras para el acceso efectivo.

El total de atenciones registradas del 1 de diciembre de 2012 al 15 de Julio de 2016, por las tres instituciones en el Sistema de Registro de Emergencias Obstétricas (SREO), acumuladas a la fecha es de 3,502 (2,205 madres y 1,297 recién nacidos). Esta atención expedita se presta sin condicionamiento a algún esquema de aseguramiento o derechohabiencia en cualquiera de las tres instituciones del Sector Salud IMSS, el Programa IMSS-PROSPERA, ISSSTE o SS.

El 12 de Noviembre de 2015, se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF), el decreto por el que se adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, de la Ley del Seguro Social y de la Ley del ISSSTE, para la prestación expedita de la atención a mujeres embarazadas que presenten una urgencia obstétrica, solicitada de manera directa o a través de referencia de otra unidad médica, en unidades con capacidad para la atención, independientemente de su derechohabiencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.

De esta manera, durante el periodo comprendido entre el 1 de septiembre de 2015 al 29 de junio de 2016, se han brindado un total de 1,024 atenciones, en 646 madres y 378 en recién nacidos.

Por otra parte, para ampliar la oferta y ofrecer certeza de la calidad de la atención, los HRAE han mantenido como objetivo permanente la acreditación de sus servicios en los diversos padecimientos cubiertos por el Fondo de Protección contra Gastos catastróficos, ejemplo de esto es que en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB) se ha consolidado con 21 acreditaciones a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, así como la acreditación del Seguro Médico Siglo XXI (SMS-XXI), y del CAUSES, consolidando sus servicios dando cumplimiento a los más altos estándares de atención.

El HRAE Ciudad Salud acreditó la atención de padecimientos del CAUSES dentro del programa REPSS asegurando la cobertura de atención de pacientes adultos afiliados al Seguro Popular, así como también mantiene acreditados todos los gastos catastróficos para la población adulta.

En el HRAEPY se realizan reuniones mensuales con la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) donde se establecen los lineamientos para una atención estandarizada en los hospitales que conforman la red hospitalaria de hospitales federales.

En el HRAEI se ha consolidado la cobertura de atención a pacientes a través con Seguro Popular, Gastos Catastróficos, y Siglo XXI.

Asimismo, la Dirección de Gestión de Peticiones Ciudadanas y Promoción Social gestiona las peticiones en materia de salud que realiza la ciudadanía a través de la Dirección General de Atención Ciudadana de la Presidencia de la República y las presentadas directamente en la oficina de la Secretaría de Salud. Del 1 de septiembre de 2015 al 29 de abril de 2016 se han gestionado un total de 4,460 peticiones.

En el año 2015, se tramitaron ante las diversas unidades administrativas y órganos descentralizados de la Secretaría de Salud, 7,587 peticiones ciudadanas; de éstas 3,984 se recibieron de la Dirección General de Atención Ciudadana de la Presidencia de la República, 434 se recibieron de la Oficina del Secretario de Salud, 398 se recibieron en la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social, 436 se recibieron directamente en la Dirección de Gestión de Peticiones Ciudadanas y Promoción Social, 385 se recibieron a través de la Cámara de Diputados, 503 a través de la Cámara de Senadores y 1,447 se recibieron por medio del Sitio Web de la Secretaría de Salud en su liga electrónica denominada Contacto Ciudadano.

Se dio atención, gestión y seguimiento a las peticiones ciudadanas asignadas a la Secretaría de Salud, captadas por los diferentes canales y se remitieron todas las solicitudes procedentes a las distintas Unidades Administrativas Centrales, Órganos Desconcentrados, Hospitales e Institutos de Salud de esta Secretaría, así como a las Secretarías Estatales de Salud; además, se ha trabajado para fortalecer los vínculos con estas instancias para optimizar el seguimiento de las peticiones ciudadanas. La gestión de dichas peticiones se cumplió en tiempo y forma, conforme a lo establecido en las Reglas de la Dirección General de Atención Ciudadana de la Presidencia de la República.

La Dirección de Gestión de Peticiones Ciudadanas y Promoción Social, es evaluada de forma mensual por la Dirección General de Atención Ciudadana de la Presidencia de la República, en relación al grado de cumplimiento brindado a las diversas peticiones remitidas para la atención de esta Secretaría de Salud.

A través de dicha actividad, se incrementó el nivel de respuesta de las peticiones ciudadanas, así como el seguimiento a las mismas, viéndose reflejado en las evaluaciones que fueron emitidas por la Dirección General de Atención Ciudadana de la Presidencia de la República, dando un promedio anual de 9.9.

La Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social a través de la Dirección General Adjunta para la Coordinación de los Sistemas Estatales de Salud, coadyuva en el vínculo con las Secretarías de Salud Estatales para el óptimo desarrollo de diversos proyectos en materia de Salud y es el puente de comunicación para solventar temas relacionados con atención ciudadana en las entidades federativas. Además, da seguimiento diario a los Congreso Estatales de Salud para identificar las iniciativas en materia de salud, así como la atención mediática a los principales actores involucrados en el Sistema Nacional de Salud para la pronta identificación de temas neurálgicos que pueden ser de nuestra competencia.

Se realizaron diversas actividades para impulsar la aprobación de diversas reformas en materia sanitaria en las temáticas correspondientes a políticas de salud relacionadas con acceso a los servicios de salud, entre ellas, la entrada en vigor del Decreto por el que se declara el día 9 de mayo de cada año como el Día Nacional de la Salud Materna y Perinatal.

Con la finalidad de favorecer el acceso efectivo a los servicios de salud de primer y segundo nivel, de septiembre de 2015 a agosto 2016, el Programa IMSS-PROSPERA otorgó 17,559,940 consultas médicas, atendió 997,460 urgencias, 234,665 egresos hospitalarios, 103,829 intervenciones quirúrgicas con un 83% de ocupación hospitalaria. Asimismo, se realizaron 9,941,501 estudios de laboratorio y 345,571 estudios de rayos X.

Para acercar los servicios de tercer nivel y cirugías de alta especialidad a la población vulnerable y sin acceso a seguridad social, el Programa IMSS-PROSPERA dio continuidad a los Encuentros Médico Quirúrgicos (EMQ), con apoyo del IMSS en su régimen obligatorio. En el periodo se realizaron quince de ellos: cuatro de Oftalmología, cuatro de Ginecología Oncológica, tres de Cirugía Reconstructiva, dos de Urología y dos de Cirugía Pediátrica, con la valoración de 11,508 personas y 4,050 procedimientos quirúrgicos.

Para **fortalecer los recursos para la salud que permitan mejorar la capacidad resolutiva en las unidades de atención** se organizó el Primer Congreso de los HRAE, al que se inscribieron cerca de 600 participantes de todos los hospitales y de instituciones de salud de la Ciudad de México, contándose con aproximadamente 400 asistentes. Se tocaron importantes temas relativos con enfermedades emergentes como el chikungunya; la atención de diabetes, padecimientos cardiovasculares, entre otros.

Los HRAE tienen cursos de especialidades troncales y cursos de alta especialidad con más de 300 residentes en formación.

En HRAEB se cuenta con cinco programas de residencias médicas troncales dos de ellos con reconocimiento del Programa Nacional de Posgrado de Calidad del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), además de 6cursos de posgrado de alta especialidad.

El HRAE Ciudad Salud logro re instalar la Red de Atención Médica dentro de los distintos niveles de atención estatal, para asegurar la atención oportuna de los pacientes Referidos, en conjunto con la Secretaria de Salud del Estado de Chiapas.

En 2015, en el HRAEO rotaron 30 médicos residentes provenientes de otras Instituciones de salud. En el periodo se realizaron 49 sesiones clínicas y 49 sesiones generales de termas diversos. Se llevaron a cabo 19 eventos de educación médica continua. Se celebraron nueve convenios con diversas Instituciones formadoras para la creación de campos clínicos y de servicio social de diversas licenciaturas.

En el HRAEV se cuenta con las especialidades y la infraestructura para dar solución a las necesidades de

los pacientes con cursos únicos en el estado. Así mismo, se tienen cursos avalados por la UNAM y la universidad del estado que por las restricciones económicas no se ha podido abrir como son las especialidades de medicina interna y de medicina del paciente en estado crítico y neonatología.

La formación de recursos en el HRAEI se basa en que se integran los cursos en función del análisis morbimortalidad de la región y de acuerdo a las patologías acreditadas.

A inicios de octubre de 2015 se concluyó la remodelación de la sala de hemodiálisis del servicio de nefrología del Hospital General de México (HGM), junto con la sustitución de máquinas de hemodiálisis de la marca PISA (antes FRESENIUS).

El 6 de enero de 2016, el Presidente de la República inauguró la nueva Torre Quirúrgica del HGM, en la cual se dispone de 16 salas de cirugía, incluyendo la denominada Quirófano híbrido, 118 camas y los siguientes servicios; Cirugía General, Trasplantes, Cirugía de Corta Estancia, Ambulatoria, Gastrología, Endoscopia, Terapia Intensiva y Terapia Intermedia. Construida en un terreno de 5,205 m², con una construcción total de 15,417 m² con planta baja, cuatro niveles y azotea.

Se remodeló el piso de cirugía pediátrica, área de Consulta Externa, en la que se contempla la Clínica de diabetes mellitus y obesidad del HGM.

En octubre de 2015, la Torre Médica de Especialidades del Hospital General "Dr. Manuel Gea González", inició operaciones con la puesta en marcha de los Quirófanos Centrales, y los servicios de Cirugía General, Cirugía Plástica, Cirugía de Corta Estancia y Medicina Interna; además se adquirió equipo médico y mobiliario por un monto de 27,308.2 miles de pesos

El 23 de marzo de 2016 el Titular de la Secretaría de Salud inauguró la sala de espera de Urgencias del Hospital de la Mujer (HM) con la colaboración de las Fundaciones EnCompañía y Banorte. Estas instalaciones son un modelo innovador e integral donde los pacientes y sus familiares gozarán de actividades educativas y de esparcimiento.

El Programa HIM es único en su tipo en el país en la edad pediátrica, ya que se efectúan de corazón, hígado, riñón, córneas y médula ósea; es el centro de trasplantes en niños más activo y con mejores resultados. En el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016 se realizaron 60 trasplantes.

El equipo de cirujanos de trasplantes del HIM, acudió a diferentes hospitales de la Ciudad de México para realizar la procuración de diferentes órganos en quince ocasiones, algunos de éstos se trasplantaron en esta Institución.

En apoyo al programa de trasplante renal del HIM, se atendieron 340 pacientes a quienes se les practicaron 3,950 procedimientos de hemodiálisis. Cabe destacar que en el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016 en el HIM se realizaron 985 mil estudios diversos para la atención de 225 mil pacientes. El Laboratorio clínico recibió del Programa de Aseguramiento de la Calidad, el máximo reconocimiento denominado Galardón "Rey Pacal XXV", con excelencia entre los más de 3,200 laboratorios participantes.

El INSP, durante el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016 dio seguimiento a las acciones del proyecto: Diseño e implementación de un modelo de atención y vigilancia epidemiológica para la mejora de los servicios de atención maternal y perinatal cuyo objetivo es el diseño, implementación y evaluación de un modelo integral para mejorar los servicios de salud materna y perinatal orientados a la reducción de mortalidad materna y perinatal y la discapacidad que se origina en este periodo.

El INSP también inició el proyecto: Mejora de la calidad en la atención al parto institucional a través de la lista de verificación para parto seguro cuyo objetivo es evaluar la implementación y los efectos de la "lista de verificación de parto seguro" de la OMS en México.

Para **fortalecer modelos de atención médica a distancia que favorezcan el acceso efectivo a servicios de salud** "El Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC-Salud) desarrolló el Modelo de Equipamiento en Unidades Médicas Móviles (UMM) con el fin de fortalecer la confirmación diagnóstica de algún padecimiento o padecimientos entre los profesionales de la salud a través de la obtención e intercambio de datos e imágenes entre las unidades de salud integradas a la red y las UMM, reduciendo así las visitas innecesarias de pacientes a los hospitales de especialidad de segundo y tercer nivel y mejorando la utilización de los recursos de salud.

El CENETEC-Salud llevó a cabo el Congreso de Telesalud Región de las Américas en Puerto Vallarta, Jalisco del 7 al 9 de octubre, el cual tuvo como objetivo el ser un espacio de convergencia para fomentar la adopción y el desarrollo de las Tecnologías de la Información y la Comunicación en el ámbito de la telesalud, con el fin de que los programas en la materia, puedan ser registrados monitoreados y evaluados. Se contó con la participación de 800 asistentes provenientes de 23 estados de la República, así como de representantes internacionales de países como: Perú, España, Brasil, Chile, Costa Rica, Argentina, Panamá,

Colombia y Venezuela. En el marco del congreso se llevaron a cabo trece ponencias magistrales, tres reuniones, dos talleres, seis mesas de discusión, once stands de exposición tecnológica y trece trabajos libres presentados en cartel.

Por otra parte, en el CRAE, Hospital de Especialidades Pediátricas, se estableció un vínculo con el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (INC), para la revisión de casos clínicos de pacientes pediátricos con patología cardiaca.

En el HRAEPY se realizan reuniones mensuales con la CCINSHAE donde se establecen los lineamientos para una atención estandarizada en los hospitales que conforman la red hospitalaria de hospitales federales.

En el HRAEI se cuenta con la infraestructura necesaria para la dar la atención a través de la red digital (Telemedicina).

Con la finalidad de **adecuar los servicios de salud a las necesidades demográficas, epidemiológicas y culturales de la población** los HRAE otorgan atención a población que acude con padecimientos complejos que se presentan en las entidades en las que se ubican como son la diabetes mellitus, padecimientos cardiovasculares y neoplasias que permanecen como las primeras causas de atención.

En el CRAE Hospital de Especialidades Pediátricas, se mantuvieron acciones de atención a pacientes migrantes que ameritan atención de alta especialidad a través de las redes de apoyo con sus unidades consulares para asegurar la atención médica oncológica del paciente.

En el HRAE Ciudad Salud, se estableció la difusión de las características de la atención a pacientes con patologías complejas de baja frecuencia, para incrementar la participación en los procesos de atención de la población marginada indígena se ha asegurado el conocimiento de sus derechos en dos lenguas como son tzotsil y tzeltal.

Se destaca la organización en el HRAEO de los servicios médicos cuya planeación es programada con base a la morbimortalidad hospitalaria, causas de atención por egreso, consulta, mortalidad, entre otros en tercer nivel de atención, aunado a la caracterización de las redes de servicios de salud del estado de Oaxaca.

A fines de septiembre de 2015, se inauguró la nueva Ludoteca, obra patrocinada por el Patronato del HGM; donde atienden a la población infantil y se realizan actividades de acuerdo a su padecimiento con el apoyo de personal en Servicio Social en Puericultura.

Durante el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016 el INSP continuó con el desarrollo del proyecto: **Modelo de Gestión de Atención Primaria en Salud para Disminuir las Hospitalizaciones Evitables por Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial en México** que tiene como objetivo implementar un sistema de costos de la calidad (SCC) que contribuya a mejorar la eficiencia del sistema de salud mexicano mediante la minimización de los costos evitables. El SCC contribuirá a identificar, medir y analizar los costos de la no calidad, procurando que tiendan a cero.

Asimismo, el INSP inició y continuó con las acciones del proyecto: **Efectos de la Cohesión Social sobre el Aprovechamiento de los Servicios de Salud en Chiapas,** para identificar las causas del no aprovechamiento de oportunidades en los servicios de salud; así como las dimensiones de cohesión social y vulnerabilidad relacionadas con la situación de afiliación y uso de los servicios de salud en la población de Chiapas.

Para **fortalecer las acciones de donación de órganos y los trasplantes** en el CRAE Hospital de Especialidades Pediátricas, se realizó en el mes de marzo un curso informativo de enfermedad renal crónica y trasplante renal en niños, dirigido a la población general para fomentar la donación de órganos de donador vivo relacionado. Como resultado de este evento se inició el protocolo de trasplante renal de donador vivo relacionado a tres pacientes atendidos en el hospital. Destaca que en el mes de abril se realizaron los dos primeros trasplantes de donador fallecido en la Institución, logro de las acciones de fomento a la donación altruista.

Por su parte, en el HRAE Ciudad Salud se realiza actualmente trasplantes renales y se cuenta con un área específica área para el seguimiento de los pacientes y se trabaja en la concientización de la importancia de la donación de órganos a través de constantes actividades sociales, involucrado a la sociedad en esta participación.

En el HRAEB el personal realizó más de 80 trasplantes renales, con un 40% de donadores vivos, mostrándose un avance en la captación de donadores no relacionados. Se ha iniciado con trasplantes de hígado y de médula ósea, lo que hará que las opciones de atención para la población del Bajío sean más amplias.

La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) ha reconocido al HRAEB como centro de excelencia en la materia, con la autorización del curso de alta especialidad de trasplantes, primero en la región. Se inició la procuración de órganos en el HRAEO, en marzo de 2016 se consolidó plantilla de tres cirujanos trasplantólogos y se llevó a cabo el primer trasplante renal, exitoso en el hospital. Lo anterior como resultado de que se firmó en

2015 un convenio de apoyo con el Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA), además se realizaron otros tres trasplantes renales, pues se fortaleció el programa de trasplante de donador vivo relacionado.

El servicio de trasplantes del HRAEPY lleva a cabo entrevistas con familiares de potenciales donadores de órganos para su sensibilización y se promueve la aceptación de donación de órganos y tejidos.

En el HRAEV se cuenta con el área de trasplantes que está enfocada a la promoción de la cultura de la donación de órganos.

En el proceso establecido en el HRAEI, cuando se detecta al posible donador se avisa al grupo de procuración quien se acerca con los familiares para solicitar la donación de órganos o tejidos, logrando la donación en un 95% de los casos. Ya se inició trasplante de tejido óseo y córnea, y se dará el inicio a la realización de trasplantes renales en adultos y se hará la solicitud de acreditación de trasplante renal pediátrico.

El HJM, realiza sobre todo dos tipos de trasplantes: de córnea y de riñón. En marzo de 2016 realizó el primer trasplante cruzado entre dos parejas de donador-receptor.

En los Hospitales Federales de Referencia (HFR) se promueve la donación altruista de órganos de cadáver y se procura la donación de órganos en otras Unidades.

Para contribuir a garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a los mexicanos con independencia de su condición social o laboral, el CENATRA en el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 27 de abril de 2016, en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos, reportó 1,237 trasplantes renales de donador vivo y 492 de donador fallecido, lo que arrojó un total de 1,729 trasplantes.

Entre los múltiples tipos de trasplantes se reportaron 1,690 de córneas nacionales y 559 de córneas importadas, mismo que sumaron un total de 2,249.

En lo que corresponde a la donación de órganos y/o tejidos, de septiembre de 2015 al 27 abril de 2016 se reportaron 1,302, de los cuales 307 corresponde a donaciones concretadas con diagnóstico de muerte encefálica y 995 reportes de donaciones concretadas con diagnóstico de paro cardiaco irreversible.

En materia de capacitación y enseñanza durante el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 20 de mayo de 2016, las actividades estuvieron dirigidas a profesionales de la salud que participan en procesos de donación y trasplantes de órganos y tejidos, se realizaron tres ediciones del Diplomado para la Formación de Coordinadores Hospitalarios de Donación de Órganos y Tejidos con fines de Trasplante. Durante estas ediciones se capacitaron 148 profesionales: 32 médicos adscritos a servicios de hospitalarios, 19 profesionales de diversas disciplinas y 97 médicos pasantes de servicio social, estos últimos fortalecieron a 26 establecimientos de salud de diferentes instituciones con programas de donación y trasplante.

Para fomentar el conocimiento sobre el tema de donación de órganos se realizaron tres cursos de formación de promotores líderes de la donación de órganos y tejidos con fines de trasplante, dirigidos a personal de salud, estudiantes universitarios y a miembros de Organizaciones de la Sociedad Civil con esta actividad se fortaleció la labor de los Consejos Estatales de Trasplantes en las Entidades Federativas (COETRAS) de Michoacán de Ocampo y Guerrero.

A partir de la publicación en la Gaceta oficial de la Ciudad de México de la Circular C/001/2016, en febrero de 2016, se realizó la primera sesión del curso de capacitación en ámbito jurídico para coordinadores hospitalarios de donación, a fin de difundir la nueva normativa aplicable en la Ciudad de México en materia de trasplante.

La celebración del "Día Nacional de la Donación de Órganos y Tejidos" se realizó el 25 de septiembre de 2015, en ese evento se entregó un "Reconocimiento al Mérito y Altruismo de las Familias", tres reconocimientos a organizaciones de la sociedad civil, cuatro reconocimientos a instituciones del sector salud por su desempeño, entrega de un premio a los equipos coordinadores reconociendo su esfuerzo.

El 15 de octubre de 2015, en el marco del evento científico del "XXIII Congreso Latinoamericano y del Caribe de Trasplantes", el "XIX Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de Trasplantes" se celebró el "Día Mundial por la Donación de Órganos y Tejidos" en la ciudad de Cancún, Quintana Roo; este evento se distinguió por reunir a personalidades de nivel internacional (OPS y OMS) y nacional (Federales y Estatales). En el desarrollo del mismo se entregaron los siguientes: Reconocimientos: al Mérito y Altruismo de las Familias, a la Donación Altruista de Órganos en Vida y a Organizaciones de la Sociedad Civil. Como parte del protocolo las autoridades allí convocadas firmaron el libro del "Día Mundial por la Donación de Órganos y tejidos" de la OMS.

En el último trimestre de 2015, se realizaron tres sesiones de enseñanza para 50 coordinadores hospitalarios

de donación, a través del programa de actualización continua. En estas reuniones se vincularon, a través de videoconferencia, siete entidades federativas: Estado de México, Guanajuato, Michoacán de Ocampo, Nuevo León, Puebla, Tlaxcala y la Ciudad de México.

En seguimiento a la Guía de Acciones de Transparencia Focalizada 2015, se atendieron el 100% de los compromisos programados para el ejercicio lográndose una calificación final emitida por la Secretaría de la Función Pública (SFP) del 100%. Lo anterior fue a razón de mantener permanentemente asegurada la actualización, operatividad, pertinencia, comprensión y calidad de la información socialmente útil publicada en el sitio web del CENATRA.

En el mes de octubre de 2015, con la finalidad de fortalecer la coordinación del Subsistema de Donación y trasplantes, el CENATRA realizó la segunda reunión nacional anual, con los COETRAS, CEETRAS y Coordinadores Institucionales. Acudieron a esta reunión Directores y Secretarios Técnicos de los CEETRAS y COETRAS, de dieciocho entidades federativas y de tres representantes de donación y trasplantes de las instituciones PEMEX, SEDENA y el IMSS.

Con la finalidad de contribuir a brindar certeza jurídica y prontitud a los procedimientos de donación y trasplantes, se celebró el día 25 de septiembre de 2015 la firma del Convenio de Colaboración para lograr la oportuna disposición de órganos, tejidos y células en los casos donde la pérdida de vida del donante esté relacionada con la investigación de hechos probablemente constitutivos de delito signado por una parte por este CENATRA, Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México y la Procuraduría General de Justicia de la Ciudad de México.

Dentro de los compromisos de atención a la Ley de Transparencia y Acceso a la Información el CENATRA atendió en tiempo y forma 191 solicitudes de información en el ejercicio fiscal 2015, referidas a través del Instituto Federal de Acceso a la información y Protección de Datos.

Asimismo, en el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016, la Dirección General de Tecnologías de la Información (DGTI) participa con el CENATRA en el levantamiento de requerimientos y documentación de los procesos actuales para la administración, control y seguimiento de las actividades que se realizan para llevar a cabo alguna donación o trasplante dentro de la República Mexicana.

Con el fin de **brindar atención médica, psicológica y servicios integrales a las víctimas asegurando que se respeten sus derechos humanos** en el CRAE Hospital de Especialidades Pediátricas, se fortaleció la cultura dentro del personal de trabajo social a través de sesiones de enseñanza a abordando los temas de migración, derechos humanos y atención a víctimas por instancias especializadas.

El modelo para la atención del paciente y la familia, a pesar de la limitación de recurso humano en el HRAEI, se apoya en el esfuerzo del personal del hospital.

La Dirección General de Coordinación de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad, organizó presentaciones para los grupos directivos de los HRAE y de la propia CCINSHAE sobre atención a víctimas y trata de personas, y dio seguimiento a las acciones de difusión y capacitación realizadas en los hospitales.

La Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia (DGCHFR) incorporó en septiembre de 2015 a todos los HFR al Programa de Atención a Víctimas y de Trata de Personas, siguiendo los lineamientos del Modelo de Atención Integral en Salud y Atención a Víctimas.

Además, se incluyó la Conferencia Magistral Modelo de Atención Integral en Salud a Víctimas en el Tercer Encuentro Académico, “Hacia un Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria” celebrado en mayo de 2016.

Estrategia 2.2.

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

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

La calidad de la atención en los HRAE se puede evidenciar con los 91 servicios acreditados para dar atención a padecimientos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y el esfuerzo llevado a cabo para lograr la acreditación para la atención de diversas patologías incluidas en el CAUSES.

El CRAE Hospital de Especialidades Pediátricas y en el HORAE Ciudad Salud, se tienen implementadas las acciones de aval ciudadano, modelo de atención de quejas, sugerencias y felicitaciones con el objetivo de mejorar la calidad percibida, así como acciones a favor de la reducción de las infecciones asociadas a la atención en salud, se ha adoptado la herramienta del modelo de evaluación del expediente clínico en apego a la NOM-004-SSA3-2012, con el objetivo de mejorar la calidad del expediente clínico en la institución.

El HRAEB ha implementado procesos para la seguridad del paciente relacionados con metas internacionales en este rubro, a la par se sigue trabajando en pro de la certificación hospitalaria

Se cuenta con acciones realizadas y supervisadas por los diferentes comités del HRAEV, en aras de que se mantenga la calidad de la atención.

En el HRAEPY se realiza la integración de Equipos de Mejora, formados por personal multidisciplinario de las diferentes áreas, basados en los patrones y tendencias, en la identificación de riesgos y problemas y en las necesidades de cambios en los procesos.

Estas acciones se muestran más contundentemente al lograrse cerca del 90% de los egresos en los HRAE por mejoría.

En septiembre de 2015 inician las evaluaciones en el HM para la acreditación de padecimientos oncológicos.

En el mismo mes de septiembre de 2015 se inició el proceso de acreditación para Cirugía de Corta Estancia en la Unidad Médico Quirúrgica Juárez Centro.

El Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea (CNTS) cuenta con dos líneas para mejorar la calidad y seguridad del paciente en las instituciones de salud.

Una de las líneas es en materia de capacitación con las siguientes acciones:

- Diplomado "Sangre y Componentes Seguros", que permite la homologación de conocimientos actuales para todos aquellos que desempeñan actividades al interior de los servicios de sangre. Durante el periodo, la 9ª generación concluyó y actualmente se cursa la 10ª. La matrícula por cada curso es de 40 alumnos.

- Participación en eventos de las Academias Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía.

- De periodicidad anual se realiza el Foro de Seguridad Sanguínea con diversas temáticas, el Simposio de Banco de Sangre de Cordón Umbilical y Medicina Regenerativa y se imparten conferencias en materia de seguridad sanguínea en colaboración con el Centro Mexicano de Educación en Salud por Televisión.

- Trimestralmente se llevan a cabo cursos regionales de Medicina Transfusional y de Control de Calidad de Laboratorio de Banco de Sangre, siendo las dos últimas sedes la Ciudad de México y Ciudad Juárez, Chihuahua.

El CNTS realiza además, un Examen de Idoneidad con periodicidad semestral, para todos aquellos que requieren ser Responsables de Bancos de Sangre.

Como segunda línea, el CNTS contribuye enviando un panel de Control de Calidad Externo de la Red Nacional de Laboratorios de Banco de Sangre (RNLBS), al cual se convoca al 100% de los bancos de sangre, obteniendo en éste período un incremento en la participación del 77% en Serología y de 73% en Inmunohematología (CUADRO 2.1).

CUADRO 2.1 INCREMENTO EN EL NÚMERO DE BANCOS DE SANGRE QUE PARTICIPAN EN EL PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD EXTERNO

	2014-2015	2015-2016
Serología de la RNLBS.	374	398
Inmunohematología de la RNLBS.	319	382

Fuente: Base de datos del servicio de Serología e Inmuno-hematología.

El INER diseñó lo que se dominó el Triángulo de la Calidad mismo que consta de tres ejes principales: Implementación del Sistema de Gestión de Calidad Institucional el cual será evaluado a través del Premio Nacional de Calidad; Certificación Hospitalaria bajo los estándares establecidos por el Consejo de Salubridad General y además participación en el Programa Hospital Seguro frente a desastres.

Como presidente de la Red Mexicana de Hospitales Pediátricos por la Calidad (REMEHPECA), el Instituto Nacional de Pediatría (INP), ha realizado en cada sesión cursos o talleres para los integrantes de la Red, las siguientes actividades:

1. El 6 de noviembre de 2015 se realizó la Primera Sesión de la Red, dentro del marco Conmemorativo del 50 Aniversario del INP, con un total de asistencia de 20 personas, provenientes de doce instituciones pediátricas, tanto de la Ciudad de México como del Interior de la República. Se impartió el Curso "Gestión de riesgos para la calidad y seguridad del paciente".

2. El 27 de abril del presente año, se llevó a cabo la Segunda Sesión de la Red, con un total de asistencia de 52 personas, provenientes de 18 instituciones pediátricas y de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Se impartieron los siguientes eventos:

   a) Plática: Trascendencia del Seguro Popular en las instituciones públicas".
   b) Curso: Atención del niño en situaciones de desastre.
   c) Taller: Triage pediátrico.
   d) Platica: Atención Pre-Hospitalaria y Desastres "Caso Cuajimalpa".

Para cumplir con el compromiso que tiene el INPSIQ de actualizar el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente de acuerdo con las diez estrategias de SICALIDAD establecidas con la OMS/OPS, se actualizó el Plan con enfoque de riegos y se realizó la integración de los cuatro sistemas que solicita el Consejo de Salubridad General para el proceso de Certificación 2016.

Para fortalecer la operación del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) del INPSIQ se han realizado acciones de difusión, capacitación y supervisión de los diferentes subcomités que lo conforman, efectuando reuniones ordinarias. Se ha implementado y sistematizado el uso de formatos establecidos por la Dirección General Adjunta de Calidad de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) de la Secretaría de Salud y se mantienen las campañas de vacunación a los trabajadores, higiene de manos y supervisión de las seis metas internacionales.

Durante el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016, el INSP continuó con el desarrollo del proyecto: **Calidad de los Servicios de Salud en el Primer Nivel de Atención con Enfoque Sectorial en México: Diagnóstico Estratégico, Propuestas de Mejora y Mecanismos de Evaluación de su Implementación** cuyo objetivo es generar un diagnóstico de la situación actual de la calidad de atención con un enfoque sectorial en el primer nivel de los servicios públicos del Sector Salud; y una propuesta estructurada de estrategias de mejora, así como procedimientos de seguimiento y evaluación de su implementación, para optimizar los recursos existentes y mejorar la calidad de los servicios.

Por su parte, el CSG ha establecido un modelo de atención al paciente con calidad y seguridad, que se ha homologado a estándares internacionales, y enriquecido con la experiencia nacional y la normatividad vigente.

La difusión de este modelo, se hace con la realización de diversos cursos y talleres; los establecimientos que lo adoptan lo hacen voluntariamente sabiendo que ello no es un fin aislado sino que está señalado en el PND 2013-2018. Cuando lo consideran cumplido solicitan, incluso voluntariamente, la inscripción al proceso de certificación, para que posteriormente se realice una auditoría. Esta es una herramienta de mejora que busca una atención segura y de calidad al paciente, mediante una revisión sistemática de la atención, basada en estándares o criterios específicos para, de ser necesario, implementar cambios o estimular a la superación continúa.

Con el objetivo de garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, el CSG, a través del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM), realizó las siguientes actividades:

- Emitió el dictamen de certificación a 52 establecimientos de atención médica, otorgó un plazo perentorio de seis meses a 18 establecimientos que se tenían pendientes de cumplir estándares y observaciones de auditoría, y no certificó a siete establecimientos, lo anterior en las 32 entidades federativas, como se detalla a continuación:

CUADRO 2.2 CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Dictamen/ Establecimiento	Certificado	Plazo Perentorio	No certificado	Total
SSA	1	-	-	1
IMSS	2	1	-	3
ISSSTE	-	1	-	1
PEMEX	3	-	-	3
SEDENA	1	-	-	1
SEMAR	1	-	-	1
DIF	-	-	-	-
Universitarios	9	-	-	9
Privados	35	16	7	58
Total	52	18	7	77

Fuente: Actas de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de atención Médica. Datos actualizados al 10 de mayo de 2016.

Por otra parte, el proceso de institucionalización de la calidad ha permitido que a la fecha se tengan registrados 2,841 Gestores de Calidad: 2,408 en establecimientos de salud y 433 Gestores Jurisdiccionales en los Servicios de Salud de las entidades federativas.

En el mes de octubre de 2015, se llevó a cabo el Foro Nacional e Internacional por la Calidad en Salud: "De las palancas hacia la construcción de un marco regulatorio y de gestión de la calidad", de manera conjunta con la OPS y en el marco del cual, se realizaron las siguientes acciones:

- Se entregó del Premio Nacional por la Calidad en Salud a las unidades ganadoras.
- Participaron ocho ponentes nacionales y 18 internacionales de instituciones académicas o del sector salud de diversos países.
- Asistieron 1,500 profesionales de la salud en promedio diario, en once sesiones plenarias con los temas relativos al Modelo de Gestión de la Calidad y de Regulación de la Calidad, además de tres talleres con la temática de Acreditación.
- Fue transmitido en vivo vía internet.
- Se presentó la segunda edición del Libro "La calidad de la atención a la Salud en México a través de sus instituciones".

Asimismo, se firmó el Manifiesto por la Regulación de la Calidad de los Servicios de Atención Médica y de los Establecimientos en los que se prestan dichos Servicios por representantes de los Ministerios de Salud de Francia, Brasil, Colombia, Chile, Perú y México.

También en el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016, la DGTI con apoyo de la Dirección General de Programación Operación y Presupuesto (DGPOP), implementa en el HGM un sistema administrativo que le ayudará a dar cumplimiento a la integración automática del ejercicio presupuestario con la operación contable según lo establecido en el Acuerdo 1 aprobado por el Consejo Nacional de Armonización Contable.

Por su parte, el ISSSTE participa en seguimiento a los compromisos presidenciales para impulsar la aplicación de acciones en materia de seguridad del paciente en las unidades médicas.

Con el objeto de **impulsar el cumplimiento de estándares de calidad técnica y seguridad del paciente en las instituciones de salud** la DGCES ha emprendido las actividades siguientes:

- Se actualizó el Modelo de Gestión de Calidad en Salud, documento técnico normativo que es el esquema que toman como base los establecimientos de atención médica, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, así como áreas administrativas y de calidad de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

CUADRO 2.3 GANADORES DEL PREMIO NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD 2016

Categoría	Entidad	Institución	Unidad
Categoría 01 Unidades de Primer Nivel de Atención	Baja California	IMSS	UMF 27 Tijuana
Categoría 02: Hospitales Generales y de Especialidad	Veracruz de Ignacio de la Llave	PEMEX	Hospital General Veracruz
Categoría 03 Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Regionales, Hospitales de Alta Especialidad y Hospitales Federales de Referencia	Ciudad de México	SSA	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas"
Categoría 05 Instancias Administrativas y de Calidad	Yucatán	IMSS	Subdelegación Mérida Norte, Delegación Yucatán
RECONOCIMIENTO AL MÉRITO POR LA MEJORA CONTINUA 2016			
Categoría 01 Unidades de Primer Nivel de Atención	Ciudad de México	ISSSTE	CMF Cuitláhuac
Categoría 05 Instancias Administrativas y de Calidad	Guerrero	SSA	Comisión Estatal de Arbitraje Médico Guerrero

Fuente: Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

- Como parte del Programa S202 Calidad en la Atención Médica 2016 se otorgó el financiamiento a seis establecimientos de atención médica, por haber demostrado avance y consolidación del Sistema de Gestión de la Calidad, entregándose un total equivalente a dos millones ciento cincuenta mil pesos.

- Se han capacitado un total de 61 servidores públicos para impulsar la implementación del Modelo de Gestión de Calidad en Salud en los SESA, la CCINSHAE, el IMSS, el ISSSTE, la Secretaría de Marina, y el SNDIF.

- Se han efectuado mesas de trabajo interinstitucionales, para promover la implementación del Modelo de Gestión de Calidad en Salud.

Derivado de la participación en la Convocatoria de financiamiento de Proyectos de Mejora de la Calidad, del Programa Calidad en la Atención Médica 2016, se otorgó financiamiento a catorce Proyectos de Gestión, con un monto total de 37,716.3 miles de pesos, catorce Proyectos de Capacitación, con un monto total de 3,839.6 miles de pesos y once proyectos de Investigación Operativa, con un monto total de 2,561 miles de pesos.

Al primer cuatrimestre de 2016, como mecanismo de evaluación en la implantación de estrategias de mejora, 10,167 unidades médicas del sector salud reportaron resultados en el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS).

Se concluyó la elaboración de la Cédula Única de Gestión para la Prevención y Reducción de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud, con la colaboración de instituciones del Sector Salud (IMSS, ISSSTE, DIF, SEDENA, SEMAR y PEMEX) así como el INCMNSZ y AMEIN A.C. La Cédula Única de Gestión será piloteada en tres estados de la república en hospitales de 60 camas o más de la SS con la finalidad de establecer una metodología que permita la prevención y reducción de riesgos priorizados e individuales en esta materia.

Derivado de un esfuerzo por mejorar la participación ciudadana en los procesos de atención médica, se cuenta con 14,760 Avales Ciudadanos instalados en 14,578 unidades en el Sector Salud.

De 2009 a diciembre de 2015, se firmaron 118,818 Cartas Compromiso para la mejora de la Calidad y el Trato Digno a los usuarios, cumpliéndose los compromisos establecidos en 61.55% de las mismas. De septiembre de 2015 a la fecha se han firmado 14,227 cartas compromiso, atendiendo 8,825.

En 2015 se realizó la contraloría social a las 96 unidades ganadoras de Acuerdos de Gestión del Ejercicio Fiscal 2014. En el 2015 se inician los trabajos de diseño y pilotaje del Sistema Unificado de Gestión (SUG), como un conjunto de estructuras y figuras, para incrementar la transparencia en las unidades médicas, la capacidad resolutiva y de orientación a las Solicitudes de Atención de los usuarios/beneficiarios que efectúan gestión para solucionar las inquietudes o inconformidades de los usuarios de los Servicios de Salud, dichos trabajos se realizaron en conjunto entre la DGCES y la CNPSS.

En diciembre de ese mismo año se llevó a cabo una reunión nacional de capacitación para Responsables Estatales de Calidad y los Responsables Estatales del Seguro Popular, con la finalidad de que a partir de enero del presente año, se iniciara la implementación del SUG a nivel nacional. Hasta el momento las entidades federativas están trabajando con la implementación del SUG en 4,664 unidades tanto de primero, segundo y tercer nivel de atención.

A través del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, a septiembre de 2016, se ha logrado:

- La publicación del Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-036-SSA3-2015, Para la regulación de la atención médica a distancia, Publicado en el DOF el 15 de diciembre de 2015.

- Avanzar en el proceso de publicación de respuesta a comentarios y norma definitiva, de la Norma Oficial Mexicana NOM-033-SSA3-2013, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina y de la Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA3-2015, Para la organización y funcionamiento de los servicios de radioterapia.

- Contar con los proyectos de normas NOM-002-SSA3-2015, Para la organización y funcionamiento de los servicios de radioterapia y el de la Norma Oficial Mexicana NOM-038-SSA3-2014, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos en la prestación del servicio social de enfermería, para su publicación.

- Coordinar en grupos de trabajo el desarrollo de los proyectos de Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2014, para la práctica de hemodiálisis, el de la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2014, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios y el relativo a la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2014, para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

A la fecha como parte de las acción del Programa Hospital Seguro ante Desastres, se han efectuado 831 evaluaciones de unidades hospitalarias del Sistema Nacional de Salud, quienes han obtenido su clasificación por capacidad de respuesta e índice de seguridad hospitalaria, conforme los criterios establecidos por la OPS/OMS, adicionalmente, de agosto de 2015 a septiembre de 2016 se concluyó la capacitación como evaluadores hospitalarios a 439 trabajadores de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

En febrero del presente año se publicaron tres documentos en coordinación con la OMS y la OPS: 1) Resultados del taller hacia la consolidación del Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2) Resultados del Taller Hacia la Consolidación del Programa Nacional de Cuidados Paliativos Pediátricos y 3) Programa Nacional de Capacitación en Cuidados Paliativos para Equipos de Primer Contacto en Atención Primaria, con la finalidad establecer los contenidos básicos en cuidados paliativos para capacitar a los profesionales de la salud en atención primaria con un enfoque integrador centrado en la persona y la familia.

Con base en este programa se han realizado tres cursos taller; dos de ellos en coordinación con el Programa IMSS-PROSPERA con sede en la Ciudad de México y Michoacán de Ocampo, un tercero en coordinación con la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero, capacitando a 246 profesionales médicos y de enfermería.

Con la finalidad de estandarizar el cuidado de pacientes con heridas (pie diabético, quemaduras y úlceras venosas o por presión), iniciaron operación 21 Clínicas de Heridas dando un acumulado de 183. Además, se capacitó en la materia a 900 profesionales de la salud y se llevó a cabo el XVIII Congreso de la Sociedad Ibero latinoamericana de Úlceras y Heridas en Mérida, Yucatán, que tuvo como objetivo intercambiar experiencias con las sociedades y agrupaciones nacionales y extranjeras y con instituciones docentes y organismos dedicados al estudio, investigación y desarrollo de tecnologías que contribuyan a un mejor conocimiento, atención y cuidados de los pacientes con úlceras y heridas crónicas. Se contó con una asistencia de más de 2,500 profesionales de la salud de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, España, Estados Unidos, Italia, Panamá, Perú, Portugal, Uruguay y México.

Asimismo, se elaboraron el Manual Clínico para la Estandarización del Cuidado del Paciente con Heridas y el Manual de Prevención del Daño Cutáneo, como documentos técnico-normativos que apoyarán la toma de decisiones de los profesionales de la salud, encargados de la atención de las Clínicas de Heridas.

También se capacitó a 1,200 profesionales de enfermería del SNS en terapia de infusión y se inauguraron 26 clínicas de catéteres, dando un acumulado de 292. Asimismo, se llevó a cabo la 3ª. Reunión Nacional y 1ª. Internacional de Líderes de los Equipos de Terapia Intravascular, con el propósito de dar seguimiento, retroinformación y actualización al personal responsable de la operación de las clínicas. Se contó con la participación de más de 500 asistentes y conferencistas de Estados Unidos y Argentina.

En el ejercicio 2015 del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud, se otorgaron 11,167 estímulos: 2,286 a médicos; 6,825 a enfermeras; 303 a odontólogos; 703 a químicos; 402 a trabajadores sociales y 648 a personal de otras disciplinas del área de la salud. En el ejercicio 2016 se encuentran en proceso de evaluación 12,956 trabajadores de la salud.

Asimismo, con la finalidad de dar cumplimiento a los estándares de calidad en la atención y seguridad del paciente, el Programa IMSS-PROSPERA ha impulsado diversas acciones en sus unidades médicas de primer y segundo nivel de atención, entre las que destacan:

- Continuidad a la implementación del proceso de certificación de acuerdo con el modelo del Consejo de Salubridad General, en cinco hospitales rurales de Durango, Michoacán de Ocampo, San Luis Potosí, Veracruz de Ignacio de la Llave y Zacatecas, a los que asignó un presupuesto total de 17.5 mdp.

- Se han iniciado acciones para la mejora organizacional en las áreas de enfermería, así como capacitación al personal de salud para brindar soporte vital a personas en estado crítico.

- Los Comités de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) instalados en hospitales rurales del Programa IMSS-PROSPERA realizaron 240 sesiones, 100% más respecto al lapso anterior, y un promedio de tres sesiones por hospital. En cada reunión del

COCASEP se emiten en promedio tres recomendaciones para la mejora de la calidad y seguridad del paciente. En 2015 se inició el despliegue gradual de estas acciones en unidades del primer nivel de atención.

- Emisión de normatividad interna para la implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, en los 80 Hospitales, lo que permite dar cumplimiento a dichos estándares internacionales.

El CSG realizó 85 actividades de difusión del Modelo del CSG para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad, las cuales consistieron en ponencias, cursos de implementación, y sesiones de resoluciones de dudas, entre otras, como se detalla en el siguiente cuadro:

CUADRO 2.4 ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Actividad de difusión	Número de actividades[1/]
Ponencias	29
Cursos de Implementación del Modelo del Consejo de Salubridad General	25
Sesiones de resoluciones de dudas	24
Videoconferencias	5
Actualizaciones de estándares	1
Curso Propedéutico de Formación de Auditores	1
Total	85

[1/] Datos estimados proyectados hasta el 30 de agosto de 2016.

Lo enlistado anteriormente representa un incremento del 10% de las actividades realizadas respecto al período anterior, logrando con esto un mayor alcance en el conocimiento del Modelo del CSG para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad, con la finalidad de lograr su adopción en los diferentes establecimientos de atención médica del SNS.

Asimismo, el ISSSTE apoya a la DGCES en la implementación de la "Evaluación de la Cultura de Calidad y Seguridad del Paciente" a través de una plataforma informática que capacitará a personal médico y de enfermería que están en contacto directo con el paciente en los hospitales de mediana y alta complejidad.

Además de trabajar en la actualización y definición de los instrumentos y para la consolidación de los **proceso de acreditación de establecimientos de salud para la atención médica, cuya finalidad es asegurar la calidad, seguridad y capacidad resolutiva** de los establecimientos que ofertan servicios a la población afiliada al SPSS; la DGCES ha Acreditado de septiembre de 2004 a agosto de 2016 un total de 12,201 establecimientos para brindar servicios del CAUSES, comprendidas 285 UMM y 1053 establecimientos para intervenciones del FPGC. Durante el presente año, se han acreditado 80 establecimientos de primero y segundo nivel para ser incluidos en las intervenciones del CAUSES y en 21 servicios del FPGC.

De igual manera, como parte de las acciones para mantener los aspectos de calidad y seguridad en los establecimientos acreditados con anterioridad, la DGCES realizó la supervisión de 26 unidades en doce entidades federativas, con los resultados siguientes:

- A cinco establecimientos de los estados de Chiapas y Veracruz de Ignacio de la Llave se les supendió la acreditación en una intervención del FPGC y cuatro intervenciones del CAUSES.

- En once establecimientos de los estados de Chiapas, Guanajuato, Michoacán de Ocampo, Oaxaca, Querétaro, Tamaulipas, Tabasco, Zacatecas y Ciudad de México, se dejó sin efecto la acreditación en 17 intervenciones del FPGC y un CAUSES.

- En diez establecimientos de los estados de Nayarit, Sinaloa, Veracruz de Ignacio de la Llave y Ciudad de México, se ratificó las acreditaciones en doce FPGC y dos intervenciones del CAUSES.

En 2016 se realizó una priorización de los establecimientos a supervisar y se conformó un Programa Anual de Supervisión con quince establecimientos y a la fecha se han realizado dos visitas mismas que se encuentran en proceso de análisis de los hallazgos encontrados.

De 2013 a agosto de 2016 se acreditaron 62 establecimientos que forman parte del Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, con lo que se cuenta con un acumulado de 384 establecimientos acreditados, lo cual representa un avance de 91%. Asimismo, se tienen contemplado un establecimiento para ser evaluado antes del cierre del presente año.

Como parte de la Estrategia de Apoyo a Entidades Federativas en coordinación con los Servicios de Salud del Estado del estado de Guerrero, fueron evaluados 560 establecimientos para la atención médica (mediante el procedimiento de autoevaluación y la visita de personal

de la DGCES) lo que representa el 54% del total del Universo de establecimientos en la entidad, a efecto de realizar un diagnóstico estratégico que permita a los servicios de salud de la entidad priorizar los proyectos de inversión en salud.

Con base en lo anterior, los servicios de atención médica de los HRAE, han sido acreditados para ofrecer a la población calidad y seguridad en padecimientos del FPGC, logrando obtener 22 acreditaciones en el HRAEB; 20 en el CRAE; diez en el Hospital de Especialidades Pediátricas; diez en el Hospital Regional de Alta Especialidad "Ciudad Salud"; doce en el HRAEPY; 16 en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria, Tamaulipas; y cinco en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, dando un total de 95 servicios acreditados.

Por su parte, para garantizar una atención de calidad el CRAE ha obtenido dictamen favorable de acreditación en el CAUSES, y del fondo de protección contra gastos catastróficos: hematopatías malignas, hemofilia, neonatos con insuficiencia respiratoria y prematurez, diagnóstico y tratamiento de enfermedad lisosomal, tumores sólidos fuera del sistema nervioso central y trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos digestivos, urinarios y cardiovasculares.

El HRAE Ciudad Salud, tiene acreditado todos los Gastos Catastróficos para la población adulta comprendidos dentro del Sistema de REPSS, así como dictamen favorable en la acreditación del CAUSES.

El HRAEB tiene implementado un proceso para el establecimiento de metas internacionales para la seguridad del paciente y calidad de la atención con el objetivo de obtener la certificación hospitalaria a finales de 2016, además de contar con 22 acreditaciones en Gastos Catastróficos, así como en Seguro Médico Siglo XXI y en CAUSES; sólo para aquellas patologías dentro de cartera. Siendo el hospital con el mayor número de servicios acreditados en el grupo de los HRAE.

En el HRAEO en el primer trimestre 2016, se elabora el Plan de Trabajo 2016 para la acreditación y reacreditación en gastos catastróficos y CAUSES. Se realiza en marzo 2016 un ejercicio de auditoría externa con los gestores de calidad de los HRAE, de manera colaborativa. En los meses de marzo-abril 2016 se han capacitado 680 trabajadores del hospital en diversos procesos de acreditación, se han realizado doce evaluaciones del expediente clínico.

Además, se integró el proyecto médico-arquitectónico para las adecuaciones de áreas con fines de acreditación. Se cuenta con un Plan de Acción de Enfermería para la Acreditación, encaminado a dar atención a las observaciones realizadas en la autoevaluación realizada en el mes de febrero 2016, se conformaron seis equipos de trabajo: planeación y liderazgo, estrategias y planes de mejora, comunicación y vinculación, capacitación, seguimiento y supervisión de apegos, y evaluación. En el HRAEPY hasta marzo de 2016, se contaba con doce servicios acreditados y 271 pacientes han sido atendidos en los diferentes servicios acreditados en Gastos Catastróficos y 47 en CAUSES.

El HRAEV cuenta con 16 acreditaciones en gastos catastróficos, ofertando calidad y seguridad para los pacientes atendidos.

Se acreditaron 17 patologías entre otras: Insuficiencia Respiratoria y Prematurez, Implante Coclear, Cáncer Cérvico-Uterino, Mama, Próstata, Testicular, Linfoma no Hodgkin, Atención Oftalmológica, Trasplante de córnea, Hepatitis C. Infarto Agudo al Miocardio, Trastornos Quirúrgicos Congénitos y Adquiridos de aparato Digestivo, trastornos Quirúrgicos Congénitos y Adquiridos Cardiovasculares, Tumor Ovárico, Cáncer de Colón y Recto, Tumores Sólidos dentro del SNC y CAUSES en el HRAEI.

El HJM cuenta con acreditación en 2016 en el Programa de Gastos Catastróficos del Seguro Popular para atención de Cáncer cérvico-uterino, mama, próstata, linfoma de Hodgkin, así como del Seguro Médico Siglo XXI.

El Programa de Redes de Apoyo para Cuidados Paliativos y atención domiciliaria del INNN, publicaron los libros: Cuidar al enfermo en familia, con la colaboración de personal de Trabajo Social, Enfermería, Soporte Nutricional y Umbrales.

El INNN recibió como donativo el medicamento Temozolomide por un monto de 2,172.6 miles de dolares, hecho por la organización internacional no gubernamental Direct Relief a través de la Orden de Malta en México, para el tratamiento de cierto tipo de tumores cerebrales en adultos.

El Laboratorio de Análisis Clínico del INNN recibió el Galardón Rey PACAL XXV, por su desempeño "excelente" que lo posiciona entre los mejores laboratorios del país con programas de control de calidad, durante el periodo 2014-2015.

Asimismo, con la finalidad de consolidar el proceso de acreditación de establecimientos de salud del Programa IMSS-PROSPERA, se acreditaron en el periodo 193 unidades médicas rurales y en 40 más está pendiente la emisión de dictamen. Para 2016 se tiene contemplado acreditar tres hospitales rurales y 491 unidades médicas

rurales. Con miras a esta acreditación se aplicarán casi 39 millones de pesos para dignificar 396 unidades de primer nivel y dos hospitales, lo que permitirá mejorar la calidad de sus servicios.

La DGCES ha continuado la instrumentación y **actualización de mecanismos para la homologación de la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud**, tales como:

- Disminuir la variabilidad en los procedimientos de atención médica y mejorar la calidad técnica de los servicios de salud, que de acuerdo al informe de avance del sector para el Comité Nacional de GPC, se encuentran comprometidas en acciones de difusión 13,061 unidades en el Sector Salud.

- Impulsar la implementación de los componentes del Modelo de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente en los 432 hospitales de mediana y alta complejidad del sector salud, logrando que 404 de estos hospitales incorporen acciones para mejorar la seguridad de los pacientes durante el proceso de atención.

Adicionalmente, en septiembre de 2015 y marzo de 2016, se logró que 8,722 médicos y enfermeras de 109 unidades hospitalarias de 19 entidades federativas, evaluaran la cultura de seguridad del paciente; para lo cual, previamente se capacitó mediante medios virtuales a 116 gestores de calidad para que se familiarizaran con el uso de la plataforma informática que contiene el "Cuestionario de Cultura de Seguridad del Paciente en los Hospitales de México".

En febrero de 2016 se realizó la prueba piloto del Sistema de Registro de Eventos Adversos", desarrollado por la DGCES, de acuerdo a las recomendaciones de la Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente. En esta prueba piloto participaron Aguascalientes, Baja California, Guanajuato y Yucatán. Adicionalmente en marzo de 2016, se realizó la capacitación a aproximadamente a 100 gestores de calidad, para el manejo del Sistema de Registro de Eventos Adversos. El 8 de abril de 2016 se liberó la aplicación para que todos los hospitales que así lo decidan, registren de manera anónima y confidencial los eventos adversos asociados al proceso de la atención a la salud.

En el mismo sentido, la DGCES, concluyó la Carta Descriptiva con contenidos de calidad y seguridad del paciente, de acuerdo a las recomendaciones internacionales, para que mediante la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), se promueva su incorporación en los planes curriculares de las facultades y escuelas formadoras de recursos humanos para la salud.

Por otro lado, el CRAE Hospital de Especialidades Pediátricas y HRAE Ciudad Salud, se mantienen actualizadas las líneas de acción de aval ciudadano y modelo de atención de quejas sugerencias y felicitaciones, así como la adopción de normas oficiales mexicanas, protocolos nacionales y guías de práctica clínica que tienen un impacto en las principales líneas de acción para la seguridad del paciente.

El HRAEB se ha implementado estándares de calidad e identificado riesgos para la atención médica, se espera lograr la certificación hospitalaria. Se tienen identificado los perfiles de puestos y las competencias del personal y anualmente se hace un diagnóstico de necesidades de capacitación que determinan los planes anuales de capacitación.

En el HRAEO, en el periodo se realizaron doce aperturas de los buzones de quejas, sugerencias y felicitaciones, presentando entre septiembre de 2015 y marzo 2016, 24 felicitaciones, 26 quejas y cuatro sugerencias que fueron atendidas en su totalidad.

De acuerdo a la evaluación Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) de un total de 665 encuestas realizadas en el periodo el nivel de satisfacción fue del 90%. Se implementó en el periodo el programa de estímulos al desempeño por la calidad con un total de 21 beneficiados y para el 2016 contamos con 21 participantes en el mismo proceso. Difusión, capacitación, seguimiento y evaluación de la atención de enfermería encaminada a la mejora de la calidad de la atención del cuidado.

Capacitaciones, reuniones acciones hacia la certificación realizadas en el HRAEV, propiciando una cultura institucional.

En el HRAEPY, se realizaron en el primer semestre de 2015, 34 eventos de capacitación en temas de Calidad y Seguridad del paciente, capacitando a 1,324 colaboradores de las áreas de Enfermería, Trabajo Social, Camilleros, Médicos Residentes, entre otros. Generamos sesiones de trabajo para actualización e implementación de procesos alineados al Sistema de Gestión de Calidad del Consejo de Salubridad General.

La Dirección General de Coordinación de los HRAE dio seguimiento al desempeño institucional, emitió opiniones en reuniones directivas para la mejora del cumplimiento

de objetivos institucionales y asesoró, revisó y apoyó la realización de las juntas de Gobierno y Comités de Control y Desempeño Institucional. La Dirección General de Institutos Nacionales de Salud, llevó a cabo las siguientes actividades:

Revisión y seguimiento de 29 Carpetas de Juntas de Gobierno de los Institutos Nacionales de Salud (INSalud).

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

Se homologaron 20 procedimientos en la consulta externa en los HFR centralizados con la finalidad de garantizar una atención médica oportuna con calidad y seguridad del paciente.

El ISSSTE promueve y aplica las siguientes Guías de Práctica Clínica en sus unidades medicas:

- Diagnóstico oportuno de las maloclusiones dentales en niños de 4 a 11 años de edad en el primer nivel de atención.
- Prevención, diagnóstico y tratamiento del hipotiroidismo congénito neonatal en el primer nivel de atención.
- Intervenciones de enfermería en el manejo y conservación de biológicos en la atención primaria a la salud.
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica en adultos en los tres niveles de atención.
- Intervenciones de enfermería en el manejo de estomas de eliminación en niños y adultos en el segundo y tercer nivel de atención.

También el ISSSTE participará este año con la implementación del Modelo de Gestión de Calidad en Salud de la Secretaría de Salud en cuatro unidades médicas.

Para **fomentar el uso de las NOM, guías de práctica clínica, manuales y lineamientos para estandarizar la atención en salud**, el CRAE Hospital de Especialidades Pediátricas, se realizó difusión de las NOM y Guías de Práctica Clínica de CAUSES, gastos catastróficos, cardiopatías congénitas y hemofilia; se tienen en electrónico en las computadoras de todos los servicios de hospitalización e impresas a la disposición de todo el personal médico y en aplicación para dispositivos portátiles (APP GPC), con respecto al proyecto de auditoria clínica, se capacitaron a 23 personas en el proceso y se llevó a cabo el proyecto denominado "medidas preventivas de neumonía asociada a ventilación mecánica en el paciente.

Por su parte, en el HRAE Ciudad Salud, se autorizaron, difundieron e implementaron a nivel Físico y Electrónico, las Guías de Práctica Clínica de las diez patologías más frecuentes de cada especialidad que se oferta.

En HRAEB a través del Comité de Mejora Regulatoria Interna (COMERI) se busca la estandarización de procesos y procedimientos. La normateca interna está publicada en página web y en intranet.

Se han realizado acciones encaminadas a consolidar el uso de guías de práctica clínica y protocolos de atención por parte de personal médico y becario, se ha reforzado acciones para apego a la NOM de expediente clínico a través de personal adscrito y becario. En 2016 se implementó el ejercicio de auditorías clínicas. Elaboración, difusión y seguimiento de cumplimiento de manuales, protocolos y lineamientos de los procedimientos generales y específicos de enfermería.

En el HRAEO, en 2015 se llevó a cabo la Auditoría Clínica denominada "Cambio de guardia", cuyo objetivo fue mejorar la calidad de la entrega de guardia con el objeto de disminuir el riesgo de eventos adversos durante la estancia de los pacientes en el hospital; en el primer trimestre 2016 se inicia la capacitación en la actualización de los estándares internacionales de la seguridad del paciente con rumbo hacia la acreditación y reacreditación en gastos catastróficos y CAUSES proyectada para este año.

En el HRAEPY se identificaron variabilidades en el manejo de pacientes, lo que nos llevó a implementar Guías de Práctica Clínica para estandarizar los procesos. Esto lo realizamos con los Médicos del área Clínica y los del área Quirúrgica, al igual que con el área de enfermería con la implementación de los PLACES.

Se cuenta en el sistema gerencial MEDSYS con la herramienta de consulta de las Guías de Práctica Clínica en el HRAEV.

Se ejerce la rectoría revisando en todos los HRAE con visitas de evaluación, el cumplimiento de las NOM, en información en salud, expediente clínico y se actualiza la publicación y uso de las Guías de Práctica Clínica del Sector Salud.

Se inició el proyecto de auditorías clínicas para la mejora de la aplicación de los mejores estándares de atención internacional para mejora de la efectividad médica.

En el HRAEI existe la discusión de casos complejos de manera cotidiana con la aplicación del diagnóstico y tratamiento basados en la mejor evidencia que marcan normas y guías de manejo nacionales e internacionales, es decir todos los procedimientos es apegados a normas y guías aceptadas, como también se puede verificar en la evaluación del expediente clínico.

Planeación, ejecución y participación en 26 sesiones ordinarias y tres sesiones extraordinarias de la Junta de Gobierno de los INSalud, para ratificar la alineación a las metas y objetivos sectoriales de sus Programas Anuales de Trabajo.

Elaboración de 26 Listados de Acuerdos de las Sesiones Ordinarias y Extraordinarias de los INSalud y la revisión de 26 actas de Juntas de Gobierno de estas unidades médicas, a fin de dar formalidad, validez jurídica y seguimiento a los acuerdos adoptados por los órganos Colegiados.

Se impartió un taller y se llevaron a cabo las pruebas piloto del Programa de Auditoría Clínica en las unidades coordinadas, a fin de establecer el programa de auditoría para 2016.

Para continuar con el fortalecimiento de la rectoría de la autoridad sanitaria, se efectuaron reuniones de grupos de alta dirección, para fomentar la cultura de colaboración entre los HRAE, para vigilar su desempeño institucional, el apego normativo y el correcto ejercicio de los recursos, y también se ha vigilado el cumplimiento normativo; la satisfacción del personal en materia de formación; el apoyo en gestiones administrativas, y en particular aspectos presupuestarios, laborales y de organización; así como el seguimiento del proceso de mejora de la calidad de la atención, acreditación de servicios y certificación.

Los HFR se apegan a las NOM y a las Guías de Práctica Clínica vigentes y se fomenta su difusión y aplicación por parte del Personal Supervisor de la Dirección de Operación de Servicios de Atención Hospitalaria y de la Dirección de Apoyo a la Estrategia de Calidad de la DGCHFR, verifica continuamente el uso de las GPC en los seis HFR, así como las NOM, Manuales y Lineamientos internos de esos hospitales.

Para estandarizar los procesos de atención clínica, el Programa IMSS-PROSPERA fomenta el uso de las Guías de Práctica Clínica, privilegiando la implementación de las que involucran los grupos vulnerables como la atención a la embarazada, parto, puerperio, recién nacido, adolescente, pacientes con patologías crónicas con énfasis a la diabetes mellitus e hipertensión y las enfermedades de interés epidemiológico. Con ello se reducen los riegos para la población usuaria, y se impulsa el otorgamiento de atención oportuna y efectiva con mayor eficiencia de los recursos del Programa.

Por su parte, el CENETEC-Salud coordinó el Secretariado Técnico del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica, realizando la autorización de 41 Guías de Práctica Clínica (GPC) de nueva creación para sumar un total de 763 GPC publicadas en el Catálogo Maestro; así como la actualización de 25 GPC (dos retiradas) que sumadas a las 163 anteriores dan un total de 188 GPC. Es importante mencionar que, de las GPC publicadas, destacó la actualización de la GPC "Clasificación, diagnóstico y tratamiento integral del dengue" que contribuye a las acciones de respuesta ante el escenario epidemiológico de casos confirmados de dengue.

En el tema de Turismo Médico, la Dirección General Adjunta para la Coordinación de los Sistemas Estatales de Salud, difunde la certificación de Hospitales que se realizan por conducto del Consejo de Salubridad General; así como las licencias y permisos que requiere la COFEPRIS, entre el gremio médico empresarial que oferta servicios de esta naturaleza a la comunidad internacional.

Con el objeto de fomentar el uso de las GPC y de disminuir la variabilidad en los procedimientos para estandarizar la atención en salud 8,735 unidades médicas del sector han implementado las GPC de los diez principales motivos de demanda de atención en consulta externa, urgencias y hospitalización, por otro lado, 9,387 unidades médicas de la Secretaría de Salud, han integrado las GPC en su programa de Educación Médica Continua.

Con el objetivo de **fortalecer la conciliación y el arbitraje médico para la resolución de las controversias entre usuarios y prestadores de servicios**, en el marco de su vigésimo aniversario, la CONAMED cumple con su misión al ofrecer mecanismos alternativos de solución de controversias como una oportunidad para que la sociedad ejerza el derecho de presentar inconformidades de los servicios de salud recibidos sin recurrir a instancias judiciales. Los beneficios de estos mecanismos alternativos son conocidos y valorados en todos los ámbitos, ya que aportan mayor rapidez a la solución de conflictos al mismo tiempo que disminuyen los costos, tanto para el sistema de justicia como para las partes involucradas.

En este sentido, los servicios que ofrece la CONAMED facilitan que los usuarios y prestadores de servicios médicos, solucionen los conflictos originados durante la prestación de dichos servicios, privilegiando en todo momento su voluntad, así como la imparcialidad, equidad y respeto.

Asuntos Concluidos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Entre septiembre de 2015 y agosto de 2016, esta Comisión concluyó un total de 16,128 asuntos[19], relacionados con inconformidades derivadas de la prestación de servicios de salud; de los cuales, 8,179 fueron por orientaciones, 4,049 por asesorías especializadas, 1,430 a través de gestiones inmediatas en instituciones de salud; mediante mecanismos alternativos para solución de controversias 2,164 quejas por conciliación o arbitraje, así como 306 asuntos mediante dictamen médico institucional relacionados con solicitudes de instituciones de procuración e impartición de justicia y órganos internos de control.

Investigaciones

La CONAMED es una de las principales fuentes de retroalimentación para el Sistema Nacional de Salud, ayudándole a conocer las áreas de oportunidad, omisiones o irregularidades del servicio que se brinda a la población gracias a los casos de los que tiene conocimiento. Como parte de las prioridades de la Comisión se planteó impulsar este mecanismo de información a través de un enfoque científico y académico y de esta manera buscar la mejora continua de la práctica médica.

De septiembre de 2015 a agosto de 2016 se realizaron importantes proyectos de investigación entre los que destacan:

- Análisis de las inconformidades relacionadas con salud visual.
- Análisis de las inconformidades relacionadas con pediatría.
- Análisis médico y jurídico acerca de la definición de violencia obstétrica.
- Migración y ampliación de la Biblioteca Virtual CONAMED.
- Cumplimiento ético-legal y comunicacional de los consentimientos informados en expedientes de queja médica.
- Diseño e implementación de la Estadísticas sobre Dictámenes elaborados 2015

Asimismo, en conjunto con diversas instituciones se desarrollaron varios proyectos de investigación, entre los cuales se encuentran:

CUADRO 2.5 ASUNTOS CONCLUIDOS POR LA CONAMED 2008-2015

Concepto	Datos anuales								Septiembre- agosto		
	Observado								2014-2015	2015-2016 1/	Variación %2/
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015			
Por orientación	7,390	5,435	4,421	6,225	6,156	9,391	9,609	8,042	8,627	8,179	-5.20%
Por asesoría especializada	4,596	4,352	4,555	5,299	3,484	4,646	4,013	3,985	3,997	4,049	1.30%
Por gestiones inmediatas en instituciones de salud	553	588	654	915	1,046	1,179	1,370	1,409	1,444	1,430	-1%
Por emisión de dictámenes médicos institucionales	305	387	358	309	300	249	245	294	280	306	9.30%
Como queja:	1,734	1,748	1,671	1,794	1,699	1,775	1,654	2,022	1,722	2,164	25.70%
Conciliación	846	863	852	975	845	918	758	822	719	857	19.20%
Laudo	75	72	42	71	91	92	55	37	35	37	5.70%
Otras modalidades	813	813	777	748	763	765	841	1,163	968	1,270	31.20%
Total de asuntos concluidos	14,578	12,510	11,659	14,542	12,685	17,240	16,891	15,752	16,070	16,128	0.36%

1/ Datos estimados para el periodo septiembre 2015 - agosto 2016.
2/ Comparación del periodo 2014-2015 Vs 2015-2016.
Fuente: CONAMED.

[19] Cifras Estimadas.

- Proyecto interinstitucional con la *Safe Childbirth Checklist Collaboration* de la OMS *"Focus group trial with opinion leaders of academic and health institutions, and with non-government organizations about using the Safe Childbirth Checklist".*

- Proyecto con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México y la División de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM. "Queja médica en mujeres con morbilidad obstétrica extrema".

- Análisis de Información Estadística. Implementación del proyecto "Automatización de registros de información estadística sobre laudos concluidos (ARIEL)". Tiene como propósito sistematizar y explotar toda aquella información proveniente de los expedientes generados en el proceso de arbitraje.

- "Morbilidad Materna Extrema: Trayectorias reproductivas, del padecer y de atención institucional de mujeres con Histerectomía. Un análisis desde la perspectiva de la Antropología Médica", realizado en forma conjunta con la División de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM, área Ciencias Sociomédicas – Antropología Médica.

- "Estrategia para la promoción del buen trato en la atención obstétrica" Proyecto interinstitucional con el INSP.

- Proyecto internacional con Estado Plurinacional de Bolivia "Intercambio de experiencias en la estandarización de la búsqueda de eventos adversos considerando la Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente".

Durante el último trimestre de 2015 la CONAMED obtuvo el Registro Nacional de Instituciones y Empresas Científicas y Tecnológicas (RENIECYT), que es un instrumento de apoyo a la investigación científica, el desarrollo tecnológico y la innovación del país a cargo del CONACYT, a través del cual se identifica a las instituciones, centros, organismos, empresas y personas físicas o morales de los sectores público, social y privado que llevan a cabo actividades relacionadas con la investigación y el desarrollo de la ciencia y la tecnología en México.

Adicionalmente, la CONAMED está registrada como grupo asociado al Centro Colaborador de la Red Cochrane Mexicana del ITESM, llevándose a cabo diferentes actividades de capacitación y difusión.

Difusión a Profesionales de Salud y Pacientes

Los días 6 y 7 de junio de 2016 se realizó en el Auditorio 1 de la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional Siglo XXI el simposio "A 20 años del arbitraje médico en México, rumbo e impulso para el ejercicio pleno del derecho a la salud", en el cual se trataron diversos temas, entre los que se encuentran la Presentación de resultados del proyecto conjunto Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) y Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED); Alcances y retos del ejercicio efectivo al derecho a la salud; La transversalidad de la protección al derecho a la salud en las políticas públicas. Estos temas fueron abordados por notables personalidades del ámbito médico y jurídico.

Aslmismo, se difundió diverso material impreso a establecimientos de atención médica y población usuaria de servicios de salud: 25,175 recomendaciones, 21,030 carteles sobre derechos generales de los pacientes y trabajadores de la salud; 18,750 dípticos CONAMED, así como 1,819 materiales diversos.

Adicionalmente, se realiza la difusión de información diversa de interés para la ciudadanía en general y para los profesionales de la salud, entre las que se encuentran recomendaciones, noticias y notificaciones de eventos.

Publicaciones

La Revista CONAMED es un foro especializado en materia de arbitraje médico, derecho y salud. Tiene como objetivo influir en la calidad de la práctica de la medicina y proyectar las actividades de investigación, educación y difusión de esta Comisión en el ámbito nacional e internacional, así como coadyuvar a la difusión del quehacer, filosofía, objetivos y atribuciones de la CONAMED. Se publicaron cuatro números de la Revista CONAMED y un Suplemento (volúmenes 20 y 21), con un tiraje de 500 ejemplares para el volumen 20 y de 750 ejemplares para el volumen 21. Es importante destacar que se logró el registro de la Revista CONAMED electrónica en índices hemerobibliográficos nacionales e iberoamericanos; también se publicaron los volúmenes 20 y 21 de la Revista CONAMED en la plataforma Open Journal Systems (OJS), en la dirección electrónica http://www.conamed.gob.mx/revista.html. De septiembre de 2015 a agosto de 2016 se realizaron 8,055[20] descargas de la Revista CONAMED desde el portal institucional.

[20] Cifras Estimadas.

También se elaboraron y difundieron diversos temas de recomendaciones con infografía, entre los que se encuentran: Recomendaciones en salud visual, Recomendaciones para el Autocuidado en pacientes con presión arterial alta (hipertensión) y Recomendaciones para el cuidado de Enfermería en el paciente con pie diabético (datos de alarma).

Con el fin de **consolidar los mecanismos de retroalimentación en el Sistema Nacional de Salud para el mejoramiento de la calidad** en los HRAE, se mantiene las evaluaciones de la satisfacción de los usuarios calidad de a través del sistema INDICAS y Aval Ciudadano.

En particular en el HRAEB se busca medir y mejorar la calidad del hospital en ambos sistemas se supera la meta 80% de trato digno.

En el HRAEI se participan con el CENETEC en la elaboración y actualización de las guías de práctica clínica.

Es de destacar que el INER tiene un firme compromiso con la calidad, por lo que en marzo de 2016 participó en el Premio Nacional de Calidad con la finalidad fuera evaluado su sistema de Calidad. Después de dar cumplimentó a todos los requerimientos conforme a los criterios del Modelo de la Dirección General de Calidad y Enseñanza en Salud el Instituto logró pasar a la segunda etapa de dicho proceso recibiendo la visita de los evaluadores los días 18 y 19 de abril.

El INNN participó en el Tercer Foro Enfermedades neurológicas y Psiquiátricas: Experiencias de Trabajo Social en el campo de la investigación e intervención colaborativa, en conjunto con la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM y el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, las actividades se desarrollaron en las tres sedes; donde especialistas en Trabajo Social de las tres instituciones, analizaron la forma en que intervienen con los pacientes y familiares que padecen alguna enfermedad neurológica o psiquiátrica, así como la colaboración que existe entre el Trabajo Social, la Psiquiatría y la Neurología en cuanto a investigación e intervención.

El Titular de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, inauguró el Primer Centro de Atención al Acompañante con la presencia de la Directora General del del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, y miembros de la Fundación EnCompañía A.C., que aportó los recursos para la construcción y equipamiento de esta área, con el objetivo de ofrecer a los familiares de los pacientes en estado crítico que se encuentran en quirófano, urgencias o terapia intensiva, una sala de espera equipada con sillones reclinables, casilleros, préstamo de cobertores, televisor, entre otros, además de contar con un lugar destinado especialmente para escuchar el informe médico; siendo un lugar adecuado, seguro y cómodo, ya que deben permanecer las 24 horas en el Instituto en espera de noticias de su paciente, sin las condiciones adecuadas para su albergue, sobre todo durante las noches.

La Dirección General de Coordinación de Institutos Nacionales de Salud (DGCINS) llevó a cabo el proyecto: **Estandarización de indicadores de calidad de la atención para los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales coordinados por la CCINSHAE**. El objetivo de este proyecto fue contar con un grupo de indicadores que permita comparaciones entre los Institutos Nacionales, Hospitales Federales de Referencia y HRAE, que sea la base para realizar comparación internacional. Se establecieron las siguientes etapas:

1. Priorización y selección de los indicadores con base en criterios de Factibilidad, Utilidad y Confiabilidad.

2. Elaboración de fichas técnicas de los indicadores, definición de variables, fuentes e instrumentos de recolección de datos.

3. Prueba piloto de los indicadores de atención médica de alta especialidad.

4. Línea base de los indicadores en los Institutos y Hospitales.

5. Implantación y medición por un año en los Institutos y Hospitales para la primera comparación.

La DGCHFR, observa los lineamientos de calidad que rigen al sistema nacional de salud, a través de la Matríz de Indicadores para Resultados (MIR), dónde se analizan y se establecen estrategias para su cumplimiento.

Para **promover los procesos de certificación de programas y profesionales de la salud**, se han establecido reuniones con el Consejo de Salubridad General, quien es el encargado de otorgar certificaciones de calidad a los hospitales privados. En las reuniones y eventos de Turismo Médico a los que ha acudido el Director General Adjunto para la Coordinación de los Sistemas Estatales de Salud, se ha hecho hincapié en las Certificaciones y en la manera de obtenerlas, para

garantizar así la calidad de los servicios ofertados a la comunidad internacional.

También como acción de rectoría se promueve en todos los HRAE la certificación de la calidad de la atención, compartiéndose las mejores prácticas entre ellos promoviéndose la cultura de colaboración, con lo que se hacen revisiones entre ellos.

El HRAEB sigue trabajando en pro de la certificación hospitalaria, además de contar con 21 acreditaciones en Gastos Catastróficos, así como en Seguro Médico Siglo XXI y en CAUSES.

Los procesos de certificación y recertificación se llevan a cabo en los profesionales de la salud del HRAEV en cursos de capacitación continua.

El HRAEPY, se mantiene como el único hospital del grupo que ha logrado ser certificado por el Consejo de Salubridad General.

El HRAEI lleva a cabo un rastreo por parte de recursos humanos en la validación y verificación de la cédula actualizada de Certificación del Personal Médico y de Enfermería, emite la solicitud correspondiente en caso de no contar con ella o no se encuentre vigente.

Desde 2012, el ISSSTE implementó la lista de VERIFICACIÓN DE LA CIRUGÍA SEGURA en el sistema estadístico institucional y se actualiza conforme a las disposiciones de la OMS; las unidades la llevan a cabo de manera física en tiempo real. Al cierre del mes de mayo de 2016 en el 89.87% de los procedimientos quirúrgicos se aplicó la lista de verificación.

Asimismo, con la finalidad de **establecer nuevas modalidades de concertación de citas y atención que reduzcan los tiempos de espera en todos los niveles**, los HRAE han establecido la aplicación de las encuestas de satisfacción y se cumplen los estándares del sistema INDICAS corroborado con el Aval Ciudadano. En promedio se han logrado 90% de cumplimiento.

A través del sistema INDICAS y Aval Ciudadano en el HRAEB se busca medir y mejorar la calidad del hospital en ambos sistemas se supera la meta 80% de trato digno.

Se consultan los resultados de las encuestas en los INDICAS para diseño de estrategias de mejora en el HRAEV.

El HRAEI tiene contemplado a mediano plazo establecer la cita vía telefónica lo que contribuirá a mejorar la atención.

Estrategia 2.3.
Crear redes integradas de servicios de salud interinstitucionales

Con el objetivo de **fortalecer las unidades médicas de primer nivel como el eje de acceso a las redes de servicios**, en el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto 2016, el IMSS ha concluido nueve acciones de obra para el fortalecimiento del primer nivel de atención, dos de infraestructura nueva y siete nuevas por sustitución con una inversión física total de 239 millones de pesos.

El desarrollo de infraestructura nueva destaca por la construcción de las Unidades de Medicina Familiar localizadas en Pachuca, Hidalgo y Tacícuaro Michoacán de Ocampo de seis y diez consultorios, respectivamente, cabe señalar la importancia de esta última en razón de dar cumplimiento al Programa implementado por el Ejecutivo Federal denominado Plan Michoacán de Ocampo.

En lo referente a obras nuevas por sustitución están las Unidades de Medicina Familiar número 7, 76, 56, 17, 51, 24 y 37 localizadas en Atotonilco de Tula, Hidalgo; Uruapan, Michoacán de Ocampo; San Pablo Huitzo, Magdalena Apasco, ambas en Oaxaca; Angostura, Sinaloa; Santa Ana, Sonora y Coatzacoalcos, al sur de Veracruz de Ignacio de la Llave, respectivamente.

Con la infraestructura nueva y nueva por sustitución se incrementa la capacidad instalada del IMSS en 20 consultorios, para beneficio de más de 212 mil derechohabientes.

Asimismo, desde el año 2014, el Programa IMSS-PROSPERA ha emprendido acciones de colaboración con la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), lo que ha permitido el fortalecimiento de la infraestructura de primer nivel destinada a la atención de esta población. En el periodo, el apoyo financiero de la citada Comisión permitió la construcción de diez nuevas Unidades Médicas Rurales en Chiapas (tres), Oaxaca (tres), Hidalgo (una), Guerrero (una), Nayarit (una) y en San Luis Potosí (una), con las que se estima beneficiar a 30,047 personas; 77% de ellas (23,269), indígenas. Para 2016, se tiene programada la construcción de siete nuevas unidades médicas rurales en Chiapas, Hidalgo, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí y Veracruz de Ignacio de la Llave.

Con mira a lograr **la implementación de redes de servicios que favorezcan el acceso efectivo con las**

diferentes instituciones públicas, se definió la primera versión de la red de servicios de los estados que participan en el piloto del Nuevo Modelo de Atención.

Por otro lado, la colaboración con los diferentes niveles de atención y las instituciones que conforman las redes de servicios en las regiones, todos los HRAE han suscrito convenios para la referencia y contrarreferencia de pacientes.

El CRAE tanto en el Hospital de Especialidades Pediátricas como en el HRAE Ciudad Salud, mantiene presencia en las sesiones estatales de sistema de referencia a través de impartir pláticas y conferencias que difundan los criterios de admisión y cartera de servicios.

El HRAEB cuenta con 44 convenios de colaboración en materia de prestación de servicios, formación de recursos humanos y cooperación científica.

En el HRAEV se cuenta con la colaboración interinstitucional para la referencia de pacientes con todas las instituciones del estado de Tamaulipas.

Asimismo, todos los hospitales mantienen convenios de intercambio de servicios con instituciones de seguridad social, nacionales y estatales.

El HRAEV presta atención a emergencias obstétricas prestando servicios a cerca de 50 pacientes anualmente. El HRAEI ha promovido la acreditación de los servicios lo que le permitió incorporar la atención de pacientes con embarazos de alto riesgo y emergencia obstétrica después del mes de mayo de 2016 fue reconocido como parte del convenio respectivo.

La actualización de personal de salud es también una actividad que permite ofertar cursos de educación continua en las regiones consolidándose como centros de referencia para la enseñanza, dentro de las redes de servicios.

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

1. Continuación de actividades del Grupo de acción rápida para acceso a la morfina.

2. Continuación de la capacitación para la prescripción y dispensación de medicamentos controlados.

3. La realización de plataformas electrónicas para los recetarios y libros está próximo a implementarse.

De igual manera, en el INRLGI se llevan a cabo el "Programa de estimulación temprana para pacientes con alto riesgo para daño neurológico" cuyo objetivo es brindar atención integral a niños con factores de riesgo para daño neurológico pre, peri y posnatal e incluye un conjunto de actividades terapéuticas diseñadas para prevenir y detectar posibles alteraciones o desviaciones del neurodesarrollo. De septiembre de 2015 a mayo de 2016 se han atendido 392 pacientes de primera vez subsecuentes 2,135 para un total de 2,527.

Para **consolidar las herramientas para la operación de redes integradas de servicios interinstitucionales** se integró un equipo de trabajo a nivel nacional con enlaces de los servicios de salud de cada Entidad Federativa quienes sumaran componentes interinstitucionales particulares de cada entidad a la propuesta actual de Redes Integradas de Servicios.

Para promover la inclusión de políticas interculturales en la operación de los programas nacionales y estatales de salud y **fomentar una perspectiva intercultural, intersectorialidad y de género en el diseño y operación de programas y acciones de salud**, en el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 31 agosto de 2016, la DGPLADES Impulsó las siguientes acciones:

- Implementación de 18 Programas Estatales de Salud Intercultural. Los Enlaces Estatales de Interculturalidad reportaron la realización de sus programas de sensibilización intercultural con cursos, conferencias, reuniones y encuentros. Informaron se capacitó a 9,930 personas; promotores de salud, psicólogos, médicos, enfermeras, personal administrativo y de trabajo social de hospitales y unidades de salud en sus entidades federativas.

- En apoyo al proceso de acreditación de unidades ante el Seguro Popular, se realizaron cursos de formación de replicadores: "Interculturalidad y Género en el Marco de los Derechos Humanos" en coordinación con la Unidad del Programa IMSS-PROSPERA y la 4ª visitaduría de la CNDH, se formó a un total de 498 replicadores.

- Se realizaron, cursos vía internet y video conferencias de Interculturalidad en Salud, desde la plataforma de la DGTI, en apoyo a la Acreditación de unidades de salud en el Hospital Juárez del Centro en la Ciudad de México y de los estados de Colima, Campeche, Ciudad de México, Estado de México, Morelos, Nuevo león, Puebla, Tabasco y Yucatán y personal del Programa IMSS-PROSPERA,

así como a funcionarios de instituciones coordinadas por la Comisión Ejecutiva de Atención Victimas, como elemento sustantivo del Modelo de Atención Integral en Salud, participaron un total de 1,057 personas.

Con el objetivo de **ampliar la red de atención a través de unidades móviles en regiones de alta marginación y dispersión poblacional**, el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, cuenta con 1,502 UMM, de las cuales 788 UMM federales que dan cobertura a 715 municipios y 11,543 localidades, en beneficio de más de 1.6 millones de personas y 714 corresponden a unidades estatales alineadas, con las que se atiende a 567 municipios y 13,886 localidades, en beneficio de más de 2.4 milones de personas.

En el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016, se transfirieron a las entidades federativas 403,400.0 miles de pesos, para cubrir los conceptos de sueldos y salarios del personal gerencial y operativo, viáticos y pasajes del personal gerencial y aseguramiento de las UMM.

Por su parte, en el lapso 2014-2016, el Programa IMSS-PROSPERA ha puesto en operación 89 nuevas UMM adquiridas con recursos de la CDI. Cada unidad se integra por una persona en la disciplina de medicina general, una en enfermería y una en promoción y educación para la salud. En conjunto, se estima beneficiar a 371,391 personas que habitan en 856 localidades mayoritariamente indígenas de quince entidades[21]. Para 2016 se prevé la adquisición de otras 50 UMM, también con recursos de CDI.

Con la finalidad de **fortalecer la red de atención de telemedicina en regiones de alta marginación y dispersión poblacional**, como órgano rector de Telesalud a nivel sectorial, el CENETEC-Salud impulsa y promueve instrumentos para el desarrollo de proyectos y programas en la materia. Entre el 1 de septiembre de 2015 y el 31 de agosto de 2016, CENETEC-Salud realizó lo siguiente:

El 21 de diciembre de 2015 se logró la publicación en el DOF el proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA-2015 para la regulación de la atención médica a distancia derivado de la participación con el Área Jurídica y la DGCES de la Secretaría de Salud.

Se logró la incorporación de tres variables en la sección de Teleconsulta dentro del informe mensual de actividades de Telemedicina en el Subsistema de Prestación de Servicios (SIS) del Sistema de Información en Salud, dichas variables corresponden a las especialidades de Neurología, Oftalmología, Cardiología y en estudio de gabinete (rayos X).

En el mes de septiembre de 2015, se llevó a cabo el cuarto curso del modelo operativo para la teleconsulta en telemedicina, cuyo objetivo principal es explicar los procedimientos y tecnologías necesarias para atender una Teleconsulta de calidad.

Para **promover la implementación de un modelo de homologación de la atención de emergencias en salud** la Secretaría de Salud desarrolla el modelo de atención médica prehospitalaria, contemplando la existencia de los Centros Reguladores de Urgencias, con un modelo operacional de acuerdo a la NOM-034-SSA3-2013 como la unidad técnico- médico-administrativa encargada de la recepción, despacho y atención de las emergencias médicas sumándose que además servirán de enlace con los Centros de Control de Control, Comando y Computo C4 coadyuvando a la Instrucción Presidencial 452 "Intensificar el trabajo para poner en operación la primera etapa del número de emergencia 911 durante el segundo semestre de 2016".

Se desarrollaron estrategias para la mejora en la capacidad de respuesta del sistema de atención médica de urgencias ante emergencias mayores y desastres iniciando la consolidación del Sistema de Atención Médica de Urgencias (SAMU) a nivel nacional por medio de la integración de los diferentes sistemas de atención médica prehospitalaria y de urgencias de los Estados fortaleciendo unificando criterios de atención de las emergencias médicas además de tomar las mejores prácticas por medio de diversas cooperaciones internacionales con Francia, Brasil, Argentina y Dinamarca.

Con el propósito de **consolidar las acciones en materia de calidad, autosuficiencia, cobertura y acceso efectivo de sangre, componentes sanguíneos y células troncales**, el 22 de abril de 2015 se firmó el Convenio de Colaboración entre COFEPRIS y el Centro Nacional de Transfusión Sanguínea, con la finalidad de reforzar la vigilancia del manejo de la sangre y sus derivados, para prevenir riesgos a la salud pública. Con este convenio se redoblará el control sanitario de bancos de sangre, transfusiones sanguíneas y el uso experimental de protocolos clínicos –ninguno tiene autorización- con células troncales o madres, lo cual garantizará que los bancos de sangre, puestos de sangrado y demás establecimientos que se encargan de la procuración, conservación y transfusión realicen sus procesos bajo las mejores prácticas de seguridad y calidad para los pacientes.

[21] Baja California, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guerrero, Hidalgo, Michoacán de Ocampo, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Veracruz de Ignacio de la Llave y Yucatán

En el área de la Comisión de Autorización Sanitaria CAS se han incrementado los requisitos, para las autorizaciones de los establecimientos señalados en la Ley General de Salud en el art. 315 y 341, con lo que se han limitado los bancos con disposición de células progenitoras hematopoyéticas o troncales, y estamos en espera de la publicación de la NOM (Norma Oficial Mexicana) que nos permita establecer los requerimientos para los establecimientos señalados en el artículo 315 fracciones V y VI.

Por su parte, el CNTS promueve con diferentes hospitales de las entidades federativas la firma de convenios de colaboración para el suministro de unidades de sangre y sus componentes con fines terapéuticos así como de unidades de células troncales hematopoyéticas de cordón umbilical; esta última acción es de gran relevancia debido a que en la población pediátrica los padecimientos hemato-oncológicos son una de las primeras causas de mortalidad.

Aunado a esto y con la finalidad de consolidar acciones en materia de calidad, autosuficiencia, cobertura y acceso efectivo de sangre, componentes sanguíneos y células troncales, del 1 de septiembre de 2015 al 20 de mayo de 2016 se tamizaron 1,329,006 unidades para los marcadores infecciosos obligatorios. El CNTS realiza pruebas confirmatorias y suplementarias a los Centros Estatales de la Transfusión Sanguínea (CETS) que lo requieran.

El CNTS incrementó con 28 Unidades de Sangre de Cordón Umbilical (USCU) su inventario de unidades, con un total actual de 1,360 unidades.

CUADRO 2.6 UNIDADES DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL ACEPTADAS EN EL PERIODO DEL 1 DE SEPTIEMBRE DE 2015 AL 27 ABRIL DE 2016

Unidades de sangre de cordón umbilical aceptadas en el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 27 abril de 2016	28
Solicitudes de búsqueda de unidades con fines de trasplante.	55
Unidades de sangre de cordón umbilical entregadas para trasplante.	5

Fuente: Base de datos de Informes mensuales de cordón umbilical.

Se entregaron cinco unidades para trasplante en pacientes con enfermedades onco-hematológicas a instituciones nacionales.

El CNTS cuenta con un equipo irradiador auto blindado para irradiación de la sangre, para las instituciones públicas y privadas, que lo soliciten. La irradiación de componentes sanguíneos elimina la posibilidad de desarrollo de la Enfermedad Injerto contra Huésped Asociada a Transfusión (EICH-AT), la cual es mortal en el 95% de los casos. En el período, el total de componentes sanguíneos irradiados fue de 2,571.

CUADRO 2.7 INSTITUCIONES QUE RECIBIERON EL SERVICIO DE IRRADIACIÓN

Unidades Hospitalarias	
Instituto Mexicano del Seguro Social	2
Instituto de Seguridad y Servicio Social al Servicio de los Trabajadores del Estado	2
Secretaria de Salud	7
Hospital Central Sur de Alta Especialidad de PEMEX	1
Hospital Central Militar	1
Hospital General Naval de Alta Especialidad.	1
Servicios de Salud de la Ciudad de México	1
Instituto de Salud del Estado de México	2
Centros Estatales de la Transfusión Sanguínea	5
Iniciativa privada	6

Fuente: Base de datos del Departamento de Evaluación y Seguimiento de la Normatividad de la Sangre.

Entre las acciones relevantes que realizó el CNTS durante el periodo se encuentran:

- Asesoría a la Dirección General de Planeación del IMSS en lo relativo a servicios de sangre.
- Recertificación bajo la Norma Mexicana NMX-CC-9001-IMNC-2008/ ISO-9001:2008 “Sistemas de gestión de la calidad”.
- Organización y participación en:
  * Cumbre Latinoamericana de la Enfermedad de Chagas.
  * 1er. Congreso Internacional de Donación Altruista en Ciudad Juárez, Chihuahua.

- Se recibió una donación de 250 camillas portátiles, por parte de United Blood Services de UK, con lo que se brindó apoyo a los Centros Estatales de la Transfusión Sanguínea.

- Concluyó la 1ª. Generación de Médicos Pasantes en Servicio Social, con la participación de la UNAM, el Instituto Politécnico Nacional (IPN) y la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM).

- Se realizaron dos Reuniones Gerenciales de Coordinación con los CETS (Ciudad de México y Ciudad Juárez, Chihuahua), en donde se les informó del Programa de Contingencia para virus de dengue, chikungunya y zika.

Participaciones Interinstitucionales

- Grupo Cooperativo Iberoamericano de Medicina Transfusional. Elaboración del Manual de Hemovigilancia.

- Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE). Colaboración en la integración del Manual de la Enfermedad de Chagas y en la elaboración del Dossier para la erradicación de Tracoma.

- Instituto Nacional de Medicina Genómica (INMEGEN). Colaboración en la elaboración del Decálogo para el Tratamiento de Muestras Biológicas e Información Genética.

- Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, colaboración en la elaboración del PAE para Hepatitis "C".

- Grupo de Coalición de Hepatitis "C" para el Documento Ejecutivo de apoyo de las Autoridades de Salud para el Desarrollo del Plan Nacional de la Hepatitis "C".

- OMS/OPS. Participación en la elaboración de "Las recomendaciones preliminares para los servicios de sangre frente a la epidemia del virus del zika".

- Participación en dos Programas de Evaluación de Calidad Externo en Serología e Inmunohematología OPS, (Brasil y España) con resultados sobresalientes y correctos respectivamente.

- Homocentro de República Dominicana. Apoyo de listado de equipamiento y planos arquitectónicos.

Investigación

- Renovación del Registro Nacional de Instituciones y Empresas Científicas y tecnológicas de CONACYT (RENIECYT).

- Presentación del trabajo "Emergency Evaluation of donor in outbreak of dengue and chikungunya", en el 17. Seminario Internacional de Hemovigilancia. París, Francia.

- Colaboración del CNTS con el Instituto Paul Ehrlich para la aprobación de cepas bacterianas por la OMS en el Comité de Expertos en sustancias Biológicas, derivado del protocolo de investigación "Repository of Platets Transfusión-Relevant Bacterial Reference Strains".

Publicaciones

Molecular characterization of microbial contaminants isolated from Umbilical Cord Blood Units for transplant. Braz J Infect Dis. 2015; 19(6):571–577.

Estrategia 2.4.

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

La atención integral y la reinserción social se logrará atendiendo tres principios básicos:

1. El fortalecimiento de las acciones que aumentan la promoción de la salud mental así como de la atención comunitaria, potenciando los servicios a nivel ambulatorio y reduciendo al máximo posible la necesidad de hospitalización.

2. La hospitalización, cuando es requerida debe ser de estancia corta, en unidades psiquiátricas incorporadas a hospitales generales idealmente.

3. La existencia de servicios de rehabilitación psicosocial y reinserción social que integren a la persona con enfermedad mental a su comunidad.

Estos principios tienen el objetivo de disminuir en lo posible hospitalizaciones, reingresos y erradicar de manera definitiva estancias prolongadas, otorgando a los usuarios y usuarias una mejor atención y al mismo tiempo una mayor calidad de vida, ofreciendo la posibilidad de la reinserción a su comunidad.

Para **priorizar la implementación de modelos comunitarios y familiares de atención integral de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento**, el Programa de Acción Específico Salud Mental, basado en el modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, pretende lograr la creación de estructuras comunitarias más eficientes y de calidad, de acuerdo a estándares internacionales de respeto y garantía a los derechos humanos de las usuarias y usuarios. Para ello se ha trabajado en conjunto con la DGPLADES de enero a junio de 2016, en la construcción del Modelo de Villas de Transición Hospitalaria como la alternativa a la construcción de hospitales psiquiátricos, con dichas Villas de Transición Hospitalaria se garantiza una atención de base comunitaria, de calidad y calidez con miras a las reinserción de los usuarios de este servicio, siempre en el respeto pleno a sus derechos humanos.

Al 30 de junio de 2016, se capacitaron a 2,126 médicos de centros de salud de trece entidades federativas en la Guía de Intervención *Mental Health Gap Action Programme* (mhGAP) para los Trastornos Mentales, Neurológicos y por Uso de Sustancias en el Primer Nivel de Atención de la Salud no Especializada en colaboración con la OPS. Dicha capacitación es dirigida principalmente a médicos de centros de salud, para que puedan detectar oportunamente, y en su caso, canalizar a las personas que presenten alguna de las once condiciones que la guía menciona. En el primer semestre de 2016, se capacitó a trece entidades más, con el objetivo de acrecentar la cobertura de detección y atención.

Con el objeto de **fortalecer la cobertura de atención a los trastornos mentales con enfoque familiar, comunitario y respeto a los derechos humanos**, y como parte del seguimiento a la evaluación que se realizó a doce unidades hospitalarias medico psiquiátricas de once entidades federativas (Campeche, Chiapas, Chihuahua, Ciudad de México, Durango, Jalisco, Oaxaca, Puebla, Tabasco, Veracruz de Ignacio de la Llave y Yucatán), se destinaron recursos extraordinarios por arriba de los quince millones de pesos a Jalisco, Oaxaca y Yucatán, para realizar mejoras y fortalecer la cobertura de atención a los trastornos mentales con enfoque familiar, comunitario y que se garanticen el respeto a los derechos humanos de los usuarios que se encuentran ingresados en el hospital. El CRAE Hospital de Especialidades Pediátricas mantiene en funcionamiento una clínica de atención a pacientes con problemas de salud mental, como comorbilidad de su padecimiento; forma recursos humanos de alta especialidad con un médico especialista en formación.

Los SAP, en el marco del Informe Especial de la CNDH sobre los Hospitales Psiquiátricos que dependen del Gobierno Federal, participó en la realización de ocho cursos dirigidos al personal de salud y 33 pláticas educativas a pacientes, familiares y población en general, en materia de derechos humanos.

Para **impulsar la atención integral de enfermos con trastornos mentales para lograr su reinserción social y productiva** en octubre de 2015, en Tijuana, Baja California, dentro de las acciones de la Comisión Binacional de Salud Fronteriza y del Proyecto Binacional de Capacitación a Personal de Atención Primaria y Promotores de Salud Mental Comunitaria de la OPS, se llevó a cabo un taller para personal de salud, con la participación de autoridades de México y EEUU. Es la segunda ciudad fronteriza mexicana donde se realiza dicho taller cuyo objetivo primordial es impulsar la atención integral de enfermos con trastornos mentales para lograr su reinserción social y productiva.

Con el propósito de **incorporar gradualmente los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica con la red de servicios de salud** a nivel hospitalario, se han realizado esfuerzos para que la hospitalización de usuarios de salud mental se lleve a cabo en hospitales generales. A esta iniciativa se han sumado 19 entidades federativas con al menos una cama psiquiátrica en el hospital. Asimismo, de octubre de 2015 a junio de 2016, se supervisó el funcionamiento de la Red de Servicios de Salud Mental en el estado de Yucatán, con énfasis en el rubro de hospitalización, para cumplir con las estrategias propuestas por el Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental.

Para **impulsar modelos de atención no institucionales de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento** en mayo de 2016, se realizó él envió de recursos vía Ramo 12 por alrededor de 16 millones de pesos a 18 entidades federativas (Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, Chihuahua, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas, Veracruz de Ignacio de la Llave, Yucatán y Zacatecas) para la operación de los Programas de Rehabilitación Psicosocial e Invierno Sin Frío, al interior de los hospitales psiquiátricos.

Estrategia 2.5.

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

Con el objetivo de **establecer acciones de comunicación de riesgos de neoplasias malignas** el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) desarrolló el Programa Integral para la Prevención y Control del Cáncer. Dentro de este ámbito se dio inicio a la elaboración del convenio con la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC) para el acompañamiento en el desarrollo de registro de cáncer poblacional con estándares de calidad Internacional. Como parte de la primera fase del Programa, se han establecido acuerdos de colaboración entre el INCan y el MD Anderson Cáncer Center, para fortalecer las acciones para el control del tabaquismo.

En el Laboratorio de Epigenética y el Laboratorio de Genómica Funcional de Cáncer del INMEGEN, se realizaron estudios analizando la participación de la Cinasa inducida por NFkappa B (NIK) en el fenotipo troncal de células de mama. Los resultados demuestran que esta proteína es una molécula clave en el mantenimiento del fenotipo troncal, sentando las bases para estudiarlo como blanco específico para determinar el diagnóstico y terapia en pacientes con cáncer de mama.

Para **promover la detección temprana de neoplasias malignas** en octubre de 2015, se impulsó el "Mes de la Lucha contra el Cáncer de la Mujer" bajo el lema #DateUnaMano en medios de comunicación y unidades de salud, para la promoción de la detección temprana del cáncer de mama y de cuello uterino en las 32 entidades federativas. Asimismo, durante octubre y noviembre de 2015, se transmitió en tiempos oficiales en radio y televisión un spot de promoción de la detección temprana de cáncer de mama, el cual es el primero en su tipo en este tema de salud en 30 años.

Con el propósito de **focalizar acciones de prevención y detección de cánceres, particularmente cérvico-uterino y de mama** en octubre de 2015 se participó en distintas actividades que tuvieron como objetivo promover la participación en acciones detección temprana, de acuerdo al grupo de edad; autoexploración a partir de los 20 años de edad, el examen clínico a partir de los 25 años anualmente y la mastografía en mujeres de entre 40 y 69 años de edad cada dos años.

Las actividades realizadas consistieron en:

- Vinculación con Grupo Walmart para la realización de pláticas informativas.
- Difusión del hashtag "DateUnaMano" e información sobre detección oportuna entre aliados estratégicos de sociedad civil e iniciativa privada.
- Participación en una carrera con causa, difundiendo el tema de manera conjunta con la Asociación Oncoayuda.

Asimismo, las neoplasias son una de las principales causas de atención en los HRAE, por lo que prácticamente en todos se tienen acciones de detección y tratamiento de cáncer en mujeres.

Acciones y pacientes atendidas, acreditaciones en el HRAEV sobre cáncer de mama y cáncer cervicouterino.

En el HRAEI desde la atención ginecológica se evalúa a las pacientes en quienes se identifican factores de riesgo y con base en guías de práctica clínica, se sensibiliza a la paciente de la realización de Papanicolaou anual y se le capacita para la autoexploración mamaria. El total de casos del periodo reportado fue 147.

El HM realizó la "Feria de la Salud", del 1 al 31 octubre donde se realizaron las siguientes actividades: 1,885 toma de citologías vaginales; 1,329 mastografías a través de modulo ambulatorio solicitado a INMUJERES; se impartieron pláticas de nutrición para la prevención de obesidad, hostigamiento y acoso sexual, detección oportuna de cáncer de mama y ovario para pacientes familiares y personal del hospital. Campaña de lavado de manos con entrega de kits y pláticas en las escuelas circuncidantes de planificación familiar, embarazo en la adolescente, enfermedades de transmisión sexual con entrega de preservativos, el total de personas externas que recibieron las pláticas fue de 629 y personal 1,063.

El INSP en colaboración con el Fred Hutchinson Cancer Research Center y con la International Agency for Research on Cancer, participó en el proyecto: ***Molecular Subtypes of Premenopausal Breast Cancer in Latin American Women (PRECAMA): a multicenter population based case-control study.*** El objetivo de este estudio fue contribuir con el conocimiento del Cáncer de Mama en los países de bajos y medianos ingresos de América Latina a través de una mejor comprensión de sus patrones moleculares, patológicos y de factores de riesgo en las mujeres pre menopáusicas.

En el Laboratorio de Epigenética y el Laboratorio de Genómica Funcional de Cáncer de INMEGEN, , realizaron estudios analizando la participación de la Cinasa inducida por NFkappa B (NIK) en el fenotipo troncal de células de mama. Los resultados demuestran que esta proteína es una molécula clave en el mantenimiento del fenotipo troncal, sentando las bases para estudiarlo como blanco específico para determinar el diagnóstico y terapia en pacientes con cáncer de mama.

Del 1 de septiembre al 31 de julio de 2015, la Secretaría de Salud reportó las siguientes acciones:

- Se realizaron 734,946 mastografías a mujeres del grupo de 40 a 69 años de edad, lo que corresponde al 71% de la meta programada.

- Se realizó la detección de cáncer de cuello uterino a 1,638,435 mujeres de 25 a 64 años de edad distribuidas de la siguiente manera: (1,137,080 citologías cervicales y 501,355 detecciones biomoleculares del virus del Papiloma Humano [VPH]), que corresponde al 51% de la población programada.

- Durante 2015, se inauguraron dos Unidades de Especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico de Cáncer de Mama (UNEME-DEDICAM) en Sinaloa y Zacatecas, que se suman a las trece unidades del periodo anterior por lo que ya se cuenta con quince unidades de este tipo en el país. En 2016, está por concluirse en Monterrey una unidad más con el modelo de integración de laboratorio y equipo para detectar cáncer de mama y cérvico uterino, con servicios de psicología siendo esta unidad la primera en su tipo, ya que en un solo paso la mujer se estudia integralmente. Asimismo, se da seguimiento a la construcción de dos unidades más en Huixquilucan y Tampico.

- En 2016, iniciaron operación dos nuevos laboratorios de biología molecular para procesamiento de la prueba de VPH en Yucatán y San Luis Potosí, que consolidan una red nacional de 25 laboratorios.

En materia de prevención y atención al cáncer cérvico uterino, el Programa IMSS-PROSPERA fomenta la detección oportuna como pilar fundamental. De septiembre de 2015 a agosto de 2016 se han efectuado 593,120 citologías (Papanicolaou) a mujeres de 25 a 64 años, con una cobertura acumulada del 98.1% en los últimos tres años, lo que ha permitido identificar a 7,624 pacientes que presentaban algún tipo de lesión premaligna del cuello uterino o infección por el virus del papiloma humano, por lo que fueron referidas a módulos de salud ginecológica de los hospitales rurales.

En relación con la detección oportuna del cáncer de mama, el Programa IMSS-PROSPERA impulsa la autoexploración mensual en todas las mujeres desde su primera menstruación. En el periodo de reporte, 1,534,032 mujeres de 25 años y más fueron exploradas por personal de salud, lo que permitió identificar y derivar a mujeres con lesiones iniciales.

Para **fomentar la revisión rutinaria para detectar factores de riesgo de enfermedad prostática, cáncer de próstata y otras neoplasias malignas** fue establecido en el INPer como política un curso de exploración mamaria en médicos residentes en la especialidad de ginecología y obstetricia; así como la toma adecuada de citologías cervicales.

Los pacientes con cáncer están siendo tratados en todos los HRAE en los que se tiene servicios para adultos, contando todos con servicios acreditados.

El CRAE Hospital de Especialidades Pediátricas; para otras neoplasias malignas en niños y adolescentes: se realizan acciones para mantener las acreditaciones en hematopatías malignas y tumores sólidos fuera del sistema nervioso central y se trabaja para lograr la acreditación en tumores dentro del sistema nervioso central.

En el HRAEPY se realizan acciones de promoción, prevención y tratamiento de cáncer de próstata en apego al programa de acreditación del Seguro Popular.

El HRAEV se acreditó para atender cáncer de próstata.

Los pacientes que acuden al HRAEI son casos diagnosticados en quienes se da la atención que corresponda. De aquellos pacientes que acuden al hospital con sintomatología protática: de rutina se realiza la exploración y exámenes de laboratorio que corresponda o gabinete; si fuera el caso de pacientes que acuden a las otras especialidades y potencialmente pueden ser portadores de este problema se remiten la especialidad para su valoración pero dentro de los exámenes para valoración se incluye el antígeno prostático, casos de cáncer de próstata (32), otras neoplasias malignas (85).

En los HFR descentralizados se realizó difusión a través de carteles de promoción de la salud dirigidos a público usuario específico a fin de motivar a los pacientes para acercarse a los servicios de urología o medicina preventiva.

En 2015, se realizaron trabajos para la elaboración de un anteproyecto de Norma Oficial Mexicana, para la detección, diagnóstico, tratamiento y vigilancia epidemiológica del crecimiento prostático benigno (hiperplasia de la próstata) y cáncer de próstata (tumor maligno de la próstata), registrada ante el Comité Nacional de Normalización. Siendo determinante para el fortalecimiento de la detección en hombres mayores de 45 años y más, al convertirse en "Integral", consistente en la aplicación del cuestionario de síntomas prostáticos, tacto rectal y medición del antígeno prostático. De enero a junio de 2016, se realizaron 631,887 detecciones de hiperplasia prostática.

Con el propósito de **fortalecer la detección temprana y referencia oportuna para el tratamiento adecuado de pacientes oncológicos en menores de 18 años** el objetivo del Programa de Acción Específico Cáncer en la Infancia y la Adolescencia es detectar oportunamente a los casos probables de cáncer en menores de 18 años; para dar cumplimiento, se realizaron diversas acciones del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016:

- Se realizaron 2,300 supervisiones a unidades médicas de primer nivel de atención y 84 supervisiones a unidades médicas acreditadas en la atención oncológica pediátrica.

- La capacitación es la base del desempeño; en este rubro, se capacitó en detección oportuna y signos y síntomas de sospecha de cáncer en menores de 18 años, a 1,131 médicos pasantes de servicio social y 2,166 médicos generales, familiares y pediatras.

- Desde diciembre de 2015 se piloteó la estrategia "Búsqueda intencionada de menores con sospecha de cáncer" en tres municipios del país, que pretende detectar casos sospechosos en estadios tempranos y fomentar en la población el autocuidado de la salud; se implementa en escuelas y centros de primer nivel de atención a todos los menores independientemente de su derechohabiencia. Durante el piloto, se refirieron cerca de 200 pacientes entre los que se confirmaron seis casos (tres en etapas tempranas) y todos han iniciado tratamiento.

- En las unidades médicas de primer nivel en todo el país, se aplicaron más de un millón (dato obtenido de cubos dinámicos en DGIS) cédulas de detección oportuna y se refirieron 2,300 menores de 18 años para su confirmación. Se realizaron 557,446 exploraciones de fondo de ojo a menores de 5 años. Para la difusión de signos y síntomas de sospecha de cáncer en menores de edad se han otorgado pláticas a 1,833,865 padres o tutores. También llevamos a cabo difusión en medios masivos.

También se tiene como finalidad realizar visitas y donación de juguetes a pacientes de oncología pediátrica en distintas instituciones de salud, para brindar mensajes de alegría y aliento. Esta iniciativa involucró la participación de distintos aliados, desde septiembre a abril de 2016, se han realizado 16 visitas en quince Entidades de la República. Se han donado más de 850 juguetes y ropa a más de 800 niños y niñas.

Por otro lado, el ISSSTE participá siguiendo los acuerdos con el Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia (CONACIA) y el CENCIA, durante el mes de febrero de 2016, con la iniciativa de oncólogos pediatras del Centro Médico Nacional (CMN) 20 de Noviembre se dio un curso a distancia (participaron 30 unidades médicas, con una asistencia aproximada de 150 personas, médicos de base y médicos en formación) para la detección temprana de casos de cáncer en niños y adolescentes, se otoraron los medios de contacto (teléfonos del servicio, opción de consultas y aclaración de dudas por telemedicina, entre otros.) que faciliten la referencia temprana de los pacientes a este centro hospitalario.

Dentro de las acciones para **impulsar la atención oportuna de las neoplasias malignas** en el CRAE, Hospital de Especialidades Pediátricas; se realizan acciones para mantener las acreditaciones en hematopatías malignas y tumores sólidos fuera del sistema nervioso central y se trabaja para lograr la acreditación en tumores dentro del sistema nervioso central.

Por su parte, en el HRAEB se sigue trabajando en pro de la certificación hospitalaria, además de contar con 21 acreditaciones en Gastos Catastróficos, así como en Seguro Médico Siglo XXI y en CAUSES lo que le permite atender neoplasias en niños y adolescentes reduciendo las necesidades de traslados.

También se han realizado acciones para disminuir los tiempos quirúrgicos de espera para neoplasias malignas, entre ellas la creación de la unidad de hospitalización de día que se apertura en el mes de diciembre 2015; se ha firmado por parte de la dirección general convenio con el centro de oncología y radioterapia con el fin de complementar el tratamiento de pacientes con diferentes tipos de cáncer del HRAEO.

En el HRAEPY se realizan acciones de difusión, sensibilización a través de medios de comunicación dirigidos al diagnóstico y atención oportuna de neoplasias. Acciones, mastografías, convenios con las diferentes instituciones con las que el HRAEV cuenta y además se realiza de manera gratuita.

En los HRAE del Bajío, de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010" y de Ixtapaluca se cuenta con acelerador lineal ofertando este servicio en ocasiones como la única alternativa pública para los pacientes.

A los pacientes que acuden a recibir atención en al HRAEI, en las salas de espera los profesionales de enfermería realizan presentaciones de pláticas alusivas a patologías oncológicas, puntualizando las acciones preventivas y de diagnóstico oportuno de estos problemas. También existe información en el boletín del HRAEI de que se debe hacer y cómo se debe hacer, para que las enfermedades oncológicas sean diagnosticadas a tiempo.

En el INPer se realizó un programa de tamizaje tanto para cáncer de mama y cérvico uterino para pacientes de nuevo ingreso. Asimismo, se impartió un curso anual sobre detección oportuna de cáncer de mama.

En la reunión anual del INPer se impartió un módulo sobre efectividad del tamizaje del cáncer de mama y cérvico uterino. Por su parte, en el INSP se han desarrollado los siguientes proyectos estratégicos:

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

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

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

Se remodeló el Área de Quimioterapia Ambulatoria del HM en el período de noviembre a diciembre de 2015, con cuatro cubículos y equipamiento necesario para realizar este tipo de tratamientos a pacientes oncológicas. En septiembre de 2015 se puso en operación el servicio de Radio-Oncología del HM, el cual cuenta con Acelerador Lineal, Braquiterapia y Simulador Tomográfico; con éstos se ofrece un tratamiento de alta tecnología a pacientes con cáncer de mama, ovario, endometrio y cérvico-uterino.

Dentro de la estrategia para **fortalecer las competencias profesionales del personal de salud en la atención integral del paciente oncológico menor de 18 años** el Servicio de Oncología Pediátrica del HJM atendió los casos de cáncer en niños y adolescentes de toda la República Mexicana, con tratamiento integral que incluye cirugía, radioterapia, quimioterapia y asistencia paliativa en algunos casos, con respaldo en el Programa de Gastos Catastróficos.

En el INPer se atendió en coordinación con la clínica de adolescentes, el manejo de los tumores germinales de ovario, patología mamaria benigna; así como infección de virus de papiloma humano. Se implementó el manejo de conservadores en los tumores ginecológicos para mantener fertilidad ante un diagnóstico oncológico.

Estrategia 2.6.

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

Con el fin de **fortalecer la cadena de suministro de medicamentos e insumos en las instituciones públicas de salud**, en su quinto año de operaciones el Centro Sectorial de Gestión Web de Información sobre Medicamentos logró captar datos de 61 instituciones públicas, de un total de 67 susceptibles de registrar información en dicho sistema. Ésta información es útil para cada institución y para apoyar el diseño de estrategias para mejorar la compra, el abasto y el surtimiento de medicamentos a la población del sector salud en su conjunto.

Por su parte, el HRAEI en primera instancia ha participado de forma proactiva con las autoridades sanitarias del país, en cuanto a los aspectos regulatorios en donde los insumos cuenten con registro sanitario, lote y fecha de caducidad y coadyuvando con los reportes de reacciones e incidentes adversos de medicamentos y dispositivos médicos. Promoviendo la educación al paciente en el uso adecuado de la medicación, asimismo, llevar a cabo

supervisiones en cada etapa de los procesos desde la adquisición hasta el consumo para asegurar la cobertura hospitalaria.

Dentro de la estrategia para **fomentar el uso racional de la prescripción de medicamentos**, a fin de lograr las mejores condiciones de abasto y oportunidad de suministro de medicamentos e insumos en los HRAE se ha planteado modelos innovadores de organización de las farmacias hospitalarias, que incluso como la del HRAEI, se han considerado como mejor práctica institucional.

El CRAE Hospital de Especialidades Pediátricas, se han revisado los patrones de prescripción en el comité de farmacia y terapéutica, donde se han formulado políticas en revisión de medicamentos de prescripción variable, como la inmunoglobulina, antibióticos, entre otros, con el fin de optimizar los recursos terapéuticos.

En el HREAPY se están fortaleciendo y mejorando los procesos de seguridad en el paciente con mayor énfasis en la prescripción segura, conciliación de medicamentos y prescripción idónea de medicamentos, que ha dado como resultado reducción en el porcentaje medicamentos por receta entre cinco y seis.

Se cuenta con una planeación en el área de farmacia del HRAEV, basada en las necesidades de los servicios y de acuerdo con las patologías atendidas.

Con respecto a esta estrategia el Programa IMSS-PROSPERA emitió normatividad para regular las acciones del Comité de Farmacia y Terapéutica de sus Hospitales Rurales en proceso de certificación, acción que se extenderá paulatinamente al resto de sus hospitales, hecho sin precedente en el período previo.

Por su parte, la COFEPRIS se encuentra en estrecha colaboración con el sector farmacéutico y el Sistema Federal Sanitario, desarrolló la "Estrategia para el Fortalecimiento de la regulación en Farmacias con Consultorio" basada en tres fases principales: Primer Fase: Visitas de Fomento Sanitario. Se aplicaron 7 mil Guías para las Buenas Prácticas Sanitarias en Farmacias y Consultorios, con una calificación promedio nacional de cumplimiento de la normatividad del 75%. Segunda Fase: Vigilancia Sanitaria. En el mes de junio de 2015, se concluyeron las visitas a las 32 entidades federativas, dando como resultado una aplicación de 17,451 Guías de Manejo y Asistencia en la Dispensación de Medicamentos e Insumos para la Salud en Farmacias, obteniéndose un cumplimiento promedio respecto a la Guía del 72%. Tercera Fase: Calidad en el Servicio. De abril de 2015 a la fecha, los médicos de los consultorios adyacentes a farmacias han aplicado 14,215,801 cuestionarios para determinar riesgos de padecer alguna Enfermedad Crónico Degenerativa o No Transmisible (ECNT), a partir de los datos proporcionados por la industria. Se dio inicio a la distribución de materiales de difusión en materia de Influenza, Farmacovigilancia y Medicamentos Caducos en aproximadamente el 80% de los establecimientos.

Estrategia 2.7.

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

En el marco de la ENPCSOD, y para **fortalecer la detección temprana y el control de pacientes con ECNT**, la SS realizó, del 1 de septiembre de 2015 al 31 de julio de 2016, 30,427,488 pruebas para la detección de enfermedades crónicas; 9,589,129 para diabetes, 9,956,781 para hipertensión arterial, 8,604,344 para detectar grados de sobrepeso y obesidad, y 2,277,234 para dislipidemias.

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

El HGM dispone de Clínica de diabetes en donde se brinda a los pacientes educación para su control.

El Hospital General "Dr. Manuel Gea González" continúa brindado a la paciente con sobrepeso u obesidad tratamiento en forma integral en la Clínica de Obesidad.

Para **instrumentar el Modelo Clínico Preventivo Integral** del 1 de septiembre de 2015 al 31 de marzo de 2016, en las UENEME EC, se incorporaron a tratamiento 19,534 pacientes, otorgando 368,252 consultas por el equipo multidisciplinario. De los pacientes atendidos se logró el control glucémico en el 25.9% de los pacientes con diabetes mellitus (evaluado con HbA1c); 67.19% de control de presión arterial en pacientes con hipertensión arterial; 19.1% de pérdida de peso de 5 al 10% en pacientes con obesidad; 31.8% de control en pacientes con dislipidemias. Es importante resaltar que aquellos

pacientes que no alcanzaron las cifras de control, tuvieron disminución de su hemoglobina glucosilada de 1 al 3% o cifras de tensión arterial de 1 a 3 mmHg con lo cual disminuye significativamente su riesgo cardiometabólico global.

Se registraron 4,260 Grupos de Ayuda Mutua, con un total de 69,884 integrantes, de los cuales 21 lograron la acreditación. Asimismo, en diciembre de 2015, se puso en marcha la instalación de la versión 3.0 del Sistema Nominal de Información en Crónicas (SIC) en las Unidades de Primer Nivel de Atención. Al 22 de julio de 2016, con el uso de un tarjetero de control digital se da seguimiento a más de 1.7 millones de pacientes atendidos con al menos una consulta, de los cuales 72.2% son mujeres y 27.8% son hombres. Hasta el 22 de julio de 2016, del total de pacientes, 986,986 viven con diabetes y reciben tratamiento; se cuenta con 26 Redes de Excelencia en Obesidad y Diabetes, en 25 entidades federativas, en donde se atienden a 1,010,257 personas mayores de 20 años.

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

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

En el HGM capacita con sesiones académicas semanales a sus médicos generales, psicólogos, trabajo social y odontólogos que realizan acciones de primer contacto.

Con el fin de asegurar el **abasto oportuno y completo de medicamentos e insumos** uno de los puntos álgidos en la implementación y operación de las UNEME EC ha sido el abasto suficiente y oportuno de los medicamentos; considerando que la cadena de suministro de medicamentos tiene varios componentes y muchos de ellos dependen de una gestión compleja, el 1 de febrero de 2016 inició al proyecto módulo de farmacia, con el objetivo de mejorar la cobertura de medicamentos. Este módulo se encuentra instalado en doce unidades: Rincón de Romos, Aguascalientes; Álvaro Obregón, Ciudad de México; Irapuato, Guanajuato; Cuernavaca, Morelos; Acapulco e Iguala, Guerrero; Cuautitlán, Estado de México; Guadalupe, Nuevo León; Ciudad Valles, Pozos y Santa María del Río, San Luis Potosí y Valladolid, Yucatán.

El objetivo principal es fortalecer la logística de distribución y surtimiento de medicamentos en los siguientes rubros:

- Programar la distribución en función de un pronóstico de consumo, determinado de manera automática por el histórico de entregas a cada unidad.
- Homogeneizar y automatizar los requerimientos como disparador del sistema de surtimiento. Capacitar y fomentar la disposición de los diferentes actores para mejorar la logística de distribución.
- Capacitar y fomentar la disposición de los diferentes actores para mejorar la logística de distribución.
- Fomentar la farmacovigilancia de medicamentos utilizados en estas unidades.
- Generar información oportuna, confiable y relevante de los porcentajes de cobertura de medicamentos, así como las tendencias de prescripción de los mismos.

Secretaría
de Salud

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

Banco

Estrategia 3.1.

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

Con el objetivo de fortalecer la supervisión de establecimientos y servicios de salud se realizan visitas de verificación sanitaria a los establecimientos de servicios de salud, tales como: Bancos de sangre, servicio de transfusión y puesto de sangrado, consultorios, hospitales clínicas o psiquiatría, infecciones nosocomiales, ambulancias, trasplantes y células parentales hematopoyéticas (CPH), asistencia social, guarderías, asilos, adicciones, medicina alternativa y otros (SPA, acupuntura, cámara hiperbárica, obesidad), medicina estética, hemodiálisis, laboratorios clínicos, muerte materna, reproducción asistida o células germinales, protocolos de investigación y comités de bioética, durante el 2015, se realizaron 1,140 visitas de verificación y al primer trimestre el 2016, se han llevado a cabo 249 visitas.

El CNTS por su parte, realiza mensualmente una supervisión indirecta a todos los servicios de sangre del país mediante la recepción y análisis de los informes de ingresos y egresos de sangre en sus establecimientos. Se informa a la COFEPRIS, de los incumplimientos a fin de aplicar las sanciones correspondientes con base a la normatividad vigente.

Para **modificar la regulación de los procesos de prevención, fomento, vigilancia y control de riesgos sanitarios para hacerla más efectiva**, al día de hoy 30 de junio de 2016, se cuenta con 30 Convenios Específicos en Materia de Transferencia de recursos, firmados por la COFEPRIS con igual número de entidades federativas (con excepción de Veracruz de Ignacio de la Llave y Michoacán de Ocampo).

Para **fortalecer el cumplimiento de la normatividad con la consolidación del Sistema Federal Sanitario** al día de hoy se cuenta con trece Acuerdos de Coordinación de Facultades, firmados por la COFEPRIS con las entidades federativas (Baja California, Baja California Sur, Durango, Estado de México, Hidalgo, Jalisco, Puebla, San Luis Potosí, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Yucatán y Zacatecas).

Asimismo, el CNTS en coordinación con la COFEPRIS cuenta con un Convenio de Bases de Colaboración para el intercambio de información de establecimientos de Transfusión Sanguínea, que nos permite a ambas instituciones ampliar coordinadamente la cobertura de establecimientos que se supervisan directa e indirectamente, a fin de verificar la correcta aplicación de la normatividad vigente.

Con el objetivo de **promover permanente y sistemáticamente todos los programas y acciones que permitan alcanzar una efectiva reducción de riesgos** se tradujeron a las 17 principales variantes etnolingüísticas de nuestro país los materiales de difusión del programa, lo que permitirán mayor penetración y pertenencia en estas comunidades. (Tzeltal de los Altos de Chiapas, Tzotzil, Tarahumara del norte, Amuzgo del norte, Náhuatl de Guerrero, Tlapaneco central bajo, Otomí del Valle del Mezquital, Náhuatl de la huasteca, Huichol del este, Otomí del centro, Mazahua de oriente, Náhuatl de la sierra noreste, Totonaco central del sur, Mazateco del norte, Mixteco de la costa, Zapoteco de los Valles del norte central y Maya peninsular).

Estrategia 3.2.

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

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

Durante el segundo semestre del año 2015, se realizaron dos macro simulacros con hipótesis de sismo y amenaza de bomba, los días 18 de septiembre y 19 de noviembre de 2015, en 31 inmuebles que integran las Unidades Administrativas de Nivel Central (UAC) y Órganos Administrativos Desconcentrados (OAD), en estos ejercicios se involucró al personal para enfrentar los dos fenómenos perturbadores. En total se evacuó a una población de 6,195 personas y 620 brigadistas pusieron en práctica los conocimientos aprendidos en las sesiones de capacitación. Paralelamente se difundieron volantes informativos sobre medidas de prevención.

Asimismo, el pasado 20 de abril de 2016 se llevó a cabo un macro simulacro con hipótesis de incendio, evacuando 31 inmuebles y a una población de 8,829 personas, con la participación de 646 brigadistas.

Las diversas emergencias en salud, como desastres y la presencia de casos y brotes de enfermedades de interés epidemiológico, como las emergentes y reemergentes, representan un riesgo permanente para lo cual el país requiere de acciones que fortalezcan la respuesta a la población ante este tipo de contingencias, para que ésta sea oportuna y eficaz y reducir los riesgos y daños a la salud.

En este contexto y con el propósito de **fortalecer la vigilancia epidemiológica y la Red Nacional de Laboratorios para la oportuna atención de emergencias y desastres**, el 21 de octubre de 2015, se emitió el aviso epidemiológico de Situación Epidemiológica de Infección por virus zika en América, donde se describe la situación de este padecimiento en el Continente, las características de la enfermedad y las acciones de vigilancia a realizar para la detección de casos. Lo anterior permitió la identificación del primer caso autóctono e importado de esta enfermedad en el país. En diciembre de 2015, se estableció el sistema especial de vigilancia epidemiológica de Infección por virus zika y se emitieron los Lineamientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica; estas acciones han permitido la obtención de información epidemiológica de calidad que han orientado las acciones de prevención y control de este padecimiento. En respuesta a la alerta emitida por la OPS el 1 de diciembre de 2015, sobre del "Síndrome neurológico, anomalías congénitas e Infección por virus zika. Implicaciones para la salud pública en las Américas", se fortaleció el sistema de vigilancia epidemiológica de Parálisis Flácida Aguda para la detección de casos de Síndrome de Guillain-Barré asociados con esta enfermedad y el de vigilancia epidemiológica de virus del Oeste del Nilo para identificación de meningitis causadas por este virus. El 10 de diciembre de 2015, se emitió el Aviso Epidemiológico de Infección por virus zika, Síndrome Neurológico y Anomalías Congénitas. El primero de junio de 2016, se emitió el Aviso Preventivo de Viaje al estado de Arizona, EEUU, por Sarampión.

Se mantiene la vigilancia epidemiológica de dengue en los estados de Chiapas, Guerrero, Jalisco, Michoacán de Ocampo, Nayarit, Nuevo León, Tabasco y Veracruz de Ignacio de la Llave, ya que a principios de 2016, se presentó un incremento de casos. Asimismo, se continúa con la vigilancia permanente de fiebre por virus chikungunya e Infección por virus zika. Se realizó el monitoreo 24/7 de eventos tanto meteorológicos, volcánicos, sismológicos, y de eventos QBRN, lo cual permite realizar estrategias de prevención y control de enfermedades que pongan en riesgo la salud de la población.

El importante papel que el InDRE ha desarrollado para la identificación del virus de chikungunya ha permitido que la OPS/OMS incluya a su personal como consultores expertos para la fiebre por virus chikungunya. El 30 de julio de 2015, personal del InDRE participó en la "Consulta de Expertos en Enfermedad de chikungunya" en Rockville, EEUU; donde se revisaron aspectos relevantes sobre la enfermedad, su epidemiología y la patogénesis, así como la importancia de dimensionar el riesgo de la epidemia a nivel continental. También se identificaron aspectos críticos en cuanto a tecnologías de diagnóstico, investigación y necesidades de infraestructura para contrarrestar la epidemia.

Como parte de la respuesta a la emergencia de la Infección por virus zika y de vigilancia de otros arbovirus diferentes a dengue, personal del InDRE acudió al "Taller de Arbovirosis", realizado en Argentina el 3 de noviembre de 2015, con el grupo experto en virología y diagnóstico de laboratorio. En éste se definieron las directrices regionales de vigilancia epidemiológica y los lineamientos técnicos para fortalecer y estandarizar la capacidad nacional de diagnóstico para Infección por virus zika, incluyendo los lineamientos de bioseguridad, en los que el InDRE aportó las medidas de contención relacionadas con el tema de aislamiento viral y manejo de arbovirus. También se participó en la reunión "Emergencia de Arbovirus en las América" de la Red de Laboratorios para el Diagnóstico de Arbovirosis (RELDA), con participación de los Centros Colaboradores de la OMS y laboratorios internacionales, donde se reiteró la importancia de contar con un sistema de gestión de riesgo biológico que garantice la seguridad del personal de laboratorio ante la introducción de nuevos virus al continente americano; esta reunión se llevó a cabo del 16 al 19 de febrero de 2016 en San Juan, Puerto Rico. Posteriormente, del 14 al 15 de marzo de 2016 en Ginebra, Suiza, personal del InDRE asistió a la "Reunión de Emergencia de Consultores para Diagnóstico in vitro de virus zika", aportando la experiencia y conocimientos respecto a las evaluaciones de estuches comerciales que se realizan en el InDRE, tanto para RT-PCR en tiempo real, como para el diagnóstico serológico.

También el HGM, suscribió un Convenio de Colaboración con la UNAM, para formalizar la creación del Centro de Medicina Tropical, el cual desarrollará actividades de diagnóstico, atención médica ambulatoria y/o de hospitalización, investigación básica, docencia y capacitación.

Para **consolidar la organización y coordinación para la preparación y respuesta ante emergencias en salud**

y riesgos sanitarios en el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 13 de junio de 2016, se atendieron 84 desastres y 1,634 brotes, de los cuales el 82.3% fueron atendidos de manera oportuna. La atención de estos eventos se realiza a través de la organización y coordinación en los Comités Estatales y Jurisdiccionales para la Seguridad en Salud y Comandos Operativos, en donde se activa y direcciona la atención a la población. Con base en los tipos de eventos que se presentan, se realizan capacitaciones permanentes a los responsables de los Programas que intervienen en la atención emergencias.

La DGCHFR consolidó los mecanismos de organización y coordinación en tiempo real con los HFR durante el brote de influenza de la temporada invernal 2015-2016, donde se otorgaron 4,449 tratamientos de oseltamivir.

Respecto a la estrategia de **fortalecer los mecanismos de anticipación y respuesta ante enfermedades emergentes, reemergentes y las asociadas a desastres**, a solicitud de la Secretaría de Economía, el InDRE emitió opinión técnica de los temas relacionados con la lista de control del Grupo Australia, relacionados con materiales biológicos y equipos específicos para instalaciones de contención en laboratorios con nivel de bioseguridad 3 y 4. Un experto técnico se incorporó a la Delegación Mexicana que asistió a la Reunión Interseccional del Grupo Australia, el 1 y 2 de febrero de 2016, en Bruselas, Bélgica.

En marzo de 2016, se informó a la Autoridad Nacional del Centro de Investigación y Seguridad Nacional (CISEN) sobre las medidas de fomento a la confianza en apego a los acuerdos de la Convención sobre la prohibición del desarrollo, la producción y el almacenamiento de armas bacteriológicas (biológicas) y toxínicas (CAB) y se continuó participando en las reuniones del Comité Especializado de Alto Nivel en materia de Desarme, Terrorismo y Seguridad Internacionales (CANDESTI) para emitir opinión sobre los temas en su agenda. En abril de 2016, se participó en la vigésima séptima Reunión del Grupo de Trabajo *Global Health Security Action Group Laboratory Network* (GHSAG-LN), en el que México comparte la copresidencia con Canadá, celebrada en el Instituto Roberto Koch en Berlín, Alemania, en la que expertos de los laboratorios nacionales de referencia discutieron temas técnicos relacionados principalmente con la gestión de riesgo biológico y el diagnóstico serológico y molecular de la Infección por virus del zika.

En instalaciones del InDRE se realizó el Octavo Simposio Internacional de Bioseguridad y Biocustodia 2016, en el que además de las discusiones técnicas, se realizó la certificación de profesionales para la gestión de riesgo biológico y el transporte de sustancias infecciosas. También en coordinación con la OPS, por tercer año consecutivo se realizó el Tercer Curso de Certificación de Microscopistas para Malaria de la región de las Américas.

Durante 2015, para fortalecer los mecanismos de preparación y respuesta ante ciertos padecimientos emergentes y reemergentes, así como desastres naturales, se actualizaron 27 informes sobre el brote de Enfermedad por virus del Ébola que fue declarada como Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII). Debido a que la OMS declaró que Sierra Leona, Liberia y Guinea, todavía están en riesgo de sufrir rebrotes del Ébola, en gran medida debido a la persistencia del virus en algunos supervivientes, se continúan dando seguimiento al evento, y se emitieron cuatro avisos preventivos de viaje, el primero de ellos fue emitido el 21 de septiembre de 2015, el segundo el 10 de noviembre de 2015, el tercero el 25 de noviembre de 2015 y el cuarto el 7 de enero de 2016. El Sistema de Vigilancia Epidemiológica para Enfermedad por virus del Ébola implementado en el país, permite la vigilancia de contactos de Ébola provenientes de áreas de riesgo en caso de requerirse.

Al respecto, y como cada inicio de temporada invernal, en octubre de 2015 en Pachuca, Hidalgo, se realizó la "Reunión Nacional de Temporada de Frío, Prevención y Control de IRA, Influenza y otros Daños a la Salud 2015-2016", teniendo como objetivo actualizar y estandarizar criterios de vigilancia, prevención y atención de daños a la salud durante la temporada. A dicha reunión asistieron 233 representantes de los Servicios de Salud Estatales, responsables de las áreas técnicas del nivel federal, estatal y jurisdiccional, así como de las instituciones del Sector Salud, asumiendo el compromiso de garantizar la organización y capacitación en los ámbitos de vigilancia epidemiológica, atención médica, vacunación y promoción de la salud, con énfasis en la atención de grupos vulnerables: niños de seis meses y menores de cinco años, adultos de 60 años y más, personal de salud, embarazadas, personas con VIH, diabetes mellitus, obesidad mórbida, enfermedad grave del corazón, asma no controlada, enfermedad respiratoria grave, cáncer en tratamiento con quimioterapia y personas receptoras de trasplantes.

Para el caso del control de la influenza, se estableció el aseguramiento de la disponibilidad de tratamientos con el antiviral Oseltamivir, a través de las Reservas Estratégicas estatales y federal, realizando al inicio de la Temporada de Frío la dotación a las 32 entidades federativas e instancias del Sector Salud para garantizar la atención de las personas que acuden a las unidades médicas. Asimismo, ante el desabasto de éste medicamento

en las farmacias del sector privado, y con la finalidad de apoyar a los pacientes de la medicina privada, se incrementó la dotación del antiviral a las instancias del sector público para el establecimiento de la estrategia de canje de recetas, la cual, se implementó desde mediados de febrero hasta abril de 2016.

Por otra parte, respecto a la infección por virus zika, en 168 localidades de 24 entidades federativas se realizó un estudio de resistencia a insecticidas y con los resultados se eligieron los grupos de insecticidas a emplear en las acciones de control. Con apoyo del grupo clínico asesor se impartió capacitación en manejo clínico, vigilancia, prevención y control del dengue en los estados de Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Colima, Chiapas, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Veracruz de Ignacio de la Llave y Yucatán. Los Comités Intersectoriales para la Vigilancia, Prevención y Control del dengue sesionaron en 24 entidades federativas.

A partir de marzo de 2016, México forma parte del grupo Técnico Asesor de Entomología en Salud Pública (TAG) y Manejo Integrado de Vectores (MIV) para la región de las américas por lo que se asistió a la primera reunión el 8 y 9 de marzo y se emitieron recomendaciones para fortalecer el manejo integrado de vectores en prevención, control y eliminación principalmente de dengue, fiebre por virus chikungunya e Infección por virus zika. De la misma forma, se dio continuidad al desarrollo del Protocolo Genérico de dengue en las Américas; México entregó a la OPS la propuesta de Sistema Único de Información para obtener datos epidemiológicos oportunos y homogéneos, con el fin de orientar en la planeación e implementación de acciones de prevención y control eficaces para la contención de esta enfermedad.

Asimismo, de las enfermedades emergentes y reemergentes en el período establecido se atendió trece casos probables: cuatro de chikungunya, uno de zika y ocho de Influenza.

Se realizan estudios de caso y toma de muestras; notificándose a la Jurisdicción Sanitaria No. 1.

Se capacita y se envía información a los directivos y jefes de servicio para su aplicación y difusión de guías de respuesta rápida y de práctica clínica de enfermedades transmitidas por vector así como actualización del manual de influenza: prevención, diagnóstico y tratamiento de influenza estacional.

Control de vectores dentro del ambiente hospitalario con procesos de abatización, fumigación y micronebulización cada cuatro meses.

Vacunación contra influenza en los meses octubre, diciembre 2015 y febrero 2016.

Plática en sesión general de alertas epidemiológicas, abordando estadísticas de estas patologías.

Los HRAE llevaron a cabo acciones de vacunación de personal y pacientes además de realizar el reporte de casos y su vigilancia.

El HRAE Ciudad Salud, mantiene y ha fortalecido el programa de hospital seguro en donde se contienen procesos para la atención de la población en caso de desastres. El propio CRAE ha iniciado proyectos propios y en colaboración de investigaciones científicas cobre enfermedades emergentes.

En el HRAEI se cuentan con manuales ante contingencias para enfermedades que generen alertas epidemiológicas.

La DGCHFR promueve la participación de los HFR en las estrategias institucionales diseñadas para enfermedades emergentes, reemergentes y desastres.

Para el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 31 de marzo de 2016, **para fortalecer la capacitación y actualización del personal involucrado en la preparación y respuesta ante emergencias y riesgos sanitarios**, de los Programas de Acción Específico Prevención de Enfermedades Diarreicas y Cólera y Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres, se participó en siete eventos, donde se abordaron temas relevantes como Mers-CoV, Cólera, Urgencias Epidemiológicas, Desastres, así como la continuidad del Plan Regional Norte de Preparación y Respuesta para Emergencias en Salud.

Adicionalmente, en el plano internacional se asistió a dos reuniones:

- Reunión Regional de Coordinadores de Desastres en Salud, realizada en Nicaragua del 16 al 18 octubre de 2015, la cual tuvo por objetivo establecer los lineamientos fundamentales para la generación del Plan de Acción 2016-2021, Sector Salud Resiliente, e intercambio de experiencias para la preparación y respuesta a emergencias.

- Reunión Global de Equipos Médicos Internacionales (FMT), celebrada en Panamá del 1 al 3 de diciembre

de 2015, para discusión y debate sobre los criterios relacionados con la actual implementación y desarrollo de esta iniciativa.

La Reunión Anual del SINAVE es una de las principales estrategias de coordinación y formación de recursos en la red nacional para la vigilancia epidemiológica. Durante la Reunión Anual del SINAVE 2015, realizada en la Ciudad de México, se favoreció la retroalimentación con las entidades federativas en aspectos de relevancia, perfeccionando los mecanismos de comunicación y los procesos de los sistemas de nueva creación. Adicionalmente se transmitió la necesidad de la intersectorialidad, la modernización de sistemas consolidados y se aprovechó el foro para el intercambio de experiencias en la actuación ante situaciones de alto impacto. Se incluyó en la reunión el objetivo de identificar los cambios que han sucedido en la vigilancia epidemiológica y en el panorama a 20 años de la creación del SINAVE. Asimismo, se reforzó la vigilancia epidemiológica de enfermedades no transmisibles en los temas de defectos al nacimiento, diabetes, sobrepeso y obesidad; de enfermedades emergentes como chikungunya; de vigilancia de infecciones nosocomiales; y de salud materna y se dieron a conocer nuevas herramientas para la vigilancia convencional y de la mortalidad.

En el 2015, se realizaron capacitaciones en las entidades federativas, se impartieron cuatro cursos y diplomados por la DGE y se autorizaron 18 Diplomados y Maestrías en distintas entidades federativas, con 648 alumnos beneficiados. Para el fortalecimiento de las UIES en los estados, se realizaron once capacitaciones de vigilancia epidemiológica basada en eventos, así como la vigilancia epidemiológica internacional para el cumplimiento del RSI. El "Pulso Epidemiológico" es un ejercicio de comunicación presencial y virtual por medio de internet (WEBEX), cuyo objetivo es mantener una actualización constante a los miembros de la Red de Vigilancia Epidemiológica (Epidemiólogos y titulares de Laboratorios Estatales de Salud Pública de las 32 entidades federativas), sobre temas epidemiológicos, de salud pública nacional e internacional. Se realizó la Octava Conferencia Global de la Red de Programas en Intervenciones en Epidemiología y Salud Pública (TEPHINET por sus siglas en inglés) en la Ciudad de México con la participación de más de 500 asistentes. Para fortalecer a la región de Centroamérica, el InDRE trabajó coordinadamente con OPS/CDC en la impartición del "Taller de actualización en diagnóstico por laboratorio de la Infección por virus de zika", en Managua, Nicaragua; del 2 al 4 de febrero de 2016, en la que personal del Instituto participó como instructor.

Del 1 de septiembre de 2015 al 31 de marzo de 2016, se realizaron 26 sesiones con abordaje de los temas de actualidad en epidemiología y salud pública de relevancia. Los temas abordados incluyen principalmente:

- Enfermedades no transmisibles: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB), diabetes tipo 2, temperaturas naturales extremas, perfil epidemiológico y atención de la salud en los pueblos indígenas, salud en la infancia, accidentes, diabetes y obesidad, salud bucal y salud materna.

- Enfermedades transmisibles: influenza, Ébola, dengue, rickettsiosis, tuberculosis, influenza aviar y humana, fiebre por virus chikungunya, Mers-CoV, Oncocercosis, parálisis flácida aguda, enfermedad de Chagas, Infección por virus zika, paludismo, ciclosporiasis y lepra.

- Reglamento Sanitario Internacional: Vigilancia Epidemiológica Internacional.

- Equidad de género: violencia intrafamiliar, mutilación femenina y salud de la mujer. Información epidemiológica: volcán de Colima, NOTIMED, Día Mundial sin Tabaco, cierre de temporada de influenza 2014-2015, tornados y su impacto en Salud Pública, resistencia antimicrobianos, Encuestas Nacionales de Salud.

También se contribuye en la realización de Reuniones Nacionales de Atención a Emergencias Sanitarias, asistiendo representantes del Sistema Federal Sanitario. Tres reuniones con 314 asistentes. Cursos de capacitación en entidades federativas para brigadistas de atención a emergencias: 31 capacitaciones/1,184 personas. Cursos de capacitación y actualización a personal operativo brigadista de COFEPRIS: nueve cursos/12 personas.

Por otro lado, en el HRAE Ciudad Salud en participación con Protección Civil se realizan simulacros para contingencias en caso de desastres fortaleciendo el programa Acreditado Hospital Seguro. La realización de simulacros se lleva a cabo en todos los HRAE para mantener vigentes los procesos de respuesta.

Se sigue coordinando el trabajo multidisciplinarios en los INSalud para la atención del:

- Ébola
- Influenza

Se realizaron cursos de capacitación para el Primer y Segundo Nivel de atención en conjunto con la Secretaria de Salud de la Ciudad de México.

Asimismo, se gestionó ante el CENAPRECE, el suministro por parte de la CCINSHAE del medicamento para el tratamiento de la influenza (Oseltamivir) a las unidades coordinadas por la Comisión.

Se creó el Grupo de Referencia y Contrareferencia de la Influenza en la Unidades Coordinadas por la CCINSHAE.

Se creó el Grupo de Coordinadores de Influenza, integrado por las Unidades Coordinadas por la Comisión.

Se desarrolló el Procedimiento para Coordinar las acciones necesarias para la atención de una contingencia de salud en los Institutos Nacionales de Salud (INSalud), el cual se encuentra en revisión en la DGPOP.

En materia de **consolidar la seguridad sanitaria nacional y la cooperación internacional mediante la correcta aplicación del RSI** destaca la participación de esta Secretaría en los siguientes foros:

- Reunión de Presidentes de Grupos de Trabajo, Enlaces de Delegación y Oficiales Superiores de la Iniciativa de Seguridad Global en Salud (GHSI, por sus siglas en inglés), 18 al 20 de noviembre de 2015, Washington, D.C. El objetivo de la reunión fue dar seguimiento y coordinar las estrategias para la protección de la salud pública y la seguridad global, compartir planes de preparación y respuesta ante emergencias, acordar un proceso de colaboración internacional para la evaluación y el manejo de riesgos y mejorar la vinculación entre redes de laboratorios.

- 16ª Reunión Ministerial de la GHSI, 24 al 26 de febrero de 2016, Washington, D. C. La finalidad de la reunión fue presentar los resultados de las actividades que se llevaron a cabo en 2015 en materia de preparación de emergencias. Se abordaron temas como el uso de las redes sociales en la vigilancia, la necesidad de contar con acciones coordinadas que permitan dar respuestas eficaces, la importancia de contar con una biblioteca de incidentes y capacitación para dar respuesta a emergencias, el fortalecimiento de los sistemas de salud, la participación de la sociedad civil, los retos del intercambio de muestras en el marco del Protocolo de Nagoya y la coordinación con los medios de comunicación en crisis de salud.

- Reunión de la Red de Laboratorios, 11 al 12 de abril de 2016, Berlín, Alemania. Se gestionó la participación del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE) de la Secretaría de Salud en el Taller sobre Red de Laboratorios del Grupo de Trabajo de Salud Global (GHSAG, por sus siglas en inglés). El taller se organizó con la intención de conocer los elementos críticos de la evaluación de riesgos en el contexto de la vigilancia epidemiológica a fin de hacer frente a las enfermedades infecciosas, incluyendo patógenos peligrosos e inusuales.

- Reunión de Presidentes de Grupos de Trabajo, Enlaces de Delegación y Oficiales Superiores de la GHSI, 15 al 17 de junio de 2016, Ottawa, Canadá. La finalidad de este encuentro es dar seguimiento a las actividades de los diferentes grupos de trabajo de la GHSI, relacionados con el manejo y comunicación de riesgos, red global de laboratorios, influenza pandémica, incidentes químicos y amenazas radio nucleares.

En acciones de cooperación referentes al RSI, a finales de 2015 se coordinó la respuesta con el Enlace Nacional de esta Dependencia con el RSI, el Director General de Epidemiología, a un cuestionario que pretendía actualizar información relacionada con certificaciones de vacunación y profilaxis para una publicación denominada “Viajes Internacionales y Salud” de la OMS.

De igual forma, se han difundido con la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud todas las alertas del Comité de Emergencia del RSI sobre las recomendaciones de la OMS para promover medidas de control y de protección a fin de reducir el riesgo de exposición por el brote del Ébola en África Occidental, zika y fiebre amarilla, así como cualquier actualización sobre las Declaratorias de ESPII.

Asimismo, como parte del proceso de implementación de las capacidades básicas en puntos de entrada, referidas en el RSI, se realizaron visitas de asistencia y seguimiento a aeropuertos internacionales de Puebla, Veracruz de Ignacio de la Llave, Toluca, Monterrey, Tijuana y Querétaro y al recinto portuario de Veracruz de Ignacio de la Llave. La importancia de estas visitas radica en promover las condiciones óptimas para detectar, notificar y atender oportunamente potenciales eventos de salud pública y/o ESPII en los puntos de entrada al territorio nacional.

En diciembre de 2015, se realizó el Segundo Taller de Inspección de Buques y Emisión de Certificados de Sanidad a Bordo, en el que participaron los estados de Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Guerrero, Jalisco, Michoacán de Ocampo, Oaxaca, Quintana Roo, Sinaloa y Yucatán. El curso fue impartido en coordinación con la OPS.

México pertenece al Global Health Security Iniciative (GHSI) formada por los países del G-7, más la Unión Europea y la OMS. La Secretaría de Salud ha participado en el grupo de trabajo de comunicación de riesgos mediante la asistencia a 62 teleconferencias semanales, en donde analistas de diversos países revisaron eventos de salud pública que ocurren en todo el mundo, para vigilar los potenciales riesgos para la población y alertar así, de forma temprana los sucesos de relevancia para la salud internacional.

Para la vigilancia epidemiológica de enfermedades infecciosas, se tiene cooperación binacional con los EEUU, donde se realizaron diez teleconferencias con la participación de los CDC y estados de la frontera de los EEUU, con estados fronterizos de nuestro país y la DGE. Como parte de la cooperación se ha trabajado en un documento que servirá para el establecimiento de comunicaciones binacionales y en casos de brotes de enfermedades que afecten a ambos países.

Por otro lado, la DGE fue designada como el Centro Nacional de Enlace de México para el Reglamento Sanitario Internacional (CNE-RSI) para el todo el territorio nacional y todas las instituciones dentro y fuera del sector salud mexicano, entre los cuales se incluye COFEPRIS. Además, COFEPRIS y el CNE-RSI mantienen contacto con OMS y OPS para la correcta aplicación del RSI en territorio mexicano.

Con el propósito de **promover las acciones intersectoriales para controlar emergencias y desastres y de seguridad en salud** la COFEPRIS participó en las siguientes actividades:

- Participación en Comité Nacional de Protección Civil,
- Participación en el Comité de Seguridad en Salud.
- Participación en la capacitación de PROFEPA en emergencias químicas.

Asimismo, como parte de las acciones de capacitación y mejoramiento de la preparación y respuesta intersectorial ante emergencias en salud, del 24 al 27 de noviembre de 2015, se realizó la Reunión Nacional de Programas de Acción Específico Prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas y Cólera y Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres, donde participaron 26 líderes nacionales responsables de la implementación de éstos Programas en las entidades federativas y de la coordinación de la respuesta.

Del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016, se realizaron tres reuniones del Grupo Intersectorial de Prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas y Cólera, con la participación de las áreas técnicas e instancias del sector salud involucradas en las acciones de prevención y control de éstas enfermedades.

Asimismo, en enero de 2016, se llevó a cabo una sesión extraordinaria del Subcomité de Emergencias en Salud para analizar la información referente a casos de Infección por virus zika y dar a conocer la declaratoria de emergencia epidemiológica EE-1-2016 para fortalecer las acciones de atención y manejo clínico, prevención, promoción y control, a fin de reducir el impacto de la enfermedad entre la población, con énfasis en las embarazadas.

Durante 2015, se elaboró el "Perfil Nacional de Riesgos" con información recopilada de múltiples fuentes de información y analizada a través de la UIES adscrita a la DGE, que tiene como objetivo conocer los factores climáticos, sismológicos, volcánicos, así como los componentes de riesgo Biológico, Químico y Radiológicos.

Estrategia 3.3.

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

Para **fomentar la fármacovigilancia y tecnovigilancia de insumos para la salud**, durante 2015 se recibieron 44,779 sospechas de reacciones adversas a medicamentos (SRAMS). Del 1 de enero 2016 a la fecha se han recibido 8,029 sospechas. De igual forma, en 2015 se impartieron las siguientes capacitaciones: cuidados paliativos, siete; capacitaciones a estados vía web, cuatro; capacitaciones presenciales, cinco; congresos nacionales, uno. Durante el primer trimestre de 2016 se realizaron las siguientes capacitaciones: cuidados paliativos, cinco; capacitaciones a estados vía web, uno.

Se dio continuidad a la "Estrategia para el Fortalecimiento de la Regulación en Farmacias y Consultorios", que tiene entre sus principales objetivos, vinculados al cumplimiento de la política farmacéutica, proteger a la población de los riesgos a la salud que representa la exposición al manejo y uso inadecuado de medicamentos, mediante acciones que apoye la promoción del uso racional de los medicamentos. A través de acciones como la implementación de esta estrategia, se ha logrado un avance en el cumplimiento de la normatividad por

parte de las farmacias y los consultorios adyacentes a las mismas, la cual se compone de tres fases: 1) visitas de fomento sanitario; 2) vigilancia sanitaria, y 3) calidad en el servicio.

Además, se fortalecerá el sistema nacional de farmacovigilancia mediante la implementación de la nueva Norma Oficial NOM-220, lo cual permitirá asegurar la calidad de los medicamentos presentes en el mercado nacional, implementando mesas de trabajo coordinadas entre COFEPRIS y la Industria dando seguimiento al esquema de vigilancia.

También el HRAEI cuenta con políticas para asegurar un uso racional de medicamentos con enfoque sistémico, contando con un catálogo de medicamentos autorizado por el Comité de Farmacia y Terapéutica, en donde cada insumo se registra en unidades de medida. Sirviendo de base para que el médico realice la prescripción por dosis unitaria, iniciando el proceso con el análisis del perfil farmacoterapéutico del paciente y realizando la dispensación para pacientes hospitalizados para 24 horas, optimizando así el uso de recursos, evitando el desperdicio y con lo que el paciente paga únicamente lo que le fue administrado. Como medida de control se realiza la promoción a nivel hospitalario los medicamentos de baja rotación.

Para **facilitar la liberación de nuevas moléculas de medicamentos y biológicos seguros, de calidad y eficaces** el 2012 al 2015 ha incrementado la oferta de medicamentos innovadores en 7,000% al emitirse 213 registros para nuevas medicinas que atienden 21 clases terapéuticas distintas que representan 73% de las causas de muerte en la población mexicana. Asimismo, durante la actual administración se han introducido seis nuevos medicamentos cuyo primer país de comercialización fue México los cuales están disponibles a precios 49%, en promedio, más bajos que en EEUU. El último paquete de innovadores fue presentado el 9 de mayo de 2016, y está compuesto de 36 nuevas moléculas.

También, desde 2011 a la fecha, se han emitido el registro sanitario de 120 medicamentos biotecnológicos.

Para **fomentar el ingreso de nuevos medicamentos genéricos y biocomparables seguros, de calidad y eficaces** del 2011 a la fecha, se han liberado catorce paquetes de medicamentos genéricos, compuestos por 37 sustancias activas que corresponden a 491 nuevos registros de medicamentos genéricos que atienden 71% de las causas de mortalidad en la población mexicana. Los grupos terapéuticos que abarcan las 37 sustancias liberadas a la fecha son: oncología, endocrinología y metabolismo, cardiología, psiquiatría, enfermedades infecciosas y parasitarias, neumología, urología, hepatología, anestesia y dermatología.

También, desde 2011 a la fecha, se han emitido el registro sanitario de cinco medicamentos biocomparables.

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

El proceso de actualización del CBCISS es el proceso mediante el cual se incluyen, modifican o excluyen los insumos contenidos en el CBCMSS. Este proceso se realiza en tres etapas: valoración, evaluación y dictamen. En el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016 se recibieron un total de 110 solicitudes para el Comité Técnico Específico de Medicamentos.

CUADRO 3.1 NÚMERO DE SOLICITUDES AL CBCMSS

PERIODO 1 DE SEPTIEMBRE DE 2015 AL 31 DE AGOSTO DE 2016	
COMITÉ	SOLICITUDES RECIBIDAS
Medicamentos	110

Fuente: Consejo de Salubridad General, disponible en www.csg.gob.mx.

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

Con el objeto de **promover el ingreso de dispositivos médicos seguros, de calidad y eficaces** en enero 2015 inició la segunda etapa del Esquema de Regulación de Dispositivos Médicos, en el cual se desregularon 573 productos. Esta etapa redujo en 4.1% la carga regulatoria de la agencia sanitaria, libero recursos económicos por 1,414 millones de pesos (0.007% del PIB y 4.5% del mercado nacional de dispositivos médicos).

Para **promover el desarrollo de la farmacogenómica** la DGCINS, en febrero de 2016 dio inicio a la integración y coordinación del grupo operativo de farmacovigilancia integrado por las Unidades Coordinadas de la CCINSHAE., a la fecha se han realizado tres reuniones.

Estrategia 3.4.

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

Durante el 2015 se realizaron 869,240 determinaciones de cloro residual en las entidades federativas, de las cuales 783,420 resultaron dentro de norma. Por lo tanto se obtuvo un 90.13% de eficiencia de cloración a nivel nacional con el objetivo de **vigilar la calidad del agua para uso y consumo humano.**

Con el fin de **llevar a cabo el control, vigilancia y fomento sanitarios en la producción, almacenamiento, distribución y comercialización de alimentos** se realizan visitas de verificación sanitaria a los giros de productos y servicios, donde se incluyen: rastros, aditivos, fábrica de alimentos, servicio de alimentos, bebidas alcohólicas, bebidas no alcohólicas, agua purificada, bebidas saborizadas, hielo, leche y derivados, pesca y derivados, productos de confitería, tortillerías, panaderías, harinas, sal, otros alimentos, carne y sus productos, otros cárnicos, plantas de moluscos bivalvos, moluscos bivalvos (áreas de cosecha). Durante el 2015, se realizaron 1212 visitas de verificación y al primer trimestre de 2016, se han llevado a cabo 284 visitas.

Dentro la estrategia para **vigilar y controlar los riesgos sanitarios de la prestación de los servicios de salud** se han llevado a cabo acciones de vigilancia sanitaria en materia de servicios de salud: 1) De noviembre 2013 a la fecha, se han realizado un total de 8,285 visitas de verificación a consultorios anexos a farmacias, de las cuales COFEPRIS realizó 427 y las Entidades federativas realizaron 7,858. 2) De 2010 a la fecha la COFEPRIS junto con el SFS han verificado un total de 1,965 clínicas con prestación de servicios de cirugía estética. 3) Del 2010 a la fecha, se han realizado 930 visitas a Hospitales y clínicas, de las cuales 171 han derivado en suspensión.

Con la finalidad de **apoyar al proceso de exportación de alimentos fortaleciendo el proceso de certificación con base en un análisis de riesgo** y referente a las buenas prácticas de manufactura (BPMs), durante el 2015 se realizaron 142,154 visitas de verificación, de las cuales el 76% (108,037) tuvieron resultados dentro de norma, y el 24% restante (34,117) se encontraron fuera de norma. Así mismo, hasta abril de 2016 se han realizado 32,715 visitas de verificación, con el 82.2% (26,892) dentro de norma, y el 17.8% (5,823) restante con resultados fuera de norma.

En materia de combate a la ilegalidad, del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016 se aseguraron 4,237,216 litros de alcohol; 68,732,425 cigarrillos; 1,685,702 piezas de productos milagro; 33 toneladas de medicamentos; y 195,938 dispositivos médicos irregulares.

Con el objeto de **consolidar y ampliar el esquema de terceros autorizados para el fortalecimiento de la capacidad operativa de la COFEPRIS** actualmente se cuentan con 19 terceros autorizados (Unidades de Verificación) para el pre-dictamen de trámites de medicamentos y dispositivos médicos. Con este modelo, a partir del 27 de junio de 2012 a la fecha, se han aprobado 7,519 registros sanitarios en un periodo menor a 20 días hábiles. Dichos datos se desglosan de la siguiente manera: A) Dispositivos médicos, 5,038 registros aprobados. B) Medicamentos, 2,481 registros aprobados. La aprobación de estos registros se ha logrado con un personal de 105 dictaminadores en las unidades de verificación, mismos que coadyuvan en las actividades que realizan los 141 dictaminadores de COFEPRIS para incrementar la productividad en la emisión de registros.

Referente a los terceros autorizados para pre-dictaminar Protocolos de Investigación Clínica, actualmente se cuenta con catorce terceros autorizados para tal objetivo (Unidades Habilitadas de Apoyo al Pre dictamen-UHAP´s), los cuales son centros de investigación pertenecientes a instituciones de educación superior en el país (IMSS, UNAM, IPN, UANL, CIATEJ e Institutos Nacionales de Salud). Durante 2015-16, COFEPRIS recibió 63 trámites de autorización de nuevos protocolos de investigación, de los cuales uno fue realizado en el IMSS, 60 en los INSalud y CCINSHAE y 2 en el resto de terceros autorizados (UHAP´s). Estos terceros autorizados pueden pre-dictaminar los protocolos con los mismos estándares y guías utilizados por la COFEPRIS y certificados por la OPS para que ésta pueda autorizarlos en tiempos reducidos.

Para **impulsar la vigilancia y control de los riesgos sanitarios por intoxicación de plaguicidas, mediante una mayor prevención y capacitación** y en relación con la vigilancia sanitaria de nutrientes vegetales y plaguicidas, durante el 2015 se realizaron 320 visitas de verificación relacionadas con plaguicida, que dieron como resultado 16 suspensiones. Asimismo, durante 2016 se realizaron 63 visitas de verificación, con cinco suspensiones como resultado.

Estrategia 3.5.

Contribuir a disminuir las muertes por lesiones de causa externa

México, al igual que otros países, enfrenta un gran reto de salud pública como consecuencia de las lesiones generadas por la inseguridad vial. En 2013, la carga de la enfermedad a causa de las lesiones por accidentes de tránsito fue de 1.17 millones de años de vida saludable perdidos (AVISA), ubicándose como la sexta causa en la carga de la enfermedad, la cuarta en niños entre 5 y 14 años y la tercera en población de 15 a 49 años, lo que representa un impacto a la estabilidad económica y emocional de las familias y de la sociedad en su conjunto.

Ante tal escenario, la Secretaría de Salud, a través del Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (STCONAPRA) se ha dado a la tarea de implementar diversas acciones multisectoriales orientadas a reducir la tasa de mortalidad por accidentes de tráfico de vehículo de motor, misma que muestra una tendencia descendente pasando de 13.4 defunciones por cada cien mil habitantes en 2013 a 13.3 en 2014; tendencia que se refleja también en las entidades federativas, al reducirse en 19 de ellas la tasa de mortalidad en más de un dígito, aunque existen otras donde la tasa se incrementó.

Para mejorar la calidad y oportunidad de información a través del fortalecimiento del Observatorio Nacional de Lesiones del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se realizaron las siguientes acciones:

- Se impulsó la instalación de Observatorios Estatales de Lesiones (OEL) en las entidades federativas, logrando hasta abril de 2016 que 26 de ellas cuenten con Observatorio y que 17 de éstos utilicen la plataforma Registro de Accidentes Viales en México (RAVMex), herramienta que les permite contar con información oportuna y geo-referenciada sobre los accidentes viales de su localidad.
- Se consolidó el Observatorio Nacional de Lesiones (ONL) en materia de información y datos al continuar el trabajo conjunto con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la Secretaría de Comunicaciones y Transportes (SCT), el Instituto Mexicano del Transporte (IMT), entre otras instituciones con el objeto de contar con un registro único nacional en materia de accidentes viales.
- México se incorporó de manera oficial a la Base de Datos Internacional de Accidentes Viales (IRTAD, por sus siglas en inglés) proporcionando la información en conjunto el STCONAPRA con el IMT.
- Se elaboraron los perfiles de las lesiones causadas por el tránsito, que incluyen los datos más recientes sobre incidentes de tránsito, así como defunciones y lesiones correspondientes a dicha causa; para cada entidad federativa y a nivel nacional, incorporando información de diversas instituciones como Secretaría de Salud, INEGI y Policía Federal.
- Se publicó el Informe Nacional de Seguridad Vial 2015, que contó con la participación de actores del sector público y social. Se presentó la información oficial más reciente así como las intervenciones en materia de prevención de accidentes de cada uno de los componentes basados en el Programa de Acción Específico de Seguridad Vial.

Dentro la estrategia para **contribuir a mejorar el marco jurídico para la prevención de accidentes de tráfico con base en evidencia científica**, en materia de regulación, se trabajó con autoridades del estado de Tlaxcala asesorando la elaboración de los reglamentos de tránsito de los municipios de esta entidad (publicado en diciembre de 2015) y de Calpulalpan (en vías de publicación). Se mantuvieron reuniones de trabajo para la modificación de legislación en materia de seguridad vial con autoridades de los municipios de Mérida, Umán, Valladolid y Kanasín de Yucatán; y con autoridades estatales de Nayarit y Baja California Sur. Se participó en los grupos de trabajo para la generación de las siguientes normas: Norma Oficial Mexicana NOM-194-SCFI-2015, Dispositivos de seguridad esenciales en vehículos nuevos-Especificaciones de seguridad; NMX-D-228-SCFI-2015, Criterios, Procedimientos y Equipo para la Revisión de las Condiciones Fisicomecánicas de los Vehículos Automotores en Circulación Cuyo Peso Bruto Vehicular No Excede los 3,857 Kg, la cual entrará en vigor en el mes de agosto de 2016. Se integró y coordinó el grupo de trabajo para la elaboración del Proyecto de la Norma Oficial Mexicana 206–SCFI/SSA2–2016 Cascos

de Seguridad para la Prevención y Atención Inmediata de Lesiones en la Cabeza de Motociclistas–acciones de promoción de la salud– especificaciones de seguridad y métodos de prueba, información comercial y etiquetado. Este proyecto fue elaborado en conjunto con la Dirección de Normas de la Secretaría de Economía contando con la participación del sector gubernamental y privado relacionado con este tema.

En materia de **fortalecimiento de los mecanismos de colaboración multisectorial para la prevención de lesiones de causa externa intencionales y no intencionales,** una de las prioridades del STCONAPRA es la instalación y funcionamiento de Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes (COEPRA) y su funcionamiento, para ello se trabaja de manera coordinada con las entidades federativas logrando lo siguiente de septiembre de 2015 a agosto de 2016:

- 31 entidades federativas ya cuentan con COEPRA instalado y funcionando, quedando pendiente el de la Ciudad de México.

- Nueve visitas de supervisión a los estados de Baja California, Estado de México, Guanajuato, Jalisco, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Querétaro y Zacatecas.

- Se trabajó de manera coordinada con la Policía Federal, particularmente con la División de Seguridad Regional, destacando entre otras acciones, el dictamen de los hechos de tránsito en carreteras federales, la implementación de puntos de control de alcohol para vehículos particulares en las carreteras federales, la capacitación a más de 130 elementos de la Policía Federal como auditores en seguridad vial y en el desarrollo de habilidades en soporte básico de vida.

- Se continuó con el seguimiento a la Acción Estratégica de Alcoholimetría, dando asesoría técnica y capacitación. Actualmente se implementan operativos en 158 municipios de 30 entidades federativas, de los cuales 105 son considerados prioritarios. Asimismo, en conjunto con la Policía Federal se implementaron operativos en las carreteras federales de Guerrero, Nuevo León, Veracruz de Ignacio de la Llave y Yucatán.
- Se capacitó a personal de 21 COEPRA para el levantamiento de información sobre factores protectores en usuarios de motocicleta en 37 municipios. Se aplicaron 9,618 encuestas y 19 entidades generaron su plan de acción con el objetivo de implementar a partir de 2016, acciones que permitan disminuir la ocurrencia de accidentes de tránsito y lesiones en motociclistas.

- Se capacitaron 3,765 nuevos Promotores en Seguridad Vial, con lo que las entidades federativas pudieron sensibilizar a 868,011 personas sobre los principales factores de riesgo en la movilidad: uso de distractores, conducción bajo los efectos del alcohol, velocidad inadecuada, no uso de sistemas de sujeción infantil y para adulto y no uso de casco en motociclistas.

- Siete cursos de capacitación en Auditoría de Seguridad Vial a dependencias de los tres niveles de gobierno de Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí y Tabasco, capacitando a un total de 275 personas. Cabe destacar que uno de los cursos se impartió durante el mes de abril de 2016 a la Comisión Nacional de Seguridad (CNS), con sede en la Academia Superior de Capacitación de la Policía Federal de San Luis Potosí, capacitando a 81 elementos de las 32 entidades federativas. Como producto de estas capacitaciones se realizaron 30 auditorías viales y se recibieron 18 más de los COEPRA para un total de 48, resaltando que en 25 de éstas se está gestionando la implementación de las mejoras.

- La Campaña Evita Comportamientos Riesgosos, realizada en conjunto con la Secretaría de Salud del estado de Guanajuato, se transmitió en tiempos oficiales de televisión, promoviendo la forma correcta en que los peatones deben cruzar las calles, el uso del casco en motociclistas, el uso de los sistemas de retención infantil, el respeto de los límites de velocidad y el no uso de distractores durante la conducción.

- En materia de coordinación de las acciones de comunicación sobre seguridad vial puestas en marcha en las entidades federativas a través de los COEPRA, 22 estados reportaron las acciones realizadas durante la temporada vacacional de invierno, en coordinación con el Gabinete Turístico, coordinado por la Secretaría de Turismo.

- Se llevó a cabo la reunión Enfrentando los Retos Regionales para la Prevención de Accidentes, en la ciudad de Puebla, con la participación de 26 entidades federativas. La reunión tuvo como objetivo fortalecer la coordinación entre las dependencias federales, estatales y municipales, para el desarrollo de acciones conjuntas que contribuyan, desde su ámbito de competencia, a la prevención de lesiones por accidentes.

- Se coordinó la Reunión Nacional de Secretarios Técnicos de los COEPRA, con representantes de 30 entidades federativas teniendo por objetivo definir el plan de trabajo 2016, para dar cumplimiento a las metas y objetivos de los Programas de Acción Específico Seguridad Vial y Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables.

En el objetivo de **fortalecer los mecanismos de cooperación internacional para el mejoramiento de la seguridad vial** en octubre de 2015 se enviaron insumos del STCONAPRA para apoyar las negociaciones de la Secretaría de Relaciones Exteriores sobre el **proyecto de resolución: "Mejoramiento de la seguridad vial en el mundo"**, presentado por Rusia en la Asamblea General de la ONU.

Dicho proyecto invita a los Estados a continuar fortaleciendo estrategias sobre seguridad vial a través de la alineación de la Declaración de la Década para la Acción de la Seguridad Vial 2011-2020 con la Agenda de Desarrollo 2030; hace un llamado para establecer un trabajo coordinado entre la OMS, ONU y las Comisiones regionales, así como incluir el tema en el orden del día de la 72ª Asamblea General de Naciones Unidas, a celebrarse en septiembre de 2017.

El 18 y 19 de noviembre de 2015 se llevó a cabo en Brasilia, Brasil, la **Segunda Conferencia Mundial de Alto Nivel Sobre Seguridad Vial**, en la cual se gestionó la acreditación de funcionarios de la Dependencia con el objetivo de que participaran en el examen de los progresos obtenidos en la implementación del Plan Global para la Década de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020 e incorporar a las acciones previstas las decisiones relacionadas con la seguridad vial adoptadas en el contexto de la Agenda de Desarrollo 2030.

Durante la 69ª Asamblea Mundial de la OMS, realizada en mayo de 2016, también se abordaron los retos que plantea el Decenio de Acción de las Naciones Unidas para la Seguridad Vial (2011-2020), y se analizaron los resultados de la Segunda Conferencia Mundial de Alto Nivel sobre Seguridad Vial a fin de continuar con los esfuerzos internacionales en favor del mejoramiento de la seguridad vial.

Del 16 al 18 de marzo el Viceministro de Infraestructura y Transporte del Ministerio de Industria e Innovación de Suecia sostuvo un encuentro con el STCONAPRA donde se abordó el interés en un Proyecto de Cooperación Específico para la implementación del programa Visión Zero el cual enfatiza la reducción del número de colisiones y busca eliminar el riesgo de deterioro crónico de la salud causada por las lesiones provocadas por accidentes de tránsito.

Asimismo, el STCONAPRA formó parte de la delegación oficial de México en la Segunda Conferencia Mundial de Alto Nivel sobre Seguridad Vial 2015 en Brasilia, Brasil. De esta conferencia emanó la Declaración de Brasilia que establece el rumbo de las acciones en materia de seguridad vial en el mundo para los siguientes años. Asimismo, se representó a México en la IV Asamblea General del Observatorio Iberoamericano de Seguridad Vial (OISVI) en la cual, se estableció la posición del país ante este foro de cooperación internacional como organismo líder en seguridad vial. También, México se integró al proyecto de Benchmarking en seguridad vial basado en las mejores prácticas de información y datos europeos, coordinado por la OCDE y el Gobierno de Suecia basado en los datos que se reportan a International Traffic Safety Data and Analysis Group (IRTAD).

Con el fin de **establecer los mecanismos de comunicación permanentemente en los servicios de urgencias** durante dos reuniones del CONASA y en coordinación con la DGPLADES, se presentó a los Secretarios de Salud Estatales el Modelo de Atención Médica Pre-hospitalaria y se promovió la instalación de los Centros Reguladores de Urgencias Médicas (CRUM) en las entidades que no cuentan con uno. Se llevó a cabo una reunión de trabajo con la DGPLADES para definir los procesos a seguir para la certificación de los Técnicos en Atención Médica Pre-hospitalaria, a través del Acuerdo 286 de la Secretaría de Educación Pública. Asimismo, se dio continuidad al tema de la profesionalización de los Técnicos de Atención Médica Pre-hospitalaria (TAMP), con la presentación del Laudo, la Guía de competencias profesionales del TAMP y el diagnóstico situacional de recursos humanos. Finalmente, se impartieron tres cursos de primeros respondientes a los GAPS, en Aguascalientes, Ciudad de México y Durango, además de dos cursos para la capacitación de instructores en la formación de primeros respondientes Habilidades Básicas para la Docencia, en Villahermosa, Tabasco y en Mérida, Yucatán.

Dentro de la estrategia para **promover la participación comunitaria, educativa, municipal y multisectorial para la prevención de accidentes en el hogar** se concluyó la elaboración de los Modelos Específicos de prevención y control de ahogamientos, asfixias, caídas, envenenamientos e intoxicaciones y quemaduras y del Modelo Integral para la Prevención de Accidentes. Este trabajo fue elaborado en un proceso colaborativo e incluyente, contando con la participación de alrededor de 106 profesionales de más de 50 adscripciones de instituciones públicas y privadas de distintos sectores y disciplinas así como de representantes de la sociedad civil y de la Academia. La siguiente etapa es su impresión y difusión nacional e internacional. Se realizó la Reunión

Nacional de Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables donde se dio a conocer el Modelo Integral que se trabajará en 2016 y donde se recabaron experiencias exitosas de expertos nacionales e internacionales, se contó con la asistencia de aproximadamente 120 profesionales en la materia de más de 40 distintas adscripciones.

Se logró financiamiento de Ramo 12 para la implementación de acciones del Modelo Integral para la Prevención de Accidentes a once entidades federativas y dos más asignaron recursos por Ramo 33. Se llevó a cabo una reunión de coordinación para impulsar la Prevención de Envenenamientos e Intoxicaciones en Grupos Vulnerables donde participaron autoridades de la OPS, de la Red Toxicológica Mexicana (RETOMEX) y personal del STCONAPRA, en esta se acordó trabajar conjuntamente en distintas líneas de acción (información estratégica, promoción de la salud, capacitación de profesionales, establecimiento de recomendaciones para la población, entre otras) para fortalecer el trabajo en esta área estratégica y potenciar sus resultados.

Estrategia 3.6.

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

Para **proporcionar información sobre los riesgos para la salud y los estilos de vida saludable en el entorno laboral** estuvieron representadas 3,128 empresas en los Foros Promocionales de Servicios de Prevención y Promoción de la Salud para Trabajadores IMSS y de PREVENIMSS en Empresas, que se realizaron por los Servicios de Seguridad en el Trabajo de las delegaciones del IMSS, y se realizaron 7,967 acciones de seguridad e higiene en el trabajo, con las Comisiones de Seguridad e Higiene de las empresas afiliadas y centros laborales del IMSS que participaron en estos eventos.

Con el propósito de **promover mayor inspección a los lugares de trabajo** se realizaron 3,782 Estudios y Programas Preventivos de Seguridad e Higiene en el Trabajo en empresas afiliadas al IMSS de alta siniestralidad, así como en centros laborales del propio Instituto, mediante los cuales se proporcionaron recomendaciones y se implementaron medidas de prevención de accidentes y enfermedades de trabajo. Así también, se desarrollaron 5,274 investigaciones de probables accidentes y enfermedades de trabajo y 261 investigaciones de accidentes de trabajo con defunción o incapacidad permanente parcial igual o mayor a 50 por ciento, habiéndose generado recomendaciones para la implementación de mejores prácticas de prevención y evitar la ocurrencia de otros casos similares. También se realizaron 7,255 evaluaciones de factores de riesgo presentes en los ambientes laborales a los que se exponen los trabajadores en las empresas afiliadas, para promover la prevención de posibles enfermedades de trabajo.

Para **revisar el esquema regulatorio de salud ocupacional en coordinación con la STPS** se participó en tres reuniones del Comité Consultivo Nacional de Normalización en Seguridad y Salud en el Trabajo, de la Dirección General de Seguridad y Salud en el Trabajo, de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, en las que se revisaron proyectos de normas oficiales mexicanas en materia de seguridad y salud en el trabajo, para establecer las obligaciones de los patrones en la seguridad e higiene de sus trabajadores

Por otra parte, para **establecer mecanismos de coordinación entre la SS, IMSS, ISSSTE y STPS para articular acciones en materia de salud ocupacional** se participó en una reunión de trabajo con la Asociación Nacional de la Industria Química, para propiciar su participación con sus representados en la prevención de los accidentes y enfermedades de trabajo que ocurren en las empresas que esta Organización representa.

Estrategia 3.7.

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

Con la finalidad de **actualizar la regulación en materia de alimentos y bebidas industrializados a las mejores prácticas internacionales** a partir de julio de 2015 se han realizado 64 visitas a puntos de fabricación para evaluar el cumplimiento del etiquetado frontal nutrimental de alimentos y bebidas no alcohólicas pre-envasadas. El etiquetado frontal le permite al consumidor conocer lo siguiente: 1) Las calorías del producto en cuestión para sumar una ingesta diaria total y por nutriente; 2) Comparar productos con base en un indicador calórico. 3) Establecer una correlación entre el consumo de calorías y el cuidado de su salud.

La actualización de la regulación sanitaria no es competencia directa de la COS, sin embargo co-adyuva en la actualización de la regulación con la evidencia generada durante las acciones de vigilancia.

Además, con el fin de generar evidencia cuantitativa sobre los temas que apoyen a la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes la Secretaría de Salud (UAE) participó en el grupo de trabajo "Efectos en la salud de la disminución del consumo de alimentos y bebidas de alto contenido calórico" del OMENT. Asimismo, la Secretaría de Salud (UAE) desarrolló el análisis del impacto en precios y consumo del IEPS en varios grupos de alimentos con alto contenido calórico. Los resultados del análisis se publicaron en revistas arbitradas y se difundieron mediante el OMENT.

Para **proveer información transparente del contenido calórico en el etiquetado frontal de todos los alimentos y bebidas industrializados** a partir de julio de 2015 se han realizado 64 visitas a puntos de fabricación para evaluar el cumplimiento del etiquetado frontal nutrimental de alimentos y bebidas no alcohólicas pre-envasadas.

Asimismo, para **prohibir la publicidad dirigida a público infantil de alimentos y bebidas que no cumplan con criterios científicos de nutrición**, se realiza el monitoreo de la publicidad para el cumplimiento de los LINEAMIENTOS por los que se dan a conocer los criterios nutrimentales y de publicidad que deberán observar los anunciantes de alimentos y bebidas no alcohólicas para publicitar sus productos en televisión abierta y restringida, así como en salas de exhibición cinematográfica, conforme a lo dispuesto en los artículos 22 Bis, 79, fracción X y 86, fracción VI, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad.

Para **vincular acciones con la Secretaría de Educación Pública para la regulación de las cooperativas escolares** a partir del ciclo escolar 2014-2015, se puso en marcha la implementación de los Lineamientos Generales para el Expendio y Distribución de Alimentos y Bebidas Preparados y Procesados en las Escuelas del Sistema Educativo Nacional (DOF 16/05/2014). Desde entonces se trabaja en conjunto con la Secretaría de Educación Pública para implementar los criterios nutricionales establecidos en los lineamientos en todas las escuelas del país. Al respecto, se actualizó la página electrónica de alimentos escolares http://alimentosescolares.insp.mx/ en la cual se publican los productos que cumplen con tales criterios y están autorizados para su venta y distribución en planteles educativos, además de proporcionar información, materiales educativos, recetarios de refrigerios escolares y consultas y dudas de la población, relativas a los Lineamientos.

En el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se tiene un total de 36 productos registrados, de los cuales catorce han sido aprobados ya que cumplen con los criterios nutrimentales establecidos. Cabe señalar que dichos Lineamientos son obligatorios y tienen entre sus objetivos destacar los tipos de alimentos y bebidas que deberán prohibirse para expendio y distribución en las escuelas del Sistema Educativo Nacional por no favorecer la salud de los estudiantes.

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

SALUD
MÉXICO

Estrategia 4.1.

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

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

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

Con el propósito de **asegurar la participación de todos los actores para reducir la mortalidad infantil**, prevenir y atender la desnutrición de la niñez mexicana; para asegurar una alimentación y nutrición adecuada a las familias en extrema pobreza, la CNPSS continuó fortaleciendo la promoción de una mejor nutrición familiar a través del seguimiento, control y distribución de suplementos alimenticios.

Por lo anterior, en el marco de la Cruzada Nacional Contra el Hambre (CNCH), en el periodo septiembre de 2015 a marzo de 2016, a través del Componente de Salud de PROSPERA Programa de Inclusión Social, se realizaron las acciones siguientes:

- Las niñas y niños de entre seis a 59 meses de edad beneficiarios de PROSPERA que recibieron suplemento alimenticio ascendieron a 973,741

- Las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia beneficiarias de PROSPERA que recibieron suplemento alimenticio fue del orden de 206,796.

En el marco de la atención a familias beneficiarias de PROSPERA Programa de Inclusión Social, el Programa IMSS-PROSPERA proporcionó suplemento alimenticio a 383,282 menores de seis a 59 meses de edad; y distribuyó suplementos alimenticios a 80,754 mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.

Con el propósito de **mejorar la calidad de la atención de la salud en recién nacidos y en menores de cinco años**, el Programa IMSS-PROSPERA tiene la atención a este sector poblacional como una prioridad. En el periodo se ha dado continuidad a las acciones de prevención de enfermedades, tales como la profilaxis oftálmica con cloranfenicol, en la que se benefició a 111,587 recién nacidos y la aplicación de vitamina A y K a 110,259. Adicionalmente, se dio atención a 6,515 recién nacidos con bajo peso y a 4,487 prematuros en los servicios de cuidados especiales del neonato en los Hospitales Rurales.

Asimismo a través de PROSPERA, en su componente de salud, durante el periodo septiembre de 2015 a mayo de 2016 estima que la cifra de niños y niñas menores de cinco años de edad beneficiarios de PROSPERA en control ascendió a 1,441,539.

Adicionalmente, se pusieron en marcha siete Centros Regionales de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana, totalizando al mes de marzo de 2016 trece Centros en los estados de Aguascalientes, Coahuila de Zaragoza, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán de Ocampo, Nayarit, Nuevo León, San Luis Potosí, Sinaloa y Yucatán, en los cuales se brindan atenciones dirigidas a mejorar el desarrollo de la niñez mexicana, en los ámbitos motor, cognitivo y socio-emocional.

Con el propósito de **asegurar una cobertura efectiva en vacunación** los Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México S. A. de C. V. (BIRMEX), empresa paraestatal

encargada de desarrollar, producir, comercializar y distribuir las vacunas, sueros y biológicos utilizados para los programas de inmunización en el país, realiza actividades apegadas al PROSESA, para garantizar una adecuada protección contra amenazas epidemiológicas, además, fortalece la capacidad de respuesta ante emergencias de salud, que aseguran la producción nacional de vacunas y otros químicos farmacéuticos estratégicos para la seguridad nacional.

Para garantizar la oportunidad, calidad, seguridad y eficacia de los insumos para la salud, BIRMEX presenta las acciones realizadas y los resultados logrados del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016:

En el Instituto Nacional de Higiene (INH) y el Instituto Nacional de Virología (INV), se realizaron las acciones necesarias para renovar los certificados de Buenas Prácticas de Fabricación (BPF), ante la COFEPRIS, conforme a la NOM 0-59.

Para el caso del INV, se llevó a cabo, entre otras, la adecuación de la planta de producción, la incorporación de nuevos equipos industriales y el fortalecimiento del equipamiento del sistema eléctrico. Cabe destacar que las acciones antes mencionadas se efectuaron en un tiempo record de diez meses, lográndose con esto la renovación del certificado de BPF.

Simultáneamente se realizaron actividades encaminadas a garantizar la calidad de los productos fabricados y distribuidos, enfocadas a evaluar el control de los trabajos para asegurar la consistencia de los procesos de fabricación. En materia de calificación y validación, se calificaron un total de 184 equipos, 35 sistemas y se validaron 18 procesos, utilizando únicamente recursos propios.

Con respecto a las actividades analíticas, se evaluó la calidad de las materias primas y de los productos de las diferentes etapas de fabricación, realizando un total de 5,092 pruebas, adicionalmente, se efectuaron 67,973 evaluaciones a Sistemas Críticos. Se monitorearon servicios críticos como el de agua de grado inyectable, de aire farmacéutico HVAC *(Heating, Ventilating and Air Conditioning)*, así como vapor y aire comprimido grado farmacéutico.

Asimismo, se realizaron un total de 96 auditorías en BIRMEX y 33 auditorías a proveedores, para garantizar la calidad de las materias primas y servicios que pueden afectar la calidad de los biológicos fabricados por esta entidad.

De igual forma, se realizaron otras acciones en materia de calidad como es el seguimiento a acciones preventivas y correctivas, controles de cambio, seguimiento a quejas, investigación de desviaciones y actualización, resguardo de la documentación técnica de las plantas, entre otras, todo ello como parte del control de los elementos del sistema de calidad.

Las acciones antes mencionadas permitieron a BIRMEX continuar con la producción de la vacuna tOPV que fue aplicada por última vez durante la 1ª Semana Nacional de Salud, asimismo, iniciar la producción de la nueva vacuna bOPV, para ser suministrada a partir del segundo semestre de 2016, ello con el propósito de cumplir con las directrices emitidas por la OMS a través del Plan Estratégico Mundial para la Erradicación de la Poliomielitis.

Para lograr la producción de esta nueva vacuna bOPV, se produjeron lotes piloto para llevar a cabo el Estudio Clínico con lo que se demostró con información clínica la seguridad y eficacia del producto ante COFEPRIS. Obteniéndose el registro sanitario, lo que permite atender el mercado nacional, con la proyección de incursionar en el mercado internacional.

Por lo que se refiere a la comercialización, en el periodo se colocaron en el mercado nacional más de 86 millones de dosis, tanto de vacunas producidas por Birmex como de otros productores. Estas dosis producidas y comercializadas, han favorecido las políticas públicas a través del suministro oportuno de vacunas de calidad y accesibles a toda la población mexicana a fin de prevenir y controlar enfermedades inmunoprevenibles.

El área de investigación y desarrollo de BIRMEX realiza diversos proyectos encaminados a la mejora de productos o de procesos y al desarrollo de nuevos productos. Asimismo, se trabaja en la elaboración de convenios para la vinculación científica y académica con otras instituciones con la finalidad de sumar esfuerzos y aportaciones de las diferentes partes que conlleven al desarrollo acelerado de productos que requiere la salud pública. En esta área se desarrollan proyectos prioritarios en el marco el plan estratégico de BIRMEX.

En el periodo que se reporta se formalizó un Contrato de Asociación Público Privada (CAPP) bajo la modalidad de autofinanciable con Sanofi Pasteur, una de las empresas farmacéuticas más importante del mundo, para concluir, calificar, validar y poner en marcha la Planta Cuautitlán, así como recibir transferencia tecnológica para producir la vacuna tetravalente de influenza y los combos pediátricos, para garantizar el abasto de dichos biológicos en el país, con producción 100% nacional.

Al concluir la vigencia del CAPP, la Planta, las obras que sean construidas, modificadas o instaladas adheridas de manera permanente por parte de Pasteur, así como la tecnología, su personal capacitado y las marcas con las que se comercializarán las vacunas serán entregadas a BIRMEX a título gratuito.

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

Para **proveer intervenciones de salud enfocadas en prevención y atención oportuna del menor de cinco años** el Instituto Nacional de Pediatría (INP) obtuvo por parte de COFEPRIS el registro de la vacuna tetravalente contra el dengue para ser utilizada en la población infantil mexicana. Este registro se obtuvo gracias a la investigación colaborativa entre SANOFI-Pasteur y el INP.

Adicionalmente, el Programa IMSS-PROSPERA realiza sistemáti-camente la somatometría para establecer el estado nutricional en menores de cinco años. En el periodo se realizaron 2,854,133 de estos procedimientos, lo que permitió detectar y atender hasta su recuperación a 20,538 casos de desnutrición aguda.

Con un enfoque preventivo, se ministró hierro profiláctico a 59,163 menores de un año, esto complementado con el diagnóstico y tratamiento oportuno de la anemia en todos los menores de cinco años. Para ello se realizaron 255,579 determinaciones de hemoglobina en sangre; con diagnóstico y tratamiento hasta su recuperación a 13,650 menores de este grupo de edad.

Respecto a la atención oportuna y efectiva de los cuadros de EDA se otorgaron 106,529 atenciones en menores de cinco años, y en el 97.8% de los casos se instauró el Plan A de hidratación oral y se repartieron 185,396 sobres de Vida Suero Oral. En materia de IRA, se otorgaron 498,442 atenciones, el 99% de manera oportuna, sin signos de alarma y en el 53.9% se otorgó solo tratamiento sintomático para evitar el abuso de antimicrobianos. Finalmente, para fortalecer el manejo efectivo en el hogar, se capacitó a 509,572 madres en el tema de EDA y a 847,034 en IRA.

Dentro de las acciones para **coadyuvar en la provisión de alimentos y suplementos alimenticios para una nutrición adecuada** el SNDIF dentro de la Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria (EIASA), contribuye a la seguridad alimentaria de la población atendida mediante la implementación de programas alimentarios con esquemas de calidad nutricia, acciones de orientación alimentaria, aseguramiento de la calidad alimentaria y producción de alimentos, conformada por cuatro programas que operan con recursos federales del Ramo 33 Fondo V.i, en el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016, a través de la EIASA se obtuvieron los siguientes resultados:

- En materia de Desayunos Escolares, se participó en la distribución de 907,452,236 desayunos, en beneficio de un promedio de 5,595,662 niñas y niños al día, repartidos en 2,293 municipios.

- Para atender a menores de cinco años en riesgo no Escolarizados, se distribuyeron 79,957,477 raciones alimenticias, en 1,692 municipios, que beneficiaron a un promedio diario de 411,565 niñas y niños.

- A través de la asistencia alimentaria a aamilias en desamparo, se distribuyeron un 1,310,799 despensas, con lo que se apoyó a 158,432 familias en 337 municipios.

- Como parte de la asistencia alimentaria a sujetos vulnerables, los sistemas estatales del DIF distribuyeron 5,745,431 despensas, en apoyó a 910,729 sujetos vulnerables en 2,015 municipios.

A través del Programa de Desarrollo Comunitario "Comunidad Diferente", el SNDIF contribuye a mejorar las condiciones sociales de vida de la población en situación de marginación, mediante poblaciones articuladas que implementen proyectos comunitarios, y la apertura y mejoramiento de Espacios Alimentarios. Del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016, se impulsó en 1,355 Grupos de Desarrollo, la implementación de proyectos productivos para el autoconsumo y la generación de ingresos propios a través de la comercialización de sus productos. Se capacitó a 18,137 personas, integrantes de Grupos de Desarrollo, en 1,332 localidades de alta y muy alta marginación. Asimismo, se fortalecieron o implementaron proyectos productivos comunitarios, beneficiándose 324 Grupos de Desarrollo.

La participación del SNDIF en la Cruzada Nacional Contra el Hambre, se llevó a cabo en coordinación con los SEDIF, mediante la autorización de 32 proyectos de infraestructura, rehabilitación y/o equipamiento de espacios alimentarios en 2015, mediante los cuales se apoyó a 1,825 espacios alimentarios rehabilitados o equipados, en beneficio de 179,917 personas. Asimismo, al 31 de agosto de 2016 se aprobaron 32 proyectos con los que se pretende apoyar 1,883 espacios alimentarios en 523 municipios, para beneficiar a 193,243 personas.

Para **promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad** la SPPS durante el 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, en el primer nivel de atención se capacitaron a 117 profesionales de la salud para promover la lactancia materna en 26,857 madres para beneficiar a sus hijas e hijos, los cuales se suman a los 331 capacitados en el período anterior.

Adicionalmente, una acción primordial que el Programa IMSS-PROSPERA realiza a todas las embarazadas en cada consulta prenatal es la promoción de la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los primeros seis meses de vida. En este sentido, de septiembre de 2015 a agosto 2016 se capacitó a 181,385 mujeres y para seguir promoviendo esta acción 4,228 miembros de los equipos de salud también fueron capacitados en lactancia materna.

Con el objetivo de **fomentar el desarrollo de capacidades para ofrecer a los niños y niñas buenas prácticas de crianza y estimulación temprana** el SNDIF participó en el Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras, permitió que en el periodo septiembre de 2015 a agosto 2016, se otorgaran capacitaciones de nivel básico a 217 responsables de las estancias y asistentes, en materia de capacitación complementaria, se impartieron talleres a 7,134 responsables y asistentes en los temas: "Crecer con Ellos", "Crecer Juntos", "Alineación al Estándar de Competencia Laboral EC0435" Capacitación "Evaluación del Desarrollo Infantil", "Alimentación" y "Lego".

Adicionalmente, eL SNDIF aplicó a 12,495 madres, padres o tutores inscritos en el programa, la "Encuesta de satisfacción a beneficiarios", con el objetivo de conocer su opinión con respecto de los servicios ofrecidos en las estancias infantiles.

Por otro lado, la SPPS en el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se han realizado las siguientes actividades:

- Capacitación en temas de desarrollo infantil temprano a 1,132,894 madres y cuidadores de menores de cinco años de edad.

- Aplicación de la prueba de Tamiz para la Evaluación del Desarrollo Infantil, a 565,840 niñas y niños. Se identificó que 497,939 niños presentan desarrollo normal (88%), 56,584 (10%) con rezago en el desarrollo y 11,317 (2%) con riesgo de retraso en el desarrollo. Lo que permite su detección temprana para brindar una atención oportuna.

Con el fin de **promover la realización del tamiz neonatal metabólico, auditivo y de retinopatía** del 1 de septiembre de 2015 al 31 de mayo de 2016, se capacitaron 480 profesionales de la salud de la SS para la aplicación del tamiz neonatal metabólico, auditivo y oftalmológico, este personal se suma a los 1,226 profesionales capacitados en el periodo anterior. Asimismo, durante 2015, se sumó la determinación de fibrosis quística a las cuatro pruebas básicas (hipotiroidismo, fenilcetonuria, galactosemia e hiperplasia suprarrenal congénita).

Para **reforzar la acción comunitaria en el desarrollo infantil y la educación inicial** en materia de atención a la primera infancia se benefició a 36,836 niñas y niños en 537 Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil (CADI) en 190 municipios; y 72,416 niñas y niños en 1,818 Centros de Asistencia Infantil Comunitarios (CAIC).

Se tienen registrados 745 Clubes de Salud del Niño, distribuidos en 209 municipios, con un total de 29,219 niñas y niños socios, que beneficiaron a más de 32,585 padres y madres.

En cuanto a la Promoción del Buen Trato, se favorecieron 129,103 niñas, niños y adolescentes; 47,565 madres, padres, tutores y cuidadores y 957 familias, mediante acciones de prevención de las conductas agresivas, los malos tratos y la violencia social.

Se llevó a cabo el "Curso Taller para formar Facilitadores Estatales y Municipales en el manejo de la metodología y herramientas didácticas para el fomento de la cultura y el desarrollo de habilidades de buen trato en las familias", con la participación de 26 servidores públicos de doce Sistemas Estatales DIF y cuatro Organizaciones de la Sociedad Civil integrantes de la Red por la Infancia y la Adolescencia (RIA).

Se realizó el "Taller para el manejo de herramientas didácticas para trabajar el buen trato con Abuelas y Abuelos", con la asistencia de 41 servidores públicos de 24 Sistemas Estatales DIF.

En el rubro de la Prevención, Atención y Erradicación del Trabajo Infantil, se realizaron acciones preventivas, mediante las que se atendieron a 78,581 niñas y niños en riesgo de incorporarse a actividades laborales, así como 33,544 niñas, niños y adolescentes, se realizaron dos capacitaciones dirigidas a servidores públicos de quince Sistemas Estatales DIF. Una videoconferencia en la que participaron 25 Sistemas Estatales DIF con la asistencia de 150 servidores públicos. En el periodo que se informa

para atender la Atención de la Explotación Sexual Infantil, se realizaron cinco capacitaciones, con la asistencia de 145 servidores públicos de 17 Sistemas Estatales DIF, dos videoconferencias con la participación de 25 Sistemas Estatales DIF y 201 servidores públicos.

En materia de acciones de prevención Explotación Sexual Infantil, participaron 69,103 niñas y niños.

En el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Cuna Tlalpan y Coyoacán dependiente del Sistema Nacional del Desarrollo Integral para la Familia, se otorgaron 3, 109 atenciones pedagógicas para dar atención a la educación inicial de Niñas y Niños de tres a cinco años once meses de edad.

En octubre de 2015, el Programa IMSS-PROSPERA puso en operación el proyecto Desarrollo Infantil Temprano, factor considerado como un determinante de la salud, aprendizaje y la conducta a lo largo de la vida. El proyecto, que fortalece los espacios de estimulación temprana en hospitales rurales del Programa IMSS-PROSPERA, tiene el propósito de evaluar de manera integral a la población menor de cinco años.

De enero a marzo de 2016 se proporcionó atención de estimulación temprana a 37,694 menores en unidades médicas de primer nivel. En 35% de los casos (13,203), se identificaron factores de riesgo en el desarrollo infantil, por lo que dicha población fue referida a unidades hospitalarias para su valoración pediátrica y atención en los espacios de Desarrollo Infantil Temprano.

En el segundo nivel de atención se otorgó atención de estimulación temprana a 7,931 menores, y en 72% de los casos (5,700) se realizó la prueba Evaluación Desarrollo Infantil Temprano (EDI). El 2% de esta cifra (150) presentó algún riesgo de retraso y/o rezago en el desarrollo, por lo que fue referido al tercer nivel de atención.

Estrategia 4.2

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

Una de las líneas de acción sobresalientes en esta estrategia es la de **asegurar un enfoque integral y la participación incluyente y corresponsable en la atención del embarazo, parto y puerperio** durante el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se impartieron se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- 22 talleres para fortalecer las redes comunitarias de apoyo a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio en once entidades federativas.

- Asimismo, se brindó orientación telefónica a un total de 12,940 usuarias (os), de éstas, 2,692 llamadas fueron de primera vez y 10,247 de seguimiento, las llamadas se reciben de todas las entidades federativas a través de la línea 01-800-MATERNA.

Adicionalmente, en el HRAEV dentro del área de Emergencias obstétricas, se cuenta con convenios, atenciones llevadas a cabo, pacientes, referencias, datos epidemiológicos.

El HRAEI, fue evaluado para poder ofertar servicios a las mujeres con emergencias obstétricas desde mediados de 2016.

En ese mismo hospital se desarrolló un modelo de algoritmo de atención que cumple los más altos estándares internacionales, modelo que fue objeto de auditoria clínica durante 2016.

En el HRAEI se fortalece y consolida el triage obstétrico, se apertura camas para alojamiento conjunto, Se obtuvo la acreditación de CAUSES lo que permitió hacer convenios para la atención de la Emergencia Obstétrica a través de la DGPLADES.

Con el propósito de **mejorar la calidad de la atención materna en todos los niveles de atención,** del 1 de septiembre de 2015 al 31 de mayo de 2016, se elaboraron los Lineamientos Técnicos: Triage, Código Mater y Equipo de respuesta inmediata para la atención de la emergencia obstétrica y para mejorar la capacidad técnica de respuesta en equipo del personal de salud en las unidades resolutivas.

En el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016, el Programa IMSS-PROSPERA realizó dos cursos de "Capacitación en Salud Materna" dirigidos a personal del primer de atención, uno en Chiapas y otro en Veracruz de Ignacio de la Llave, con la participación de 307 personas de la disciplina médica del primer nivel de atención.

El área de Emergencias Obstétricas del HRAEV, dispone de convenios, atenciones llevadas a cabo, pacientes, referencias, datos epidemiológicos.

En el mismo caso se encontró el HRAEI, que desde mediados de 2015 fue incorporado en convenio de atención de emergencias obstétricas.

Con estas acciones, los dos HRAE que tienen en sus carteras de servicio la atención obstétrica, están acreditados para la atención de las emergencias, desarrollan modelos apropiados y mantienen cero muertes maternas en el periodo.

En materia de **fortalecimiento a la atención perinatal con enfoque de interculturalidad** la DGPLADES participó en las siguientes acciones en el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 31 agosto de 2016:

- Sensibilización y capacitación a personal de los SESA en el "Modelo de atención a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, y seguro en los servicios de salud. En los estados de Coahuila de Zaragoza y Tabasco, se brindó capacitación teórico-práctica a 18 hospitales y cinco centros de salud. En la Ciudad de México se brindó sensibilización en el HM, el INPer y en la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) del IMSS "Hospital de Gineco-Obstetricia Número cuatro "Luis Castelazo Ayala". Se impartió sensibilización en congresos de Delegaciones Regionales de la Federación Mexicana de Ginecoobstetricia realizados en la Ciudad de Torreón, Coahuila de Zaragoza y Hermosillo, Sonora. Se participó en la impartición de un curso en el Hospital de Amealco, Querétaro para facilitar la implementación del modelo con parteras tradicionales.

- Realización en coordinación con la 4ª Visitaduría de la CNDH, de un Conversatorio Nacional sobre los derechos de las mujeres indígenas para atenderse con el modelo con parteras tradicionales indígenas, en el estado de Querétaro, convocando a parteras tradicionales de las entidades federativas con población indígena.

- En coordinación con la Dirección de Cáncer de la Mujer se realizó un curso virtual para la "prestación de servicios de prevención y atención del cáncer cérvico-uterino y mamario con enfoque intercultural y de género", para el programa estatal de cáncer de la mujer y UNEMES de cáncer, con la participación de quince estados. Se llevó a cabo también un "Encuentro nacional de obstetras y personal de salud en favor de la atención de las mujeres en el parto con enfoque humanizado, intercultural y seguro".

- Incorporación de cuatro indicadores en el Capítulo de Procedimientos Obstétricos del Catálogo de Procedimientos Médicos de la CIE-9MC, para facilitar el seguimiento de los partos atendidos con el modelo intercultural humanizado, en gestión con la DGIS y el Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades (CEMECE) y Centro Colaborador para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS en México. Dichos indicadores son: "Posición Vertical,

Acompañamiento psicoafectivo, apego inmediato y manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto".

- Conclusión y difusión del documento de lineamientos para la "Unidad de Parto Humanizado" por la DGPLADES, como espacio de atención desmedicalizada del parto, contiguo a hospitales resolutivos.

- Publicación del Artículo: "Implantación del modelo de atención a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro: Hospitales de la Guajolota, Durango y Tula, Hidalgo", en la Revista de Género y Salud en Cifras. Vol. 13, Núm. 3. septiembre-diciembre de 2015 (versión electrónica).

Adicionalmente, el Programa IMSS-PROSPERA ha propiciado la atención del parto y de la población recién nacida en un marco de respeto a las costumbres y la cultura de las localidades. Gracias a la participación de las parteras voluntarias rurales se ha favorecido el parto intercultural y atención de recién nacidos en más de ocho mil partos; alrededor de mil atendidos de manera conjunta con los equipos de salud; así como la derivación de los más de ocho mil recién nacidos para atención en la unidad médica.

En cuanto a **proporcionar consejería y el acceso a la anticoncepción para prevenir el embarazo no planeado** en niñas y adolescentes, los Sistemas Estatales y Municipales DIF, implementaron con la población objetivo, las estrategias nacionales preventivas de: talleres de "Prevención del Embarazo en Adolescentes" y Taller "Prenatal y Postnatal para adolescentes", logrando una cobertura de 7,675 niñas; 68 niñas embarazadas y/o con hijos; 199,648 mujeres adolescentes; 21,667 adolescentes embarazadas o madres, así como 7,273 niños y 157,628 adolescentes hombres en 31 entidades federativas, a través de 2,838 grupos de estrategias nacionales y 7,755 talleres estatales, 7,565 pláticas y/o conferencias, 36 foros, 86 ferias, 17 desfiles, 16 campañas y 193 actividades.

En referencia al Modelo Nacional para la Prevención y Atención del Embarazo en Niñas y Adolescentes, se llevaron a cabo dos Cursos-Taller de Inducción al Modelo a los diferentes Sistemas Estatales con tres sesiones cada uno, asistiendo un total de 35 participantes en 23 estados y un municipio.

El Sistema Estatal DIF Querétaro, se integró a la estrategia de atención, y destinó recursos para la adquisición de equipo y mobiliario para fortalecer la operación de la Casa Ame Cadereyta, en la cual se brindó refugio a mujeres en estado de gestación, puerperios fisiológicos y quirúrgicos, y se atendió a cinco adolescentes embarazadas.

Por otro lado, el SNDIF, en seguimiento a la habilitación y equipamiento del "Centro Modelo de Atención de Niñas y Adolescentes" del Estado de Jalisco, reportó una atención fluctuante para 47 niñas y adolescentes embarazadas y riesgo de embarazo, ingresando regularmente un total de 23 y con un egreso de 27.

A su vez, se realizaron tres reuniones virtuales de seguimiento, con 18 Sistemas Estatales DIF, para la implementación del Modelo Nacional para la Prevención y Atención de Niñas y Adolescentes Embarazadas.

La consejería y el otorgamiento de métodos anticonceptivos forman parte del modelo de prevención de la muerte materna implementado por el Programa IMSS-PROSPERA, que incide en la reducción de los embarazos no planeados y en condiciones de riesgo. La consejería en planificación familiar se otorga a toda la población en edad fértil que acude a demandar atención médica independientemente del motivo, así como a las embarazadas durante el control prenatal. En el periodo se incorporaron 283,506 personas al uso de un método anticonceptivo; de ellas, 85,151 durante el posparto y 5,915 durante el postaborto.

Otros integrantes de la red voluntaria del Programa IMSS-PROSPERA orientaron a 1,305,707 personas sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos. De igual forma derivaron a unidad médica a 243,443 personas, particularmente mujeres, para la adopción de algún método anticonceptivo.

Personas voluntarias derivaron a 190,451 adolescentes para su integración y participación en los CARA y atendieron a 199,036 jóvenes en reuniones de módulos ambulantes coordinadas por el propio voluntariado.

Para **vigilar el embarazo con enfoque de riesgo y referencia oportuna a la evaluación especializada** durante 2015, se elaboraron los Lineamientos Técnicos para la atención del embarazo saludable, parto seguro y recién nacido(a) los cuales están en proceso de publicación y se aplican para promover hábitos saludables entre las mujeres en edad fértil y mejorar su estado nutricio antes de un embarazo, para tener un periodo gestacional más seguro y saludable. Asimismo, se elaboró el Lineamiento Técnico Atención y Seguimiento del Embarazo y su Relación con el virus zika.

Se promovió la consulta pregestacional y prenatal de calidad y con enfoque de riesgo y preventiva, con el fin de determinar enfermedades preexistentes o de aparición en

el embarazo y evitar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, generando la referencia inmediata al segundo o tercer nivel de atención según el caso y se aplicaron pruebas prenatales para VIH, sífilis y diabetes gestacional y ultrasonido estructural.

El HRAEV en su área de Emergencias Obstétricas, se cuenta con convenios, atenciones llevadas a cabo, pacientes, referencias, datos epidemiológicos.

En el mismo caso se encontró el HRAEI, que ofrece la vigilancia de pacientes con embarazo de riesgo y desde mediados de 2015 fue incorporado en convenio de atención de emergencias obstétricas.

En la zona oriente del Estado de México hemos observado que es un problema cultural y social de que las pacientes en un 80-90% de los casos no tienen seguimiento del embrazo, para detectar con oportunidad las complicaciones que puedan derivarse del propio embrazo, o bien que la embarazada cursa con otras patologías que compliquen a la mujer embarazada. Se ha logrado integrar un equipo multidisciplinario para la mujer embarazada con patologías oncohematológicas.

Se ha logrado establecer mejor comunicación con hospitales que dan atención obstétrica de segundo nivel para una mejor referencia y contrareferencia.

Los dos HRAE que cuenta con servicios obstétricos en sus carteras de servicios, ofertan a la población la oportunidad de recibir atención médica de la más alta calidad no reportándose muertes maternas en ninguno de ellos.

Dentro de la línea de acción encaminada a **fortalecer la atención oportuna y de calidad en emergencias obstétricas,** considerando redes efectivas interinstitucionales de servicios el 7 de abril de 2016, se publicó en el DOF la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, la cual orienta la atención respetuosa, de calidad, preventiva, integral y con enfoque de perspectiva de género y derechos humanos, aplicable a todo el Sistema Nacional de Salud, evitando la violencia obstétrica y fomentando el trato digno.

En el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se elaboraron cédulas de seguimiento a 86 hospitales y 102 Centros de Salud de las 32 entidades federativas, para verificar los procesos de atención del embarazo, parto, emergencia obstétrica, puerperio y del recién nacido(a). Asimismo, se capacitaron a 316 profesionales del primer nivel de atención, en el marco de la Estrategia de Salud Materna, que se suman a los 338 capacitados en el periodo anterior.

La atención oportuna y efectiva de las emergencias obstétricas es un pilar del modelo para la prevención y reducción de la muerte materna del Programa IMSS-PROSPERA. Las mujeres embarazadas clasificadas como de alto riesgo son monitoreadas por personal delegacional y de nivel central del Programa IMSS-PROSPERA a través de un censo que se actualiza quincenalmente, y a las embarazadas con alguna complicación o emergencia obstétrica se les hace un seguimiento personalizado mediante aplicaciones de comunicación digital, hasta la resolución de su embarazo y la complicación. De septiembre de 2015 a agosto de 2016, 872 mujeres complicadas o con emergencia obstétrica fueron derivadas a hospitales del IMSS en su régimen obligatorio para recibir atención especializada

El área de Emergencias obstétricas del HRAEV, cuenta con convenios, atenciones llevadas a cabo, pacientes, referencias, datos epidemiológicos con cerca de 50 pacientes anuales.

En el mismo caso se encontró el HRAEI, que desde mediados de 2016 fue incorporado en convenio de atención de emergencias obstétricas.

Para **consolidar el proceso de vigilancia epidemiológica, búsqueda intencionada y reclasificación de muertes maternas** (BIRMM) el cálculo de la RMM en 2014 fue de 38.9 defunciones maternas por cada 100 mil nacidos vivos (872 defunciones maternas), lo que representa un incremento de 0.7 puntos con respecto a la RMM de 38.2 defunciones maternas por cada 100 mil nacidos vivos registrada en 2013 (861 defunciones maternas). La tasa de mortalidad neonatal en 2014 fue de 7.83 defunciones por mil nacidos vivos (17,537 defunciones), lo que representa tan solo un incremento de 0.03 puntos con respecto a la tasa de 7.80 de 2013 (17,585 defunciones).

En lo que respecta a información de defunciones, dentro del marco de la reingeniería del Sistema Estadístico y Epidemiológico de Defunciones (SEED), en 2015 se llegó a una cobertura total de 92.3%, al contrastar con lo estimado por el CONAPO; asimismo, para 2015 la cobertura oportuna mejoró 3% con respecto al 2014. Estos logros son resultado de las acciones realizadas para consolidar el procedimiento de recuperación de registros de defunciones certificadas a partir de la tercera copia del Certificado de Defunción, lo que permite disminuir el tiempo de acopio y recuperar información de muertes que no fueron inscritas en el Registro Civil.

Adicionalmente, el INPer, realiza diariamente el procedimiento de vigilancia epidemiológica en pacientes hospitalizadas en área de adultas y terapias neonatales. Referente a acciones enfocadas a reducir la mortalidad y morbilidad de enfermedades emergentes como es el caso de Influenza, se tuvo una campaña activa de aplicación de vacuna contra Influenza en el período octubre 2015-marzo 2016, en la cual se administraron 1991 dosis de esta inmunización que abarcó: personal del Instituto, pacientes del Instituto, y población abierta, presentándose un notable incremento respecto a las dosis aplicadas en el período 2014-2015.

Con el objeto de **promover la participación comunitaria para el apoyo a embarazadas y mujeres con emergencias obstétricas**, se realizaron las siguientes actividades:

- Del 1 de septiembre de 2015 al 31 de mayo de 2016, se proporcionó albergue a 28,470 embarazadas y puérperas en 110 Posadas para el Apoyo de la Mujer Embarazada (Posadas AME), en 20 entidades federativas favoreciendo el acceso oportuno a unidades de atención médica principalmente en zonas de alta marginalidad; en el periodo anterior se beneficiaron a 25,537 embarazadas y puérperas.

- En relación a la vigilancia y acompañamiento se apoyó a 153,423 embarazadas y puérperas con la participación de 165,932 madrinas y padrinos comunitarios para la identificación de señales de alarma, incluyendo el plan de seguridad para las embarazadas; asistencia a la consulta médica y apoyo en caso de traslados de emergencia, en 751 municipios de trece entidades federativas (Campeche, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, México, Morelos, Nayarit, Puebla, Querétaro, Tabasco, Tlaxcala y Veracruz de Ignacio de la Llave).

Asimismo, el Programa IMSS-PROSPERA aplica la estrategia Red Social, un modelo de organización social para la autogestión y solidaridad encaminada a la prevención de la muerte materna, donde intervienen la comunidad, la red comunitaria, autoridades locales y equipos de salud. Esta red, conformada en más del 95% de las localidades donde tiene presencia el Programa, realizó en el periodo más de 30 mil acompañamientos de embarazadas y/o puérperas a unidades médicas.

Estrategia 4.3.

Fortalecer los servicios de promoción y atención brindados a la población indígena y otros grupos en situación de vulnerabilidad

En un esfuerzo por **incorporar el enfoque intercultural y de género en el diseño y operación de programas y acciones para la población** la SPPS en el marco del Programa de Acción Específico Promoción de la Salud y Determinantes Sociales, y en coordinación con el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI), logró durante el periodo de septiembre de 2015 a junio de 2016, la certificación de 83 promotores de la salud, de los cuales, 22 están certificados en el Estándar de Competencia EC019 Promoción de los Programas Públicos de Salud en la Población Hablante de Lengua Indígena, abarcando trece variantes lingüísticas. De igual forma, con el objetivo de acercar a la población indígena a los servicios de promoción de la salud y prevención con pertinencia cultural y lingüística, se realizaron 25 Ferias de la Salud Interculturales.

Asimismo, la DGPLADES, durante en el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016, difundió el Modelo Intercultural de Atención a la Salud de Pueblos Indígenas a 130 jurisdicciones Sanitarias de las 32 entidades federativas con el fin de promover la visibilidad y la adecuación, con perspectiva intercultural, de los programas y acciones en salud para la población indígena. Bajo los lineamientos de este modelo, se conformaron cuatro Grupos Estatales de Apoyo Interinstitucionales para la Atención a la Salud de este sector de población. El Grupo interinstitucional en Veracruz de Ignacio de la Llave creó un sitio de Internet: **http://web.ssaver.gob.mx/planeacionestrategica/2016/02/23/1560/** el cual contiene información de las acciones y estrategias a realizar en forma coordinada.

Los estados de Jalisco, Oaxaca, Puebla y Querétaro, reportaron acciones de salud con la Medicina Tradicional indígena. El Hospital Comunitario de Huajuquilla el Alto en el estado de Jalisco inició operaciones el 31 de enero de 2016, con servicios de Medicina Alópata y Tradicional; en Querétaro, el CESSA de Amealco, informó atenciones a la población con Medicina Tradicional; el estado de Puebla consolida el programa de Hospitales Integrales con Medicina Tradicional, incrementando el número de módulos de medicina tradicional con la inauguración del

Módulo de Atlixco y reportó en el periodo de septiembre de 2015, con proyección al 31 de agosto de 2016 un total de 80,600 atenciones, de las cuales fueron hueseros 26,749 y 49,338 de curanderos.

Adicionalmente, con el objetivo de difundir el conocimiento entre la población autóctona de sus derechos en materia de salud, la CONAMED ha publicado en su página de internet once folletos con la traducción de los derechos generales de los pacientes, así mismo, se tiene el audio de estos derechos traducidos a 21 lenguas indígenas.

Por otra parte, de septiembre de 2015 a agosto de 2016 el Programa IMSS-PROSPERA realizó 144 cursos sobre interculturalidad en salud en los que se capacitó a 3,480 trabajadores lo que permitió una cobertura de 16% del personal en este periodo.

Asimismo, el CRAE Hospital de Especialidades Pediátricas, se capacitó el 90% del personal de trabajo social y admisión en el tema de interculturalidad. En el HRAEB, se han desarrollado los procedimientos para atención de interculturalidad y grupos vulnerables en apego a las cédulas de certificación hospitalaria.

El HRAEPY tiene lista de traductores de lengua Maya para los usuarios maya-hablantes que acuden al Hospital.

El HRAEO, participó en el Tercer Congreso Internacional de Calidad y Seguridad del Paciente realizado el 6 de marzo de 2015 en la Ciudad de México, DF, obteniendo el primer lugar con la presentación del cartel "Identificación de las lenguas maternas de los pacientes que demandan los servicios de mayor impacto en el HRAEO para garantizar los derechos generales de los pacientes mediante la traducción de dichas lenguas maternas" lo que generó la impresión de los derechos de pacientes en cinco de las principales lenguas del estado y que se divulgó en diversos hospitales del estado.

Para **fortalecer la red de atención primaria a la salud con énfasis en unidades móviles de salud** en el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016, se realizaron 11.7 millones de acciones de las cuales 2.5 millones corresponden a atenciones médicas con acciones del CAUSES y 9.2 millones a acciones de promoción y prevención de la salud.

Por otra parte, para atender a la población que habita en regiones de gran dispersión geográfica que difícilmente puede acceder a los servicios de salud, entre septiembre de 2015 a agosto de 2016, en colaboración con la CDI, el Programa IMSS-PROSPERA adquirió 59 UMM en localidades con más de 40% de población indígena.

Estas unidades cuentan con un consultorio médico y uno de enfermería y entre otros servicios proporcionan atención médica ambulatoria, prevención y detección de cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama, diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias y anemia, promoción de la salud a través de talleres comunitarios, vigilancia del crecimiento y desarrollo del menor de cinco años, control de enfermedades y vigilancia epidemiológica y atención a contingencias.

A fin de **incorporar redes de telemedicina y uso de la telesalud en zonas de población que vive en situación de vulnerabilidad** el CENETEC-Salud asesora y orienta a los Servicios de Salud Estatales que, a través de sus coordinadores de Telesalud, buscan obtener un dictamen técnico que permita el financiamiento de sus proyectos. Para ello, se pone a disposición una metodología para la presentación de proyectos, misma que fue utilizada durante el 2015 por los estados de Sonora, Chihuahua y Puebla. Se realizó la dictaminación del proyecto del estado de Puebla y se llevó a cabo la dictaminación de las actualizaciones de los proyectos de Durango y Sinaloa.

Durante 2015 se generó el documento "Diagnóstico Situacional de Telesalud México", mismo que se presentó en la reunión de coordinadores estatales de Telesalud el 25 de noviembre de 2015 y en la reunión del Grupo Interinstitucional de Equipo Médico y Telemedicina del 9 de diciembre de 2015. Con este instrumento, se pretende que los tomadores de decisiones puedan tener un panorama completo de las necesidades particulares de sus instituciones y puedan plantear un proyecto o programa para implementar o mejorar la Telesalud. Los principales temas que se resaltan en el diagnóstico situacional son: Número de unidades médicas con servicios de TM, servicios, sistema de Intercambio de Información, plan para implementación, fortalecimiento y crecimiento de los programas de Telesalud, infraestructura e indicadores.

Para **adecuar los servicios a las necesidades demográficas, epidemiológicas y culturales de los grupos en situación de vulnerabilidad**, en este renglón, de septiembre de 2015 a mayo de 2016 se realizaron acciones en materia de protección social en salud en beneficio de la población indígena, entre las que sobresalen:

- La afiliación en localidades con 40% o más de habla indígena se mantuvo en cinco millones de beneficiarios, cifra similar al periodo anterior.

- Capacitación en línea con el curso Discriminación, Salud y Pueblos Indígenas, a través del Aula Virtual de la CNPSS, en el que se inscribieron 1,783 participantes de los 32 REPSS.

En coordinación con la CDI, se realizaron un total de 36 entrevistas, proporcionadas por médicos especialistas del Sistema, entre otros, destacan los temas relacionados con los beneficios y tutela de derechos del Seguro Popular, prevención y promoción de la salud contra el cáncer, adicciones, hipertensión, hepatitis, dermatosis infantil, embarazo adolescente, chikungunya, caries dental, así como embarazo saludable, vacunación y embarazo saludable, las cuales se transmitieron en el programa "Ecos Indígenas", a través de 21 radiodifusoras del Sistema de Radiodifusoras Culturales Indigenistas (SRCI).

Asimismo, en los HRAE de la Península de Yucatán, de Oaxaca y los dos que conforman el CRAE, se llevan a cabo acciones como la traducción de materiales de educación para la salud, cuidado de pacientes graves hospitalizados y uso de los servicios.

- La señalización y folletería para pacientes y familiares del CRAE Ciudad Salud ha sido traducida a lenguas tzeltal y tzotzil.
- En el HRAEB la carta de servicios se ha restructurado y desarrollaron los procedimientos para atención de interculturalidad y grupos vulnerables en apego a las cédulas de certificación hospitalaria.
- En el HRAEI y HRAEV se ha capacitado al personal con este enfoque.
- Se llevan a cabo sesiones de enseñanza a personal del HEP en manejo de pacientes vulnerables.

En el HRAEPY se establecen hojas de registro para el ingreso hospitalario que hacen referencia a la vulnerabilidad de los usuarios, que incluyen Lengua o idioma diferente, lactante, escolar, adolescente, mujeres embarazadas, adulto mayor, analfabeta, capacidades diferentes y grupos indígenas, para la continuidad de la atención. En el INRLGII se implementa el "Programa de cirugía extramuros" creado para proporcionar atención médica a pacientes de escasos recursos en las entidades federativas (especialmente a los de las comunidades marginadas y de grupos vulnerables) en este programa se realizaron en el período que se informa 372 cirugías.

Estrategia 4.4.

Consolidar la prevención, detección y atención integral de casos de violencia familiar en niñas, niños, adolescentes, adultos mayores y género

Para **impulsar la detección de casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres en las unidades de salud** durante el período del 1 de septiembre de 2015 al 31 de mayo de 2016, se llevaron a cabo actividades para la detección temprana de casos y su correspondiente referencia a los servicios especializados, mediante la aplicación de la herramienta de detección por parte del personal médico de las unidades esenciales de salud. A nivel nacional se aplicaron un total de 959,206 herramientas de detección de las cuales 184,065 mujeres resultaron positivas.

Asimismo, por parte del Programa IMSS-PROSPERA se capacitó y sensibilizó a 6,089 servidores públicos en el Modelo operativo de prevención, atención y derivación de casos de violencia familiar y de género; asimismo, se aplicaron 37,975 cuestionarios para la detección de violencia en mujeres mayores de 15 años y en adolescentes de 10 a 19 años.

En los CARA se capacitó a 66,478 adolescentes en el tema de violencia y se realizaron 3,530 talleres con el mismo tema para los niveles educativos de primaria, secundaria y preparatoria, en los que participaron 52,971 jóvenes.

Con el objetivo de **coadyuvar en campañas promotoras del derecho de niños, adolescentes, adultos mayores y mujeres a una vida libre de violencia,** la SPPS en coordinación con la Secretaría de Salud de Chihuahua, desarrolló los días 26 y 27 de noviembre de 2015, la Conmemoración por la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres y las Niñas, la cual consistió en la realización de un Acto Protocolario, una Feria de Difusión de Servicios para la Atención de la Mujer y un Evento Académico para actualización de personal profesional que trabaja en este ámbito. El evento contó con la participación de 21 instituciones del gobierno estatal, representantes de servicios de salud de 17 entidades federativas y 21 Organizaciones de la Sociedad Civil que otorgan servicios de refugios en todo el país. Adicionalmente, se transfirieron recursos por Anexo IV para la impresión de materiales de difusión de las acciones para la Atención Esencial de las Personas Violadas incluyendo el acceso

a la Anticoncepción de Emergencia y la profilaxis para prevenir las ITS, VIH y el Sida ante estas situaciones.

Por parte del Programa IMSS-PROSPERA, 203 servidores públicos recibieron capacitación como Garantes de los derechos de niñas, niños y adolescentes en un curso impartido por la CNDH, curso que se replicó a 3,936 personas más. Se estima que para agosto de 2016 esta capacitación se imparta a 735 personas con réplica a 6,160.

Para **ampliar la cobertura de atención a las personas que viven violencia familiar y de género**, los Centros de Asistencia Social del SNDIF ubicados en la Ciudad de México, otorgan atención integral a Niñas, Niños y Adolescentes que se encuentren en riesgo biopsicosocial tal como la violencia familiar, encontrándose cinco ingresos (una niña, dos niños y dos adolescentes hombres) durante el período de septiembre de 2015 a agosto de 2016, por protección temporal a solicitud de la Asociación Civil Refugio Espacio Mujeres para una Vida Libre de Violencia y por la Procuraduría Federal de Protección de NNA del SNDIF, quienes presuntamente vivieron en un entorno con estas características por lo que están siendo atendidos, en tanto se resuelve su situación jurídica y/o familiar.

Del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se dio atención a 309,339 mujeres de 15 años y más, brindando 519,550 servicios de consejería especializada, 154,395 atenciones médicas especializadas y 786,833 atenciones de apoyo psico-emocional que vivieron algún tipo de violencia familiar o de género, a través de los servicios especializados de atención a la violencia. Asimismo, se coadyuvó en la alimentación, hospedaje, atención médica, psicológica y jurídica de 1,526 mujeres, 1,230 niñas y 1,357 niños a través de subsidios a 45 refugios (33 operados por Organizaciones de la Sociedad Civil y doce por instituciones públicas) instalados en 27 entidades federativas.

Para **promover la referencia de los casos de violencia a servicios especializados** se atendieron y canalizaron 97 reportes de maltrato infantil, asimismo se solicitó una medida de protección urgente a favor de una niña.

Asimismo, del total de detecciones de violencia aplicadas en el ámbito del Programa IMSS-PROSPERA, 396 recibieron atención especializada, 266 atención psicológica, a 137 se les dio orientación legal, a 114 se les elaboró Plan de seguridad y a 226 se les hizo evaluación del riesgo.

Adicionalmente, del 1 de septiembre de 2015 al 31 de marzo de 2016, de acuerdo a lo establecido en el Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Sexual y Familiar se realizaron 122,361 referencias de casos de mujeres en situación de violencia familiar y/o de género severa para su atención en los Servicios Especializados de las 32 entidades federativas.

Con el objetivo de **instrumentar acciones para facilitar la prevención de embarazos, la profilaxis a VIH y otras ITS ante violencia sexual,** entre el 1 de septiembre de 2015 y el 31 de marzo de 2016, como parte de las acciones a favor de la aplicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, se realizó la compra de tratamiento profiláctico contra el VIH y en coordinación con los 32 SESA se distribuyeron los siguientes esquemas de tratamiento: 2,281 esquemas para adultos, 2,529 esquemas para menores de nueve a 15 años y 148 esquemas para menores de nueve años, lo que permitió garantizar la oferta de la aplicación de profilaxis contra el VIH en los casos de violación sexual.

Estrategia 4.5.

Impulsar la atención integral en salud para las personas con discapacidad

La Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública (APBP), tiene entre sus objetivos generar y canalizar recursos a la atención en salud de personas en situación de pobreza carentes de seguridad social, o bien, cuyos padecimientos no están previstos en el CAUSES, mediante el otorgamiento de apoyos directos o a través de alianzas estratégicas con organizaciones de la sociedad civil sin fines de lucro.

Para la consecución de sus objetivos, la Beneficencia Pública administra recursos del Erario Federal, así como un patrimonio de afectación propio, conformado por: recursos financieros, bienes muebles e inmuebles, así como con diversos donativos gestionados ante fundaciones, asociaciones y empresas.

Con la idea de seguir utilizando los recursos de forma profesional, eficaz y transparente, el Órgano Desconcentrado continuó del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016, con los programas destinados a atender a la población más vulnerable del país, ya sea de forma directa con la entrega de ayudas funcionales en especie, la investigación, la entrega en comodato de inmuebles de su propiedad, o bien, apoyando los programas y proyectos de coinversión en materia de salud y asistencia social de

las organizaciones de la sociedad civil que participan en la Convocatoria Pública Anual.

Los programas de Ayudas Funcionales en Especie y de Proyectos de Coinversión de la Beneficencia Pública, han sido durante estos cuatro años pieza fundamental para la atención de nuestra población objetivo, conscientes de las necesidades y contribuyendo día con día a la mejora en los resultados para ayudar a la gente más necesitada, la Beneficencia Pública en 2016 firma 29 convenios de colaboración con los estados e instituciones de salud u homólogas en las distintas entidades federativas.

Ayudas Funcionales en Especie

Las Ayudas Funcionales en Especie, cumplen con la responsabilidad de otorgar de forma directa a las personas que tienen algún padecimiento, los insumos que requieren para su salud o tener una mejor calidad de vida. Durante 2015 y 2016 la APBP continuó desarrollando los programas denominados: Jornadas Protésicas, Para Oírte Mejor, Para Verte Mejor (lentes intraoculares), Para Sentirme Mejor y Para Comer Mejor. Además del programa piloto Para Verte Mejor (lentes armazón).

El programa de Jornadas Protésicas, está diseñado para otorgar prótesis de cadera y rodilla a personas que por el costo de los bienes y sus condiciones socioeconómicas no cuentan con los recursos para hacerse de alguno de estos insumos. Gracias a este programa, 1,335 personas en diferentes Estados del País y en Hospitales Federales e Institutos Nacionales de Salud, recibieron las prótesis de cadera (435) y de rodilla (900) que requerían para reincorporarse a la vida productiva.

La labor de la APBP, no se limita a la entrega de los insumos mencionados. Las alianzas generadas con las beneficencias públicas y sistemas de salud estatales, garantizan la debida colocación de los insumos entregados mediante las intervenciones quirúrgicas correspondientes, así como el seguimiento y rehabilitación de los beneficiarios.

El programa Para Oírte Mejor tiene como finalidad la ayuda a mejorar la audición de quien lo necesita con la entrega de auxiliares auditivos, así mismo nos aseguramos que reciban las terapias de lenguaje, requeridas con el programa entregamos 25,098 auxiliares auditivos, en beneficio de más de trece mil personas.

El programa Para Verte Mejor, tienen como finalidad atender la discapacidad visual y brinda la oportunidad a las personas más necesitadas del país a recuperar la visión. Este programa se divide en dos vertientes, la primera mediante el otorgamiento de kits para cirugía de cataratas beneficiando alrededor de 4,269 personas con la colocación de 4,723 lentes intraoculares y el segundo con la donación de 8,985 lentes de armazón en beneficio del mismo número de personas.

Una Rodada de Vida, contribuye a la movilidad e independencia de quienes se benefician con el programa. Gracias a este programa, 11,015 personas se favorecieron con la obtención de una silla de ruedas estándar, todo terreno, PCI y PCA.

El programa Para Sentirme Mejor ayuda a mujeres víctimas de Cáncer a mejorar su autoestima e imagen corporal con la entrega y colocación de prótesis de mama, ya sea inmediatamente después de la mastectomía, o bien, posterior a su tratamiento. Con este programa, se entregaron y colocaron 56 prótesis mamarias, con las que se beneficiaron 50 mujeres.

Para Comer Mejor, brinda la oportunidad, principalmente a personas de la tercera edad, contar con prótesis dentales que les permiten la correcta función masticatoria, mejorar el habla y elevar su calidad de vida durante el periodo se entregaron 100 dentaduras en el Estado de Durango.

Adicional a los programas mencionados, las Ayudas Funcionales en Especie contemplan la entrega de: medicamentos, material de osteosíntesis, concentradores de oxígeno, artículos para enfermedades respiratorias, prótesis de amputado y material de cardiología, entre otros insumos que se incluyen en el catálogo de ayudas de la APBP.

Además de las ayudas señaladas anteriormente entregamos 30,855 insumos en todo el país consistentes en andaderas, muletas para adulto e infantil, bastones, pañales, gorros de bebé, camillas, medicamentos entre otros.

En alianza con Programa de Inclusión Social (PROSPERA), se entregaron 50 mil cunas “Mi Cuna PROSPERA” en apoyo a las beneficiarias, mismas que servirán como una herramienta para informar del cuidado del recién nacido y de las mamás.

Proyectos de Coinversión

La relación con terceros favorece la multiplicación de esfuerzos y entrega de ayudas. En ese sentido, la APBP participa con la sociedad civil organizada, coinvirtiendo en los proyectos y programas que realiza en beneficio de los menesterosos.

En el período del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016 se verificó la debida realización de

83 proyectos de organizaciones de la sociedad civil, el impacto que tuvieron y el buen uso de los recursos.

En febrero de 2016 se emitió la Convocatoria Pública Anual, en la que se presentaron 239 proyectos de coinversión en materia de salud y asistencia social diversas organizaciones de la sociedad civil sin fines de lucro. El proceso incluyó la capacitación de 110 organizaciones de la sociedad civil.

En julio de 2016 se concluyó la entrega de los recursos para 101 organizaciones de la sociedad civil que fueron evaluadas debidamente técnica y financiera de los proyectos de coinversión.

Recaudación de Fondos

Los donativos gestionados y recibidos son pieza medular para potenciar las ayudas que de forma directa otorga la Beneficencia Pública. Del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016, se sostuvieron diversos encuentros con representantes nacionales e internacionales de: fundaciones, empresas y asociaciones, entre otras, con la idea de tejer redes para la obtención de insumos y recursos económicos.

Durante el periodo en mención, el generoso apoyo de los donantes como el Nacional (66 sillas de ruedas); Servicios Caritativos SUD, A.C. (3,757 gorros para recién nacidos); Fundación Curando a México, A.C. (90 mil piezas de aspirina y 8,800 piezas de preservativos); Consorcio Hermes, S. A. de C.V. (120 paquetes de cubre bocas); *Global Blood Fund* (175 camillas portátiles de aluminio para transfusión sanguínea); Asociación Mexicana de la Orden de Malta, A.C. (medicamentos); Fundación Mexicana del Riñón, A.C. (seis cajas para diálisis peritoneal); Mendoza Cortés Alicia (98 cajas para diálisis peritoneal) y ASCOCA, S.A. de C.V. (240 mil latas de agua potable), permitió aliviar las necesidades de mucha gente, incluidas las víctimas de los desastres naturales.

Investigación

Además de apoyar con recursos a la Academia Nacional de Medicina de México, la APBP ha respaldado el trabajo en Neurohabilitación que la UNAM realiza, con la intención de que el método "diagnóstico-terapéutico que se utiliza durante los primeros meses postnatales para minimizar la manifestación de lesiones cerebrales de origen perinatal", se replique en diferentes estados de la República.

Durante este periodo del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016, se logró la firma del convenio del Programa de Neurohabilitación, y con ello se dio inicio a las actividades y entrega del material necesario para la realización de las terapias, consistente en equipo mobiliario, cómputo y papelería dando comienzo en los estados de México, Michoacán de Ocampo y Querétaro.

A fin de **promover la reducción de la incidencia de la discapacidad mediante acciones de prevención** en los HRAEI, HRAEB, CRAE se cuenta con el Área de Rehabilitación y se enfoca a la rehabilitación de alta especialidad con cerca de 60 mil sesiones.

En el CRAE Hospital de Especialidades Pediátricas:

1. Se han implementado protocolos de atención oportuna en la fase aguda de la enfermedad (desde el ingreso hospitalario, hasta su egreso hospitalario) en el paciente hospitalizado, para la prevención de la discapacidad.

2. El área de rehabilitación pediátrica participa activamente con la unidad de neuropsiquiatría infantil en la detección y prevención de alteraciones en el desarrollo.

3. El área de rehabilitación pediátrica participa activamente con la clínica de hemofilia infantil en la detección y prevención de la artropatía hemofílica.

En el HRAEV se cuenta con el Área de Rehabilitación y se enfoca a la rehabilitación de alta especialidad. Pacientes y sesiones y se trabaja intensamente en las pruebas de detección de problemas auditivos en neonatos.

El HRAEB, cuenta con cursos de alta especialidad de cirugía de columna y cirugía de mano, que forman recursos humanos para prevenir, limitar y atender adecuadamente la discapacidad.

En el INRLGII se lleva a cabo el "Programa de estimulación temprana para pacientes con alto riesgo para daño neurológico" cuyo objetivo es brindar atención integral a niños con factores de riesgo para daño neurológico pre, peri y posnatal e incluye un conjunto de actividades terapéuticas diseñadas para prevenir y detectar posibles alteraciones o desviaciones del neurodesarrollo. De septiembre de 2015 a mayo de 2016 se han atendido 392 pacientes de primera vez y 2,135 subsecuentes para un total de 2,527.

Los servicios de medicina preventiva en los HFR aplican la estrategia de tamizaje neonatal y auditivo, para identificar y dar tratamiento oportuno que evite discapacidad en los recién nacidos. La clínica de diabetes contribuyó a prevenir una de las complicaciones más frecuentes como es el pie diabético y con ello evitar las amputaciones.

Asimismo, la División de Rehabilitación Ortopédica del INRLGII es centro colaborador de la OPS/OMS para la Investigación y Rehabilitación Médica, en este sentido es una Institución clave en la actuación estratégica de la Organización en el país dado que integra una red participativa nacional e internacional para realizar actividades técnicas y concretizar acciones que colaboren con resultados en salud a nivel local, regional y global. Dentro de sus resultados destacan: elaboración y revisión de 17 guías clínicas, realización de 25 cursos y reuniones de trabajo, registro de 22 protocolos de investigación y publicación de cuatro trabajos.

En el INRLGII se lleva a cabo el "Programa de estimulación temprana para pacientes con alto riesgo para daño neurológico" cuyo objetivo es brindar atención integral a niños con factores de riesgo para daño neurológico pre, peri y posnatal e incluye un conjunto de actividades terapéuticas diseñadas para prevenir y detectar posibles alteraciones o desviaciones del neurodesarrollo. De septiembre de 2015 a marzo de 2016 se han atendido 307 pacientes de primera vez y 1,661 subsecuentes para un total de 1,968.

Para **establecer una red nacional de servicios de rehabilitación para mejorar el acceso a las personas con discapacidad** el SNDIF en el Marco del Programa de Servicios de Asistencia Social Integral, cuenta con 21 Centros de Rehabilitación donde la población con discapacidad y sus familias reciben servicios integrales de rehabilitación. Durante el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016 se realizaron:

- 5,222 pláticas, para la prevención y detección de la discapacidad, asistieron 79,162 personas con discapacidad y sin discapacidad, se detectaron 36,476 personas en riesgo potencial de presentarla. Estos resultados superan a las 5,058 pláticas realizadas en el periodo precedente.

- Se proporcionaron 717,655 consultas médicas y paramédicas y se realizaron 35,901 estudios de diagnóstico como audiometrías, potenciales evocados, electromiografías y rayos X. En materia de rehabilitación, se proporcionaron 2,043,536 sesiones de terapias es sus diversas modalidades; se entregaron 15,432 piezas de órtesis y 1,453 prótesis para coadyuvar en el proceso de rehabilitación integral de las personas con discapacidad.

Adicionalmente, en INRLGII se enfoca fundamentalmente a brindar servicios de alta especialidad con los preceptos de calidad, calidez y seguridad del paciente conforme a los estándares nacionales e internacionales. Durante el período septiembre de 2015 a mayo de 2016 se otorgaron 19,361 preconsultas médicas, 14,831 casos nuevos, 140,059 consultas subsecuentes y 18,205 urgencias. Se realizaron 9,083 cirugías. Asimismo se brindaron 679,080 terapias físicas, ocupacionales y del lenguaje.

Asimismo, en el CRAE Hospital de Especialidades Pediátricas se estableció un protocolo de referencia y contrarreferencia que facilita la atención de los pacientes que requieren rehabilitación en comunidades aisladas en coordinación con las unidades básicas de rehabilitación. Se inauguró la primera unidad de neurorehabilitación infantil en el estado de Chiapas para la atención del paciente hospitalizado con riesgo de daño neurológico, con objetivo de prevenir discapacidad.

Con la finalidad de **propiciar la coordinación interinstitucional para articular la rehabilitación con acciones de educación, deporte, recreación, capacitación, empleo y asistencia social** el SNDIF mediante el Programa de Inclusión Laboral para personas con discapacidad a cargo del SNDIF, de septiembre de 2015 a agosto de 2016, logró la incorporación de 2,441 personas con discapacidad al ámbito laboral.

A su vez, se incrementó el número de módulos del Programa de Credencial Nacional para Personas con Discapacidad, de 44 a 65 módulos, 47% más que 2015, en donde se logró la incorporación de 33,510 personas con discapacidad permanente al padrón de beneficiarios del programa obteniendo un acumulado de 363,617 beneficiarios.

Adicionalmente, el INRLGII desarrolla programas de Maestría y Doctorado con el objetivo de proporcionar a los médicos la posibilidad de acceder a este nivel académico en las instalaciones del Instituto. En el Instituto se ha implementado el programa "Sigamos aprendiendo en el Hospital" cuyo objetivo es colaborar en la disminución del rezago educativo y coadyuvar a que las personas con discapacidad ejerzan su derecho a la educación básica; durante el período septiembre de 2015 a mayo de 2016, han sido atendidos 3,108 pacientes en este programa. Otro programa del Instituto es la "Clínica de Rehabilitación en Osteoporosis"creada con el objetivo de brindar a la población mexicana con osteoporosis un tratamiento integral de excelencia

proporcionado por un equipo multidisciplinario. En este programa se han atendido en el período que se informa a 1,190 pacientes. También se tiene instalado el programa "Pacientes amputados" con la intención de establecer esquemas de atención integral para las personas con discapacidad secundaria a amputación, a través de acciones que fomenten la detección de discapacidades, atención temprana y su rehabilitación. Este programa atendió a 1,622 pacientes. Finalmente el "Programa de cirugía extramuros" creado para proporcionar atención médica a pacientes de escasos recursos en las entidades federativas (especialmente a los de las comunidades marginadas y de grupos vulnerables) realizó en el período que se informa 372 cirugías.

Estrategia 4.6.

Fortalecer las acciones para la prevención, promoción y atención de la salud de la población migrante

Dentro de las líneas de acción de esta estrategia sectorial, resalta la destinada a **ofrecer asistencia y protección a la salud de la población migrante tanto en territorio nacional como en el extranjero** a través de los Módulos de Atención a la Salud para Migrantes Repatriados (ubicados en los cruces fronterizos de Tijuana, Baja California y Matamoros, Tamaulipas), se brinda atención a las necesidades de salud de los migrantes mexicanos que son repatriados de los EEUU: se proporciona orientación en prevención de enfermedades y promoción de la salud; se realiza detección oportuna de VIH; medición de presión arterial; niveles de glucosa, e índice de masa corporal entre otras, y en caso de ser necesario se canalizan a instancias de salud.

También se aplican vacunas contra influenza (AH1N1), se dan valoraciones psicológicas y se les estabiliza en caso de crisis; asimismo, se hacen afiliaciones al Seguro Popular. Durante el periodo de enero de 2013 a julio de 2016, fueron atendidos 16,217 migrantes; se ofrecieron 148,563 servicios. De enero a julio de 2016, un total de 9,742 migrantes repatriados se afiliaron al Seguro Popular. En la presente administración aproximadamente 33,460 migrantes mexicanos han sido afiliados.

La SS en aras de fortalecer la relación bilateral con Canadá en cuestiones prioritarias de salud, a través de la DGRI colabora con el Programa de Trabajadores Agrícolas Temporales México-Canadá (PTAT) en coordinación con los SESA para la realización de los exámenes médicos a los trabajadores agrícolas, siendo un requisito previo para que puedan laborar en Canadá de manera sana y, en caso de que el trabajador sea diagnosticado con algún padecimiento, se le otorgue el tratamiento adecuado.

Derivado del apoyo y el fortalecimiento a la red de hospitales y clínicas de salud que realizan los exámenes médicos se cuenta con 266 hospitales/clínicas de salud que forman parte de esta red distribuidos en las 32 entidades federativas, para beneficio de los trabajadores agrícolas.

Asimismo, en junio de 2013 el Programa IMSS-PROSPERA, por acuerdo con la Secretaría de Relaciones Exteriores, inició el otorgamiento de servicios de salud en apoyo a los migrantes que cruzan por nuestro país en su paso hacia EEUU. Actualmente se cuenta con nueve puntos de atención localizados en Baja California (uno), Chiapas (cinco), Oaxaca (uno) y Tamaulipas (dos). De septiembre de 2015 a junio de 2016 se ha atendido a 19,664 personas, 90.9% hombres y 9.1% mujeres. Las nacionalidades con mayor demanda de servicios son Honduras con 57.6%, El Salvador con 17.3% y Guatemala el 12.9%.

Adicionalmente, en los Hospitales de Alta Especialidad de Ciudad Salud y en el de la Península de Yucatán se ha brindado atención médica a pacientes centroamericanos en cumplimiento de política de apoyo a población migrante y vulnerable.

Así como los HFR atienden a víctimas de delito, igualmente atendieron en el periodo reportado, a pacientes migrantes que atravesaron la ciudad de México y requirieron atención médica de urgencia, como es mayormente frecuente en el HM en los HFR descentralizados.

En el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se otorgaron 350,513 atenciones integradas de línea de vida, logrando un incremento de 30% con respecto al periodo anterior. Asimismo, con el propósito de empoderar a la población migrante en el cuidado de su salud, se realizaron 11,044 talleres de promoción de la salud beneficiando a 141,845 personas migrantes de todos los grupos de edad, los temas tratados con mayor frecuencia fueron: alimentación correcta, salud sexual y reproductiva, entornos saludables, crecimiento y desarrollo infantil, diversidad, equidad y género, actividad física y derecho a la salud. También, se realizaron 350 ferias de la salud a población migrante con la finalidad de entregar el paquete de servicios de promoción de la salud, que

incluyen la difusión de los servicios de salud en los lugares de origen, tránsito y destino de esta población. Finalmente, se validaron 26 albergues agrícolas como entornos favorables a la salud, doce más que en 2014, lo que representa un incremento del 85%.

Con el propósito de **ofrecer asistencia y protección a la población infantil y adolescente migrante y repatriada no acompañada,** los Sistemas Estatales y Municipales DIF a través de su Red módulos y albergues, atendieron a 9,519 niñas, niños y adolescentes migrantes y repatriados no acompañados.

De enero a agosto de 2016, en estos albergues se asistieron a 18,261 niñas, niños y adolescentes migrantes no acompañados, tanto de nacionalidad mexicana como extranjera.

Respecto de las actividades sustantivas que realiza la Procuraduría de Federal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes, se emitieron ocho medidas de protección especial y seis planes de restitución de derechos.

En los Centros Asistenciales del SNDIF ubicados en la Ciudad de México se atendieron durante el período de septiembre de 2015 a agosto de 2016, 19 Niñas, Niños y Adolescentes, desglosados de la siguiente manera: (cinco niñas, siete niños, cinco adolescentes hombre y dos adolescentes mujeres) por problemas migratorios.

Por otra parte, el CRAE de Ciudad Salud, ha atendido población de centroamericanos permanentemente y mantiene estrecha relación para la extensión de los servicios de salud, con los consulados de Nicaragua, El Salvador, Guatemala y Honduras para la atención continua de sus connacionales atendiendo a más de 130 pacientes provenientes de estos países.

Con el objeto de **apoyar en las labores de repatriación de connacionales enfermos graves,** a través de la DGRI se gestiona la asistencia médica necesaria para dichos connacionales que se encuentren en el extranjero, de preferencia en su lugar de origen en México, la cual se lleva a cabo mediante el Proceso de Repatriación de Connacionales Enfermos Graves en coordinación con la SRE, la Red Consular de México en EEUU, los SESA y la SS.

Con objeto de **ofrecer servicios de promoción y prevención de la salud en los Consulados móviles, primordialmente en** EEUU se organizan campañas de prevención y promoción de salud dirigidas a la población migrante que vive en comunidades alejadas y con difícil acceso a estos servicios. Las campañas y ferias de salud se realizan en colaboración con la Red Consular a través de los Consulados Móviles, Consulados sobre Ruedas y las alianzas locales. Durante el período de septiembre de 2015 a marzo de 2016 se han atendido a 126,488 personas a través de los Consulados Móviles.

Para **proporcionar consejería, detección oportuna, referencia a servicios de salud y orientación sobre aseguramiento** en los EEUU a través de las 49 Ventanillas de Salud (VDS) ubicadas en los Consulados de México en los EEUU y las tres VDS móviles (Kansas City, Nueva Jersey y Detroit) se proporciona consejería, detección oportuna, referencia a servicios de salud y orientación sobre aseguramiento en los EEUU. Se brindan servicios de consejería en temas de prevención de enfermedades y promoción de la salud; detección oportuna en VIH y sida; índice de masa corporal; niveles de colesterol; glucosa; entre otras; esto incluye la referencia a servicios de salud (clínicas comunitarias) cuando se requiera de servicio especializado, así como orientación sobre alternativas de aseguramiento médico a mexicanos residentes en la Unión Americana. Durante el periodo de enero de 2013 a julio de 2016, se han atendido alrededor de 4.7 millones de personas y se ofrecieron aproximadamente diez millones de servicios.

En EEUU en el marco de la Semana Binacional de Salud y Semana Binacional de Salud Fronteriza, se llevan a cabo en el mes de octubre talleres, ferias, pláticas, atenciones médicas y capacitaciones en materia de salud, informando sobre acciones de prevención de enfermedades y promoción de la salud para los migrantes y sus familiares que residen en EEUU, a través de las VDS; de las diez Oficinas de la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos (CSFMEU), de los Consulados de México en la Unión Americana, y las agencias asociadas. Lo anterior a fin de **fortalecer las Semanas Binacionales de Salud.**

Durante la Semana Binacional de Salud Fronteriza y la Semana Binacional de Salud se atendió a 395,187 personas. En ellas participan alrededor de 3,111 organizaciones encabezadas por consulados, realizando alrededor de 1,159 eventos con diversas actividades, en favor de la salud de los migrantes que residen en EEUU. Además se realiza el Foro Binacional de Políticas Públicas sobre Salud y Migración con la participación de expertos de ambos países; con el objetivo de proporcionar un espacio de discusión entre actores relevantes y tomadores de decisiones; el cual culminó en una propuesta de políticas públicas en el tema de salud y migración.

Estrategia 4.7.

Intensificar las acciones de promoción, prevención y atención de la salud en las enfermedades desatendidas

Con el fin de **consolidar las acciones interinstitucionales para la atención de las enfermedades en vías de eliminación** la COFEPRIS, en el marco del Programa de "6 Pasos de Salud con Prevención", da continuidad al Fomento Sanitario en comunidades vulnerables mediante la promoción del saneamiento básico con el objetivo de disminuir las enfermedades del rezago. En este sentido, se reforzará la atención en comunidades indígenas mediante el convenio de colaboración de COFEPRIS-CDI-INALI, donde con el apoyo de traductores se transmite información en 17 lenguas indígenas.

Con el propósito de consolidar las acciones interinstitucionales para la atención de las enfermedades en vías de eliminación, el 29 de julio de 2015, la Directora General de la OMS dirigió una carta al gobierno mexicano informando que, con base en las evidencias presentadas, nuestro país había logrado eliminar la Oncocercosis ratificándose esta decisión en reunión de la OPS llevada a cabo en Washington D.C. en septiembre de 2015, donde México recibió la certificación como país libre de Oncocercosis. México no es sólo el tercer país que ha logrado eliminar la transmisión de la enfermedad y la ceguera que causaba, es también el país que logró eliminar uno de los mayores focos de Oncocercosis de América, localizado al sur del estado de Chiapas en la región del Soconusco.

En 2015, los estudios realizados sobre Prevalencia de Tracoma Folicular en menores de diez años en municipios vecinos a la zona endémica y los estudios de 2016 en otras entidades federativas que en algún momento fueron consideradas con transmisión local, indican que el tracoma no es un problema de salud pública en México desde hace una década. Por lo anterior, México elaboró el expediente correspondiente y lo remitió a la OPS con la solicitud de que sea presentado ante la OMS para que una vez revisado, se otorgue la validación como país que ha logrado interrumpir la transmisión de este padecimiento. Con esto, México se convierte en el primer país de América en solicitar la validación y segundo en el mundo en presentar un expediente para su evaluación ante la OMS.

Dentro de las acciones para **fortalecer las medidas de prevención y promoción de la salud en enfermedades del rezago**, de acuerdo con la OMS, el dengue es la principal enfermedad transmitida por vector. Este padecimiento se manifiesta con incrementos cada dos o tres años dada la circulación de alguno de los cuatro serotipos causantes de la enfermedad (DENV-1, DENV-2, DENV-3 o DENV-4). En ese sentido, del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se registraron 16,530 casos confirmados de dengue, lo que representó una disminución de 37.4% en comparación con el periodo del 1 de septiembre de 2014 al 30 de junio de 2015, en donde se registraron 26,424 casos confirmados de dengue. En ambos periodos, la letalidad se mantuvo en menos de 1%. El descenso en el número de casos, deriva de la implementación oportuna de vigilancia entomológica, mediante acciones de control con ovitrampas en localidades prioritarias.

Desde 1994, la lepra ha sido prácticamente eliminada como problema de salud pública en México al alcanzar y mantener menos de un caso por cada diez mil habitantes. En lo que respecta al tema del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se reporta lo siguiente:

- El 1 de septiembre de 2015, se puso en marcha la fase de ejecución del proyecto Monitoreo para la Eliminación de la Lepra por sus siglas en Inglés (LEM) en tres entidades federativas. En noviembre de 2015, se concluye la fase de ejecución del proyecto LEM en los tres estados prioritarios: Sinaloa, Guerrero y Jalisco. El 27 de enero de 2015, se conmemoró el Día mundial de la Lucha contra la Lepra.

- El 10 de septiembre de 2015, se realizó la última reunión de trabajo de la actualización de la Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA2-1999, Para la prevención, control y eliminación de la lepra.

- Del 21 al 24 de septiembre de 2015, en Acapulco, Guerrero, se impartió el curso: Actualización y Evaluación Nacional de Lepra, dirigido a coordinadores de las 32 entidades federativas.

- El 14 de junio de 2016, se gestionó ante la OPS la donación de 250 esquemas de fármacos anti lepra, en apoyo a los pacientes nacionales con esta enfermedad.

- Del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se registraron 110 casos de lepra, lo que representó una disminución de 27.6% en comparación con el periodo del 1 de septiembre de 2014 al 30 de junio de 2015, en donde se registraron 152 casos. Se registran 25 municipios en once estados prioritarios para la focalización de actividades orientadas a la eliminación del padecimiento.

Del 1 de septiembre de 2015 al 31 agosto de 2016, la vigilancia epidemiológica permanente ha aportado al país avances sanitarios importantes, se registró un caso de rabia humana transmitida por mordedura de murciélago en Guerrero, se registraron 74,165 personas agredidas o en contacto con animales sospechosos, a quienes se proporcionó atención médica y valoración clínico epidemiológica y se indicó iniciar el tratamiento antirrábico en 9,492 personas agredidas. Asimismo, en las Semanas de Vacunación Antirrábica Canina y Felina, y fase permanente de vacunación, los SESA reportaron la aplicación de 18.3 millones de dosis de vacuna antirrábica en perros y gatos y se realizaron 678 mil cirugías de esterilización.

En apoyo a la ejecución del plan de contingencia de prevención y control de la rabia, se realizaron cinco operativos en Chiapas (dos), Nayarit (uno) y Yucatán (dos) y dos más como parte de trabajos para el control de focos rábicos caninos en Baja California Sur y Tabasco. También, se llevaron a cabo dos talleres en coordinación con el Programa IMSS-PROSPERA en Yucatán y Durango y se impartió el taller atención médica y antirrábica de personas agredidas en Jalisco. Por otro lado, se han realizado talleres de Caminando a la Excelencia en Morelos y la Reunión Nacional de Líderes del Programa de Acción Específico Prevención y Control de la Rabia Humana en Baja California Sur. Finalmente, se llevaron a cabo el 1er y 2do Encuentro Nacional de Esterilización de perros y gatos, con sedes en Hidalgo y Estado de México.

En relación con otras enfermedades transmisibles, se han realizado diversas acciones:

- En el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se registraron 742 casos de Chagas, lo que representó un aumento de 6% en comparación con el periodo del 1 de septiembre de 2014 al 30 de junio de 2015, en donde se registraron 700 casos. El motivo del incremento ha sido el fortalecimiento de la identificación y registro de los casos. El tamizaje en bancos de sangre, se practicó a 1,811,090 donadores (registro anual 2015). Para eliminar la transmisión connatal y controlar la transmisión intradomiciliar, se trabajó con acciones de control del vector en los estados prioritarios: Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán de Ocampo, Puebla, San Luis Potosí y Veracruz de Ignacio de la Llave, donde se benefició a 65,597 residentes de localidades menores de diez mil habitantes. Se continúa trabajando en una mejor estratificación de riesgo identificando grupos vulnerables afectados como los menores de 15 años de edad y mujeres embarazadas.

- En el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se registraron 240 casos de Leishmaniasis, lo que representó una disminución de 38.3% en comparación con el periodo del 1 de septiembre de 2014 al 30 de junio de 2015, en donde se registraron 389 casos. Todos fueron tratados con el medicamento específico, adquirido con recurso federal radicado para su compra.

- En el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se registraron 217,254 casos de intoxicación por picadura de alacrán, lo que representó una disminución de 1.8% en comparación con el periodo del 1 de septiembre de 2014 al 30 de junio de 2015, en donde se registraron 221,341 casos. Esta reducción es el resultado de las acciones de promoción de la salud llevadas a cabo en 88 localidades prioritarias de las 16 entidades endémicas del país. La producción nacional del antídoto para el veneno de alacrán se redujo durante 2015, causando desabasto, sin embargo, la atención oportuna permitió que el número de defunciones mantuviera una reducción de 10%.

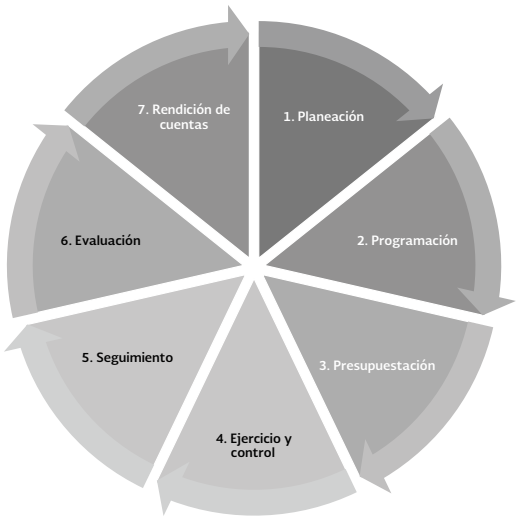
5. Asegurar la Generación y el Uso Efectivo de los Recursos en Salud

Prevención y Control del
Cáncer de Mama

La Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto es responsable de diseñar y operar los instrumentos programáticos, presupuestarios y de rendición de cuentas, administrar los recursos financieros que garanticen el adecuado funcionamiento de las UAC, OAD y OPD, así como llevar el registro organizacional.

Participa en todas las etapas del ciclo presupuestario al coordinar dichas actividades respecto del gasto público y al fungir como instancia administrativa única ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) para solicitudes y trámites en materia presupuestaria y contable, así como ante la SPF en materia organizacional. Para su desempeño ha organizado su estructura en cinco macro procesos sustantivos y uno de apoyo.

GRÁFICA 5.1 EL CICLO PRESUPUESTARIO



Fuente: Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Programación y Presupuestación

En el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016 se ordenaron y clasificaron los programas y acciones en una estructura programática funcional que establece la esencia del quehacer de la Secretaría; los objetivos, metas e indicadores presupuestarios para evaluar su cumplimiento.

En el marco del Presupuesto Base Cero para el ejercicio 2016, se establecieron tres ejes principales:

- Reducción en las asignaciones de servicios personales (personal eventual y de honorarios, así como una propuesta para eficientar su estructura).

- Priorización del gasto de operación y de inversión, mediante la reducción de gastos administrativos como el de alimentación, telefonía, asesorías y consultorías, viáticos, pasajes, materiales y suministros, impresiones, así como gastos de orden social, además de la priorización en gasto de inversión de aquellos programas y proyectos que presentaran las mejores condiciones para la dependencia.

- Priorización de los programas presupuestarios, de tal manera que su agrupación, fusión o cancelación permitiera un ejercicio de programación más eficiente.

Con base en ello, se formuló el Proyecto de Presupuesto de Egresos 2016 bajo la visión del Presupuesto Base Cero, cuyo objetivo es analizar la información relativa al gasto de operación de las dependencias y entidades de la APF a fin de optimizar la asignación de recursos de las unidades responsables de la Secretaría de Salud y organismos descentralizados que conforman el Ramo 12 "Secretaría de Salud".

Para la Secretaría de Salud, los cambios programáticos tuvieron un efecto neto de compactación de seis programas presupuestarios, al pasar de 40 a 34, los cuales se incorporaron en el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación (PPEF) 2016, que envió la SHCP de acuerdo a sus atribuciones al H. Cámara de Diputados por ramo de acuerdo a lo siguiente:

Destaca la incorporación de dos programas presupuestarios, correspondientes a actividades sustantivas de la Dependencia, en materia de protección y restitución de los derechos de las niñas, niños y adolescentes (E041) y de regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica (G005).

El siguiente cuadro muestra el resultado de la fusión, compactación y creación de los programas presupuestarios:

CUADRO 5.1 COMPARATIVO DE LOS PROGRAMAS PRESUPUESTARIOS RAMO 12 SALUD, EJERCICIOS 2015-2016

Tipo de Cambio	Clave Pp 2015	Nombre Pp 2015	Clave Pp 2016	Nombre Pp 2016
Fusión	E010	Formación y desarrollo profesional de recursos humanos especializados para la salud	E010	Formación y capacitación de recursos humanos para la salud
	E019	Capacitación técnica y gerencial de recursos humanos para la salud		
Fusión	E020	Dignificación, conservación y mantenimiento de la infraestructura y equipamiento en salud	P012	Rectoría en Salud
	P012	Rectoría en Salud		
Fusión	E020	Dignificación, conservación y mantenimiento de la infraestructura y equipamiento en salud	U005	Seguro Popular
	U005	Seguro Popular		
Fusión	P014	Promoción de la salud, prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades transmisibles y lesiones	P018	Prevención y control de enfermedades
	S037	Programa Comunidades Saludables		
Fusión	P014	Promoción de la salud, prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades transmisibles y lesiones	U008	Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes
	U008	Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes		
Fusión	S149	Programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia	S272	Apoyos para la protección de las personas en estado de necesidad
	S150	Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable		
	S250	Programa de Fortalecimiento a las Procuradurías de la Defensa del Menor y la Familia		
Fusión	S200	Unidades Médicas Móviles	S200	Fortalecimiento a la atención médica
	U006	Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud		
Fusión	U007	Reducción de la mortalidad materna y calidad en la atención obstétrica	P020	Salud materna, sexual y reproductiva
	P017	Atención de la Salud Reproductiva y la Igualdad de Género en Salud		
Nuevo	No aplica	No aplica	E041	Protección y restitución de los derechos de las niñas, niños y adolescentes
Nuevo	No aplica	No aplica	G005	Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica
Eliminación	R099	Cuotas, Apoyos y Aportaciones a Organismos Internacionales	No aplica	No aplica
Cambio de denominación	E023	Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud	E023	Atención a la salud
Cambio de denominación	E036	Reducción de enfermedades prevenibles por vacunación	E036	Programa de vacunación
Cambio de denominación	E040	Servicios de atención a población vulnerable	E040	Servicios de asistencia social e integral
Cambio de denominación	U012	Programa de apoyo para el fortalecimiento de la calidad de los servicios de salud	U012	Fortalecimiento de los Servicios Estatales de Salud

Fuente: Dirección General de Programación, Operación y Presupuesto de la Secretaría de Salud.

Para complementar esta fase se actualizó y consolidó la información de 25 Matrices de Indicadores para Resultados (MIR) de la Secretaría de Salud, con un total de 249 indicadores, con base en los lineamientos correspondientes en la materia y en la "Estrategia de Mejora de la MIR 2016", implementada por la SHCP y el CONEVAL.

Como resultado del proceso de programación y presupuestación, a la Secretaría de Salud se le autorizó un presupuesto para el ejercicio fiscal 2016 de 132,216.88 millones de pesos en el ramo 12"Secretaría de Salud" que considera 89,275 millones de pesos para el Seguro Popular de Salud[22], mientras que el monto autorizado para los servicios de salud en las entidades federativas en el ramo 33 fue de 82,445.9 millones de pesos, con lo que el total de recursos autorizados para salud en el ejercicio fiscal 2016 fue de 214,662.7 millones de pesos.

El monto autorizado a Salud en el ejercicio fiscal 2016 es inferior en 2.1% con relación al aprobado en 2015, donde el Ramo 33 presenta un aumento del 2.7% (2,197.32 millones de pesos) mientras que en el Ramo 12 considerando los recursos del Seguro Popular su decremento es de 4.9% (6,794.14 millones de pesos).

CUADRO 5.2 PRESUPUESTO FEDERAL AUTORIZADO PARA SALUD 2010-2016. RAMO 12 Y RAMO 33 (FASSA)
(Millones de pesos de 2016)

Ramo	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Variación % 2015 - 2016	TCMA 1/
Ramo 12 "Salud"	44,124.15	49,938.27	48,673.04	50,536.75	50,805.39	51,890.34	42,941.90	-17.2	-0.39
Seguro Popular de Salud	65,906.42	72,493.85	79,096.53	84,341.81	87,509.95	87,120.70	89,275.00	2.5	4.43
Ramo 33 "FASSA"	64,995.51	64,752.23	69,752.60	75,124.07	76,497.69	80,248.58	82,445.90	2.7	3.46
Total	**175,026.08**	**187,184.34**	**197,522.18**	**210,002.63**	**214,813.03**	**219,259.62**	**214,662.80**	**-2.1**	**2.96**

1/ Tasa de Crecimiento Media Anual (TCMA)=[(Vf / Vi) ^ (1 / T)] – 1, donde VF=variable Fin VI=Variable Inicio.

[22] Corresponde a los recursos del Sistema de Protección Social en Salud (subfunción 5), de los siguientes programas: Programa de Vacunación (E036), Prevención y Atención de VIH/SIDA y otras ITS (P016), Salud Materna, Sexual y Reproductiva (P020), PROSPERA Programa de Inclusión Social (S072), Fortalecimiento a la Atención Médica (S200), Seguro Médico Siglo XXI (S201), Calidad en Atención Médica (S202), Seguro Popular (U005) y Fortalecimiento de los Servicios Estatales de Salud (U012).

CUADRO 5.3 EJERCICIO DEL PRESUPUESTO AUTORIZADO PARA SALUD 2015-2016
(Miles de pesos de 2016)

Capítulo	Anual 2015		Septiembre- diciembre 2015		Original 2016	
	Original	Ejercido	Original	Ejercido	Anual	Enero-agosto
Servicios Personales	23,366.20	23,366.20	11,565.00	8,485.80	24,650.30	13,673.90
Materiales y suministros	8,092.10	8,092.10	3,574.00	4,082.50	6,650.40	4,001.60
Servicios generales	7,567.20	7,567.20	3,119.70	3,326.60	6,999.90	4,464.90
Transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas	81,679.40	81,679.40	32,179.30	10,696.70	92,781.30	66,314.00
Bines muebles, inmuebles e intangibles	445.9	445.9	841.7	219.5	640.2	370.5
Inversión pública	621.5	621.5	722.9	178.7	494.8	362.3
Total	121,772.40	121,772.40	52,002.60	26,989.90	132,216.90	89,187.20

Fuente: 2015 Cuenta de la Hacienda Pública Federal. 2016 Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación.

Ejercicio, Control y Seguimiento

En materia presupuestaria y con relación al Presupuesto de Egresos 2015, la Secretaría de Salud reportó un avance de ejercido de prácticamente 100% al ejercer 121,772.4 millones de pesos, de los 121,772.4 millones de pesos del presupuesto ya modificado por la SHCP.

Lo anterior fue resultado de un seguimiento puntual con las unidades responsables de la Secretaría de Salud, mediante reuniones periódicas, lo que permitió ordenarlo de acuerdo con las necesidades de la dependencia a través de 5,042 adecuaciones presupuestarias y la emisión de 28,456 cuentas por liquidar certificadas.

Adicionalmente, a efecto de hacer más eficiente el gasto de la Secretaría y minimizar el impacto de los ajustes al presupuesto por medidas de control establecidas por la SHCP, se implementaron diversas medidas, entre las que destacan:

- Disminución del gasto administrativo tal como: congresos, convenciones, estudios, asesorías, consultorías, viáticos y pasajes, entre otros.

- Puntual vigilancia de los recursos públicos autorizados, a efecto de que las economías sean utilizadas en los programas sustantivos del sector.

- Postergar los proyectos de inversión no prioritarios que contaran con disponibilidad en el ejercicio, ya sea con fuente de financiamiento de recursos fiscales o propios.

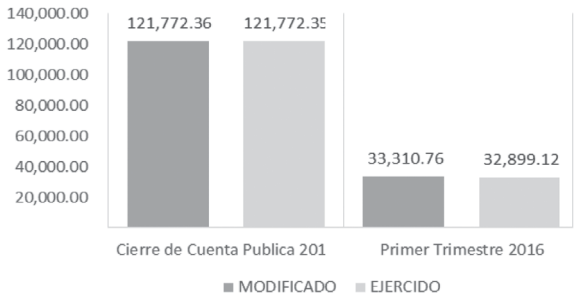
- Eficientar el uso de los recursos propios que obtienen los Institutos y Hospitales, a fin de amortizar la disminución de los recursos fiscales; y gestionar con la SHCP la aplicación de las disponibilidades financieras de los Institutos y Hospitales, para su aplicación en la atención médica de pacientes, situación que se consiguió para el Presupuesto del ejercicio 2016.

Es importante destacar los resultados del Comité Interno para el Uso Eficiente, Transparente y Eficaz de los Recursos Presupuestarios que se indican, el cual atendió 109 solicitudes para el ejercicio de partidas como consultorías, asesorías, estudios e investigaciones, congresos y convenciones, de las cuales se autorizaron 71 con un monto de 78.3 millones de pesos, y se rechazaron 38 que representan un monto de 34.8 millones de pesos.

Es importante señalar que en 2015, la Secretaría de Salud tuvo un recorte por 10,100 millones de pesos, en febrero se aplicó la primera reducción por un monto de 3,339.3 millones de pesos y en agosto se hizo efectiva una segunda reducción por 6,760.7 millones de pesos, que se encontraban reservados desde el mes de febrero.

Con relación al Presupuesto 2016, del 1 de enero al 31 de agosto se estima ejercer más del 75% de los recursos autorizados, tomando como base el avance registrado durante el primer trimestre de 2016 (enero–marzo) que corresponde al 98.8% de los recursos programados.

GRÁFICA 5.2 PRESUPUESTO EJERCICIO 2015 Y 2016 DE LA SECRETARÍA DE SALUD (MILLONES DE PESOS)



Fuente: 2015 Cuenta de la Hacienda Pública Federal. 2016 Modulo de Conciliación del Ejercicio Presupuestal.

Al cierre del primer trimestre, de 2016 se emitieron 12,112 cuentas por liquidar certificadas.

CUADRO 5.4 CUENTAS POR LIQUIDAR CERTIFICADAS PROCESADAS (Cuentas por liquidar certificadas)

Tipo de Unidad Responsable	Septiembre-diciembre 2015	Enero-Marzo 2016	TOTAL
Unidades Administrativas de Nivel Central	5,183	2,074	7,257
Órganos Administrativos Desconcentrados	5,013	1,791	6,804
Organismos Públicos Descentralizados	18,378	8,247	26,625
Total	28,574	12,112	40,686

Fuente: Sistema de Administración Financiera Federal (SIAFF).

Durante el periodo enero-abril 2016 se tramitaron 2,252 adecuaciones presupuestarias.

CUADRO 5.5 ADECUACIONES PRESUPUESTARIAS TRAMITADAS POR PERIODO

Adecuaciones Presupuestarias	2015	2016	Total
Agosto-diciembre	2,790	0	2,790
Enero-abril 2016	0	2,252	2,252
Total	2,790	2,252	5,042

Fuente: Dirección General de Organización Programación y Presupuesto.

En 2016, como resultado de las medidas establecidas por la SHCP y BANXICO en materia de política fiscal, monetaria y gasto público, en el mes de febrero se realizó un ajuste preventivo al presupuesto de la Secretaría de Salud por 2,062.6 millones de pesos, con lo que la dependencia se ubica en los niveles alcanzados en la integración del proyecto de presupuesto 2016, si se toma en cuenta que las ampliaciones de la Cámara de Diputados al ramo doce fueron por 2,551 millones de pesos.

En materia organizacional, con el objetivo de determinar el grupo, grado y nivel de percepciones conforme al desempeño de atribuciones y funciones, se valuaron conforme a los lineamientos y criterios emitidos por la SFP, 39 puestos de la Secretaría de Salud, 25 de personal de estructura y catorce eventuales. Del total valuado y validado 18 corresponden a personal que se encuentra en UAC, diez de OAD y once de OPD.

Se refrendaron ante la SFP, 115 estructuras orgánicas, 65 en 2015 y 50 en 2016 al cierre de agosto, de las cuales 52 corresponden a UAC, 28 de OAD y 35 de OPD y se registraron cuatro estructuras.

CUADRO 5.6 AREGISTRO Y REFRENDO DE ESTRUCTURAS ORGÁNICAS POR UNIDAD

Tipo de Unidad Responsable	Registro	Refrendo
Unidades Administrativas de Nivel Central	2	52
Órganos Administrativos Desconcentrados	2	28
Organismos Públicos Descentralizados	0	35
Total	4	115

Fuente: Dirección General de Organización Programación y Presupuesto.

Destaca la actualización de la estructura básica de la Secretaría de Salud, que refleja el cambio de adscripción de diversas unidades, tales como el Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones que se adscribe al Comisionado Nacional contra las Adicciones, así como la Dirección General de Relaciones Internacionales y el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud (STCONASA) que se adscriben directamente a las oficinas del Titular de la Secretaría de Salud.

En materia de Manuales Administrativos en 2016 se está operando el "Programa para la Actualización de Manuales de Organización Específicos y Manuales de Procedimientos".

En el desarrollo de dicho programa se establecieron nueve grupos de trabajo:

De febrero a la fecha se han recibido 32 proyectos de manuales de organización específicos (MOE) (catorce UAC, ocho OAD y diez OPD) y nueve manuales de procedimientos (MP) como resultado de 56 asesorías (presenciales y vía electrónica).

Entre mayo y agosto se contará con los proyectos de cuatro grupos más, quienes deberán presentar 31 proyectos de manuales con un aproximado de 50 asesorías totales.

El grupo restante, con siete proyectos se concluirá para el mes de septiembre (14 asesorías) con lo que la Secretaría de Salud tendrá actualizados todos los MOE de Nivel Central, Órganos Desconcentrados y OPD.

Evaluación y Rendición de Cuentas

En cumplimiento con la Ley General de Contabilidad Gubernamental, se integró la Cuenta de la Hacienda Pública Federal (CHPF) de la dependencia correspondiente al ejercicio fiscal 2015; además se remitió la información financiera para la integración del Informe de Rendición de Cuentas, así como las Declaraciones Informativas de Operaciones con Terceros que se presentan al SAT, se revisaron, registraron y validaron en el Sistema de Contabilidad Gubernamental 3,735 pólizas con información extra presupuestal.

Se apoyó en el desarrollo del Sistema de Seguimiento Contable de la dependencia para el ejercicio 2016 y se realizaron dos talleres de capacitación de la herramienta para Unidades Centrales y Órganos Desconcentrados de acuerdo con el nuevo modelo y la normatividad contable vigente para el ejercicio 2016 y se brindaron 518 asesorías en materia contable tanto a unidades del Sector Central como del Sector Paraestatal.

En cumplimiento a la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública se atendieron 288 solicitudes de información, relacionadas con aspectos programáticos, presupuestales y financieros. Se dio seguimiento a tres auditorías realizadas por la Auditoria Superior de la Federación (ASF), el Órgano Interno de Control y la Unidad de Vigilancia de Fondos y Valores en las revisiones a la CHPF y al Informe de Avance de Gestión Financiera y se atendieron seis requerimientos de información.

Se elaboró el Manual de Contabilidad Gubernamental con base en la estructura emitida por CONAC, que incluye Capítulos Conceptuales, Plan de Cuentas, Guías Contabilizadoras y la Estructura de los Estados Financieros, así como su parametrización para ser incorporada en la plataforma tecnológica del proyecto Babel, el cual esta creado para dar cumplimiento al Acuerdo 1 emitido por el CONAC en el HGM, HJM, INER, INGER e Instituto Nacional de Genómica. Asimismo, se llevaron a cabo reuniones de trabajo para la asesoría y acompañamiento en la implementación del proyecto.

Con base en lo establecido en los artículos 10 último párrafo y 78-A párrafo tercero del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y los "Lineamientos para la Conciliación de Cuentas Conectoras entre los Centros de Registro" emitidos mediante oficio 309-A-II-007/2015, se integraron 36 conciliaciones con la Tesorería de la Federación por concepto de avisos de reintegros, cuentas por liquidar certificadas y Ministraciones por acuerdo y trece conciliaciones con el Servicio de Atención Tributaria por concepto de recuperaciones de bienes inventariables.

Respecto del seguimiento del ejercicio del gasto público, entre el 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016, se han reportado 12,715 informes sobre la situación económica de las finanzas públicas y la deuda pública, programas transversales, matriz de indicadores, programa especial concurrente, pueblos indígenas, programas sujetos a reglas de operación, fideicomisos, comportamiento del gasto programable, informe de rendición de cuentas, así como los formatos del Sistema Integral de Información y los correspondientes a soporte y asistencia.

CUADRO 5.7 INFORMES PRESUPUESTALES DE LA SECRETARÍA DE SALUD

Concepto	Septiembre-diciembre 2015	Enero-agosto 2016	Total
Informes (información financiera)	142	258	400
Sistema Integral de Información (Transmisión y monitoreo)	4,500	7,150	11,650
Informática y Desarrollo	315	350	665
Total	4,957	7,758	12,715

Fuente: Dirección General de Organización Programación y Presupuesto.

La Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales (DGRMySG) dentro de sus principales

funciones, realiza la contratación para la adquisición y arrendamiento de bienes y prestación de servicios de las UAC y OAD de la Secretaría de Salud y es la responsable de formalizar las relaciones contractuales con los proveedores y prestadores de servicios; de igual manera actualiza el inventario de los bienes inmuebles, integra el Programa Interno de Protección Civil, así como el registro de los bienes muebles para su baja y disposición final y se responsabiliza de la administra el almacén central de la SS.

Adquisiciones

En observancia a la normatividad así como a las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público y sus respectivos lineamientos, se llevó a cabo la contratación consolidada de bienes y servicios, con el objeto de obtener ahorros y mejores condiciones en cuanto a calidad, precio y oportunidad.

Se efectuaron procedimientos de contratación consolidados para el ejercicio fiscal 2015, para la adquisición de vales de despensa de fin de año, medicinas y productos farmacéuticos (antirretrovirales), materiales de curación, materiales de laboratorio y anticonceptivos de barrera e insumos para el Programa Federal de Planificación Familiar, agua embotellada, y artículos de papelería; así como para la prestación del servicio de vigilancia y mantenimiento de la flota vehicular, entre otros.

Respecto a los procedimientos de contratación consolidados con carácter anticipado y trianual (ejercicios 2014–2016), continúan vigentes los servicios de limpieza integral, póliza integral de aseguramiento de bienes patrimoniales, seguro de responsabilidad profesional, seguro de responsabilidad civil y asistencia legal, seguro colectivo de retiro, servicio de reservación, adquisición y/o radicación de boletos de transportación aérea, servicio de suministro de combustible para el parque vehicular, servicio de arrendamiento de vehículos terrestres, servicio integral de telefonía local, larga distancia nacional, internacional y mundial y números 800, servicio de telefonía celular e internet de banda ancha móvil, y centro de datos institucional (2014-2017).

Se realizaron 135 procedimientos de contratación para la adquisición de bienes y servicios de los cuales 30 fueron licitaciones públicas, 26 invitaciones a cuando menos tres personas y 79 adjudicaciones directas derivadas de contratos marcos.

Se suscribieron 42 contratos y 252 pedidos derivados de los diferentes procesos de contratos en la DGRMySG, en los que se incluyen los derivados de la consolidación de medicamentos y material de curación con el IMSS.

El Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de la Secretaría de Salud, sesionó en 19 ocasiones, dictaminando 27 asuntos de excepción a la Licitación Pública. De los asuntos presentados, quince fueron dictaminados favorablemente, sumando un monto total autorizado de 4,078.52 millones de pesos de los cuales 2,849.39 millones, corresponden a la adquisición de medicamentos antirretrovirales

El Subcomité Revisor de Convocatorias de la Secretaría de Salud, sesionó en 40 ocasiones y dictaminó 59 proyectos de convocatoria a través de la DGRMySG.

Administración Inmobiliaria

Se actualizó en inventario de los inmuebles federales que el Instituto de Administración y Avalúos de Bienes Nacionales (INDAABIN) reportó en uso de la Secretaría de Salud, así como de aquellos que son propiedad de terceros, que se ocupan para uso de oficinas administrativas, atención al público, bodegas y almacenes, siendo un total de 194 inmuebles, de los cuales 145 no se encuentran en uso de la Secretaría de Salud, 20 son ocupados por áreas de la Secretaría, quince derivan de comodato, cuatro de arrendamiento financiero y diez de arrendamiento puro; lo anterior en el marco del Programa para un Gobierno Cercano y Moderno (PGCM) y con el objeto de actualizar el Registro de Inmuebles en Uso de la Federación. (DGRMySG).

Suministros y Almacén

El Comité de Bienes Muebles, sesionó en cinco ocasiones en las que se obtuvo opinión favorable para la donación de bienes muebles, a la Comisión Nacional de Libros de Texto Gratuitos, por cantidad de 6,800 kilos y un monto de 2,876.4 miles de pesos, así como al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", 127 bienes muebles por un monto de 516,116.41 miles de pesos, dando un total de 518,992.81 miles de pesos.

Se llevó a cabo el Inventario Anual 2015 de Bienes de Consumo y las conciliaciones trimestrales de los mismos sin que se registraran faltantes; asimismo se realizó la conciliación físico-documental de activo fijo, de las UAC y OAD, obteniéndose como resultado 307,433 bienes muebles; información que quedó asentada en el Libro de inventarios y balances de la SS.

Así mismo, se integró, autorizó y publicó el Programa Anual de Disposición Final de Bienes Muebles para el ejercicio 2016, con un estimado de 8,276 bienes muebles DGRMySG.

Estrategia 5.1.

Fortalecer la formación y gestión de recursos humanos en salud

La Dirección General de Recursos Humanos (DGRH), es la unidad administrativa responsable de dirigir y controlar los procesos de reclutamiento, selección, contratación e inducción del personal de la Secretaría de Salud, actualizando y generando oportunamente la nómina de las unidades centrales y órganos desconcentrados, vigilando la correcta aplicación de los procedimientos, medidas y lineamientos que garanticen el cumplimiento de la Política Salarial emitida por la SHCP. Asimismo, es responsable de diseñar e instrumentar el Sistema Nacional de Capacitación y Desarrollo de Personal, de coordinar la implementación del Sistema del Servicio Profesional de Carrera y de participar en la elaboración y revisión de las Condiciones Generales de Trabajo, así como supervisar su difusión y cumplimiento.

Programa de Promoción por Profesionalización del personal de Enfermería, Trabajo Social y Terapia Física y Rehabilitación.

Para lograr una gestión más eficiente y transparente del Programa de Promoción por Profesionalización del personal de Enfermería, Trabajo Social y Terapia Física y Rehabilitación, en 2015 se desarrolló una herramienta informática que funciona a través de una página web como un portal en línea de autoservicio, para que los trabajadores de todo el país que desean participar en dicho programa, generen y den seguimiento a su registro.

En la promoción 2015, se benefició a 2,613 trabajadores de las diferentes ramas participantes que fueron promovidos a un nivel salarial superior mediante la acreditación de estudios de licenciatura y/o postgrado, resultando favorecidos 2,259 trabajadores de Enfermería que constituyen 86% del total; así como 316 del grupo de Trabajo Social con 12% de participación; y 38 trabajadores del grupo de Terapia Física y Rehabilitación, representando 2% del personal.

Transparencia

Para dar cabal cumplimiento a las nuevas obligaciones que derivan de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, se desarrolló un sistema informático que mantiene actualizada la información curricular de los servidores públicos de la Secretaría de Salud, así como la base de datos central que integra la información pública de los mismos.

En cumplimiento del artículo 74 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, se desarrolló otro sistema informático que facilitará y eficientará el proceso de recepción y manejo de la información de las Entidades Federativas, integrando las mejores prácticas de contabilidad, calidad de información y accesibilidad.

En materia administrativa la Subsecretaría de Administración y Finanzas llevó a cabo las siguientes acciones para **establecer los criterios para el crecimiento responsable y ordenado de los recursos humanos.**

De conformidad con los Lineamientos para la Aplicación y Seguimiento de las Medidas para el Uso Eficiente, Transparente y Eficaz de los Recursos Públicos, se disminuyó el número de plazas de carácter eventual pasando de 2,219 a finales de 2015, a 481 a partir de enero de 2016, esto con la finalidad de ajustarse al presupuesto autorizado, el cual contempla una reducción del 25% del presupuesto respecto del autorizado en 2015.

Continuando con el programa para otorgar estabilidad laboral y certeza jurídica a los trabajadores que laboran en los SESA bajo distintos esquemas de contratación, el cual consiste en el pago de las diferencias de sueldos y prestaciones, incluyendo las de seguridad social y las que derivan de las Condiciones Generales de Trabajo suscritas con el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud (SNTSA), se instrumentó la segunda fase del Programa de Formalización Laboral de los Trabajadores de Salud en las entidades federativas; con una inversión inicial de 1,578 millones de pesos y un costo anualizado para 2016 de 3,399 millones de pesos, se logró un beneficio directo para 22,541 trabajadores en la fase II, que sumados a los 22,403 trabajadores de la fase I, hacen un total de 44,944 trabajadores beneficiados en todo el territorio nacional.

Adicionalmente, desde 2012, los HRAE iniciaron sus cursos de especialidades médicas, actualmente se cuenta con más de 300 residentes en los diferentes cursos de formación en los siete hospitales y anualmente se gradúan cerca de 40 residentes.

Las especialidades avaladas están basadas en la atención de las patologías que más frecuentemente se observan en la consulta y hospitalización como las neoplasias, diabetes, entre otras.

En el CRAE Hospital de Especialidades Pediátricas, se ha impulsado la formación de recursos humanos especializados derivado de lo cual a la fecha se tiene en formación 31 médicos residentes en cinco especialidades

pediatría, cirugía general, anestesiología, medicina interna e imagen diagnóstica y terapéutica; así mismo se contribuye con el proceso de formación al ser sede de la rotación de campo recibiendo cuatrimestralmente diez residentes. El CRAE integró el programa anual de capacitación para la atención ordenada de eventos formativos, obteniendo el personal las acreditaciones respectivas mediante documento oficial por su participación en cada uno éstos. En el HRAE Ciudad Salud se aperturaron las Residencias Medicas Troncales y se han egresado dos generaciones de Anestesiología y una generación de Imageneología Diagnóstica y Terapéutica.

En el HRAEI se ha establecido un Programa de Capacitación Continua para todo el personal trabajador, así como se hace un seguimiento estrecho de los Programas Académicos y Operativos para el personal en formación, residentes, pasantes en servicio social, internos y estudiantes de pregrado.

Para **impulsar la formación de los recursos humanos alineada con las necesidades demográficas, epidemiológicas, de desarrollo económico y culturales** se otorgan becas tiempo al personal para apoyar su desarrollo profesional. Asimismo, través de la subdirección de planeación, enseñanza e investigación del CRAE, se impulsa el programa de residencias médicas en ambas unidades.

En el HRAEB se cuenta con cinco programas de residencias médicas troncales, además de los seis cursos de posgrado de alta especialidad.

Por parte de la dirección médica se han aportado con doce recursos médicos especializados que fungen como profesores titulares de los cursos de especialización en el HRAEO, especialidades troncales que son una verdadera necesidad en los hospitales del interior del estado y del país.

El HRAEPY por quinto año consecutivo es sed de cursos de especialidades médicas en cinco especialidades con un total de 100 médicos residentes todos con reconocimiento por parte de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Las acciones de actualización, formación de grado y posgrado en el HRAEV, incluyen sus cursos de especialidad con cerca de 100% de eficiencia terminal. Si bien no ha sido posible abrir algunas de las especialidades por falta de plazas, se mantiene un buen desempeño académico que ha favorecido la mejora en la interacción con las instituciones de educación superior, de los programas de formación médica.

En el HRAEI se ha establecido un Programa de Capacitación Continua para todo el personal trabajador, así como se hace un seguimiento estrecho de los Programas Académicos y Operativos para el personal en formación residente, pasante en servicio social, internos y estudiantes de pregrado.

En septiembre de 2015 se realizó un curso de Interculturalidad en Salud, dirigido a personal directivo y operativo en la Unidad Médico Quirúrgica "Juárez Centro"; donde se logró sensibilizar al personal en la poca o nula competencia intercultural en el trato hacia el usuario y las barreras culturales que dificultan el acceso a los Servicios de Salud.

El HM brindó en octubre de 2015 el curso de parto humanizado al personal médico y de enfermería de los servicios de urgencias y de tococirugía.

En el periodo que se reporta, los SAP lograron la formación de 51 médicos especialistas en Psiquiatría, Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y cursos de alta especialidad (psicogeriatría, psiquiatría legal, neurobiología de la esquizofrenia y psicoterapia).

En el HIM, lo que se refiere a médicos que cursan una especialidad, tres residentes reciben la Beca Lic. y Gral. Aarón Sáenz de apoyo a la Investigación 2015, la cual consiste en una ayuda económica de tres mil pesos mensuales durante un año para apoyar sus Trabajos de Investigación.

Además, quince residentes resultaron electos de la convocatoria 2015, para obtener la beca anual Fundación Carlos Slim, que consiste en una ayuda económica de tres mil pesos mensuales, además de una Tablet y una impresora durante un año para apoyar sus Trabajos de Investigación.

En el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016, siete enfermeras iniciaron su licenciatura; 82 cursan un posgrado (42 en la ENEO; 27 en el ICES Tamaulipas y trece en otras instituciones). Uno concluyó el nivel de licenciatura y 43 el de especialidad. Además 68 enfermeras cursan inglés en línea con 85% de apego al programa.

En el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016 rotaron 650 residentes de otras instituciones en el HIM, cabe mencionar que 75% lo hicieron en el área médica y 25% en la quirúrgica. Rotaron 330 residentes del HIM en otras instituciones.

Adicionalmente, el SNDIF a través del Programa Formación de Recursos Humanos y Educación Continua al Personal Médico y Paramédico a cargo del SNDIF, de septiembre de 2015 a agosto de 2016 se otorgaron tres cursos, uno a nivel de posgrado para la formación de 49 médicos especialistas en medicina de rehabilitación y dos a nivel licenciatura para la formación 395 estudiantes en terapia física y 29 en terapia ocupacional. En febrero de 2016 egresaron catorce médicos especialistas en rehabilitación y en agosto 86 licenciados en terapia física y ocupacional.

Para **impulsar la actualización y capacitación continua de los recursos humanos con base en las necesidades nacionales de salud** como parte de las acciones para el fortalecimiento de la formación de los recursos humanos para la salud, la DGCES, coordinó e integró los resultados de la capacitación en la Secretaría de Salud en lo referente al área médica, para dar cuenta de la información de 28 estados de la República los cuales reportaron 4,583 eventos de capacitación institucional relacionados con los Programas de Acción Específicos, donde participaron 132,400 trabajadores de las ramas médica, paramédica y afín, a nivel nacional.

Por otra parte, el CRAE Hospital de Especialidades Pediátricas ha realizado acciones de actualización, formación de grado y posgrado las unidades hospitalarias son sede permanente de los cursos de RCP neonatal, stable, Pediatric Advanced Life Support y Advanced Cardiovascular Life Support, de los cuales se han desarrollado en conjunto quince eventos, programándose para concluir en el mes de julio diez cursos más.

En el HRAEB se cuenta con un programa anual de capacitación acorde con las necesidades detectadas y anualmente se imparten además cursos de educación médica continua que se ofertan a la comunicad médica y paramédica de la región.

Anualmente, 80% de los especialistas de las diferentes áreas médicas del HRAEO acude a congresos nacionales para actualizarse en las diferentes especialidades. Implementación de cursos de capacitación en aula y en servicio, para lograr mejorar el cuidado de enfermería y las actividades de atención médica: prevención, vigilancia y control de infecciones asociadas a la atención médica, procedimientos básicos de terapia respiratoria, vías urinarias, vía aérea y heridas; jornadas de Seguridad en el Traslado y movilización del paciente, manejo postquirúrgico del usuario con trasplante renal, calidad y seguridad del paciente.

Asimismo, el HRAEPY, 235 profesionales de la salud tomaron cursos de educación continua, así como acciones de actualización, formación de grado y posgrado en el HRAEV.

En el HRAEI el Programa Anual de Capacitación, está enfocado en la actualización técnica de los principales problemas de salud de la comunidad que se atiende.

Además, se está concluyendo este año la Maestría en Salud Pública y Administración de Hospitales en donde 23 alumnos trabajadores del hospital están mejorando sus conocimientos en habilidades gerenciales y administrativas enfocadas a salud.

Se dio continuidad de capacitación a los recursos humanos en salud con base a las características epidemiológicas del país y con las acciones relacionadas con el programa E010 de la MIR.

Los SAP realizaron en el periodo, 90 cursos de educación continua donde se contó con la participación de 2,074 asistentes, con el objetivo de mejorar la actualización y capacitación continua de los recursos humanos.

Con el fin de promover la capacitación para mejorar los procesos de atención en salud, gerenciales y de apoyo administrativo en el CRAE Ciudad Salud, anualmente se propone, promueve y aplica el programa institucional de capacitación considerando la impartición de eventos dirigidos así también al fortalecimiento de los procesos gerenciales y administrativas.

El HRAEB cuenta con un programa anual de capacitación.

El HRAEO realiza una planeación de detección de necesidades de capacitación de los trabajadores, las cuales deben ser enfocadas a subsanar brechas de aprendizaje, con el objetivo de mejorar o de brindar un servicio de calidad a los usuarios, los cuales se elaboran y se ejecutan de acuerdo a un presupuesto anual asignado para la partida de ese rubro.

En el ejercicio 2015 se programó un presupuesto de 723,999 pesos, para el ejercicio 2016 al 31 de agosto será de aproximadamente 443 mil pesos.

Ejemplo de los cursos otorgados a este Hospital son calidad en el servicio y atención humanizada, BLS y ACLS dirigidos al personal médico, los cuales otorgan certificaciones avalados por la AHA (*American Heart Asociation*).

En el HRAEPY se habrán capacitado en cursos administrativos y gerenciales 320 servidores públicos.

En el HRAEI se está concluyendo este año la Maestría en Salud Pública y Admón. de Hospitales en donde 23 alumnos trabajadores del hospital están mejorando sus conocimientos en habilidades gerenciales y administrativas enfocadas a salud.

La DGCHFR realizó el Tercer Encuentro Académico "Hacia un Modelo de Gestión Hospitalaria" en mayo de 2016, donde se incluyó la participación de los HFR e Instituciones de Salud de ocho estados de la República Mexicana, con el propósito de fortalecer un Modelo de Gestión Interinstitucional que facilite la integración de los servicios hospitalarios en la zona centro del país a fin de optimizar los recursos en salud.

Asimismo, se estructuró la medición para el indicador del Plan Estratégico 2019 OPS que tiene como finalidad conjuntar el avance en la capacitación sobre salud pública y competencias interculturales para los trabajadores de atención primaria a la salud en la fuerza laboral del Sector.

Con el propósito de contribuir al desarrollo de las competencias de los trabajadores, así como mejorar los procesos sustantivos de las UAC, en el período de septiembre de 2015 a abril de 2016 el Subcomité de Capacitación Técnico Médico aprobó 25 eventos de capacitación con costo en los que participaron 681 trabajadores de base y confianza de las áreas médica, paramédica y afín.

En esta misma línea y para fortalecer el Campus Virtual de Salud Pública Nodo México, se impartió el Curso "Formación de Tutores para Propuestas Educativas Virtuales en Salud Pública", con un total de 36 trabajadores capacitados, que participarán como asesores en línea en eventos virtuales de capacitación a desarrollar.

Por otra parte, con el objetivo de mejorar la calidad en la formación de los recursos humanos, específicamente en el tema de educación para profesionales de la salud, la CONAMED realizó nueve cursos: cinco sobre prevención del conflicto derivado del acto médico, uno de formación docente para la prevención del conflicto, uno de aspectos normativos para la práctica médica y dos de habilidades cognitivas para el análisis de casos. Estos cursos fueron impartidos de forma presencial y en línea en cuatro sedes CONAMED, Hermosillo, Universidad Panamericana y Oaxaca) con un total de 2,969 participantes.

De enero a junio de 2016 se impartió el Diplomado en Dictaminación y Arbitraje Médico, mismo que fue diseñado por la CONAMED en conjunto con la Licenciatura en Ciencia Forense de la Facultad de Medicina de la UNAM con el propósito de mejorar las competencias de comunicación entre los médicos y abogados y propiciar que sea más efectiva la práctica de los mecanismos alternativos de solución de controversias en el área médica, mismo que contó con 60 participantes.

Adicionalmente, se impartieron 118 conferencias a un total de 10,938 asistentes; 40 videoconferencias con un total de 126 horas de transmisión en diferentes sedes (CONAMED, Bolivia, Campeche y Oaxaca); así como cinco entrevistas en televisión y dos en radio.

En el periodo de septiembre de 2015 a marzo de 2016 se desarrollaron en el Programa IMSS-PROSPERA cinco cursos en Soporte Vital Básico, Soporte Vital Cardiovascular Avanzado y Reanimación Neonatal en Michoacán de Ocampo y Zacatecas, en las que fueron capacitadas 97 personas, 39 de ellas de la disciplina médica y 58 de enfermería. También se realizó el curso de Protección Radiológica para Personal Ocupacionalmente Expuesto con personal de Zacatecas, Durango, Veracruz de Ignacio de la Llave, San Luis Potosí, Michoacán de Ocampo y Campeche.

Como parte de la capacitación al personal de salud del Programa IMSS-PROSPERA, destaca la continuidad al despliegue del proyecto REDes de excelencia para la atención del paciente crónico desarrollado con la Fundación Carlos Slim Salud. En septiembre de 2015, 231 alumnos concluyeron satisfactoriamente el diplomado para la atención del paciente crónico impartido por esta Fundación.

En Durango, a partir de enero de 2016 se dio inicio al proyecto para la Atención de la Cronicidad bajo el Modelo CASALUD de la misma Fundación. A agosto del mismo año se espera lograr 2,720 detecciones de diabetes, con seguimiento personalizado, a través del Proyecto REDes de Excelencia, en la citada entidad.

En el año 2008, el Programa IMSS-PROSPERA inició la oferta de becas a personal médico general de base para cursar una especialidad en Anestesiología y Cirugía para los Servicios Rurales de Salud, a las que posteriormente se adicionó la especialidad de Medicina del Niño y del Adulto. A la fecha, han egresado cinco generaciones de estas especialidades, con lo que se han integrado 429 especialistas a la plantilla de 75 hospitales rurales del Programa (93.75% del total de hospitales). En marzo de 2016 inició a la octava generación, con 91 becas ofertadas. Cabe señalar que el contenido académico de estos cursos de posgrado fue adecuado al perfil epidemiológico predominante en las zonas donde se ubican los hospitales rurales, lo que permitió integrar un programa educativo vinculado con el contexto sociocultural de la población atendida por el Programa IMSS-PROSPERA.

Se proporcionó campo clínico a 2,119 médicos que realizan su rotación de campo en los 80 Hospitales Rurales del Programa en las especialidades troncales, Medicina Familiar y Epidemiología, con la siguiente distribución: Anestesiología, 323; Cirugía General, 99; Epidemiología, 27; Ginecología y Obstetricia, 203; Medicina Familiar, 1,174; Medicina Interna, 113; y Pediatría, 180.

En abril de 2016 se abrió la convocatoria para el Programa de Reconocimiento a la Atención de Calidad de personal médico, de estomatología y cirugía maxilofacial de base y confianza, como un estímulo a la responsabilidad, dedicación y preocupación por actualizar su conocimiento médico en beneficio de la población.

Respecto al personal de enfermería, destaca la realización de siete cursos en materia de vacunación segura, con el objetivo de actualizar y proporcionar herramientas académicas para la mejora de los procedimientos en vacunación en los diferentes niveles de atención. En dichos cursos se contó con la participación de más de 130 personas directivas y 12,067 del ámbito operativo, vinculadas a la disciplina de enfermería, provenientes de las 28 entidades donde el Programa opera. Adicionalmente, se llevó a cabo la Reunión Nacional de Equipos de Conducción en Salud Materna y Vacunación, a la que fueron convocadas 54 personas de la disciplina señalada.

Con el objetivo de **contribuir a la integración de contenidos básicos de género, derechos humanos e interculturalidad en la formación de profesionales** de los Servicios de Salud, en el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016 la DGPLADES realizó las siguientes acciones:

- Se concluyó en el mes de marzo de 2016, la inclusión de contenidos en el curso en línea "Interculturalidad en Salud" para la Plataforma del Campus Virtual en Salud Pública de la OPS.

- Se fortalecieron los contenidos de derechos humanos y de género en el diseño de los cursos de "Formación de replicadores en Salud Intercultural" con la participación de la 4ª Visitaduría de la CNDH, con el objetivo de establecer elementos operativos en la capacitación del personal de salud.

- Se diseñó el curso denominado: "Sensibilización intercultural en Salud y Atención a Víctimas en el Marco de los Derechos Humanos", en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, que atenderá a víctimas bajo el Modelo de Atención Integral en Salud.

Para **impulsar la capacitación en salud pública, salud ocupacional, gestión y calidad de servicios del personal de salud** en febrero de 2016 se realizó el curso en línea sobre prevención del conflicto derivado del acto médico en conjunto con la Dirección General de Televisión Educativa, dirigido a profesionistas de la salud, mismo que contó con la acreditación de la Facultad de Medicina de la UNAM; fue necesario reestructurar el contenido temático del curso presencial y diseñar el material necesario, participando las áreas de Comunicación Social de la CONAMED, de la Secretaría de Salud, de la Secretaría de Educación Pública y de la Secretaría de Gobernación. Se inscribieron un total de 1,555 personas.

Durante el mes de junio de 2016 se impartió el curso de capacitación sobre la Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente, dirigido a personal de las comisiones estatales de arbitraje médico.

Así mismo, se realizaron 18 sesiones académicas para los servidores públicos de la CONAMED con un promedio de 55 participantes en cada sesión; los temas revisados estuvieron enfocados a analizar diversos aspectos relacionados con el ejercicio del derecho a la protección de la salud, la seguridad del paciente y la bioética aplicada en la práctica médica. Algunos de los temas tratados fueron:

- La participación del perito institucional en los juicios orales.

- Taller especializado para servidores(as) públicos: La reforma constitucional de los derechos humanos.

- Dilemas éticos en la práctica médica.

- Responsabilidad civil y responsabilidad del estado en la queja médica.

- Derechos lingüísticos y servicios de salud de los pueblos indígenas.

- Los trasplantes de órganos y tejidos en México: normatividad vigente.

Dentro de la línea de acción que tiene como objetivo **consolidar los mecanismos interinstitucionales de colaboración para la formación de recursos humanos** en septiembre de 2015 se realizó el XXXIX Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) en cinco días y trece sedes de

aplicación distribuidas en siete entidades federativas y la Ciudad de México. Para lo anterior se actualizaron y calibraron 15,713 reactivos que integran el banco existente, como base de los exámenes. Sustentaron 33,697 médicos mexicanos y 932 médicos extranjeros quedando seleccionados 7,564 y 171 respectivamente, se continuaron los tres proyectos de evaluación de la seguridad de la información en los procesos del examen, con el Equipo de Respuesta a Incidentes de Seguridad en Cómputo (CERT-UNAM) y el Centro Nacional de Respuesta a Incidentes Cibernéticos (CERT-MX) de la Policía Federal.

Con el apoyo de la DGTI se implementó una infraestructura tecnológica compuesta por:

- Más de 7,700 equipos laptop.
- 39 servidores configurados en alta disponibilidad.
- 13 redes de área local.
- Un sistema de video vigilancia a nivel nacional.
- Se implementó la logística del evento, la coordinación del soporte técnico, procesos de seguridad alrededor de la aplicación del examen y la administración de más de cien personas de soporte para aplicar el examen a 7,600 sustentantes promedio por día.
- En lo relativo al Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Estomatológicas (ENARE) éste se aplicó a 594 sustentantes, y fueron seleccionados 42 nacionales y un extranjero para catorce sedes.

En relación con pregrado se programaron 5,349 médicos internos, 431 pasantes en servicio social en investigación, 11,696 en atención médica, 545 en regulación sanitaria y 9,072 en medicina.

En los ciclos agosto 2015 y febrero 2016, se encuentran realizando Servicio Social de Enfermería 36,406 pasantes (25,099 en la SS; 5,219 en el IMSS; 789 en el ISSSTE; 579 en el DIF; 2,070 en el Programa de Vinculación, y 2,650 en otras instituciones).

Asimismo, se asignaron 3,322 campos clínicos para servicio social en estomatología en la promoción de agosto 2015 y 2,361 en febrero 2016.

En el posgrado, se asignaron 9,449 campos clínicos para residencias médicas en 134 unidades hospitalarias de los Servicios de Salud de los Estados, de los que egresaron 2,316 especialistas; en 32 unidades hospitalarias se encuentran 518 médicos extranjeros realizando cursos de especialización. Se programaron 1,595 especialistas del último año de su formación para realizar rotación de campo en 145 unidades hospitalarias.

Por otra parte, también en el marco de la coordinación interinstitucional se atendieron un total de 173 proyectos educativos de formación de recursos humanos para la salud para el dictamen de opinión técnico académica de conformidad con los criterios esenciales establecidos.

Por otra parte, la DGTI apoyo a la DGCES en el aprovisionamiento de una solución tecnológica para poder llevar a cabo la aplicación del Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas – ENARM 2015, proveyendo la infraestructura tecnológica necesaria para cada una de las sedes de aplicación.

El Servicio Integral de Infraestructura Tecnológica para el ENARM 2015, se realizó durante el periodo del 17 de agosto de 2015 al 30 de septiembre de 2015, llevando a cabo la aplicación de examen para un total 38,750 aspirantes, durante cuatro días comprendidos del 3 al 7 de septiembre de 2015, en trece sedes, tres de la cuales estuvieron ubicadas en la Ciudad de México y el resto en el interior de la república mexicana, siendo una erogación de recursos por 73,956,333.63 miles pesos correspondiente al pago del servicio.

Durante la prestación del servicio se realizaron actividades tales como: entrega e instalación de infraestructura, configuración, pruebas de servidores y equipo muestra, respaldo, eliminación segura de la información y desinstalación del mismo, en cada una de las sedes.

El servicio incluyó además los servicios profesionales encargados de la operación, supervisión y administración de la infraestructura instalada, así como de la atención de las fallas y contingencias que se presentaron durante el periodo de aplicación del examen. (DGTI).

Para **evaluar la aplicación de las políticas nacionales de formación y capacitación de recursos humanos** el CCINSHAE en el HRAEPY tanto los cursos de Formación de Recursos Humanos de la Salud como los cursos de educación continua son evaluados de acuerdo a los estándares Universitarios, lo cual garantiza la calidad de los mismos.

Para **promover la contratación de recursos humanos alineados con un modelo enfocado en la atención primaria** la DGRH gestionó la conversión de 1,159 plazas operativas de eventuales a permanentes del programa PROSPERA, en su componente Salud; lo que

se traduce en un beneficio directo para igual número de trabajadores que venían prestando sus servicios con carácter de eventuales desde hace más de 15 años y que a partir del presente año gozaran de estabilidad laboral y certeza jurídica.

Por otra parte, a finales de noviembre de 2015 se concluyó el estudio de Brechas en la Disponibilidad de Recursos Humanos para la Salud en el Primer Nivel de Atención cuyas mediciones coadyuvarán con el componente de indicadores de planeación de estos recursos a nivel nacional.

Estrategia 5.2.

Impulsar la eficiencia del uso de los recursos para mejorar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad

Para **fortalecer la legislación para mejorar la transparencia, monitoreo y control de los recursos financieros del SPSS** durante el periodo septiembre de 2015 a marzo de 2016 se emitieron diversos instrumentos normativos relacionados con la operación de recursos del SPSS, tales como los Lineamientos para la adquisición de medicamentos asociados al CAUSES y al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, por las entidades federativas con recursos transferidos por concepto de Cuota Social y Aportación Solidaria Federal del SPSS (DOF 26-11-2015) y el Aviso que establece los niveles de las Cuotas Familiares del SPSS para el ejercicio fiscal 2016 (DOF 31-03-2016).

Para **realizar las adecuaciones operativas necesarias para mejorar la transparencia, monitoreo y control de los recursos financieros del SPSS**, para la operación del SPSS en 2015 se transfirieron a las entidades federativas recursos por un monto de 58,999.5 millones de pesos por concepto de Cuota Social y Aportación Solidaria Federal, mientras que con cifras preliminares al mes de mayo se han transferido 16,219.1 millones de pesos.

Para **impulsar la eficiencia en el uso de recursos para la atención de enfermedades, particularmente las de alto costo**, a fin de promover la eficiencia en el uso de los recursos financieros del SPSS, la Unidad de Análisis Económico participó en la actualización de varios protocolos de atención médica vinculados con los gastos catastróficos financiados por el SPSS.

Asimismo, la UAE desarrolló la evaluación económica de las vacunas contra el dengue y contra el neumococo. Los resultados de la evaluación de la vacuna contra el dengue se presentaron ante el Grupo de Expertos en dengue. Los resultados de la evaluación de la vacuna contra el neumococo se presentarán ante el Consejo Nacional de Vacunación.

Con el fin de **realizar cambios normativos y operativos para incrementar la proporción del gasto público en salud destinado a la persona y comunidad** la SAF en el Proceso de Integración Programática Presupuestal 2016, la SHCP implementó una estrategia para reorientar los recursos en un escenario de Presupuesto Base Cero, que consideró la reingeniería de los Programas presupuestarios (Pp) y de la estructura programática orientadas al logro de resultados, objetivos y metas nacionales, a efecto de evitar el traslape de funciones y garantizar su alineación al PND y al PROSESA, como elementos para determinar una asignación del gasto público con criterios de eficiencia y austeridad, de conformidad con la nueva realidad presupuestal, fortaleciendo la transparencia y rendición de cuentas sobre el uso de los recursos públicos.

En este contexto, en el Ramo 12 "Salud" se pasó de 40 Pp a 34 (se fusionaron quince Pp en ocho , cuatro Pp cambiaron de denominación y un Pp se eliminó), proceso en el que se crearon dos Pp E041 "Protección y restitución de los derechos de las niñas, niños y adolescentes" y G005 "Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica"; de igual forma se lograron alinear aún más recursos que se destinan a las Entidades Federativas y que principalmente se encontraban en la Subfunción (SF) dos "Prestación de Servicios de Salud a la Persona" y tres "Generación de Recursos" en la SF cinco"Protección Social en Salud" con la finalidad de fortalecer el SPSS de acuerdo al artículo 77 bis 1 de la Ley General de Salud, cuyo objetivo principal es contribuir a evitar el empobrecimiento por motivos de salud.

Con la finalidad de **adecuar los modelos de atención para optimizar el uso de recursos para lograr el acceso efectivo con calidad** en la conformación de nuevos modelos de infraestructura médica que logre un acceso efectivo a servicios conforme a las necesidades de la población, CENETEC-Salud ha contribuido con propuestas para actualización de modelos de equipamiento médico de unidades de especialidades médicas (UNEME) de geriatría y banco de leches.

De igual manera, CENETEC-Salud atendió el Taller ofrecido por el Banco Interamericano de Desarrollo acerca del Modelo de Atención Integral en Salud, el cual buscará fortalecer el primer nivel de atención en nuestro País.

El CENETEC-Salud, con la misión de **consolidar la evaluación de tecnologías como instrumento para la toma de decisiones** y para contribuir a satisfacer las necesidades de gestión y evaluación de tecnologías para la salud, mediante la generación, integración y divulgación de información, recomendaciones y asesorías basadas en la mejor evidencia disponible, así como la coordinación de esfuerzos sectoriales, que buscan sustentar la toma de decisiones que faciliten el acceso efectivo a los servicios de salud, realizó lo siguiente:

- Brindó apoyo con 65 asesorías de medicamentos y dispositivos médicos a solicitud de autoridades del CSG, de la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud (CCNPMIS) y de la SS, lo cual permitió disponer de evidencia referente a la eficacia, seguridad y costo-efectividad de las tecnologías que se incorporaron a los servicios de salud, otorgados por las instituciones públicas.

- Presidió el Grupo de Trabajo Interinstitucional de Evaluación de Tecnologías para la Salud (GTI-ETES), creado en 2012 y que hasta 2014 estuvo conformado por la Secretaría de Salud (CCINSHAE y Unidad de Análisis Económico) IMSS e ISSSTE. En 2015 se incorporaron al Grupo la CNPSS, SEDENA, SEMAR, PEMEX y DIF. El GTI-ETES tiene el objetivo de promover entre las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, la Evaluación de Tecnologías para la Salud como una herramienta generadora de información, orientada al apoyo en la toma de decisiones relacionadas con la incorporación, uso o retiro de tecnologías, para contribuir al acceso y a la calidad de los servicios de salud así como al uso óptimo de los recursos. Durante este periodo se realizaron tres reuniones.

- Realizó cuatro recomendaciones en materia de evaluación de tecnologías para la salud: Evaluación de la efectividad, seguridad, costo-efectividad e impacto presupuestal de los Antivirales de Acción Directa (AAD) para el tratamiento de la infección crónica por el virus de la hepatitis C: simeprevir, sofosbuvir, ledispavir, ombitasvir, paritaprevir, ritonavir, dasabuvir, daclatasvir y asunaprevir. Estas recomendaciones fueron con respecto al acceso, indicaciones, controles de prescripción y uso de los AAD.

- Contribuyó a lograr un ahorro de 1,083 millones de pesos en la adquisición de medicamentos a través de su participación en la CCNPMIS mediante la Evaluación de Tecnologías para la Salud, así como también 291 millones de pesos tras la aplicación de correcciones en costos de referencia de equipo médico dictaminado y certificado durante el periodo, ambas acciones suman un total de 1,374 millones de pesos (MDP).

Estrategia 5.3.

Establecer una planeación y gestión interinstitucional de recursos (infraestructura y equipamiento) para la salud

En el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 30 de abril de 2016 a través de inversiones presupuestarias principalmente federales, la Secretaría de Salud por medio de la Subsecretaría de Administración y Finanzas, tiene el registro de la conclusión de 99 obras de infraestructura en 22 estados de la República incluyendo la Ciudad de México, lo que representó una inversión total de más de 5,900 millones de pesos efectuada en diversos ejercicios presupuestales, en beneficio de más de 43 millones de personas.

Entre dichas obras, destaca la conclusión de cuatro unidades médicas que son compromisos de Gobierno: el Nuevo Hospital General de Tampico, inaugurado por el C. Presidente de la República en el mes de enero de 2016, con una inversión de 936.7 millones de pesos; el Centro de Atención a Personas con Discapacidad Visual en Naucalpan, con una inversión de 183.3 millones de pesos; el Centro Estatal de Rehabilitación y Educación Especial en Toluca, Estado de México, con una inversión de 74.2 millones de pesos; y la modernización y equipamiento del Hospital General de Zitácuaro, en Michoacán de Ocampo, con una inversión de 200 millones de pesos.

Asimismo, destacan por su relevancia y monto de inversión: la conclusión de la Nueva Torre Quirúrgica del HGM, en la que se instaló el primer quirófano híbrido de América Latina para atender intervenciones médicas complejas, con quince salas de cirugía con una inversión de 730.5 millones de pesos; la segunda etapa del Hospital General Iztapalapa y la Clínica Especializada en VIH, en la CDMX; el Hospital General de Tulancingo, Hidalgo, con una inversión de 548.28 millones de pesos; el Hospital de Traumatología y Ortopedia en Puebla con una inversión de 755.52 millones de pesos; el Hospital Comunitario de Isla Mujeres, Quintana Roo, con inversión de 101.3 millones de pesos; el Hospital Comunitario de Huejuquilla el Alto, Jalisco, con inversión de 180.8 millones de pesos; la construcción del bunker e instalación del

acelerador lineal en el Centro Estatal de Oncología en Durango, Durango, con una inversión de 141.8 millones de pesos; la construcción de la unidad de la Mujer del Hospital General de Cd. Victoria, Tamaulipas, con una inversión de 143.37 millones de pesos; la Construcción del Hospital Municipal de Chinconcuac, con una inversión de 100.1 millones de pesos y el Banco de Tejidos de Toluca, con inversión de 62.4 millones de pesos, ambos en el Estado de México.

CUADRO 5.8 ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA CONCLUIDAS EN LA SECRETARÍA DE SALUD, DURANTE EL PERIODO SEPTIEMBRE 2015 A JUNIO 2016

UNIDADES MÉDICAS				
Tipo de acción/ Tipo de Unidad	**Total**	Consulta externa	Diversas Unidades Médicas	Hospitalizació
Total	99	58	4	37
Obra nueva	43	35	3	5
Sustitución	11	8	0	3
Ampliación y Fortalecimiento	45	15	1	29

Fuente: Información con corte al 30 de junio de 2016.
Incluye obra ejecutada por la Secretaría de Salud y por las entidades federativas con inversiones en diversos ejercicios presupuestales y con recursos federales y estatales.

En lo que respecta a infraestructura federal, la Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física (DGDIF), continuó con los trabajos de la segunda etapa de la construcción de la Comisión de Control Analítico y Ampliación de Cobertura (CCAyAC) de la COFEPRIS, ubicada en la Delegación Tlalpan de la Ciudad de México se realizaron trabajos de mejoramiento de laboratorios, rescatando los espacios y diseños de origen pero transformándolos con materiales, instalaciones y sistemas nuevos, dotando de espacios adecuados, modernos y bien equipados, con lo que se brindó confort a los usuarios y se contribuyó a dar un mejor servicio; esta segunda etapa concluyó en diciembre de 2015, con una inversión de 10.66 millones de pesos.

Por otro lado, la DGDIF efectuó trabajos de conservación y mantenimiento en la Dirección General de Epidemiologia de la Secretaría de Salud, los cuales consistieron en cambio de ventanas desde la planta baja hasta el tercer piso, cambió de tubería hidráulica y autoclaves en todos los laboratorios, con una inversión de 22.84 millones de pesos (DGDIF).

De igual forma se realizaron obras de mantenimiento en el HM de la Secretaría de Salud, mismas que consistieron en instalaciones hidráulicas, eléctricas, salidas sanitarias, muros de tabique, piso de parquet, firmes epóxicos y cancelería de aluminio, por un monto de 808 mil pesos.

Con respecto a las acciones normativas y de planeación de la infraestructura, la DGDIF expidió 23 certificados de factibilidad para autorización de obras en la Ciudad de México y los estados de Baja California, Chihuahua, Estado de México, Jalisco, Michoacán de Ocampo, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Sinaloa y Zacatecas.

Por otra parte, para **desarrollar la infraestructura física y equipamiento en salud alineada con las necesidades demográficas, epidemiológicas, de desarrollo económico y culturales**, en el ejercicio 2015 el Comité Técnico del Fideicomiso del Fondo de Previsión Presupuestal, autorizó el financiamiento de 70 acciones de inversión tanto para obra como para equipamiento en los estados de Aguascalientes, Baja California sur, Campeche, Chiapas Chihuahua, Colima, Jalisco, Morelos, Nuevo León, Quintana Roo, Tamaulipas, Tlaxcala y Yucatán hasta por un monto de 3,942.9 millones de pesos.

Al mes de junio de 2016 se aprobaron 2,789.5 millones de pesos para el financiamiento de diversas acciones de obra y/o equipamiento.

Para un uso eficiente y racional de los recursos destinados a la atención a la salud, el CENETEC-Salud validó equipamiento médico financiado con recursos federales. Entre el 1 de septiembre de 2015 y el 31 de agosto de 2016 se han generado 56 dictámenes de validación de equipo médico por un valor de 2,345 millones de pesos y Certificados de Necesidad (CDN) para 46 equipos médicos de Alta Tecnología (EMAT) por más de 734 millones de pesos.

Se lleva a cabo la integración de un inventario nacional de disponibilidad de Equipos Médicos de Alta Tecnología (EMAT), donde se incluyeron las instituciones del sector público, privado y social, definiendo un universo de doce EMAT, que incluye equipos de radioterapia e imagenología. En el periodo reportado se ha logrado la integración al 100% la base de establecimientos públicos y un avance del 60% en privados, por lo que se reporta un 80% del avance general.

En junio de 2016 se realiza la Segunda Reunión Nacional de Gestión de Equipo Médico, en Culiacán Sinaloa, con participación de representantes de IMSS, ISSSTE, SEDENA y SEMAR, así como responsables de equipo médico de servicios de salud estatales, institutos nacionales y hospitales federales de referencia, en la que se logran acuerdos para homologar criterios y establecer estrategias que permitirán mejorar los procesos de incorporación de equipo médico para un uso más eficiente de recursos.

En materia de participación internacional como Centro Colaborador de la OMS/OPS, se realizan exposiciones

en talleres sobre GEM en las ciudades de Guatemala y Panamá, intercambiando experiencias con expertos en la materia de los países de la región Centro América para así poder establecer mejores prácticas en la planeación y gestión de equipo médico.

Asimismo, la Secretaría de Salud cuenta con el Plan Maestro de Infraestructura en Salud (PMI) como instrumento de rectoría para la planeación, desarrollo y reordenamiento de la infraestructura y equipamiento de los Servicios de Salud de las Entidades Federativas. La inclusión de acciones al PMI se realiza a través de los CDN, el cual avala mediante un análisis técnico, epidemiológico y demográfico su incorporación. Durante el periodo de septiembre de 2015 a junio de 2016, la Secretaría de Salud a través de la DGPLADES recibió y analizó a petición de las los SESA, 197 solicitudes de CDN de obra, de las cuales 91 fueron dictaminadas favorablemente con la emisión del CDN correspondiente, de las cuales, 26 son acciones de obra nueva, 52 sustituciones y trece ampliaciones y fortalecimiento de unidades médicas.

Asimismo, las entidades federativas dieron seguimiento a las acciones (obra y equipamiento médico) registradas en el PMI, mismas que durante el periodo de septiembre de 2015 a junio de 2016 reportaron como terminadas, un total de 236 acciones: 29 obras nuevas, 81 sustituciones, 82 ampliaciones y fortalecimientos y 44 equipamientos médicos.

Para mejorar la calidad de la infraestructura establecida en unidades de primer y segundo nivel durante el periodo de 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016, el Programa IMSS-PROSPERA concluyó la construcción del Hospital Rural de Axtla de Terrazas, en San Luis Potosí, en donde además se terminó un albergue comunitario (éste último, con recursos de CDI); la modernización del servicio de Urgencias del Hospital Rural de San Quintín, en Baja California; y el mejoramiento de las instalaciones de aire acondicionado en los hospitales rurales de Hecelchakán, Campeche; Coalcomán y Huetamo,

CUADRO 5.9 ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA REGISTRADAS EN EL PMI, TERMINADAS DURANTE EL PERIODO SEPTIEMBRE 2015 A JUNIO 2016

Tipo de Unidad	Tipo de Acción					Total
	Obra Nueva	Sustitución	Ampliación	Fortalecimiento	Equipamiento	
Consulta externa	24	75	35	40	12	186
Hospitalización	4	5	4	3	26	42
Establecimiento de Apoyo	1	1	0	0	3	5
Diversas Unidades Médicas	0	0	0	0	3	3
Total	29	81	39	43	44	236

Fuente: Secretaría de Salud, DGPLADES. PMI, junio de 2016.

Michoacán de Ocampo; y Huajuapan de León y Matías Romero, en Oaxaca. Para 2016, y con el apoyo financiero de la CDI, se tiene programada la ampliación de dos hospitales rurales de Hidalgo.

Asimismo, en el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016, el IMSS ha concluido 20 acciones de obra, dos de infraestructura nueva, diez nuevas por sustitución en las que se incluye un almacén general y ocho ampliaciones con una inversión física total de 2,054.7 millones de pesos.

El desarrollo de infraestructura nueva destaca por la construcción de las Unidades de Medicina Familiar localizadas en Pachuca, Hidalgo y Tacícuaro Michoacán de Ocampo de seis y diez consultorios, respectivamente, cabe señalar la importancia de esta última en razón de dar cumplimiento al Programa implementado por el Ejecutivo Federal denominado Plan Michoacán.

En lo referente a obras nuevas por sustitución sobresalen la construcción del Hospital General de Zona de 165 camas localizado en Villa de Álvarez, Colima, las Unidades

de Medicina Familiar número 7, 76, 56, 17, 51, 24 y 37 localizadas en Atotonilco de Tula, Hidalgo; Uruapan, Michoacán de Ocampo; San Pablo Huitzo, Magdalena Apasco, ambas en Oaxaca; Angostura, Sinaloa; Santa Ana, Sonora y Coatzacoalcos, al sur de Veracruz de Ignacio de la Llave, respectivamente.

Con la infraestructura nueva y nueva por sustitución se incrementa la capacidad instalada del IMSS en 20 consultorios y 65 camas censables, para beneficio de más de 388 mil derechohabientes, misma que se desarrolló con una inversión física de 1,901.4 millones de pesos.

Por otro lado, las ocho ampliaciones y remodelaciones, consistieron en mejorar el servicio de tres áreas de cuidados intensivos, dos áreas de urgencias, un banco de sangre y una casa de máquinas, en unidades médicas hospitalarias; esta infraestructura se realizó con una inversión física de 94.3 millones de pesos, en beneficio de más de 2,869 mil derechohabientes.

Es importante resaltar la construcción nueva por sustitución del almacén general delegacional en Calera de Victor Rosales, Zacatecas; diseñado para el manejo adecuado de materiales y medicamentos almacenados, así como para el resguardo de bienes institucionales; la cual se desarrolló con una inversión de 59 millones de pesos.

Para c**onsolidar la infraestructura en salud con prioridad en zonas de población en condición de vulnerabilidad**, durante el periodo de septiembre de 2015 a junio de 2016, de las acciones de infraestructura física en salud (obra y equipamiento) reportadas como terminadas, por parte de las entidades federativas con registro en el PMI, se contemplan 23 acciones que impactaron de manera directa en zonas de la población en condiciones de vulnerabilidad, como son: mujeres, niños, adolescentes y adultos mayores. De las cuales, cinco correspondieron a acciones de obra nueva (un hospital materno infantil en Colima, dos UNEME's DEDICAM en Sinaloa y Zacatecas, una unidad de asistencia social en Colima y un módulo de medicina tradicional en Puebla); dos sustituciones (un hospital del niño en Puebla y centro de rehabilitación en Sinaloa); y 16 acciones de equipamiento ejecutadas en seis entidades federativas, unidades tanto de consulta externa como de hospitalización.

CUADRO 5.10 ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA REGISTRADAS EN EL PMI, TERMINADAS DURANTE EL PERIODO SEPTIEMBRE 2015 A JUNIO 2016, EN ZONAS DE POBLACIÓN DE CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD

Tipo de unidad	Tipo de acción agrupada			Total
	Obra nueva	Sustitución	Equipamiento	
Consulta Externa	4	1	8	13
Hospitalización	1	1	6	8
Diversas Unidades Médicas	0	0	2	2
Total	**5**	**2**	**16**	**23**

Fuente: Secretaría de Salud, DGPLADES. PMI, junio de 2016.

Estrategia 5.4.

Impulsar la innovación e investigación científica y tecnológica para el mejoramiento de la salud de la población

La CCINSHAE coordina al subsector de instituciones dedicadas a la investigación para la salud, enseñanza de especialidad, y atención médica de alta complejidad. Se encuentra integrada por trece Institutos Nacionales de Salud INSalud, seis HFR, seis HRAE, seis unidades médicas de los SAP y los Centros: CENATRA y CNTS; dichas instituciones son referencia nacional e internacional en sus respectivas especialidades y representan algunas de las más prestigiadas del país.

Con el de objeto de **incrementar la inversión pública en investigación científica, innovación y desarrollo tecnológico en salud** en el CRAE se obtuvieron por parte del FOSSIS un fondo de 800 mil pesos para el desarrollo de un proyecto de investigación.

En el HRAEB se cuenta con once investigadores en ciencias médicas, así como de un médico operativo registrado en el Sistema Nacional de Investigadores (SNI), además de la inclusión de un personal médico-administrativo aceptado en el Sistema de Investigadores como ICM A. Se hacen las gestiones para equipar la unidad de investigación que está conformada por los laboratorios de microbiología, biología molecular, toxicología, metabolismos y nutrición, así como cirugía experimental.

El HRAEPY cuenta con una Unidad de Investigación y cuatro investigadores de tiempo completo, quienes junto con médicos adscritos desarrollan trabajos de investigación congruentes con las líneas de investigación del Hospital. De igual forma a través de una convocatoria anual se otorga financiamiento a los proyectos de investigación que ya cuente con aprobación de los comités de investigación y de ética en investigación.

Se cuenta con acciones realizadas en este rubro en el HRAEV, siendo el primer HRAE en obtener recursos para proyectos propios y en colaboración con instituciones de salud y educativas tanto nacionales como internacionales.

En el HRAEI se sometieron cinco pre-propuestas de protocolos de investigación en temas prioritarios de salud a la convocatoria S0008-2016-2 del Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social (FOSISS) para poder ser sujetos a financiamiento.

Con el objeto de incrementar la inversión pública en investigación científica, innovación y desarrollo tecnológico en salud, el 29 de septiembre de 2015, el Comité Técnico y de Administración del FOSISS en su Vigésima Octava Reunión ordinaria autorizó financiar 137 proyectos de la convocatoria FOSISS 2015/01, 2015/02 y 2015-03 con un monto de 186 millones de pesos.

El 18 de febrero de 2016, se llevó a cabo la vigésima novena reunión del FOSISS, en la cual se aprobó la Convocatoria 2016-01 y 2016-02 del Fondo, que tuvo en esta ocasión dos modalidades: la tradicional y una para jóvenes investigadores. Quedando pendiente otra de largo aliento. El monto estimado para financiamiento, en 2016, es de 152 millones de pesos. Los resultados se conocerán en agosto de 2016.

Para **priorizar la investigación sobre temas relevantes, estratégicos o emergentes en salud** en el CRAE se tienen programados el desarrollo de diez proyectos de investigación los cuales se encuentran enmarcados en ocho líneas de investigación.

Tiene establecidas las líneas de investigación alineadas a los problemas de salud del país: enfermedades oncológicas, crónico degenerativas, infecciones nosocomiales e investigación educativa en salud.

En el análisis estratégico de investigación en 2015, se revisaron las líneas de investigación y a través del comité se propusieron nuevas líneas para el 2016. Neoplasias malignas. Enfermedades crónicas. Trastornos de la nutrición. Salud reproductiva y medicina perinatal. Trastornos psiquiátricos y neurológicos. Enfermedades infecciosas y parasitarias. Desarrollo de tecnologías para la salud. Grupos vulnerables. Medio ambiente y salud. Accidentes. Sistemas de salud, economía de la salud y seguridad social. Trasplantes y preservación de órganos, células troncales y tejidos. Apoyo a la investigación de problemas específicos de salud en las regiones del país.

Se cuenta con acciones realizadas en este rubro en el HRAEV. Se apoyó al personal de investigación de los HFR para impulsar y mantener el número promedio anuales de investigaciones en el área clínica y experimental de acuerdo con el programa E022 de la MIR.

El 29 de septiembre de 2015, el FOSISS aprobó la Convocatoria FOSISS 2015-04 sobre el tema de Enfermedades trasmitidas por artrópodos (dengue, chikungunya y zika).

Con el fin de **promover la inversión y corresponsabilidad del sector privado para la investigación científica y desarrollo tecnológico en salud** la Unidad de Apoyo al Predictamen de la CCINSHAE evaluó 35 de protocolos de investigación en seres humanos, sometidos a evaluación por siete diferentes patrocinadores de la industria farmacéutica internacional con representación en nuestro país, de los cuales 80% fueron evaluados como favorables para posteriormente someterse a autorización por COFEPRIS en un periodo no mayor a 60 días. el 20% restante ha tenido evaluación de carácter de no idoneidad, por lo que no pueden ser sometidos a autorización.

Asimismo, con la finalidad de **promover financiamiento y cooperación internacionales para investigación científica y desarrollo tecnológico en el país** la CCINSHAE y el Instituto Pasteur de Francia celebraron un Seminario Conjunto del 1 al 3 junio de 2016 orientado a dos temas principales: enfermedades transmitidas por artrópodos (dengue, chikungunya y zika); así como la introducción del uso de la vacuna del dengue.
Reconociendo la importancia que tiene la investigación en bioética para el sector salud en la Región de las Américas, se ha dado continuidad al Premio Manuel Velasco Suárez a la Excelencia en Bioética, mismo

que entrega la PAHO Foundation financiado con una aportación de la Secretaría de Salud y que tiene como objetivo de impulsar la investigación entre los jóvenes en el campo de la bioética.

Se promovió la participación del sector salud en diferentes actividades de la Organización Internacional de Energía Atómica (OIEA), a fin de favorecer la formación de recursos humanos que permitan generar conocimiento e intercambio de información para el desarrollo, la investigación y fortalecimiento de las competencias. Se destaca que en todas las actividades el Organismo financió la participación de los funcionaros. Algunas de las reuniones en las que ha tenido participación el sector son:

- Curso Regional de Capacitación sobre Radioterapia Moderna usando Aceleradores Lineales, del 26 al 30 de octubre de 2015, en Chicago, Illinois, EEUU. El objetivo fue proveer al equipo de radioterapia (radio oncólogo, físico médico y tecnólogo en radioterapia) una descripción de la práctica actual de radioterapia utilizando técnicas de imágenes con tomografía computarizada.

- Curso Regional de Capacitación para Médicos Nucleares y Médicos referentes en las aplicaciones clínicas de las técnicas diagnósticas y terapéuticas con radionúclidos con énfasis en linfomas, del 16 al 20 de noviembre de 2015, Punta del Este, Uruguay. El objetivo del curso fue mejorar el conocimiento de médicos especialistas en medicina nuclear y médicos referentes en los aspectos metodológicos y aplicaciones clínicas de la terapia metabólica de tumores pediátricos con énfasis en linfomas.

Taller de Capacitación de Instructores sobre el Apoyo de la Física Médica en Situaciones de Emergencia Nuclear o Radiológica, del 23 al 27 de mayo de 2016, Atlanta, Georgia. El Taller tuvo como objetivo aclarar a los participantes sus posibles funciones complementarias en situaciones de emergencia nuclear o radiológica y prepararlos para que contribuyan eficazmente a la respuesta ante estas situaciones.

Por otra parte, en septiembre de 2015 se concretó la Convocatoria para presentar propuestas de estudios relacionados con la prevención y tratamiento de enfermedades respiratorias bajo los términos de la "Alianza Global contra las enfermedades crónicas" (Global Alliance for Chronic Diseases) en conjunto con la Secretaría de Salud y el CONACyT.

Se presentaron nueve propuestas. En abril de 2016 se dieron los resultados, apoyando dos proyectos. El Proyecto Análisis genómico de tuberculosis farmacorresistente en muestra de expectoración del INMEGEN por un monto de 2,060.9 miles de pesos y el Proyecto Búsqueda y validación de biomarcadores para tuberculosis en pacientes mexicanos con diabetes mellitus del Centro de Investigación y Asistencia en Tecnología y Diseño del Estado de Jalisco A.C., por 4.6 millones de pesos.

Para **gestionar convenios para compartir infraestructura entre instituciones e investigadores con el fin de aprovechar la capacidad disponible,** en el CRAE HRAE Ciudad Salud, se firmaran convenios de colaboración con la Universidad Politécnica y el instituto tecnológico de Tuxtla Gutiérrez y Tapachula Chiapas para el desarrollo de acciones relacionadas con infraestructura tecnológica.

El HRAEO contaba en 2015 con dos convenios con Universidades Públicas (UNAM-UABJO) para el intercambio de servicios de investigación. En marzo 2016 se lleva a cabo acuerdo de colaboración con el INcan para el fomento de la investigación multicéntrica, para incrementar la actividad científica.

En el HRAEI se gestionó el convenio de colaboración con la Facultad de Estudios Superiores (FES) Zaragoza para la realización de proyectos de investigación. Hasta el momento se cuentan con tres protocolos que están en proceso de evaluación por parte de los comités de investigación y de ética en investigación para su posible realización en colaboración. Dichos protocolos son:

1. "Detección de inmunoglobulina a en calostro humano como tamizaje de deficiencia selectiva de IgA en madres y su correlación con infecciones (vías respiratorias y gastrointestinales) en el neonato durante el primer trimestre de vida".

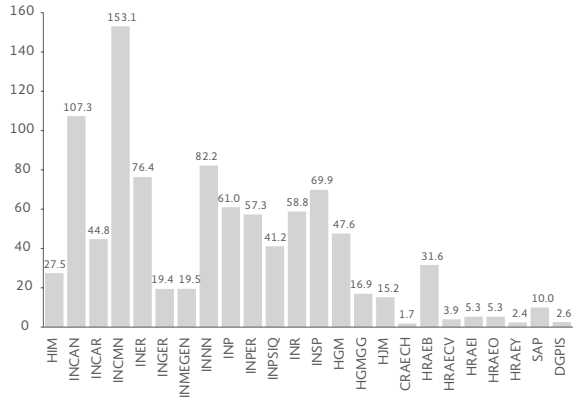
2. "RNA largos no codificantes como biomarcadores tempranos de preeclampsia".

3. "Presencia de biomarcadores supresores de la respuesta inmune en cáncer de cérvix".

En septiembre de 2015 se reconoce al Hospital Nacional Homeopático como Socio-Miembro del Campus Virtual en Salud Pública de la OPS-OMS. Como parte de la gestión de convenios y acuerdos necesarios para compartir infraestructura entre instituciones e investigadores, con el fin de aprovechar la capacidad disponible y favorecer el préstamo y uso de infraestructura, se llevaron a cabo las siguientes acciones:

Como resultado del convenio de colaboración establecido con el CONACyT a través del Consorcio Nacional de Recursos de Información Científica y Tecnológica (CONRICyT) para el acceso a las bases de datos, revistas científicas, electrónicas y libros electrónicos a texto completo, las entidades coordinadas realizaron 960,760 descargas a texto completo, distribuidas de la siguiente forma: INSalud 818,343; HFR 79,718; HRAE 50,195 y otras entidades coordinadas 12,504.

GRÁFICA 5.3 DESCARGAS A TEXTO COMPLETO POR INSTITUCIÓN 2015 (Miles de descargas)



Fuente: Datos estadísticos CONRICYT 2015.

Asimismo **para promover la vinculación de las instituciones y centros de investigación con los sectores público, social y privado**, la UAE coordinó las actividades relacionadas con el Programa Editorial del Gobierno de la República, entre éstas la participación de la Secretaría de Salud en la Feria Internacional del Libro de Frankfurt llevada a cabo del 14 al 19 de octubre de 2015.

Por otra parte, la CSFMEU, a través de diversas acciones y acuerdos de manera bilateral, colabora con programas de capacitación continua, investigación y programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud, en favor de los habitantes de esa región fronteriza, la cual busca promover la construcción de alianzas y estrategias que mejoren la salud, la atención médica y la calidad de vida de los habitantes de origen mexicano en la región fronteriza de ambos países.

La Red Binacional en Salud Fronteriza (RBSF) tiene por objetivo integrar capacidades de individuos y organizaciones del sector público, privado y social de los estados fronterizos para contribuir a la mejora de los retos comunes en las condiciones de salud pública en la frontera México-Estados Unidos a partir de las prioridades establecidas en el programa Frontera Saludable 2020. La Red está integrada por 38 investigadores de universidades de los diez estados fronterizos de México y EEUU. De los 27 miembros investigadores de México, quince pertenecen al SNI.

Asimismo, el Panel de Expertos de Investigación en Salud Fronteriza se reunió en el mes de octubre en Monterrey, Nuevo León, para desarrollar un plan estratégico que permita dar dirección y evaluar la pertinencia de la investigación en salud fronteriza. El Panel está integrado por investigadores de instituciones académicas y de investigación de la región fronteriza elegidos con base en su trayectoria y experiencia en investigación en salud fronteriza y en la atención a poblaciones vulnerables. El Panel de Expertos está conformado por 22 miembros, 20 representando a los diez estados y dos representantes federales.

La CSFMEU y la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) organizaron, en octubre de 2015, en Monterrey, el Foro Binacional de Investigación en Salud Fronteriza. El Foro, tuvo como objetivo proponer el desarrollo de una agenda binacional de investigación en salud de la frontera México-Estados Unidos sustentada en las prioridades de Frontera Saludable 2020 que apoye la toma de decisiones en materia de salud y política pública. Los temas centrales de la discusión fueron: a) Enfermedades crónico-degenerativas, enfermedades infecciosas y salud materno-infantil; b) Salud mental, adicciones, violencia, accidentes y lesiones; y c) Fortalecimiento de la capacidad en investigación: formación de recursos humanos y biblioteca virtual.

A fin de incrementar las habilidades de los usuarios de las unidades coordinadas y promover las vinculación de los mismos, que les permitan fortalecer la publicación de sus trabajos de investigación y optimizar la consulta de las bases de datos, las revistas y los libros electrónicos, la CCINSHAE organizó en el mes de octubre de 2015 el Seminario "Cómo publicar artículos científicos", en el cual participaron 60 investigadores; de igual forma, el 11 y 12 de febrero de 2016, se llevaron a cabo las "Jornadas de Capacitación CONRICyT", con la participación de 86 investigadores, en ambos casos, la sede fue el INER.

Para **fomentar que la investigación atienda a criterios éticos, de pertinencia e integridad científica y protección de los derechos humanos,** los HFR descentralizados cuentan con el Comité de Ética en Investigación; donde se evalúan los proyectos de investigación y se determinan si cumplen con los criterios éticos para que se lleven a cabo.

Para fomentar que la investigación atienda a criterios éticos, de pertinencia e integridad científica y protección de los derechos humanos y el fortalecimiento del SIN, la Secretaría cuenta con el mayor número de investigadores que que pertenecen a primordialmente a las áreas dos, tres y cuatro del SNI, sólo después de la UNAM, la cual registra 4,316 investigadores ocupando el primer lugar.

Entre las instituciones del Sector Salud, el IMSS y el ISSSTE cuentan con 319 y 16 investigadores, respectivamente. En total, la Secretaría registra 1,212 investigadores con reconocimiento en el SNI, los cuales se distribuyeron de la siguiente forma: 1,115 en los INSalud, 75 en los HFR, once en los HRAE y once en otras unidades coordinadas, como los SAP y el CNTS, así como la propia CCINSHAE.

En la búsqueda por fomentar las acciones para extender y mejorar los canales de comunicación y difusión de la investigación científica y tecnológica, la Secretaría ha llevado a cabo acciones al respecto, particularmente en la investigación en ciencias de la salud, por lo que se realizaron reuniones con los INSalud, HFR y HRAE para retroalimentar los resultados del desempeño, reorientar acciones e identificar áreas de oportunidad en materia de investigación en salud. Para ello, en marzo de 2016 se revisaron los anexos estadísticos de trece INSalud, tres HFR y seis HRAE, para validar la información que presentan a sus respectivas Juntas Gobierno 2016.

Se realizaron doce reuniones mensuales con la Comisión Externa de Investigación en Salud, conformada por los directores de investigación de los INSalud, HFR y HRAE, a efecto de coordinar las acciones sustantivas relacionadas con los programas de Estímulos al Desempeño y de Ingreso, Promoción y Permanencia de los Investigadores en Ciencias Médicas (ICM) de la SS; la revisión de la Matriz de Indicadores de Resultado del Programa Presupuestario Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud (E022); la realización del XXI Encuentro Nacional de Investigadores; la convocatoria del FOSISS 2016; y la difusión de información relevante relacionada con la investigación en salud.

Del 26 al 29 de octubre de 2015 se realizó el XX Encuentro Nacional de Investigadores de la SS. Concursaron 137 trabajos, de los cuales se seleccionaron y presentaron 70 en forma oral, divididos en 22 del área clínica; 35 de biomédica, y trece de salud pública y ciencias sociales. En cada área, se premió al mejor trabajo. Asimismo, se premiaron cuatro tesis de maestría, y cuatro de doctorado en diferentes áreas, y tres artículos publicados en revistas de alto impacto (de los grupos IV a VII de la clasificación del Sistema Institucional de Investigadores).

Para fortalecer y optimizar los procesos de evaluación y seguimiento académico de los ICM, se realizó la evaluación de ingreso, promoción y permanencia, así como el otorgamiento de estímulos al desempeño.

Se validó y registró por la SHCP, el Reglamento para el Ingreso, la Promoción y la Permanencia de los ICM de la SS, cuya vigencia es aplicable para los procesos de evaluación 2015, 2016 y 2017. En enero de 2016 se emitió la Convocatoria 2016 de ingreso, promoción y permanencia, en la cual se inscribieron 419 investigadores: 148 para ingreso, de los cuales 141 ingresaron, 79 para promoción, ingresando los 79 y 192 para permanencia, de los cuales 170 permanecieron. Se otorgó el Estímulo a la Permanencia a 1,109 investigadores con un monto de 158 millones de pesos. El número total de investigadores en el Sistema Institucional suman 1,497, de los que están vigentes 1,338 y no vigentes 159. Los investigadores se distribuyen de la siguiente manera: 1,369 en los INSalud, 97 en HFR y 31 en HRAE.

En el mes de mayo de 2016, se emitió la convocatoria para el Estímulo al Desempeño de los ICM de la Secretaría para este año. Se inscribieron 488 investigadores. En el mes de septiembre se darán los resultados.

De septiembre a diciembre de 2015 se publicaron los números cinco y seis, del volumen 67, de enero a junio de 2016 se publicaron los números 1, 2 y 3 del volumen 68 de la Revista de Investigación Clínica (RIC), órgano oficial de difusión científica de los INSalud y Hospitales de Alta Especialidad. La publicación de la RIC está bajo la responsabilidad administrativa de la Secretaría, con el fin de aumentar el factor de impacto de la publicación el cual, en 2014, fue de 0.245. Para 2015 el factor de impacto de la RIC subió 0.23 centésimas para alcanzar un factor de impacto de 0.475. En 2016 su factor de impacto es de 0.477. La RIC ha sido consultada en el ámbito internacional, abriendo una ventana de oportunidad para la colaboración científica.

El Boletín Informativo de la CCINSHAE continua publicándose semanalmente, de manera electrónica, para la difusión de oportunidades de apoyo a la investigación, convocatorias, premios, comunicaciones, becas e intercambios científicos para los investigadores de la SS; así como acciones puntuales de financiamiento directo a la investigación a través del Fondo Sectorial respectivo y de la difusión específica de acceso a financiamiento extranjero, becas y congresos. De septiembre de 2015 a junio de 2016, se han emitido 48 publicaciones del boletín y se han realizado 20,093 visitas.

CUADRO 5.11 CONSULTAS BOLETÍN INFORMATIVO DE LA CCINSAHE, 2015-2016

2015				2016							
Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febreo	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
1,535	1,313	2,143	1,206	1,500	1,820	1,403	1,473	1,500	1,450	1,450	1,800

Fuente: Análisis de consultas. Archivos DGPIS. Sep 2015-Ago 2016.

De septiembre de 2015 a septiembre de 2016 el sitio web Observatorio Institucional de Investigación en Salud (OIIS) se pudo consultar **http://www.ccinshae.salud.gob.mx/oiis/oiis_01.php**, a partir de junio de 2016 el OIIS podrá ser consultado en el sitio www.gob.mx/ insalud, disponiendo de información relevante y confiable, para analizar, medir, evaluar y encontrar alternativas de solución a problemas que enfrenta la investigación para la salud; retroalimentar a las organizaciones que participan en ella, a fin de fortalecer y modificar la planeación de acciones en busca de investigación con calidad.

En septiembre de 2015 inicio actividades el Comité Único (CU) designado para evaluar proyectos de investigación multicéntricos. La finalidad del CU es realizar una sola evaluación y aprobar el protocolo donde participan dos o más centros de investigación y que los centros participantes reconozcan dicha aprobación, sin la necesidad de que cada centro realice más evaluaciones, de esta manera se optimizan los tiempos para iniciar el proyecto de investigación. En los último ocho meses se han evaluado cinco protocolos multicéntricos relacionados con enfermedades infeccionas y emergentes como zika y chikunguya.

Estrategia 5.5.

Fomentar un gasto eficiente en medicamentos e insumos

Con el propósito de **impulsar la compra consolidada de medicamentos e insumos entre las instituciones del sector público** la Secretaría de Salud continuó impulsando la compra consolidada de medicamentos y material de curación para 2016, en la cual se contó con la participación de 17 INSalud y Hospitales Federales de Referencia, y 18 Secretarías de Salud Estatales. Esta compra que fue coordinada por el IMSS durante el último cuatrimestre de 2015, ascendió a más de 48 mil millones de pesos y se espera obtener un ahorro aproximado de 2,521 millones de pesos al cierre del ejercicio 2016.
Asimismo, impulsar la compra consolidada de medicamentos e insumos entre las instituciones del sector público.

En aras de generar evidencia para fomentar un gasto eficiente en medicamentos e insumos la Secretaría de Salud (UAE, SAF, CNPSS) continuó analizando la evolución en el desabasto de medicamentos, con énfasis en aquellos financiados por el Seguro Popular y los adquiridos mediante compra consolidada.

La DGPLADES con la finalidad de consolidar el proceso de negociación de precios de medicamentos e insumos con patente vigente y de fuente única, promovió el fortalecimiento de la cadena de suministro de medicamentos y otros insumos para la salud en las instituciones públicas a través del:

Impulso de la estrategia sectorial de compra pública de medicamentos y otros insumos para la salud mediante la negociación de precios para los insumos con patente vigente o de fuente única a través de la CCNPMIS.

Se contribuyó con la CCNPMIS para llevar a cabo el octavo proceso de negociación de precios que cerró con una lista de 225 medicamentos y otros insumos para la salud con precio y beneficios adicionales negociados aplicables a las compras de medicamentos y otros insumos para salud 2016. El ahorro potencial estimado aplicable al ejercicio podría alcanzar 1,083 millones de pesos para las instituciones compradoras, lo que representa un incremento de 29.2% real respecto al periodo anterior informado que cerró con la negociación de 242 claves y un ahorro potencial de 838 millones de pesos para las instituciones.

Por otro lado, para consolidar el proceso de negociación de precios de medicamentos e insumos con patente vigente y de fuente única.

La UAE continuó participando en los trabajos de la CCNPMIS, así como coordinando los trabajos del Comité de Evaluación Económica.

Por otra parte, el CSG, destaca, como unas de sus funciones sustantivas, la elaboración, actualización y difusión del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud (CBCISS), con el objetivo de fomentar la calidad y el uso racional de los insumos en las instituciones públicas del SNS. Este proceso se lleva a través de la Comisión Interinstitucional del CBCISS, encargada de evaluar las solicitudes de actualización al mismo en función de criterios de trasparencia, eficiencia e incorporación de evidencia científica.

CUADRO 5.12 PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE SOLICITUDES AL CBCISS, PERIODO 1 DE SEPTIEMBRE DE 2015 AL 31 DE AGOSTO DE 2016

COMITÉ TÉCNICO ESPECÍFICO	SOLICITUDES RECIBIDAS
Medicamentos	110
Material de curación	20
Instrumental y equipo médico	18
Auxiliares de diagnóstico	10
Osteosíntesis y Endoprótesis	5
Total	163

Fuente: Elaboración propia con los datos del cuadro número 5.3.

El proceso de actualización del CBCISS es el proceso mediante el cual se incluyen, modifican o excluyen los insumos contenidos en el Cuadro Básico y Catálogo. Este proceso se realiza en tres etapas: valoración, evaluación y dictamen. Durante el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016 se recibieron un total de 163 solicitudes de actualización para todos los Comités Técnicos Específicos del CBCISS.

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

A fin de vigilar la eficiencia en el gasto asignado a la compra de medicamentos e insumos para la salud.

La Secretaría de Salud (UAE-CNPSS) desarrolló la estimación de los precios de referencia de los medicamentos incluidos en el CAUSES y el FPGC.

Con el objetivo de **aplicar esquemas novedosos de compra y abasto de medicamentos** para asegurar su surtimiento la UAE dio seguimiento al proceso de implementación y arranque de operaciones del Sistema de Gestión de Aprovisionamiento de Insumos Médicos (APROMED) para la sistematización de la información de compra de medicamentos.

Banco de Tejidos
Estado de Mexico
Recepción

6. Avanzar en la Construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la Rectoría de la Secretaría de Salud

Estrategia 6.1.

Instrumentar mecanismos para sentar las bases de un Sistema Nacional de Salud Universal

El STCONASA como una instancia administrativa de coordinación de las funciones del CONASA, tiene participación directa en la realización de las reuniones nacionales con el propósito de dar cumplimiento a los objetivos de integración como son: establecer el vínculo entre la Secretaría de Salud del Gobierno Federal y los Integrantes del Consejo, mediante la instrumentación de acciones de coordinación para la consolidación del Sistema Nacional de Salud y la federalización de los servicios de salud; establecer la coordinación entre las unidades administrativas de la Secretaría de Salud y las entidades federativas para el fortalecimiento de los servicios de salud y evaluar los factores que afectan la operación de éstos últimos, para gestionar ante las Áreas Centrales de la Secretaría de Salud, las medidas aplicables.

Con el propósito de afiliar o reafiliar al SPSS a la población sin seguridad social, especialmente aquélla que vive en condición de vulnerabilidad, durante el periodo de septiembre de 2015 a mayo de 2016 el padrón general del SPSS presentó una afiliación acumulada de 54.9 millones de beneficiarios, mientras que la afiliación total de menores de cinco años que gozan de los beneficios del Programa SMS XXI, ascendió a 5.5 millones de niñas y niños.

Por otra parte, la Unidad del Programa IMSS-PROSPERA ha realizado estrategias para incrementar el número de población beneficiaria afiliada al Seguro Popular. Una de las principales ha sido la de concertar con los regímenes estatales de protección social en salud, el establecimiento de módulos de afiliación en los Hospitales Rurales a cargo del Programa. En el periodo se logró la instalación de 22 módulos en hospitales de Chiapas, Puebla, San Luis Potosí, Yucatán, Coahuila de Zaragoza, Zacatecas, Chihuahua, Guerrero, Estado de México e Hidalgo. Asimismo, se han realizado confrontas con la CNPSS para detectar el universo del Padrón que no cuenta con póliza y poner a consideración de los regímenes estatales para afiliación o reafiliación.

Con el fin de **otorgar los beneficios del SPSS a la población cubierta por el Programa PROSPERA** de las poco más de seis millones de familias beneficiarias de este Programa de Inclusión Social en todo el país, 1,606,379 son atendidas, lo que representa una cobertura de 26.2% del total de familias activas que gozan de este beneficio.

De conformidad con los lineamientos emitidos por la Coordinación Nacional del Programa IMSS-PROSPERA, para la ampliación progresiva a las 27 intervenciones en salud pública del CAUSES, este programa logró en 2015 un avance de 81.5% en el ámbito rural (22 intervenciones en promedio nacional) y de 66% en el urbano (18 intervenciones en promedio nacional).

Así como otorgar los beneficios del SPSS a la población cubierta por el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, el total de personas beneficiarias de PROSPERA Programa de Inclusión Social afiliadas al SPSS pasó de 17.4 a 18.6 millones, es decir, tuvo una variación positiva de 6.7 puntos porcentuales.

Con el propósito de **ampliar gradualmente las intervenciones cubiertas por el SPSS**, de septiembre de 2015 a mayo de 2016 se realizó la actualización del CAUSES, donde se revisaron las intervenciones, así como la lista de medicamentos asociados a cada una, en coordinación con los Institutos Nacionales de Salud, por lo que la cobertura del catálogo pasó de 285 a 287 intervenciones, asimismo, se reforzaron cinco intervenciones entre las que se cuenta con la cobertura del virus del chikungunya y zika.

Adicionalmente, durante 2015 se logró financiar 49,807 casos en niños beneficiarios del Programa Seguro Médico Siglo XXI, en las diferentes unidades médicas que integran la red de prestadores de servicios médicos del país. Por su parte, el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos registró dos intervenciones más totalizando 61 intervenciones al incorporar el Síndrome de Turner, así como el Cáncer de Ovario Epitelial. En 2015 se autorizaron recursos por 10,017.5 millones de pesos para la atención de 108,444 casos validados.

Por su parte, la DGPLADES para preparar al sistema para que la persona usuaria seleccione a su prestador de servicios de salud y como parte de las acciones en

favor de la universalización de los servicios de salud en nuestro país, el 7 de abril de 2016, se firmó el Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud por parte de la SS, el IMSS, el ISSSTE y los gobiernos de Baja California Sur, Estado de México y Oaxaca, con el propósito de generar la suma de voluntades y capacidades, así como el desarrollo de acciones coordinadas y articuladas que permitan a la población tener un acceso efectivo con calidad a servicios de salud, a través de diez compromisos entre los que se incluye el Intercambio de Servicios.

En este sentido, para transitar hacia un Sistema Nacional de Salud basado en la coordinación entre las instituciones, se encuentra en proceso la estandarización de los procesos de atención médica y herramientas de trabajo relacionadas con la operación del Programa de intercambio de Servicios, a través del Manual de Lineamientos.

Como parte del intercambio de servicios no planificado las distintas instituciones de Sistema Nacional de Salud cuentan con el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica. El convenio tiene como objetivo proveer servicios médicos con oportunidad y capacidad resolutiva a las mujeres que presenten una emergencia obstétrica y a sus recién nacidos sin importar su derechohabiencia o afiliación, eliminando las barreras de acceso.

Por su parte, la CCINSHAE colabora en esta línea de acción con la implementación de una herramienta informática para la captura de los informes de auto-evaluación reportados por los Directores Generales de los INSalud, lo cual permitirá consultar, de manera rápida, la información reportada y mantener actualizados y unificados los formatos de reporte. Asimismo, se colabora en la realización del sistema de consulta de los catálogos de cartera de servicios de las unidades coordinadas, para ser utilizados en la referencia y contrarreferencia de pacientes.

La Dirección General de Coordinación de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad (DGCHRAE), ha participado en conjunto con los hospitales para aportar sus carteras de servicios para agilizar la referencia y contrarreferencia de pacientes . En el proyecto de análisis y desarrollo de indicadores de alta especialidad y de las herramientas informáticas necesarias, ha mantenido aportaciones constantes, así como en la revisión de los indicadores para la rendición de cuentas integrándolos a los informes presentados.

La DGCHFR inicio la redacción de una propuesta de coordinación interinstitucional que contribuya a la puesta en marcha del convenio firmado por la Secretaria de Salud y otras instituciones el 7 de abril de 2016.

Por otra parte, la UAE coordinó la realización de un estudio de la OCDE sobre el Sistema de Salud en México con la finalidad de evaluar el desempeño del Sistema y formular recomendaciones de políticas públicas para contribuir en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal. En enero de 2016 el estudio fue presentado oficialmente.

Asimismo, la CNPSS se ha encargado de preparar al sistema para que la persona usuaria seleccione a su prestador de servicios de salud, para tal efecto, de septiembre de 2015 a mayo de 2016, se continuó brindando capacitación presencial y en la modalidad a distancia con la participación de aproximadamente 571 y 1,560 personas, respectivamente, en temas como Tutela de Derechos; SUG; Actualización del Manual del Gestor del Seguro Popular y Evaluación del Desempeño del Gestor del Seguro Popular.

Con la finalidad de garantizar a los afiliados del SPSS la efectiva prestación de los servicios médicos en cualquier entidad federativa, de septiembre de 2015 a mayo de 2016, se registraron 35,404 casos interestatales con un importe de 236.9 millones de pesos, siendo las entidades federativas de Jalisco, México, Puebla, Zacatecas y Ciudad de México las que más servicios brindaron.

Con el objetivo de **impulsar la salud en las políticas públicas a través de la planeación intersectorial** en el HRAEPY se cuenta con un Plan Quinquenal y Programas anuales de trabajo autorizados, los cuales están debidamente alineados tanto al PND como al PROSESA.

La DGCHRAE, apoya a los HRAE en la integración de sus programas de trabajo, con una perspectiva de redes integradas de servicios en las regiones en las que se ubican.

De la misma forma, la CCINSHAE, con el afán de alcanzar una integración funcional, logró la coordinación, planeación y ejecución de 81 reuniones con los Directores Médicos, responsables de Enseñanza, Enfermería, Médicos, Residentes, Trabajo Social y Bibliotecas de los INSalud; con el objetivo fortalecer la coordinación sectorial de las entidades y mejorar la atención a la población beneficiada, a través de la evaluación de necesidades y la mejora de la toma de decisiones por parte de los INSalud. Sus resultados más importantes han sido:

- Establecimiento de lineamientos de referencia y contrarreferencia.

- Coordinación de trabajos para la capacitación y logística de atención médica en pacientes con Ébola.
- Capacitación para el análisis de infraestructura y casos de enfermedades respiratorias agudas en época invernal, con la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.
- Coordinación del Programa Hospital Seguro y de Atención de Desastres de las unidades coordinadas.
- Establecimiento del grupo de trabajo de farmacia intrahospitalaria.
- Definición de las necesidades para la política de cero rechazo en las unidades coordinadas.
- Conformación de la encuesta única de satisfacción percibida, para su aplicación en las unidades coordinadas.
- Establecimiento de criterios unificados para los INSalud en la impartición de los cursos de alta especialidad.
- Inicio de trabajos del documento de posicionamiento y propuestas de participación, para su implementación alimentaria y farmacéutica.
- Desarrollo de la Guía de Práctica Clínica de Enfermería, por padecimientos especializados.
- Implementación del programa Hospital Libre de Mercurio, derivado de los cambios en los diferentes instrumentos normativos.
- Evaluación de la capacidad de recursos humanos en enfermería con el modelo de necesidades hora/paciente de acuerdo al nivel de complejidad de atención.
- Conclusión de los trabajos para el Código de Ética de las entidades coordinadas por la CCINSHAE.
- Revisión de Manuales de Procedimientos y de Organización de los INSalud, para su homologación.
- Inicio del desarrollo del diagnóstico Situación de Recursos Humanos de Trabajo Social de la CCINSHAE.
- Inicio del programa académico para la formación de Recursos Humanos en Cuidados Paliativos, según nivel de atención médica.
- Coordinación de la capacitación del Bibliotecario para la atención médica de alta especialidad.

Por otra parte, la UCVPS ha realizado actividades destacadas en materia de Turismo Médico:

- El 20 de octubre de 2015 en México, Ciudad de México; se participó en una Reunión con la COFEPRIS, donde se abordó el tema de "Turismo Médico" con una comitiva de Baja California.
- El 27 y 28 de octubre de 2015 en Tampico, Tamaulipas; el Director General Adjunto para la Coordinación de los Sistemas Estatales de Salud, asistió al Cuarto Foro Regional de Turismo de Salud.
- El 17 de noviembre de 2015 en México, Ciudad de México; se propició el encuentro con personal de la Subsecretaría de Innovación y Desarrollo Turístico para plantear la Propuesta de realización de Foro de Turismo Médico.
- Del 7 al 9 de diciembre de 2015 en Puerto Vallarta, Jalisco; se asistió al VI Congreso de Turismo Médico.
- El 8 de marzo de 2016 se reunieron los Titulares de la Secretaría de Turismo y la Secretaría de Salud, para llevar a cabo la presentación del Proyecto "Turismo de Salud."
- El 8 de abril de 2016, el titular de la Secretaría de Turismo y el Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social se reunieron con diversos actores de la industria privada como Grupo Ángeles, para tratar asuntos de Turismo Médico y generar una estrategia conjunta para continuar los trabajos en la materia.
- El 24 y 25 de abril de 2016, el Director General Adjunto para la Coordinación de los Sistemas Estatales de Salud asistió al Tianguis Turístico 2016 en Guadalajara, Jalisco. El 25 de abril de 2016 se reunió el Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social y personal de la Dirección General Adjunta para la Coordinación de los sistemas Estatales de Salud con un grupo de académicos de la Universidad La Salle, para que éstos presentaran un proyecto de Maestría en Turismo Médico.
- Se desarrollará durante el 2016 un proyecto para generar un distintivo en colaboración con la Secretaría de Turismo, que certifique los servicios de Turismo

Médico, para que los hospitales que cuenten con los requisitos lo obtengan, y se pueda constatar así la calidad de los servicios que se ofertan a la comunidad internacional.

Estrategia 6.2.

Fortalecer la regulación en materia de salubridad general

La COFEPRIS, por su parte, para fortalecer la rectoría de la autoridad sanitaria en 2016, ha destinado 344.4 millones de pesos a la operación del Sistema Federal Sanitario. En lo que va de 2016 se mantuvo el mismo monto del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) a la Comunidad (FASSC) respecto a 2015, con el que se apoyan diversos programas y proyectos destinados a combatir riesgos sanitarios en las entidades federativas.

Con estos recursos se han fortalecido los siguientes programas:

- Calidad Microbiológica de los Alimentos.
- Rastros.
- Zoonosis/Brucelosis.
- Productos de la pesca.
- Uso ilegal del clembuterol.
- Plaguicidas en alimentos.
- Moluscos Bivalvos.
- Agua y hielo purificados.
- Agua de calidad bacteriológica y fisicoquímica.
- Playas Limpias.
- Farmacovigilancia.
- Vigilancia del Tabaco.
- Emergencias Sanitarias.
- Cambio Climático.

Como parte de las acciones que buscan a**ctualizar el sustento jurídico para avanzar en el Sistema Nacional de Salud Universal** y con la finalidad de apoyar al fortalecimiento del marco legal del Sistema Nacional de Salud, la Secretaría de Salud (UAE) realizó análisis técnicos a diversos documentos normativos, así como a diversas iniciativas de reformas discutidas en el Congreso de la Unión.

Por otra parte, el CNTS, elaboró el Anteproyecto de la Norma Oficial Mexicana NOM "Para la disposición de células troncales y progenitoras con fines terapéuticos y de investigación".

Se entregó a la COFEPRIS para que se concluya la Declaración de Impacto Regulatorio, a fin de que se pueda presentar ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, para su aprobación y eventual publicación en Comisión Federal de Mejora Regulatoria (COFEMER) y el DOF.

Como parte de las acciones que buscan **actualizar el marco legal para establecer una planeación interinstitucional única,** el 17 de abril de 2015 se publicó en el DOF el Acuerdo que modifica el diverso por el que se dan a conocer los modelos que se utilizarán como formatos para la expedición del certificado de nacimiento, publicado el 27 de agosto de 2014, el cual contiene la versión impresa y electrónica (certificado electrónico de nacimiento) de estos certificados para su expedición a nivel nacional. Los modelos que se publicaron en dicho Acuerdo, modifican a los publicados el 27 de agosto de 2014, en virtud de que se actualizaron diversas variables para efectos de contar con información de calidad para la toma de decisiones.

En esa misma fecha, se publicaron en el DOF los Lineamientos de Operación del Certificado Electrónico de Nacimiento, los cuales tienen por objeto establecer el procedimiento para la expedición de este certificado, siendo importante destacar que consideran diversas medidas de seguridad, como el uso de firma electrónica avanzada, sellos digitales y registros biométricos. Ambas disposiciones son aplicables al Sistema Nacional de Salud, con lo cual se logra homologar los procesos entre las instituciones del sector.

Por otra parte, con la finalidad de **establecer una unidad administrativa que regule y verifique la calidad de los establecimientos de salud** el CNTS tiene como línea de acción para verificar la calidad de los procedimientos de los Bancos de Sangre, el envío de un panel de Control de Calidad Externo de la RNLBS al cual se convoca a 100% de los bancos de sangre, obteniendo en éste período un incremento en la participación de 77% en Serología y de 73% en Inmunohematología (Cuadro 6.1).

CUADRO 6.1 INCREMENTO EN EL NÚMERO DE BANCOS DE SANGRE QUE PARTICIPAN EN EL PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD EXTERNO

	2014-2015	2015-2016
Serología de la RNLBS.	374	398
Inmunohematología de la RNLBS.	319	382

Fuente: Base de datos del servicio de Serología e Inmuno-hematología.

Asimismo, para **actualizar la regulación de las Instituciones de Seguros Especializados en Salud** de septiembre de 2015 a agosto de 2016 se realizaron ocho visitas de supervisión a las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) para la emisión de diez dictámenes anuales aprobatorios para continuar con su funcionamiento en el mes de diciembre.

En el periodo de septiembre de 2015 a agosto de 2016 se realizaron seis reuniones de trabajo con los contralores médicos, se recibieron 31 informes cuatrimestrales a los cuales se emitieron las observaciones correspondientes, derivado de esto se realizaron nueve reuniones especificas con los Contralores Médicos para asesorarlos en la atención e las observaciones realizadas a los informes cuatrimestrales.

Para **fortalecer la vinculación con las entidades federativas para el seguimiento de las políticas públicas y programas nacionales de salud,** el STCONASA, consciente de la diversidad geográfica, riqueza cultural, complejidad social y pluralidad ideológica que prevalece en nuestro país y que se encuentra inmerso en profundos cambios estructurales, sociales, económicos y políticos, integra todas las propuestas que se presentan en el CONASA para el cumplimiento de las políticas nacionales de salud desde una perspectiva sectorial, tendiente al fortalecimiento de la rectoría de la Secretaría de Salud.

Dentro de los resultados alcanzados por el STCONASA en el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016, se tiene la realización de cuatro reuniones ordinarias del CONASA, llevadas a cabo en diversas entidades federativas, tal como se puede apreciar en el cuadro 6.2

CUADRO 6.2 STCONASA, REUNIONES ORDINARIAS DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD

NÚMERO DE REUNIÓN	SEDE	FECHA	ACUERDOS ASUMIDOS
XI	Chihuahua, Chihuahua	10 y 11 de septiembre de 2015	45
XII	Mérida, Yucatán	26 y 27 de noviembre de 2015	28
XIII	Guadalajara, Jalisco	10 y 11 de marzo de 2016	36
XIV	Ciudad de México, México	23 y 24 de junio de 2016	8

Fuente: Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud.

Asimismo, el Secretariado Técnico, derivados del debate y el consenso que se establece en el pleno del Consejo, da seguimiento a los acuerdos a los que se llegaron durante el desarrollo de las reuniones, mismos que tienen como objetivo lograr un impacto favorable en la salud de los mexicanos. Entre los más relevantes encontramos:

- Abasto de biológicos para el Programa de vacunación universal.
- Prevención y control de dengue y chikungunya.
- Pasantes de medicina y examen nacional para aspirantes a residencias médicas.
- Telemedicina: Sistema de Información en Salud (SIS) y el Observatorio Nacional de Telesalud (ONTS).
- Trasplantes de órganos.

- Salud materna para garantizar el acceso y la calidad de los servicios de planificación familiar y anticoncepción a mujeres en edad fértil con alto riesgo obstétrico.
- Presupuesto en relación con el estatus que guarda la recepción de recursos provenientes del etiquetado (timbrado) derivados del Impuesto Sobre la Renta (ISR).
- Suscribir los Convenios del AFASPE 2016.
- Compra centralizada de insumos para los programas de diabetes y riesgo cardiovascular.
- Servicios subrogados de mastografía.
- Esquema de Acompañamiento Preventivo de Vigilancia Sanitaria.
- Calidad en la información en procesos de acreditación.
- Repercusión de la capacitación del Sistema Integral de Salud.
- Compra consolidada de medicamentos.
- Taller sobre el programa de enfermedades crónicas no transmisibles.
- Recursos humanos: Programa de Profesionalización para la Formación de Residentes en Áreas Prioritarias y
- Estudio de Brechas.
- Actualización y seguimiento de los programas sobre adicciones en la república. Propuesta de nuevas acciones.
- "Modelo de abasto y surtimiento de medicamentos".
- Nueva visión del Programa de UMM.
- Dispensación de medicamentos unidósis en piso hospitalario.
- Acreditación de establecimientos y operación del Programa Presupuestal "G005 regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica.
- "Transversalidad. Seguro Popular-PROSPERA-65 y más. Enlace de salud prospera en tu casa".
- Programas de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública.
- Conectividad en Sitios de Salud.
- Sistema de control y seguimiento de obras (compromisos presidenciales).
- Creación y reestructuración de los centros estatales de trasplantes.
- Comisión Para la Atención Integral de la Migración en la Frontera Sur.
- Desempeño hospitalario regional.
- Intercambio de Servicios Planificado.
- Implementación de un Sistema de Hemovigilancia.
- Encuesta Nacional de Salud de Medio Camino 2016.
- Temas administrativos de prevención y promoción de la salud. Convenios, apéndices e insumos estratégicos.

En el período correspondiente del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016, se votaron y aceptaron 133 acuerdos vinculados al logro de los objetivos, metas y estrategias del PROSESA y al cumplimiento de los Compromisos Presidenciales.

Como parte de las atribuciones conferidas al Secretariado Técnico y en consideración a la situación geográfica de las entidades federativas, realiza reuniones regionales y los acuerdos tomados se suman a los de las reuniones nacionales para su seguimiento. Las reuniones realizadas en el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016 se muestran en el cuadro 6.3.

CUADRO 6.3 STCONASA, REUNIONES REGIONALES

REGIONES	REUNIONES
Norte	2 reuniones, 16 de octubre de 2015, y 26 de febrero de 2016
Centro	2 reuniones, 9 de octubre de 2015, y 19 de febrero de 2016
Sur Sureste	2 reuniones, 30 de octubre de 2015 y 12 de febrero de 2016

Fuente: Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud.

El Secretariado Técnico del CONASA, en el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto del presente año en curso, también participó en 147 reuniones de órganos de gobierno de los OPD de los SESA, 111 de carácter ordinario y 36 extraordinario; en 25 reuniones ordinarias de Junta de Gobierno de HRAE, 24 de carácter ordinario y un extraordinario; en 27 reuniones de Consejos Estatales de Salud; en cinco reuniones del Régimen Estatal de Protección Social en Salud; en diez reuniones del Programa "Hospital Seguro"; en una reunión del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades y en dos reuniones de la Comisión de Homenajes de la Secretaría de Salud.

Para **fortalecer los mecanismos para integrar la información del Sistema Nacional de Salud al Sistema Nacional de Información en Salud** durante noviembre y a partir de diciembre de 2015, en conjunto con la COFEPRIS, se trabajó en un Cuestionario de Información en Salud, el cual es entregado en visitas de verificación a establecimientos de salud con la finalidad de identificar aquellos que no reportan información o no cumplen con la NOM-024-SSA3-2012 En materia de información en salud y la NOM-024-SSA3-2012 Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud y aumentar el número de establecimientos que reportan al Sistema Nacional de Información en Salud.

Estrategia 6.3.

Fortalecer las acciones de supervisión, evaluación, control y transparencia de programas, proyectos y procesos en materia de salud

Con la finalidad de desarrollar un sistema nacional de evaluación en salud como parte de las actividades orientadas **a desarrollar un sistema nacional de evaluación en salud**, se participó en seis reuniones ordinarias del Comité Técnico Especializado del Sector Salud, que es un órgano de participación y consulta para diversas instituciones del sector salud, cuyo objetivo principal es la coordinación sectorial en materia de información estadística en salud.

También se forma parte del Comité Técnico Especializado en Información de Juventud (CTEIJ), donde se participó de manera activa en ocho reuniones de los grupos de trabajo establecidos. El primero fue el Grupo de trabajo para la Revisión del Cuestionario de la Encuesta Nacional de Juventud; donde se elaboró la propuesta de cuestionario y la prueba piloto. Asimismo se revisaron diferentes proyectos y sus características, en particular, los cuestionarios para solicitar al INEGI el cálculo de tabulados especiales sobre la población joven. El segundo fue el Grupo de Trabajo para la Construcción de Propuestas de Indicadores para el Catálogo Nacional de Indicadores. En este último se está participando en la elaboración de fichas técnicas de los Indicadores, con la finalidad de contribuir en la obtención de información que refleje la realidad y el contexto en el que viven los jóvenes de entre las edades de 12 a 29 años en México.

Asimismo, la DGED participa activamente en las reuniones mensuales del CEMECE, en la promoción y uso correcto de la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS, dando seguimiento a las actualizaciones realizadas a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10) y en la Clasificación de Procedimientos en Medicina (CIE-9MC), además de colaborar en los grupos de trabajo del Centro.

Por otra parte, en el CRAE a través del sistema implementado por la SFP ser realiza la evaluación anual del desempeño del personal de mandos superiores y medios, de igual forma se continua atendiendo las evaluaciones de desempeño a través de la aplicación de las cédulas de productividad para el personal operativo.

La DGCHRAE ha participado en las evaluaciones del desempeño hospitalario de los hospitales coordinados, en la mejora y elaboración de indicadores tanto para la MIR como para los informes de rendición de cuentas y de autoevaluación.

Con el objetivo de **establecer mecanismos de monitoreo y difusión de indicadores de calidad que permitan evaluar el desempeño de los servicios,** el proyecto de Evaluación del Desempeño Hospitalario iniciado por la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED), en 2014, ha tenido continuidad hasta el primer semestre de 2016. Dentro de las actividades más importantes realizadas en el periodo septiembre de 2015 y agosto 2016, se tiene las siguientes:

El Grupo de Trabajo en Materia de Evaluación del Desempeño Hospitalario tuvo su segunda reunión el 22 de octubre de 2015, dicha reunión contó con la participación de las áreas de planeación y directivos hospitalarios de las entidades de Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Colima, Michoacán de Ocampo, Morelos, Nuevo León, Puebla, Querétaro, Sonora y Veracruz de Ignacio de la Llave; representantes a nivel federal de DGIS, DGCES, DGPLADES, CCINSHAE y la Comisión Nacional de Bioética

(CONBIOÉTICA); y asesores de la OPS y la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS). En esa segunda reunión del grupo de trabajo se presentaron los resultados preliminares de nueve indicadores a nivel nacional, y por entidad federativa, así como por grupos de hospitales y a nivel de unidad hospitalaria, y una propuesta de una calificación global con datos del año 2014 para los hospitales de la Secretaría de Salud Federal y los SESA.

Con los comentarios recibidos a partir de la reunión antes mencionada y la revisión de resultados, en diciembre de 2015 se publicó la Revista **MH 2015 Mejores Hospitales de las Secretaría de Salud Federal y SESA.**

La **Revista MH 2015** es un primer ejercicio que integra una clasificación de hospitales y que permite realizar un análisis comparativo a nivel unidad hospitalaria, con una estimación de nueve indicadores en las dimensiones de efectividad, eficiencia y pertinencia.

http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/58338/MH_2015.pdf.

a) La efectividad se refiere al grado en que los servicios de salud alcanzan los resultados deseados, y los indicadores más representativos de este grupo son:

   1. Tasa de mortalidad general intrahospitalaria estandarizada.
   2. Tasa de mortalidad intrahospitalaria neonatal.
   3. Tasa de mortalidad intrahospitalaria por Infarto Agudo al Miocardio estandarizada.
   4. Tasa de mortalidad intrahospitalaria por Enfermedad Cerebro Vascular estandarizada.

b) La eficiencia denota la capacidad de los servicios para utilizar óptimamente los recursos disponibles sin disminuir los logros deseables y alcanzables. Los indicadores más usados de este grupo son:

   5. Porcentaje de ocupación hospitalaria.
   6. Promedio de días de estancia hospitalaria.
   7. Intervalo de sustitución.
   8. Porcentaje de hernioplastías resueltas como cirugías de corta estancia.

c) La pertinencia apunta a que las intervenciones clínicas deben ser sólo las adecuadas y necesarias para atender las necesidades del paciente, considerando las mejores evidencias disponibles. El mejor ejemplo de este grupo es:

   9. Porcentaje de cesáreas.

En enero de 2016 se iniciaron los trabajos para la Estimación de Indicadores de Desempeño Hospitalario del Sector Público de Salud (SS, IMSS, ISSSTE y el Programa IMSS-Prospera) con datos del año 2014. A partir del segundo trimestre de 2016 se ha venido trabajando una propuesta de clasificación de hospitales del Sector Público de Salud, a través del uso de la metodología estadística de análisis de conglomerados y análisis discriminante, considerando entre las variables más importantes aquellas relacionadas con los recursos humanos, infraestructura física y equipo de alta tecnología. La conformación de los grupos de unidades hospitalarias es indispensable pues a partir de ésta es donde se lleva a cabo la comparación entre cada una de las unidades de la SS, IMSS, ISSSTE y el Programa IMSS-Prospera.

De manera paralela al análisis de indicadores cuantitativos, se ha venido trabajando en aspectos que apoye a reforzar la gestión de los servicios de salud. Destaca el apoyo técnico brindado por la OPS, en coordinación con la DGEG, para llevar a cabo el Taller para Gestores: Gestión Productiva de Servicios de Salud que se llevó a cabo los días 12 y 13 de noviembre de 2015, dirigido a los directivos de hospitales comunitarios, generales y de alta especialidad, así como a algunos otros representantes de los SESA.

Dando continuidad a las iniciativas dirigidas a la gestión, la DGED, en colaboración con la DGPLADES y con la Representación en México de la OPS, realizó como parte de la primera reunión del grupo de trabajo, del 4 al 7 de abril de 2016, el Taller para Equipos de Trabajo: Gestión Productiva de Servicios de Salud. En el taller participaron representantes de los equipos gubernamentales de la DGPLADES; de la DGCES; de la Unidad de Análisis Económico UAE; de la CCINSHAE; de las direcciones de Planeación, Atención Médica y Servicios de Salud, Administración y Finanzas de los SESA en Baja California Sur, Colima, Durango, Guerrero, Hidalgo, Michoacán de Ocampo, Morelos, Puebla, Querétaro, Sonora, Tabasco y Veracruz de Ignacio de la Llave. También se logró la participación de 24 equipos hospitalarios, que fueron capacitados de forma presencial y desde una plataforma virtual.

En el marco del tema hospitalario, de enero a abril de 2016 la DGED generó una propuesta de ficha hospitalaria, el cual es un documento de una cuartilla, con información

sintetizada de temas de relevancia como, infraestructura, recursos humanos, desempeño hospitalario, certificación e intercambio de servicios, por mencionar algunos y que tiene el propósito de proporcionar información básica que muestre la situación general de los hospitales que el Subsecretario visita. La propuesta fue trabajada en colaboración con la Coordinación de Asesores de la SIDSS, DGCES, DGPLADES, CENETEC y DGIS.

A partir de las acciones antes mencionadas, surgió el proyecto de Implementación de la Evaluación del Desempeño Hospitalario, como **Proyecto de Mejora DGED ante la SFP**, actualmente se está en fase III de seguimiento del plan que cubre parte de las acciones referidas en párrafos anteriores y tiene una vigencia de abril 2015 a marzo 2018, donde se contemplan las actividades antes mencionadas y las programadas en 2016.

Por otro lado, en el marco del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica, la DGED presentó en la primera reunión de marzo de 2016 el Plan de Trabajo para este año, que corresponde al Grupo de Trabajo para la Evaluación de la Aplicación de las Guías de Práctica Clínica. Al respecto el Grupo de Trabajo Estratégico (GTE) de Evaluación de Guías de Práctica Clínica, sesionó en mayo y septiembre de 2015 para dar continuidad al plan de trabajo. Aunado a ello, la DGED presentó en noviembre de 2015 los avances en los indicadores de difusión de las Guías de Práctica Clínica. Estos indicadores son una aportación metodológica para evaluar la difusión y formarán parte del Manual Metodológico para la Evaluación de la Aplicación de las Guías de Práctica Clínica para el Sistema Nacional de Salud.

Aunado a ello y como parte de las actividades periódicas de los Grupos de Trabajo Estratégico, de septiembre de 2015 al mes de agosto de 2016 se participó en doce reuniones ordinarias de los GTE a través de los cuáles se emitió opinión sobre el proceso de desarrollo de GPC y los temas de difusión e implantación de las mismas. En relación con los criterios de priorización para desarrollo de GPC, en febrero de 2016 la DGED presentó al interior del GTE el informe preliminar sobre la Salud de los Mexicanos 2015 y la Carga de la Enfermedad, con la finalidad de aportar información de apoyo para la conformación del universo prioritario de GPC. Los temas más importantes giraron en torno a la esperanza de vida al nacimiento, la mortalidad por enfermedades crónicas no trasmisibles, la pérdida de años de vida saludable por principales causas y los factores de riesgo para la salud.

Como parte de las acciones de rectoría, se revisaron los indicadores de la MIR que evalúa el desempeño en las actividades sustantivas de los HRAE, logrando una mejora y orientación a la alta especialidad.

Se han creado en colaboración con las entidades coordinadas nuevos indicadores que permitirán mostrar las acciones de alta especialidad en los diferentes órganos colegiados.

En el HRAEPY se realizan juntas trimestrales con los responsables de los indicadores del desempeño, en conjunto con la alta dirección, con el objetivo de revisar y retroalimentar el avance de cada uno.

Como parte de las tareas dirigidas a **optimizar los procesos para la rendición de cuentas de los programas y recursos públicos invertidos en la atención**, se desarrolló el documento Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2015 "Diagnóstico General de la Salud Poblacional" (ISSM2015) en colaboración con el INP. Este informe presenta un panorama del estado de salud de la población en México a través de indicadores relacionados con la mortalidad, morbilidad y los factores de riesgo a los que se encuentran expuestos los mexicanos. Es importante señalar que por primera vez se incluyeron los resultados del estudio sobre la carga global de la enfermedad a nivel estatal, el cual constituye un esfuerzo científico sistemático para cuantificar la magnitud comparativa de las pérdidas de salud por enfermedades, lesiones y factores de riesgo. El documento está disponible en:
http://www.gob.mx/salud/documentos/informe-sobre-la-salud-de-los-mexicanos-2015?state=published

El Ejecutivo Federal tiene la responsabilidad constitucional de presentar un informe en el que se manifieste el estado general que guarda la administración pública del país, al respecto, por atribución La DGED es la responsable de la integración del informe escrito y del anexo estadístico del apartado de Salud del Informe de Gobierno, así como de la información relacionada con las estrategias transversales y otros objetivos del PND en lo que concierne al Sector Salud y que son coordinadas por la Secretaría de Gobernación, Secretaría de Desarrollo Social, INMUJERES y la CDI.

Como parte de las actividades de seguimiento en el Ramo 12 Salud, respecto de los indicadores del PND 2013-2018 y de los Programas derivados del mismo, correspondientes a dicho Ramo, la UAE coordinó la integración del Tercer Informe de Ejecución del PND y coordinó la elaboración del Informe de Logros 2015 del PROSESA.

Por otra parte, la DGED tiene entre sus principales atribuciones: coordinar las evaluaciones de los programas prioritarios y especiales de salud; desarrollar acciones para evaluar el funcionamiento de las unidades de atención médica, y evaluar el desempeño de los sistemas de salud.

En función de lo establecido en el Programa Anual de Evaluación 2015, publicado por el Consejo Nacional de Evaluación del Desarrollo Social (CONEVAL); la SFP, y la SHCP; la DGED ha dado cumplimiento a lo establecido en los calendarios de ejecución de los programas anuales de evaluación 2015 y 2016.

Además, de acuerdo a lo establecido en el artículo 77 de la Ley General de Desarrollo Social, el CONEVAL coordina el proceso de revisión y de aprobación de los indicadores de programas sociales; para ello, y como parte de la estrategia implementada para la aprobación de los mismos se revisó el diseño de sus indicadores, con base en la MIR. Dicho proceso incluye la participación de la SS, mediante la DGED, como unidad de evaluación en el área. Las mesas técnicas incluyeron un análisis específico, mediante la integración de un grupo de trabajo integrado por funcionarios del CONEVAL, SHCP, ASF, DGED y por representantes de los propios programas, así como de expertos estadísticos y temáticos. La emisión del dictamen incluyó el envío de la información correspondiente a la Cámara de Diputados, por conducto de la ASF y a la SHCP para que emitan las recomendaciones que estimen pertinentes. Este ejercicio incluyó a los funcionarios que operan los programas, dado que solo ellos tienen la experiencia y conocen plenamente los procesos y las áreas susceptibles de mejora. Los programas participantes en dichas asesorías del 1o. de septiembre de 2015 al 30 de agosto de 2016, fueron: Seguro Popular (U005); Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes (U008); Vigilancia epidemiológica (U009); Seguro Médico Siglo XXI (S201) y Calidad de la atención médica (S202), en julio de 2016.

En el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 30 de agosto de 2016, de acuerdo con el Artículo 37 del Presupuesto de Egresos de la Federación, le corresponde al "Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social normar la evaluación del SPSS", por lo cual se presentó al Comité Directivo, órgano directivo conformado por seis investigadores, elegidos democráticamente por convocatoria pública, para su aprobación de la agenda de evaluación de los programas: Seguro Popular (U005) y Seguro Médico Siglo XXI (S201).

En seguimiento a las actividades del (PAE) 2016, y derivado de la nueva estructura programática en 2016, se mandataron diez evaluaciones en materia de Diseño a los programas presupuestarios: Formación y capacitación de recursos humanos para la salud (E010), Protección y restitución de los derechos de las niñas, niños y adolescentes (E041), Regulación y Vigilancia de los Establecimientos y Servicios de Atención Médica (G005), Rectoría en Salud (P012), Prevención y Control de Enfermedades (P018), Salud Materna, Sexual y Reproductiva (P020), Fortalecimiento a la atención médica (S200), Apoyos para la protección de las personas en estado de necesidad (S272), Protección Social en Salud (U005) y Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes (U008); las cuales se entregaron el 29 de julio a las diferentes instancias de coordinación, adicionalmente se establecieron dos de Consistencia y Resultados: Asistencia Social y Protección del Paciente (P013) y Prevención y atención del VIH/SIDA y otras ITS (P016); las cuales se entregarán a la instancia de coordinación a más tardar el 15 de diciembre, todo lo anterior en coordinación con el CONEVAL y la Unidad de Evaluación del Desempeño de la SHCP.

En el mismo PAE se estableció la necesidad de elaborar 17 Fichas de Monitoreo y Evaluación, a igual número de programas presupuestarios de Desarrollo Social: Formación y Capacitación de Recursos Humanos para la Salud (E010), Investigación y desarrollo tecnológico en salud (E022), Atención a la Salud (E023), Prevención y atención contra las adicciones (E025), Programa de vacunación (E036), Servicios de asistencia social integral (E040), Protección y restitución de los derechos de las niñas, niños y adolescentes (E041), Programa de Atención a Personas con Discapacidad (S039), Fortalecimiento a la atención médica (S200), Seguro Médico Siglo XXI (S201), Calidad en la Atención Médica (S202), Programa de Desarrollo Comunitario "Comunidad DIFerente" (S251), Apoyos para la protección de las personas en estado de necesidad (S272), Protección Social en Salud (U005), Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes (U008), Vigilancia epidemiológica (U009) y Fortalecimiento de los SESA (U012), la cuales han sido entregadas al Consejo Nacional de Evaluación del Desempeño para su revisión y aprobación. Las Fichas de Monitoreo y Evaluación se entregan a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados y la SHCP para apoya el proceso de planeación del Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2017, por lo cual se entregaron el 29 de agosto.

Asimismo, la SS llevó a cabo la Segunda Reunión de Homologación de Criterios de Monitoreo y Evaluación del FASSA, los días 28 y 29 de septiembre de 2015. Se trató de un evento organizado por la DGED. El objetivo de esta reunión fue lograr un mayor acercamiento con los responsables de los programas presupuestarios, en específico del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) y así mejorar la gestión administrativa del Ramo 33, para superar las dificultades técnicas y metodológicas en el proceso de conceptualización, contratación y desarrollo de evaluaciones.

Durante la reunión se registró la asistencia de 84 directores de planeación y de evaluación/programación de los SESA, o de sus representantes, de 31 entidades federativas. Durante la reunión se compartió un análisis de los cambios realizados por la SHCP a la estructura del FASSA para 2016, así como el buscar asociar los recursos del fondo con resultados en salud, para facilitar la evaluación del mismo. Adicionalmente, se expusieron los avances del tablero de indicadores de resultados del PROSESA. También durante la reunión se presentaron los avances del modelo de evaluación de indicadores de desempeño hospitalario y por último se presentaron los criterios que deben cumplir las evaluaciones que realicen las entidades federativas al FASSA de acuerdo al marco normativo vigente por ´parte de la SHCP.

Asimismo, con el objetivo de **incrementar el desarrollo de herramientas de evaluación para el diseño de políticas públicas** se actualizaron los Indicadores de Resultado y se están revisando sus Fichas Técnicas, a efecto de que reflejen la existencia de información actualizada. Dichos indicadores fueron aprobados por el CONASA desde el año 2002 y tienen como propósito evaluar el desempeño de los sistemas de salud vinculados a las condiciones de salud, disponibilidad y accesibilidad, calidad técnica e interpersonal, aceptabilidad, eficiencia, sustentabilidad y anticipación. Los principales usuarios de estos resultados son los SESA. En la siguiente página web están disponibles las Fichas Técnicas, así como una herramienta de consulta interactiva de estos indicadores: **http://www.gob.mx/salud/documentos/indicadores-de-resultado-de-los-sistemas-de-salud?state=published**

Con la finalidad de **fomentar el uso de herramientas de evaluación para el diseño de políticas públicas** y dar continuidad a los indicadores del PROSESA 2013-2018, se llevó a cabo el levantamiento de la "Encuesta 2015 para el Seguimiento de los Indicadores del PROSESA", que tuvo como objetivo principal generar información que permitiera estimar los avances en materia de obesidad infantil y en adolescentes, así como del surtimiento de recetas médicas de acuerdo a lo establecido en el PROSESA 2013-2018. Dicho instrumento tiene representatividad nacional y estratificación urbana y rural. También, se captó información sobre las características sociodemográficas de los integrantes del hogar, la situación de salud y utilización de servicios de salud, difusión, aceptación y utilización del Seguro Popular, uso de servicios ambulatorios de salud en las dos últimas semanas así como hábitos alimenticios y estado de salud en el hogar. El informe final, la base de datos y los anexos de la encuesta son de dominio público y se pueden consultar en: **http://www.gob.mx/salud/documentos/encuesta-2015-para-el-seguimiento-de-los-indicadores?state=published**

Además, entre octubre de 2015 y enero de 2016, se actualizaron los avances obtenidos en los 16 indicadores del PROSESA 2013-2018, se desagregaron por entidad federativa con la finalidad de identificar las contribuciones de las entidades a los avances de la meta a 2018 y se presentaron mediante una herramienta interactiva para facilitar la consulta de los ciudadanos. Bajo esta línea, se difundió una nota explicativa en lenguaje ciudadano, para facilitar la comprensión de estos indicadores así como su evolución. También, entre noviembre de 2015 y marzo de 2016, en coordinación con la UAE se elaboró el Tercer Informe de Ejecución del PND, para lo cual la DGED recabó las actividades de las Unidades Administrativas de la SIDSS. De forma similar se llevó a cabo el Informe de Logros correspondiente al año 2015. Toda la información relativa al PROSESA 2013-2018 está disponible en la siguiente página electrónica: **http://www.gob.mx/salud/documentos/seguimiento-de-metas-del-prosesa-2013-2018?state=published**

Actualmente como rectoría se trabaja en la modificación de los indicadores de evaluación del desempeño y de la MIR, a fin de hacerlos más adecuados a la alta especialidad y poder rendir cuentas sobre las políticas de salud en las que participan las entidades coordinadas.

Además, se han instrumentado acciones de auditoría clínica para mejorar la efectividad de las prácticas apegadas a las guías médicas en cumplimiento de los mejores estándares internacionales.

Con el objetivo de **desarrollar indicadores de productividad de uso de los recursos** y como parte del seguimiento a los indicadores del PROSESA 2013-2018 la UAE actualizó tanto el indicador "gasto catastrófico en el primer quintil de ingreso" como el análisis del gasto catastrófico y empobrecedor en salud considerando información de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares (ENIGH) 2014. Los resultados de las actualizaciones forman parte de la Información de Interés Nacional e Indicadores Clave así como de los Indicadores de Inclusión Social que publica la propia Secretaría de Salud.

Por otra parte, se evalúa el desempeño de los HRAE en cumplimiento de las acciones de rectoría en área como el control interno, cumplimiento normativo y de ejercicio presupuestal.

En 2015, se inició el proyecto de gestión productiva de servicios de salud para mejorar el control de costos. Los HRAE de Oaxaca y de la Península de Yucatán y se continuará su implementación con herramientas para la mejora de la calidad de la atención.

Estrategia 6.4.

Integrar un sistema universal de información en salud

A fin de **consolidar el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica** todos los HRAE, mantienen programas muy estructurados para la vigilancia y atención de las infecciones en pacientes hospitalizados con capacitación permanente del personal.

Para el cierre del año 2015 se contó con una tasa de Infecciones Nosocomiales por 1,000 días de 12.51 y para el cierre 2016 se espera que este alrededor de 12.

En el CRAE se ha implementado el "Programa integral para prevención" de IAAS con actividades permanentes de vigilancia y capacitación al apego de higiene de manos, así como precauciones estándar.

Elaboración de manual de procedimientos de limpieza y desinfección de material y superficies, así como difusión y capacitación.

Creación del Subcomité de RPBI, con capacitación en la clasificación, disposición y almacenamiento del mismo.

En el HRAEPY la unidad de vigilancia epidemiológica realiza la recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre las condiciones de salud y sus determinantes. El análisis e interpretación de esta información permite establecer las bases y facilitar su difusión para la toma de decisiones. Dirigida a la vigilancia de las enfermedades transmisibles, e infecciones asociadas a la atención en salud. En este último rubro determinar acciones para la prevención y control de las infecciones nosocomiales, mejorando así la calidad de la atención médica, que se prestan en el HRAEPY.

Con la búsqueda activa e intencionada de enfermedades transmisibles e infecciones asociadas al cuidado de la salud, con estadística fidedigna que revele áreas de oportunidad. Reduciendo las complicaciones que ocasionan las infecciones nosocomiales y sus consecuencias, como son la prolongación de la estancia hospitalaria, la mortalidad y sus costos. Limitando de esta manera riesgos en el personal de salud y evitar transmisión de enfermedades infecciosas.

1. El reforzamiento del sistema de vigilancia epidemiológica con personal, altamente capacitado y comprometido con los objetivos del mismo, sumándose a equipo de trabajo Infectólogo.
2. Capacitación constante al personal en la técnica de lavado de manos y los cinco momentos del lavado de manos.
3. Disposición de insumos correctos para el lavado de manos, con un resurgimiento adecuado, en instalaciones hospitalarias como al personal de salud.
4. Disminución de la tasa de infecciones nosocomiales en los diferentes sitios de presentación.
5. Apego a las políticas y procedimientos de colocación y manejo de catéteres centrales en 100% de las visitas de verificación. En colaboración estrecha con el equipo de clínica de catéteres certificado. Aplicando el Bacteriemia CERO.
6. Empleando métodos adecuados de limpieza, desinfección y esterilización de equipos dentro y fuera de la central de esterilización.
7. Realizando el manejo adecuado de la ropa sucia y la ropa de cama en 100% de las visitas de verificación.
8. Realizando el control microbiológico de los alimentos en 100% de los controles programados.
9. Realizando el control microbiológico del personal que interviene en la preparación de alimentos en 100% de los controles programados.
10. Cumpliendo en 100% los niveles de cloración del agua normados en el hospital.
11. Realizando el control de calidad microbiológica del agua en 100% de los controles programados.
12. Realizando el correcto manejo y desecho de punzocortantes y agujas, fluidos corporales y materiales contaminados, sangre y hemoderivados, partes corporales y desperdicios derivados de la manipulación de cadáveres en 100% de las visitas de verificación.

13. Impartiendo 90% de las sesiones de educación y capacitación programadas sobre prácticas de control de infecciones a personal clínico, no clínico, pacientes y familiares.

14. Supervisando el cumplimiento de la desinfección y las adecuadas condiciones de materiales de reusó en 100% de las visitas de verificación.

15. Realizando diariamente la vigilancia activa de enfermedades transmisibles así como infecciones asociadas a la atención en salud. De igual manera la identificación oportuna de brotes.

16. Identificación oportuna de enfermedades transmisibles en el personal de salud, con la finalidad de controlar y evitar propagación.

17. Cumplir el protocolo de manejo de exposición accidental del personal a punzocortantes y fluidos en 100% de los casos.

Para **fomentar la adopción y uso de sistemas de información de registro electrónico para la salud (SIRES)** la DGIS continúa con el Procedimiento de Evaluación de la Conformidad de la Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012 Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información; en este sentido, se han llevado a cabo 21 verificaciones en total.

De septiembre de 2015 a abril de 2016 se realizaron diez verificaciones y a la fecha se han certificado un total de nueve Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud.

Por otra parte, para **instrumentar el Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud** se llevó a cabo la coordinación de los grupos interinstitucionales que la DGIS tiene a su cargo: el Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud (CTESS) y el CEMECE, ambos conformados por diversas instituciones del sector salud y de otros sectores. En relación con el CTESS, se realizaron las seis reuniones que se tenían programadas en 2015, apoyando la integración sectorial y logrando consensos en materia de información en salud para la toma de decisiones.

El CEMECE ha llevado a cabo sus reuniones de trabajo ordinarias de forma regular, en donde se da seguimiento a los planes de trabajo establecidos en cada periodo. Además, con apoyo de la OPS México, coordinó la Segunda Reunión de Centros Colaboradores de la OMS en México, que sirvió como marco para conmemorar los 30 años de la creación del Centro en junio de 2015. Se han impartido 24 cursos al interior de la República Mexicana (962 personas capacitadas) sobre la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS, principalmente codificación con la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10), la Clasificación de Procedimientos en Medicina (CIE-9MC) y sobre el uso de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Asimismo, se impartió capacitación sobre el correcto llenado del Certificado de Defunción a 464 médicos y personal de estadística a nivel estatal; y en otras instituciones del Sistema Nacional de Salud. En el ámbito internacional, en Ecuador se capacitó a un total de 98 personas, sobre el uso de la CIF y se realizaron tres cursos de la CIE-10 en República Dominicana, Nicaragua y Chile. En mayo de 2015, el CEMECE participó en el taller subregional sobre la codificación de mortalidad atribuida a enfermedad renal crónica por causas no tradicionales (ERCnt), trabajo que fue en colaboración con la Comisión Argentina de Clasificación de Enfermedades (CACE) y coordinado por la OPS, el cual se llevó a cabo en la Ciudad de Managua, Nicaragua, donde 26 personas de diferentes países participaron: Nicaragua, Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá y República Dominicana. En agosto de 2015, el CEMECE fue invitado República Dominicana a participar con la ponencia de la FCI-OMS dentro del taller de accidentes de consumo organizado por la OPS donde participaron 50 personas.

En cuanto a formación de instructores, en mayo de 2013 se desarrolló el segundo curso internacional para la formación de instructores en la CIF, en el que se instruyó a personal de Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador y México. Y en noviembre de 2015 se llevó a cabo el Onceavo Curso Internacional para la Formación de Instructores en Codificación Médica con la CIE-10 donde fueron capacitados 32 codificadores de Bolivia, Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Honduras, Nicaragua, Panamá, Perú, República Dominicana y México.

En julio, con el apoyo de la OPS el CEMECE llevó a cabo un curso-taller sobre la BIRMM para países de la Región de América Latina; participaron 80 personas entre médicos, especialistas, epidemiólogos y codificadores de Argentina, Cuba, Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, República Dominicana, Panamá, Paraguay y Perú.

El CEMECE, por otra parte, tradujo al español e incorporó las actualizaciones a los volúmenes uno, dos y tres de la CIE-10 para aplicarlas en México a partir del año 2014. Después de la revisión por parte de la OPS, actualmente

se cuenta con la versión actualizada y en español de esta clasificación. Cabe agregar que se actualizó el curso de autoenseñanza e-learning sobre la CIE-10 elaborado por el CEMECE, el cual está disponible en la página de internet del Campus Virtual en Salud Pública de la OPS.

Asimismo, el CEMECE ha continuado su labor de asesoría en materia de la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS a los países de América Latina; y ha continuado dentro de sus actividades con la BIRMM en todo el país en 2014, en coordinación con las instituciones de salud de México. Esta actividad contribuye al rescate aproximadamente de 35% de muertes maternas clasificadas de forma errónea al comienzo del proceso de registro. Este trabajo fue presentado como un ejemplo de buenas prácticas en los países de la VI Reunión de la Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información de Salud (RELACSIS) en Bogotá, Colombia con lo cual se logró que dentro de esta red se estableciera un grupo donde los países interesados puedan replicar el modelo de esta investigación. En 2014, el CEMECE publicó los resultados de la BIRMM en la revista Salud Pública de México.

De igual manera, en coordinación con la RELACSIS, el CEMECE participó por tercer año consecutivo (2013-2015) en la elaboración del curso de Codificación de Información Médica con la CIE-10 que coordinaron los Centros Colaboradores de Argentina y México; y que estuvo dirigido a 72 alumnos de diversos países de la región: Argentina, Paraguay, Uruguay, Ecuador, Perú, Colombia, Chile, República Dominicana, Guatemala, Panamá, Costa Rica, El Salvador, Nicaragua y México. Además, participó con representantes de Chile y Uruguay, bajo la coordinación de la OPS, en la elaboración del curso web del Correcto Llenado del Certificado de Defunción dirigido a médicos con la finalidad de mejorar los registros de mortalidad. Actualmente el curso está abierto para cualquier médico interesado en el tema.

Como parte de los acuerdos en la RELACSIS, en 2014 y 2015, el CEMECE dio capacitación y asesoría en la instalación y operación del sistema de codificación automatizada de causa de muerte (MMDS, por sus siglas en inglés), adaptado por México. Los países que se beneficiaron de esta capacitación fueron: Argentina, Uruguay, Paraguay, Guatemala, Costa Rica, Colombia, Honduras, Panamá y República Dominicana. Para esta actividad se recibió apoyo financiero de la OPS México.

Asimismo, se impartieron seis cursos de capacitación sobre las actualizaciones de la CIE-10 a 194 codificadores; tres cursos básicos de la CIF a 87 personas y dos pláticas introductorias al Comité Técnico Especializado de Información sobre Discapacidad. De igual manera, se brindó asesoría para el manejo de la Familia de Clasificaciones Internaciones de la OMS en el CENETEC, en el que participaron 120 médicos y profesionales de la salud. También se realizaron dos talleres introductorios de la CIE-10 dirigidos a personal involucrado en la elaboración de estadísticas en salud. En todas las actividades de capacitación se ha promocionado el curso virtual del correcto llenado del certificado de defunción con el objetivo de mejorar los registros de mortalidad.

En cuanto a los Objetivos de Desarrollo de Milenio (ODM), se actualizaron hasta el año 2014 en el Sistema de Información de los ODM, las cifras de los indicadores de Mortalidad Infantil, Cobertura de Vacunación y RMM.

Por su parte, el HM en la Ciudad de México, aumentó 18 nuevas camas censables en hospitalización, con lo que suman 174. Cabe resaltar que durante el periodo del 1 de septiembre de 2014 al 31 de diciembre de 2015, se registraron tres casos de muerte materna.

En el marco del CONASA, en la sesión celebrada el 25 de junio de 2015, para **implementar mecanismos para incrementar la oportunidad, cobertura, integridad, validez, veracidad y consistencia de la información en salud,** se acordó que los establecimientos que deseen ser evaluados con fines de acreditación deben reportar en tiempo y forma en los sistemas de información de la Secretaría de Salud. En este sentido, se ha trabajado a fin de incorporar en la carátula de las cédulas de acreditación, los datos reportados ante la DGIS, correspondientes a CLUES y SINERHIAS; en caso de presentar incongruencias en dicha información, se suspenderá la visita de acreditación, hasta que se atienda dicha situación por las entidades federativas, así mismo, durante la evaluación para la acreditación, se verificará que el establecimiento realice el registro puntual y adecuado de la información en diversos sistemas de información de la Secretaría de Salud, lo cual incrementará la calidad de la información y contribuirá a integrar cada vez más información del sector a los sistemas de la Secretaría de Salud.

Para **fortalecer los mecanismos de difusión de información en salud alineados a una estrategia de datos abiertos** la DGIS De la misma forma, coordina la publicación de Datos Abiertos en salud. En este sentido se han publicado nueve grupos de datos abiertos: Recursos en Salud (datos y mapa georreferenciado), Mortalidad Materna, Nacimientos Ocurridos, Egresos Hospitalarios de la Secretaría de Salud, Egresos Hospitalarios del Sector Salud, Lesiones, Urgencias, Cuentas en Salud (SICUENTAS) e Indicadores de Inclusión Social (ODS); los cuales se encuentran publicados en la página electrónica de la DGIS: **http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/Datos_Abiertos.html**

Y en el portal de Datos Abiertos, se encuentran los mencionados anteriormente y adicionalmente los siguientes temas: Droga en UNEME-CAPA, Encuesta Nacional de Adicciones y Egresos Hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de cannabinoides, **http://busca.datos.gob.mx/#!/instituciones/salud/**

Con el objetivo de **fortalecer los mecanismos específicos para integrar, usar y explotar la información para la toma de decisiones** y para reforzar las labores de atención en salud a las comunidades mexicanas en los EEUU, la SS a través de la CSFMEU genera sistemas de información sobre salud en la frontera, para capacitar a los recursos humanos involucrados en las distintas actividades de salud pública en la región fronteriza y establecer vínculos con los distintos actores binacionales, para enfrentar los retos que en materia de salud prevalecen en esta región.

Por otra parte, con la finalidad de entregar a la población información útil, oportuna y de fácil acceso, durante noviembre de 2015, la Secretaría de Salud dio a conocer la aplicación móvil RadarCiSalud, la cual mediante servicios de georreferencia permite la consulta de más de 33 mil establecimientos de salud, públicos, privados y sociales a nivel nacional como hospitales, consultorios, laboratorios, bancos de sangre y establecimientos de asistencia social. Indica si pertenecen a la Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, Cruz Roja, DIF, SEDENA, SEMAR o PEMEX; en caso de eventos catastróficos en donde las redes de comunicación pudieran verse afectadas o no existir, RadarCiSalud proporciona información aún sin conectividad. Está disponible en las principales plataformas de descarga de aplicaciones para teléfonos inteligentes de forma gratuita. Actualmente tiene más de 18 mil descargas.

Con el propósito de **consolidar un Padrón General de Salud de derechohabientes, beneficiarios, asegurados, afiliados, pacientes, profesionales de la salud y padrones sustantivos,** la DGIS con el fin de fomentar el proceso de planeación estratégica interinstitucional e implantar un proceso de información y evaluación acorde con ésta, a través del Padrón General de Salud (PGS); se busca integrar información básica de asegurados y usuarios de servicios de salud (incluyendo derechohabientes, beneficiarios y afiliados), profesionales de la salud, así como de patologías, síndromes y condiciones de salud de poblaciones específicas. En el rubro de asegurados, al mes de diciembre de 2015 se habían captado 110,600,117 registros vigentes de las principales instituciones de salud públicas federales.
Asimismo, a diciembre de 2015, se ha recibido información de 864,828 profesionales de la salud, mismos que se encuentran en proceso de revisión para su integración al PGS. Uno de los beneficios de este padrón es conocer con certeza el establecimiento de salud en el que el profesional labora, así como las jornadas y días laborales de los mismos.

Para **establecer las bases para la gestión de la identidad en salud a través de un Padrón General de Salud** y con el propósito de gestionar la identidad en salud, se ha analizado la información contenida en el Padrón General de Salud y se han detectado a las personas que se encuentran registradas en más de una institución. Una vez identificados dichos traslapes, se ha hecho un análisis de prevalencia con el objetivo de conocer aquellas personas que de un periodo a otro, se mantienen registradas en dos instituciones (IMSS-CNPSS, ISSSTE-CNPSS).

Con el objetivo de **avanzar en las herramientas que permitan la portabilidad y convergencia de la información básica en materia de salud** la DGIS, con el fin de conocer adecuadamente la capacidad instalada en cuanto a establecimientos de salud, se realizó la actualización del Catálogo de Establecimientos en Salud (CLUES) de 2014. En este sentido, al cierre de diciembre de ese año, se tenían registrados 27,193 establecimientos de salud en operación, de los cuales 22,072 son de consulta externa, 4,456 son hospitales y 665 son establecimientos de asistencia social.

De la misma forma, se realizaron actualizaciones de manera mensual y se difundió el cierre de establecimientos en operación a diciembre de 2015 y cortes mensuales hasta el mes de marzo de 2016.

Adicionalmente, se ha avanzado en un 76.8% la validación de la georreferencia de todos los hospitales del sector público y privado en operación con equipamiento asociado. Esto permite conocer la localización exacta de los mismos identificando de manera puntual el tipo, cantidad, distribución y pertenencia de los establecimientos a nivel localidad, facilitando así la planeación, monitoreo y registro de información de manera armonizada e integral.

Por otra parte, se realizó la actualización de la información estadística anual de 2015 del Subsistema de Información de equipamiento, recursos humanos e infraestructura para la atención de la salud (SINERHIAS), el cual integra la información de las unidades médicas de la SS y de los SESA. A diciembre de 2015 se registraron 15,224 unidades médicas, de las cuales 15,124 se reportaron en operación y 100 pendientes de entrar en operación; asimismo, se reportó un total de 38,356 camas en área de hospitalización habilitadas.

Por otra parte, durante el año 2015 se llevaron a cabo más de 50 reuniones con 41 líderes de Programas Federales de Salud y/o sus componentes, con el objetivo de actualizar contenidos en el SIS versión 2016, mismo que será implementado en todos los establecimientos de la Secretaría de Salud.

En el mes de diciembre se llevó a cabo la Reunión Nacional de Información en Salud 2015 en donde se dieron a conocer al personal de planeación y estadística estatal, los nuevos contenidos del SIS 2016, entre ellos, adecuación a programas de salud a solicitud de los mismos, así como los cambios a instrucciones de variables requeridas por diferentes programas para la versión 2016 del SIS y el calendario Captura-Recepción vigente para el presente año.

A partir del 26 de diciembre 2015 (inicio año estadístico), se implementa el Sistema de Información Nominal en Crónicas (SIC), en las 32 Entidades Federativas el cual será la fuente para los apartados de Control y Seguimiento de Enfermedades Crónicas en el SIS, cabe hacer mención que este Sistema es resultado del trabajo colaborativo del Programa de Salud en el Adulto y Anciano del CENAPRECE, Fundación Carlos Slim de la Salud y DGIS. Se establecieron y emitieron los lineamientos de este Sistema para ser incorporados al SIS versión 2016.

Para este año 2016 se establecieron cierres del SIS con periodicidad mensual en forma definitiva, de acuerdo a fechas previamente difundidas a las áreas de planeación y estadística de las 32 entidades federativas.

Se cerró el año estadístico 2015 del SIS de la Secretaría de Salud el 30 de abril del año en curso, contando a partir de mayo de 2016 con cifras definitivas por mes y por unidad médica.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012 en materia de información en salud, se captó, integró y difundió en tiempo y forma la información de egresos hospitalarios, urgencias médicas y lesiones y causas de violencia 2014 para la Secretaría de Salud. Con un total de 2,959,197 egresos hospitalarios, 1,655,468 intervenciones quirúrgicas, 10,645,625 urgencias médicas y 615,084 lesiones y causas de la violencia.

Estrategia 6.5.

Situar a la bioética como política de gestión y de desarrollo del Sistema Nacional de Salud Universal

Para **fomentar el respeto a la dignidad, la autonomía y los derechos humanos en la prestación de servicios de salud** en el marco del compromiso por elevar la satisfacción de los usuarios que acuden a los establecimientos de salud públicos y privados. En el periodo se capacitó en modalidad presencial a 671 integrantes de Comités Hospitalarios de Bioética (CHB); asimismo, se distribuyó audiovisual de capacitación a 713 Comités registrados.

Para contribuir con el propósito de **fomentar que la investigación atienda a criterios éticos, de pertinencia e integridad científica y protección de los derechos humanos** se han capacitado 622 miembros los Comités de Ética en Investigación (CEI). Al 31 de diciembre de 2015, se habían distribuido material audiovisual de capacitación a 316 Comités con dictamen favorable, durante el 2016, se distribuyó material de capacitación a 48 CEI registrados bajo la nueva normatividad, misma que entró en vigor el 11 de enero de 2016.

Asimismo, la CONBIOÉTICA, elaboró el libro Ética de la Investigación, Integridad Científica, por encargo del CONACyT, con el propósito de brindar a los investigadores de nuestro país, un instrumento que sea referente para el quehacer científico ético en México. La obra se presentó en la Feria Internacional de Libro, Guadalajara 2015 y se distribuye de manera física y electrónica.

También el ISSSTE en colaboración con la CONBIOÉTICA, realizó dos cursos de capacitación para los CEI.

Para continuar con el propósito de **incorporar el enfoque bioético en el diseño, análisis y evaluación de las políticas públicas, y asignación de recursos** fue publicada, en el portal institucional de la CONBIOÉTICA la quinta edición de las Guías Nacionales para la Integración y el Funcionamiento de los CHB y los CEI que tienen carácter normativo, ya que establecen los criterios para la integración y funcionamiento de los CHB y los CEI del país.

Con el objetivo de vincular a la bioética con el accionar de la Suprema Corte de Justicia de la Ciudad de México, en enero de 2016 fue firmado un Convenio de Colaboración entre esta institución y la CONBIOÉTICA.

De la misma forma, en abril de 2016 la CONBIOÉTICA signó un convenio de colaboración con la Comisión Nacional de Tribunales Superiores de Justicia de los Estados Unidos Mexicanos (CONATRIB). El convenio tiene como objetivo principal arraigar una política de bioética cotidiana en la impartición de justicia, acorde a la nueva realidad del derecho mexicano desde un enfoque bioético, a través de la convergencia de esfuerzos y la colaboración entre las Comisiones Estatales de Bioética (CEB) y los Tribunales Superiores de Justicia de las entidades federativas.

En el marco del día internacional de la mujer, el 8 de marzo de 2016, la CONBIOÉTICA llevó a cabo el foro: Foro Conmemorativo Bioética y Políticas Públicas. Embarazo en Adolescentes y Vulnerabilidad, en el cual se analizó dicha problemática desde una perspectiva bioética.

También, se continúa con la realización de acciones encaminadas a **consolidar a los CHB y de ética en investigación**, con el objeto de fomentar la atención en salud con calidad y respeto a los derechos humanos a la población se han registrado 150 CHB, los cuales son órganos colegiados de carácter consultivo donde se analizan los dilemas bioéticos que surgen en la atención médica.

Con respecto a los CEI, órganos colegiados creados para evaluar protocolos de investigación que aseguren la protección de las personas que participan en la investigación desde una perspectiva ética y de respeto a los derechos humanos, es importante señalar que el 11 enero de 2016 fue publicado el Acuerdo por el que se reforman las disposiciones para el registro y funcionamiento de los CEI, de conformidad con los criterios establecidos por la CONBIOÉTICA. Con base en lo anterior se han registrado bajo esta nueva normatividad a 48[23] CEI.

En octubre de 2015, se efectuó en la Ciudad de México la 10ª. Reunión Nacional de CEB. Es importante señalar que al cierre de 2015 se tenían registradas 30 CEB, que representan 93.75% de la cobertura nacional; 26 CEB cuentan con Acuerdo de Creación publicado en los periódicos, gacetas o boletines oficiales de las entidades federativas; cuatro CEB se encuentran en proceso de formalización jurídica ya que únicamente reportan Acta de Instalación. Por otra parte, en enero de 2016, fue publicado el acuerdo de creación de la CEB de la Ciudad de México. Se llevaron a cabo 20 reuniones virtuales con diversas CEB, para promover su desarrollo y consolidación.

Con el objetivo de **promover la observancia de criterios de bioética internacionales acordes con el interés y las políticas de salud del país** se publicó un estudio comparativo sobre la adhesión de México, titulado "*Convención sobre los derechos humanos y la Biomedicina. Análisis propositivo para la Adhesión de México*". Se participó en el *8º Meeting of the Committe on Bioethics DH-BIO*, organizado por el Consejo de Europa, en Estrasburgo, Francia en diciembre de 2015.

También se destaca la participación en la 11ª Cumbre Global de Comisiones Nacionales de Ética/Bioética con un reporte sobre los resultados de la 10ª edición del evento, el cual fue organizado por la CONBIOÉTICA, asimismo se tuvo participación en la sesión académica denominada *Market Place*, dicha cumbre tuvo lugar en Berlín. De la misma forma, se presentó en el 13° Congreso Mundial de Bioética en Edimburgo los resultados de la décima segunda edición de este congreso, realizado en la Ciudad de México en 2014.

Para **difundir la cultura bioética entre la sociedad, impulsar capacitación del personal y la formación de profesionales en la materia** se distribuyeron cuatro mil ejemplares para la capacitación técnica de los miembros de CHB y tres mil para los de CEI; así como trece mil ejemplares de diversos materiales de divulgación.

Con el propósito de conformar una red de capacitación especializada en bioética para integrantes de CHB y CEI, se realizaron jornadas de capacitación para sus integrantes en diversas entidades federativas (Ciudad de México, Guadalajara, Toluca y Puebla) con 1,361 capacitados. Dichas jornadas representan una acción inédita y marcan un hito en los esfuerzos para consolidar la infraestructura nacional en bioética. Es importante señalar que el material didáctico resultado de estas jornadas se encuentra disponible en el portal electrónico de la CONBIOÉTICA.

Asimismo, se destaca la participación, coordinación y realización de 31 cursos, talleres y ponencias para la capacitación de integrantes de los CHB. Mención especial merece el Curso-Taller Dilemas Bioéticos en Cuidados Paliativos organizado de manera conjunta entre el Servicio de Cuidados Paliativos del INcan, el curso se realizó en las instalaciones de la Comisión y fue seguido de manera virtual en diversas sedes del país, con una participación de 113 profesionales de la salud.

En enero de 2016 fue publicado el documento: Temas Selectos de CONBIOÉTICA, mismo que representa un testimonio de la actualidad de la bioética y un referente

[23] Cifra Preliminar

para quienes intervienen en este ámbito, tanto profesional como académicamente, al reunir trabajos ilustrativos del ámbito y quehacer de la bioética.

Estrategia 6.6.

Promover un México con responsabilidad global en salud

Para **consolidar el papel de México como un actor responsable y comprometido en el ámbito multilateral** las contribuciones a organismos internacionales representan un compromiso ineludible para el país por ser parte de las obligaciones que se contraen al momento de formar parte de un organismo o foro multilateral, lo cual permite al país desarrollar o adquirir capacidades técnicas o científicas para mejorar la salud de la población, fomentar la investigación científica y estar alerta para prevenir enfermedades y riesgos emergentes globales.

A finales de 2015, se gestionó el pago al Programa de Investigación y Capacitación sobre Enfermedades Tropicales (TDR) de la OMS por concepto de la aportación voluntaria de ese año, se cubrió el pago a la CSFMEU y se realizaron pagos parciales a la contribución anual a la OMS, cuya cuota se completó durante el primer trimestre de 2016.

De igual forma, durante el primer trimestre de 2016, se cubrió el déficit que se tenía con la OMS por concepto de la aportación 2014, toda vez que existía un adeudo por diferencia cambiaria de dólares a francos suizos y se cubrieron las aportaciones totales correspondientes al presente ejercicio fiscal de los siguientes organismos:

- Organización Panamericana de la Salud.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
- Convenio de Rotterdam sobre el consentimiento fundamentado previo aplicable a ciertos plaguicidas y productos químicos peligrosos objeto del comercio internacional.

Por otra parte, el 3 de junio de 2016, la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social, por conducto de la Dirección General Adjunta para la Coordinación de los Sistemas Estatales de Salud, recibió a la Delegación China, encabezada por la Vicegobernadora de la provincia de Henan, Sra. Wang Yanling, para exponer los avances que se han tenido en materia de Turismo Médico, y a su vez se convocará a la Secretaría de Turismo.

Asimismo, la CONAMED como Centro Colaborador de la OPS/OMS, publicó en la página de internet de esta Comisión, seis Boletines del Centro Colaborador de Calidad y Seguridad en el paciente CONAMED – OPS; dos correspondientes a 2015 y cuatro correspondientes a 2016. Cabe señalar que la versión electrónica de este boletín se envía regularmente a las Oficinas de la OPS/OMS para su publicación electrónica y su envío a las redes de los interesados en la región de las américas; así mismo, se aseguró su distribución al interior del sector salud.

Adicionalmente, se realizó la lista ampliada de incidentes adversos a partir del marco conceptual definido por la Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente. Esta lista consta de trece grandes grupos, 67 subgrupos y 549 categorías. Simultáneamente a la integración de la lista, se realizó la elaboración de la taxonomía correspondiente (definiciones y contenidos) de cada rubro.

Por otra parte, la COFEPRIS se relaciona con diversos mecanismos de cooperación multilateral tales como el TLCAN, Alianza del Pacífico, OMS, OPS, APEC, OMC, entre otros, donde nuestro valor agregado se suma a través de la participación de Grupos de Trabajo, mediante los cuales se promueve la colaboración técnica para la construcción de capacidades, la armonización regulatoria e incluso la facilitación del comercio, observando las medidas sanitarias y fitosanitarias a nivel internacional como un tema estratégico para mejorar el acceso a la salud, intensificar el control y la vigilancia y reducir las barreras técnicas al comercio.

Con el objetivo de **ampliar la presencia de México en los foros internacionales de salud** la participación de México en los Cuerpos Directivos de la OPS ha posicionado a nuestro país como uno de los países más activos dentro de este organismo internacional. Durante 2015, México fue elegido para presidir el Grupo Asesor del Plan Estratégico, el cual se encarga de valorar y proponer mejoras a la priorización de temas y los recursos que la OPS asigna a las diferentes categorías de su Plan Estratégico; así como para fortalecer sus procesos de rendición de cuentas.

En septiembre de 2015, se llevó a cabo la Entrega del premio del Día Mundial sin Tabaco 2015, en la Ciudad de México. El galardón se otorgó a la Sra. Mirta Molinari,

Coordinadora Regional de Control del Tabaco para América Latina de la Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias y Directora de la Oficina de la Unión en México, quien ha realizado importantes esfuerzos para reducir el consumo del tabaco y apoyar la aplicación e implementación del Convenio Marco, e impulsó la apertura de la Oficina de la Unión en nuestro país, la cual se ha consolidado como una organización de salud pública líder en México.

En relación a la adopción de la Agenda de Desarrollo 2030, la Secretaría de Salud emitió comentarios sobre la capacidad que tiene México para cumplir con las metas establecidas en el Objetivo 3, a fin de apoyar la participación que tuvo el C. Presidente de la República, en la Cumbre de las Naciones Unidas, en septiembre de 2015 en Nueva York, EEUU, en donde se aprobó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

En octubre de 2015 se apoyó la celebración del "Día Mundial del Donante de Órganos y Tejidos 2015". Esta conmemoración tuvo la finalidad de promover la cultura de la donación de órganos. El evento fue organizado de forma conjunta por la Secretaría de Salud y la OMS.

Entre octubre y noviembre de 2015, se participó en las reuniones del Grupo de Trabajo de Negociaciones Internacionales de la Comisión Intersecretarial de Cambio Climático y se integró y coordinó la información de la Secretaría de Salud a fin de elaborar la posición país rumbo a la 21ª Conferencia de las Partes (COP21) de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, realizada del 30 de noviembre al 12 de diciembre en París, Francia.

Además, se participó en el Taller de entrenamiento sobre la agenda 2030 sobre Desarrollo Sostenible para fortalecer las capacidades del sector salud en la implementación de la Agenda 2030, celebrado del 31 de noviembre al 1 de diciembre de 2015 en Medellín, Colombia. Se presentó la experiencia de México en la negociación y coordinación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), enfocada a las actividades que realiza la Dependencia para implementar la Agenda 2030.

En el marco del III Foro Regional de Salud Urbana de las Américas, el 2 y 3 de diciembre de 2015, en Medellín, Colombia, se presentó el derecho a la salud en niños, niñas y adolescentes, como ejemplo de "salud en todas las políticas"; es decir, como una política que no tiene su origen en el sector salud pero que su ejecución impacta positivamente la salud de las poblaciones.

Participación en la 23ª Reunión del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo de la OMS (PBAC, por sus siglas en inglés), del 21 al 22 enero de 2016; y 24ª Reunión del PBAC, 19 al 20 de mayo de 2016. El objetivo de estas reuniones fue abordar cuestiones administrativas, financieras y de gobernanza de la Organización, por lo que la asistencia por parte de esta Secretaría fue importante a fin de posicionar los intereses del país en aspectos económicos, y presentar las observaciones en materia de transparencia y rendición de cuentas.

En enero y mayo de 2016, se llevó a cabo la 138ª y 139ª reuniones del Consejo Ejecutivo de la OMS, se dio seguimiento a los grupos de negociación de proyectos de resolución sobre Reforma de la OMS (gobernanza), Marco para la colaboración con agentes no estatales, nutrición, enfermedades no transmisibles, violencia, seguridad vial, Agenda 2030. Asimismo, se elaboró la posición de México sobre temas administrativos y lectura de los posicionamientos técnicos ante el pleno del Consejo Ejecutivo.

Durante la 139ª sesión del Consejo Ejecutivo, celebrada en mayo de 2016, México asumió la membresía ante este órgano de gobernanza por un periodo de tres años.

En mayo de 2016 se llevó a cabo en la 69ª Asamblea Mundial de la Salud en la cual se abordaron los siguientes temas: nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño; obesidad infantil; violencia y salud; monitoreo de los ODM; fortalecimiento del sistema de reglamentación de productos médicos; código de prácticas mundiales de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud; productos médicos de calidad subestándar; estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública; innovación y propiedad intelectual; fortalecimiento de las agencias regulatorias; cuidados paliativos, y Reforma de la OMS, entre otros.

Asimismo, se tuvo participación en grupos de negociación sobre la Reforma de la OMS y en las discusiones sobre temas administrativos, financieros y técnicos de las Comisiones A y B. Durante la 69ª Asamblea Mundial de la Salud, México fue electo miembro del Consejo Ejecutivo para el trienio 2016-2019.

La Agenda de Desarrollo 2030 también fue un tema que se abordó durante la 69ª reunión de la Asamblea Mundial de la OMS, de mayo de 2016, en la cual se destacó el papel que desempeñará la Organización en la implementación y seguimiento de las metas establecidas.

En abril de 2016, se llevó a cabo la 70° Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas/30° Sesión Extraordinaria sobre el Problema Mundial de las Drogas, en Nueva York, EEUU. Se apoyó la participación

de la Secretaría de Salud en las sesiones de trabajo, en la que se expresó que el problema mundial de las drogas exige que la comunidad internacional refrende el principio de responsabilidad común y compartida, mediante una cooperación internacional más intensa y efectiva, en donde la salud pública tenga un papel sustantivo.

El Titular de la Secretaría de Salud formó parte de la comitiva que acompañó al C. Presidente de la República, quien durante su intervención del 19 de abril de 2016, resaltó diez propuestas a fin de hacer frente al problema de drogas de una forma más integral, con una estrategia que evite generar mayor violencia y defina mejores soluciones, desde una perspectiva de derechos humanos, prevención y salud pública que ponga en el centro el bienestar de las personas.

Del 8 al 10 de junio de 2016, en la sede de las Naciones Unidas en Nueva York, EEUU, se llevó a cabo la Reunión de Alto Nivel sobre el VIH/SIDA de la Asamblea General de las Naciones Unidas, derivado de la participación del Titular de la Secretaría de Salud, se gestionó junto con el área técnica competente, la elaboración de los elementos que presentó referente a la experiencia de México ante el combate a dicha epidemia y los retos que deben atenderse como el acceso al diagnóstico, tratamiento y cuidados para las personas que viven con VIH.

El objetivo de la reunión fue hacer un examen exhaustivo de los progresos realizados en la aplicación de la Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/SIDA y las declaraciones políticas sobre el VIH/SIDA de 2006 y 2011 que incluya los éxitos, las mejores prácticas, las enseñanzas adquiridas, los obstáculos y las deficiencias, los retos y las oportunidades, incluso con respecto a la asociación y la cooperación, así como recomendaciones destinadas a guiar y supervisar la respuesta al VIH/SIDA después de 2015, con estrategias concretas de acción para poner fin a la epidemia del SIDA para 2030 y para promover que los dirigentes sigan comprometidos con la respuesta mundial amplia e integrada contra el VIH/SIDA y continúen participando en ella.

Se apoyó la participación de México en la 37ª y 38ª reuniones de la Junta Coordinadora (PCB) del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), celebrada en octubre de 2015 y junio de 2016 respectivamente, se acreditó la participación de un funcionario del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA para asistir a dicha reunión y se dio seguimiento a los resultados a fin de actualizar respuesta al VIH/SIDA en la Agenda de Desarrollo Post-2015.

En cuanto a la participación en actividades de la OCDE, se coordinó la presentación de los Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016, el 6 de enero de 2016, en la Ciudad de México, el cual tuvo como objetivo evaluar el desempeño y formular recomendaciones de políticas públicas para ayudar a un sistema nacional de salud universal.

Asimismo, se gestionaron acreditaciones de funcionarios de la Secretaría de Salud en diferentes Grupos de Trabajo del Comité de Salud de la OCDE, como es el Grupo de Calidad que sesionó en noviembre de 2015 y en mayo de 2016; así como el de Expertos en Prevención, que se llevó a cabo en octubre de 2015.

Durante el primer semestre de 2016, se participó en diferentes actividades relacionadas con la celebración del 20 Aniversario del Centro de la OCDE en México, así como en reuniones relacionadas con estudios en materia de género y se iniciaron las gestiones para la renovación del Acuerdo entre la Secretaría de Salud y el Organismo, en tanto que la vigencia del instrumento concluye en diciembre de 2016.

En cuanto a la participación en el Foro de Cooperación Económica Asia-Pacífico (APEC, por sus siglas en inglés): se difundieron las actividades del Foro entre las áreas competentes de la Secretaría y se gestionó la participación de la Dependencia en diferentes reuniones de carácter técnico, en calidad de punto focal de salud ante el Grupo de Trabajo en Salud de APEC (HWG, por sus siglas en inglés).

Se participó en el Programa de Entrenamiento sobre Integridad Global en Productos Médicos y Seguridad en las Cadenas de Suministro, del 20 al 24 de febrero de 2016, en Perú. La reunión tuvo como objetivo compartir los métodos y tecnologías de punta utilizados en la detección, rastreo, manufactura y seguimiento de productos farmacéuticos auténticos y espurios; así como en la Primera Reunión del Grupo de Trabajo en Salud de APEC, que se llevó a cabo el 27 y 28 de febrero de 2016, en Lima Perú a fin de identificar los asuntos de importancia para nuestro país y posicionar los temas de interés.

Se compartió con APEC el proyecto piloto de un modelo basado en la atención primaria en salud, denominado "Modelo de Atención Integral de Salud (MAI)", en el marco del proyecto "Mujeres Saludables, Economías Saludables" a fin de dar seguimiento a la participación de México en dicha iniciativa que tiene como características principales el apego a los derechos humanos, a la interculturalidad, a la equidad de género, entre otros atributos que apoyan y están en línea con el plan de trabajo de APEC.

Por otra parte, en el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 31 de marzo de 2016 se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- En materia de seguridad en salud, del 14 al 18 de diciembre 2015, se participó en la Reunión de los Estados Partes en la Convención sobre la Prohibición del Desarrollo, la Producción y el Almacenamiento de Armas Bacteriológicas (Biológicas) y Toxínicas y sobre su Destrucción. Entre los temas discutidos en la agenda, se revisaron los nuevos desarrollos científicos y tecnológicos relacionados con la Convención. Se resaltó la necesidad de implementar medidas para mejorar la bioseguridad en laboratorios y la custodia de patógenos y toxinas en los ámbitos nacional, regional e internacional, donde nuestro país ha mostrado avances.

- Se participó el 1 y 2 de marzo de 2016, en la reunión "Hacia el Desarrollo de una Agenda de Investigación para Caracterizar los Brotes de virus zika y sus Implicaciones en Salud Pública", realizada en la Sede de la OPS en Washington, se revisaron las características de la enfermedad, los factores de riesgo, estudios de causalidad e implicaciones clínicas y de salud pública.

- Del 26 al 28 de abril 2016, se llevó a cabo la "Consulta Técnica sobre el Desarrollo de Políticas Nacionales para Laboratorios de Salud Pública" celebrada en Lyon, Francia, en la cual el InDRE intervino en la redacción de un documento guía para proporcionar apoyo técnico a los Estados Miembros de la OMS bajo el mandato del RSI.

- En febrero de 2016, se participó en la reunión Extraordinaria del MERCOSUR en Montevideo Uruguay. La cual tuvo como objetivo lograr una declaratoria de las acciones a desarrollar por la Región en torno a la prevención y control de los virus transmitidos por el vector *Aedes aegypti*.

- En marzo de 2016, como parte del intercambio de experiencias en el abordaje de la Infección por virus zika se participó en la Reunión de Cooperación para fortalecer Capacidades contra zika, chikungunya y dengue en Colombia.

- En abril de 2016, se participó en la reunión de países de América Latina y el Caribe sobre información estratégica del VIH que tuvo como objetivo identificar desafíos y desarrollar recomendaciones de mejora para fortalecer los sistemas de información y análisis del VIH con el fin de acelerar la respuesta y prevención de este padecimiento.

- Se enviaron 44 informes semanales a la OPS, sobre la situación epidemiológica del dengue en México.

- Envío semanal a través del Centro Nacional de Enlace de la situación epidemiológica de fiebre por virus chikungunya e Infección por virus zika en México.

- Con base en el modelo de vigilancia epidemiológica de México, la OPS solicitó la asesoría de personal de la DGE para el Desarrollo del Repositorio de Información Epidemiológica de dengue que será utilizado por los países miembros de esta Organización.

- Se participó en la Reunión regional de la OMS/OPS sobre la vacunación contra influenza estacional en las Américas del 15 al 17 de marzo de 2016, en Santiago de Chile. En esta se realizó un análisis de información presentada por diez países para conocer la eficacia de la vacuna. La participación de México en esta reunión permitió corroborar que la fecha de la aplicación de la vacuna es la más adecuada y que el sistema de vigilancia epidemiológica de influenza es uno de los más grandes y robustos de Latinoamérica, además de aportar experiencias en la vigilancia de la mortalidad por influenza.

- Se participó en la "Reunión de la Vigilancia de Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) en la Región de las Américas" en San Juan, Puerto Rico del 9 al 11 de mayo de 2016, donde se revisó la vigilancia epidemiológica de la influenza humano-animal y como se coordinan los esfuerzos para identificar y controlar los brotes de influenza en aves y porcinos, a la vez que se enfatizan las acciones de vigilancia epidemiológica de la influenza en humanos. En esta reunión México demostró la comunicación y coordinación que se tiene entre la SS con el SENASICA.

- Se tuvo participación en el Taller para la armonización de protocolos de investigación y virus zika celebrado en Recife, Pernanbuco, Brasil, los días 17 y 18 de marzo de 2016. El objetivo fue conocer las estrategias de armonización de protocolos de investigación ante la emergencia de virus zika en las américas, que faciliten la comparación de resultados entre países: México, Nicaragua, el Salvador, Ecuador, Colombia, Brasil y Panamá.

Con el fin de **consolidar las relaciones con los países en términos de intercambio de experiencias como parte de la cooperación bilateral con la región de América** se han llevado a cabo diversas actividades con los siguientes países:

- Argentina. Se han intercambiado conocimientos y experiencias en el marco de proyectos sobre materia de planificación familiar, a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; evaluación integral de esquemas de incentivos orientados a incrementar la cobertura y calidad de los servicios de salud, mediante el INSP y, gestión de calidad total para su aplicación en hospitales de México y Argentina, a través de la DGCES.

- Bolivia. Se está impulsando el intercambio conocimientos y experiencias en materia de telemedicina, arbitraje médico y técnicas de mediación, así como estandarización de la búsqueda de eventos adversos considerando la Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente.

- Brasil. Expertos mexicanos han sido capacitados en el fortalecimiento de la red mexicana de Bancos de Leche Humana y se está impulsando la cooperación en prácticas Integrativas y complementarias en áreas específicas de salud.

- Colombia. Se transfirieron conocimientos y experiencias al Ministerio de Salud y Protección Social colombiano en la homogeneización de la metodología de evaluación del desempeño de los sistemas de salud bajo criterios y esquemas propuestos por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). De esta forma la DGED fue la encargada de organizar el proyecto bilateral el cual fue financiado por la Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AMEXCID) de la SRE del 27 al 29 de abril de 2016. Por otro lado, también se está impulsando el intercambio de experiencias en medicina tradicional.

- EEUU. En enero de 2016, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU designó una Consejera de Salud para trabajar en la Embajada en México debido a la importancia que éstos tienen en la relación bilateral. Desde enero, se han sostenido reuniones con la Coordinadora de Asesores de la SIDSS, el Director General de Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, los Directores Generales de los Institutos de Nutrición y Salud Pública, así como con el Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud. Entre los temas que se han identificado de interés para la cooperación se encuentran: investigación orientada a la generación de evidencia para la política pública, etiquetado de productos, enfermedades degenerativas.

- Perú. Se han intercambiado conocimientos y experiencia sobre el Sistema Nominal de Salud (SINOS) del Seguro Popular.

- Uruguay. Se está impulsando la cooperación en materia de estadísticas y registros para el desarrollo de políticas públicas adecuadamente orientadas.

En el ámbito de la colaboración regional se han llevado a cabo las siguientes actividades:

- Alianza del Pacífico. La Secretaría de Salud participó en la II Reunión de Viceministros y Subsecretarios de Salud de la Alianza del Pacífico que tuvo lugar en Lima, Perú, en febrero de 2016, en la que se aprobaron las agendas de cooperación en los temas de acceso equitativo a medicamentos y calidad y humanización en los servicios de salud.

- América del Norte. Como parte de las actividades del Grupo Trilateral sobre Obesidad Infantil conformado por la Secretaría de Salud de México, el Departamento de Salud y Servicios Humanos para el Control de Enfermedades de EEUU y la Agencia de Salud Pública de Canadá, constantemente se realizan actividades para coordinar esfuerzos y compartir experiencias a fin de abordar el problema de obesidad. Durante el segundo semestre de 2015 y el primer semestre de 2016, se realizaron reuniones técnicas y Foros Programáticos sobre Conducta Sedentaria, Ambiente Construido y Alianzas Estratégicas para mantener discusiones abiertas y creativas en el marco de un programa clave y temas operativos. En el marco de la 69ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2016, se sostendrá un encuentro técnico de alto nivel y se prevé una publicación conjunta en el número de septiembre de 2016 de la Revista de la OPS para presentar los logros y avances del Grupo Trilateral.

- Programa Mesoamericano de Cooperación 2015-2016. Se capacitaron expertos en materia de Prevención de la Discapacidad, producto de las enfermedades no trasmisibles en los siguientes aspecto: 1.- Enfermedad vascular cerebral (junio de 2015), 2.- Osteoartritis y osteoporosis (octubre de 2015) y, 3.- Paciente amputados por diabetes (marzo de 2016).Iniciativa de Salud Mesoamérica 2015. Se

participó en la negociación de los documentos legales de la Segunda Operación Individual a ser financiada por la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 en el Estado de Chiapas. Sistema Mesoamericano de Salud Pública. Se realizaron, con el apoyo de la OPS, los planes nacionales de dengue y chikungunya, malaria y seguridad vial, temas aprobados por el Consejo de Ministros del SMSP en junio de 2015 y por los mandatarios de la región en la XV Cumbre de Tuxtla.

Con la región de Asia se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Kuwait. En el marco de la gira realizada por el C. Presidente de la República a la Península Arábiga, del 16 al 21 de enero, se firmó un Memorándum de Entendimiento entre el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos y el Gobierno del Estado de Kuwait sobre cooperación en materia de salud.

- Japón. Como parte del Programa Conjunto México-Japón, se celebró la primera edición del Curso Internacional en salud sexual y reproductiva para adolescentes, con énfasis en la prevención del embarazo, del 2 al 11 de febrero de 2016, capacitando a técnicos de seis países de la región Latinoamericana.

Por otra parte, el 25 de febrero de 2016, en el Instituto Nacional de Cardiología, se celebró la Sesión de Instalación de Comités e Integración del Equipo Técnico del "Proyecto de Generalización de las Técnicas Mínimamente Invasivas Enfocadas en el Método Tri", en la que también se definió que la fecha para la realización del primer curso será a finales del mes de mayo.

- Corea. El 4 de abril de 2016, en el marco de la visita oficial de la Presidenta de la República de Corea a nuestro país, se llevó a cabo una reunión con el Viceministro de Salud y Bienestar, en donde se suscribió el Acuerdo Específico de colaboración en materia de telemedicina.

Con la región de Europa se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Alemania. En el marco de la visita que realizó el C. Presidente de la República a Alemania los días 11 y 12 de abril, se llevó a cabo la firma de la Declaración Conjunta de Intención con el Instituto Federal para Medicamentos y Dispositivos Médicos de la República Federal de Alemania (BfArM).

- Dinamarca. En el marco de la visita que realizó el C. Presidente de la República a Dinamarca los días 13 y 14 de abril de 2016, se firmaron dos Acuerdo Específico de Cooperación: el primero entre la Secretaría de Salud y el Ministerio de Salud para fortalecer la Atención primaria a través del apoyo a la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud; y el segundo entre la Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, la Universidad de Copenhague y el Hospital Universitario de Odense del Reino de Dinamarca para la capacitación en diabetes para personal de atención primaria en México.

- Francia. Como parte del seguimiento de la celebración del Año Dual México-Francia y de los compromisos suscritos en la Declaración de cooperación en materia de salud, se realizó el Seminario sobre el impacto del cambio climático y salud. De igual forma, se suscribió un Acuerdo entre el INSP y la Escuela Francesa de Estudios Avanzados en Salud Pública. Por otra parte, se ha estado trabajando bilateralmente, a través de la SIDSS y la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, para desarrollar un Proyecto de Colaboración del Sistema de Atención Médica de Urgencias, que se prevé, con el apoyo de los Hospitales Públicos de París, establecer un Sistema de Atención Médica de Urgencias a nivel nacional.

- Reino Unido. Producto de la celebración del Año Dual México-Reino Unido, se está trabajando de manera conjunta con las autoridades sanitarias del Reino Unidos en cinco temas prioritarios en la cooperación: 1) Atención primaria; 2) Calidad, incluida la seguridad del paciente; 3) Evaluación de tecnologías; 4) Obesidad; 5) Regulación e innovación. De manera destacada, se han llevado a cabo reuniones de trabajo en los ejes de obesidad y regulación e innovación; así como la participación de la Secretaría de Salud en la Reunión Mundial de Calidad que tuvo lugar en Inglaterra.

En el marco de la colaboración entre México y la Unión Europea, se acordaron los términos de referencia para la fase II del Programa de Laboratorio de Cohesión Social que llevará a cabo actividades de colaboración en el ámbito de la salud, en los estados de San Luis Potosí y Oaxaca.

Por otra parte, el CSG Uno de los principios del CSG es contribuir en la correcta, justa, incluyente y sustentable gestión de los insumos para la salud. Ante el escenario de recursos limitados y necesidades en salud crecientes, resulta indispensable la formulación de mecanismos eficientes y transparentes para la adecuada distribución de los recursos disponibles, entre ellos destaca la evaluación de tecnologías sanitarias para la incorporación de insumos al SNS, tema en el que se cuenta con más de diez años de experiencia. Por tal motivo, México a través del CSG participó en el proyecto de cooperación técnica regional No. ATN/ OC-13546-RG "Generación de información para el mejoramiento de la eficiencia en la gestión de medicamentos de alto impacto financiero", junto con Colombia y Ecuador, financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo. A través esta cooperación internacional en materia de salud se generó información estratégica para la toma de decisiones informada; se desarrolló metodología que permita llevar a cabo evaluaciones de tecnología sanitaria desde el punto de vista regional, y con base en esta desarrollaron dichas evaluaciones, cuyo resultado están disponibles en la página **http://www.omaif.org,** a través de informes de evaluación de tecnologías regionales.

La conclusión exitosa de la primera fase del proyecto sentó la base para el inicio del convenio No. ATN/ OC-14703-RG segunda fase del proyecto, en el que se integran los países de Chile, Costa Rica, El Salvador, Perú y República Dominicana, bajo el propósito de fortalecer los mecanismos de colaboración e interacción entre los países de la región para mejorar la eficiencia de la política farmacéutica a través de una red colaborativa regional.

Para **cumplir con los tratados internacionales en materia de salud en el marco de los derechos humanos** como parte de las actividades que se llevan a cabo en el marco del Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador", la Secretaría de Salud reportó en el Primer Informe de éste las acciones que se han llevado para dar cumplimiento a los mandatos del Protocolo.
Asimismo, México participó en la revisión del Proyecto de Convención Interamericana sobre los Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores, el cual fue aprobado en el marco de la 45° Asamblea General de los Estados Americanos.

Durante el mes de septiembre de 2015, se coordinó la información sobre salud que integró el VI Informe Periódico de México sobre el cumplimiento a las obligaciones internacionales de México derivadas del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

Asimismo, durante octubre de 2015, marzo y mayo de 2016 se participó en las reuniones de coordinación interinstitucionales para discutir los asuntos del informe y recabar información para apoyar la elaboración del Informe consolidado XVIII a XXI de México sobre el cumplimiento de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, mediante la integración de información de competencia de esta Dependencia que refleje los avances en el cumplimiento de las recomendaciones emitidas por Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial.

En noviembre de 2015, se participó en representación de la Dependencia en el "Foro con organizaciones de la sociedad civil para la elaboración del informe periódico de México sobre el cumplimiento de la Convención para la Eliminación de la Discriminación Racial", organizado por la Secretaría de Gobernación, la SRE y el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, a fin de establecer un diálogo entre organizaciones de la sociedad civil mexicana dedicadas al tema de discriminación racial y representantes de las instituciones públicas competentes sobre los avances y retos de México en la materia, a la luz de las recomendaciones del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial y con vistas a la elaboración del informe de México.

En diciembre de 2015, se gestionó con las áreas técnicas competentes la información para responder a las preguntas del cuestionario para preparar el Informe del Alto Comisionado sobre la aplicación práctica de las "Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y programas destinados a reducir y eliminar la mortalidad y morbilidad prevenibles de los niños menores de cinco años".

Se gestionó con las áreas técnicas competentes la información de esta Dependencia para apoyar la elaboración del estudio sobre la implementación de la resolución 30/04 del Consejo de Derechos Humanos titulado "Los derechos humanos y los pueblos indígenas" referente al derecho a la salud y los pueblos indígenas, centrado en niños y jóvenes, mismo que será presentado en el 33 periodo de sesiones del Consejo de Derechos Humanos, que tendrá lugar en septiembre de 2016.

Se participó en la reunión de la creación de la Comisión para el Seguimiento de las Recomendaciones del Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas (CRC) con carácter de permanente, en marzo 2016, en la Secretaría de Gobernación, dicha Comisión tiene por objetivo que las instituciones que la integran, en el ámbito de su competencia, coordinen, articulen, promuevan, apliquen y den seguimiento a las recomendaciones emitidas por

el Comité de Derechos del Niño a México en 2015 derivadas de la sustentación del cuarto y quinto Informes Periódicos consolidados, así como a las obligaciones del Estado mexicano en el respeto, garantía y protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes. En ese sentido se ha trabajado desde el mes de marzo del presente a la fecha, en el funcionamiento y estructura de dicha Comisión, dando seguimiento al programa de trabajo para el 2016 y llevando a cabo acciones específicas que permitan dar cumplimiento al citado objetivo de la Comisión.

Se acordó la participación de las áreas técnicas en reuniones de coordinación y en integración de información para que nuestro país formara parte de la iniciativa Alianza Global para poner fin a la violencia contra la niñez, impulsada por UNICEF, a fin de coadyuvar en la instrumentación del Objetivo 16.2 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible sobre la eliminación de todas las formas de violencia contra los niños, y específicamente, impulsar el desarrollo e implementación de planes de acción nacionales en la materia.

A fin de **impulsar una política de cooperación internacional y regional en salud pública que permita adoptar mejores prácticas** y dar seguimiento a la instrucción Presidencial en cuanto a impulsar el abordaje de las drogas con énfasis en la perspectiva de salud pública para responder a este problema y orientar políticas más justas y humanas, el 26 y 27 de octubre de 2015, en la Ciudad de México, se llevó a cabo la "Consulta del Sector Salud de la Región de las Américas, en preparación a la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) sobre Drogas en 2016". El evento fue organizado de manera conjunta entre la CONADIC y la OPS. Los objetivos fueron apoyar el proceso preparatorio de la UNGASS 2016, con miras a la revisión del marco global de las políticas de drogas, procurar la implementación de una estrategia más equilibrada, que incluya el abordaje de la salud pública como un eje, apoyando la ejecución de la Estrategia Hemisférica sobre Drogas de la OEA/ Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Droga (CICAD) y la Estrategia sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas y la Salud Pública de la OPS/ OMS, en el contexto de las condiciones específicas de cada país, a fin de responder a las necesidades actuales y futuras con relación al consumo de sustancias.

Respecto a los compromisos internacionales la CONADIC concluyó la integración del cuestionario para los informes anuales 2015 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; en el cual se brindó información sobre la magnitud, características y tendencias del consumo de drogas, así como datos sobre las acciones de reducción de la demanda en México.

Asimismo, como parte de la evaluación que realiza la OPS sobre el cumplimiento de la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo de Alcohol, se elaboró e integró la respuesta al cuestionario de la OMS/OPS: "Herramienta de evaluación de la política de alcohol: Cuestionario complementario", así como del cuadro comparativo de evaluación de política de alcohol 2010-2015. Dicho instrumento permitirá evaluar el nivel de cumplimiento de México con respecto a la actualización de la política pública en materia de alcohol y realizar una comparación a nivel internacional de dichos resultados.

Por su parte, la UAE ha participado como delegado del Comité de Salud de la OCDE, como vicepresidente del mismo para el periodo 2016 y como Presidente de la Red Latinoamericana y del Caribe sobre Sistemas de Salud, la cual fue oficialmente creada en julio de este año. Asimismo, continuó su participación en el grupo de trabajo de Economía de la Salud de la OCDE y colaboró en talleres específicos sobre política farmacéutica organizados por dicho organismo.

Adicionalmente, como parte de las actividades con organismos internacionales la UAE participó en el taller regional de la iniciativa PROVAC sobre el uso de evidencias económicas para la toma de decisiones sobre vacunas: el caso de la vacunación contra el meningococo.

También la UAE compartió la experiencia mexicana en materia de cobertura universal en diversos foros internacionales como el gobierno de Kosovo, Ghana y Marruecos, organizados por la Red de Aprendizaje Conjunto en Cobertura Universal (JLN).

Por otra parte, se participó en la XXV Reunión de la Comisión Presidencial para el Estudio de Cuestiones Bioéticas de los EEUU (***Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues***). Durante la reunión se expusieron y discutieron distintas perspectivas sobre el impacto pasado, presente y futuro de las Comisiones Nacionales de Bioética.

Se hizo la entrega del Premio a la Excelencia en Bioética, Manuel Velasco Suárez, galardón que otorga anualmente la PAHO ***Foundation*** y la Secretaría de Salud a través de la CONBIOÉTICA, con el objetivo de estimular a los jóvenes expertos de Latinoamérica en el desarrollo de sus capacidades de análisis e investigación en la bioética. Finalmente se emitió la convocatoria oficial para la edición 2016.

Asimismo, la Secretaría de Salud, a través de la CONBIOÉTICA resultó electo al Consejo Ejecutivo de la UNESCO, periodo 2015-2019; al Comité Intergubernamental para la Educación Física y el Deporte y al Comité intergubernamental de Bioética de la UNESCO, periodo 2015-2018.

Se llevaron a cabo seis diálogos de trabajo en modalidad virtual con Comisiones Nacionales de Bioética de Latinoamérica y el Caribe para la conformación y consolidación de las mismas.

Por otra parte, como estado miembro de la OPS, México ha venido participando en el Grupo Asesor Técnico del Plan Estratégico 2014-2019[24] y su representación está a cargo de la Dirección de Relaciones Internacionales. Como parte de las actividades de seguimiento del Plan Estratégico, la Secretaría de Salud de México asignó como punto focal a la DGED y la DGIS, a fin de dar continuidad a las actividades relacionadas con el Sistema de Monitoreo del Plan Estratégico[25], específicamente para el seguimiento y la evaluación conjunta entre México como país miembro y la OPS. De esta manera, de diciembre 2015 a marzo 2016 se trabajó la primera parte de dicha evaluación que consistió en la revisión de los indicadores intermedios, de resultado y de impacto relacionado con salud, así como de la revisión del estatus de su línea base y meta de cada indicador y que fueron establecidos por las áreas técnicas correspondientes. Durante abril a agosto 2016 se ha dado continuidad a la evaluación conjunta, atendiendo los comentarios de OPS y realizando consulta con las áreas técnicas responsables en indicadores puntuales en coordinación con la DGRI.

Con la finalidad de **reafirmar el compromiso del país con la política internacional de propiedad intelectual** se dio seguimiento a grupos de trabajo de la OMS alineados a la propiedad intelectual, como es el caso del Mecanismo de Estados Miembros sobre Productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación; del grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación; y de la ejecución del plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual de la OMS, los cuales presentaron actualización de avances durante las sesiones de trabajo de la Asamblea Mundial de la Salud que sesionó del 23 al 28 de mayo de 2016, en Ginebra, Suiza.

Se realizaron gestiones para definir el posicionamiento de México durante las sesiones de trabajo del Comité Intergubernamental de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual sobre Propiedad Intelectual, Recursos Genéticos, Conocimientos Tradicionales y Folclore, que se realizó del 15 al 19 de febrero en Ginebra, Suiza, en donde se expresó la necesidad de conocer los alcances en materia de protección de recursos genéticos a fin de evitar contratiempos en el intercambio fluido de muestras.

Para **promover la armonización regulatoria en el contexto internacional apegada a criterios éticos** se dio Seguimiento a la implementación del Protocolo de Nagoya sobre Acceso a los Recursos Genéticos y Participación Justa y Equitativa en los Beneficios Derivados de su Utilización al Convenio sobre la Diversidad Biológica, que tiene como objetivo fijar un marco de referencia para asegurar la distribución justa y equitativa de los beneficios derivados de la utilización de los recursos genéticos, lo que contribuye a la conservación y utilización sostenible de la diversidad biológica.

[24] Organización Panamericana de la Salud Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas (2014), PLAN ESTRATÉGICO DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD 2014-2019. Modificado SEPTIEMBRE del 2014 "En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad". 53.o CONSEJO DIRECTIVO 66.a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS Washington, D.C., EEUU, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014. Disponible en: http://www.paho.org/HQ/index.php?option=com_content&view=article&id=9774%3A2014-53rd-directing-council&catid=7003%3A53rd-directing-council-29-sep-3-oct&Itemid=41062&lang=es. título: Documento Oficial 345, Add. I Proyecto de Resolución - Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (modificado)

[25] El SPMS se desarrolló en respuesta al mandato de los Estados Miembros de la OPS, expresado en la Resolución CD52.R8, mediante la cual se solicita el seguimiento conjunto de los indicadores de resultados intermedios e inmediatos por parte de la Autoridad Nacional de Salud y la Oficina Sanitaria Panamericana. El objetivo del SPMS es facilitar el análisis y gestión de la información requerida para este proceso. Los usuarios del SPMS serán las autoridades nacionales de salud de los Estados Miembros, las representaciones, y la Red de facilitadores por Categoría y Áreas Programáticas en la Sede de la OPS.

México firmó el Protocolo de Nagoya el 25 de febrero de 2011 y el 16 de mayo de 2012 depositó el instrumento de ratificación, entró en vigor el 12 de octubre de 2014. A finales de 2015 y durante el primer semestre de 2016, esta Dependencia ha dado seguimiento al estatus que guarda la implementación del Protocolo de Nagoya en México, ya que existe preocupación del Sector respecto al intercambio de muestras de laboratorio, toda vez que según las disposiciones del mismo podrían ocasionarse retrasos en el intercambio de información.

Con la finalidad de **promover el reconocimiento de la COFEPRIS como autoridad sanitaria por parte de organismos internacionales y otras autoridades nacionales reguladoras** se dio avance a las siguientes actividades:

Actualmente México cuenta, a través de la COFEPRIS, con una agencia sanitaria reconocida en el mundo por sus mejores prácticas para revisar la calidad y la seguridad de los insumos para la salud que usan y consumen los mexicanos y otras poblaciones con las que nuestro país mantiene relaciones comerciales, en este sentido, desde 2012 se obtuvo el reconocimiento internacional como Autoridad Reguladora Nacional de Referencia Regional (ARNr) en medicamentos y vacunas por parte de la OPS, convirtiéndose en la primera agencia reguladora con reconocimiento Nivel IV para medicamentos y vacunas en Latinoamérica; asimismo en 2014 la OMS acreditó a la COFEPRIS como Autoridad Reguladora Nacional Funcional en el proceso de vacunas para el periodo junio 2014-junio 2017. De esta forma México ha ingresa a las élites en regulación sanitaria y se ha dado a conocer alrededor del mundo, dando incentivos a otras naciones para estrechar los lazos de colaboración y en algunos casos hasta reconocer en cierta medida sus procedimientos regulatorios (p. ej. para otorgar Certificaciones de Buenas Practicas de Fabricación o Registro Sanitarios). Aunado a estos sistemas, al presente se ejecutan importantes esfuerzos para formar parte del Esquema de Cooperación en Inspecciones Farmacéuticas (PIC/S), un programa internacional que busca la armonización en la materia.

Estrategias y Líneas de Acción Transversales

Estrategias y líneas de acción transversales

Perspectiva de Género

El Gobierno de la República determinó incorporar la perspectiva de igualdad de género en las políticas públicas, programas, proyectos e instrumentos compensatorios como acciones afirmativas de la APF. En tal virtud, se incluyó la perspectiva de género como una estrategia transversal en el PND 2013-2018 y se publicó en el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018 (PROIGUALDAD).

En el marco de las acciones para incorporar la perspectiva de género en el Programa IMSS-PROSPERA, durante el periodo se impartió el curso-taller en materia de Igualdad y Género, Lenguaje Incluyente y Buen Trato a 683 servidores públicos, en tanto que 6,160 recibieron réplica. Adicionalmente, 312 personas que laboran en el Programa, recibieron la capacitación ABC de la Igualdad y no discriminación y 200 más en Claves para la atención pública sin discriminación en la modalidad de cursos en línea de CONAPRED.

Los HRAE promovieron acciones de difusión de la normatividad y del cumplimiento de los programas.

La DGCHFR colabora en las acciones que promueven la incorporación de la Perspectiva de Género en la Cultura Institucional para la igualdad de género en los HFR. En 2015 se incorporó en la convocatoria del FOSISS las bases en las cuales se solicita incorporar la perspectiva de género en los proyectos de investigación que sean sometidas a esta convocatoria.

La DGCHFR incluyó la Conferencia Magistral Incorporación de la Perspectiva de Género en las Unidades de Salud en el Tercer Encuentro Académico, "Hacia un Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria" celebrado en mayo de 2016.

En el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se realizaron las siguientes actividades:

- Capacitación a 1,443 profesionales de la salud a través de 26 talleres de sensibilización y conferencias en materia de género en salud y no discriminación en el marco de los derechos humanos.

- Acompañamiento a catorce programas de salud federales que incluyeron acciones con perspectiva de género; y se brindó monitoreo y seguimiento a 20 SESA con unidades de atención que implementan acciones con perspectiva de género.

- Operación de 19 Centros de Entretenimiento Infantil, en apoyo a las mujeres que acuden a consulta para atender su salud, de doce entidades federativas; Capacitación de 931 personas y entrega de 106,862 materiales informativos para la promoción y difusión del Programa de Cultura Institucional para la Igualdad 2013-2015, dirigidos al personal de la SS.

- Del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, con la finalidad de avanzar en las acciones de promoción de una Cultura Institucional para la Igualdad de Género en la SS, se fortalecieron dos Redes, una con 44 Enlaces de Género y otra con 30 Enlaces de Capacitación. Finalmente, se llevaron a cabo seis reuniones de trabajo para avanzar en la ejecución de las acciones de cultura institucional en Unidades Administrativas, Órganos Desconcentrados y algunos Órganos Descentralizados de la SS.

Con la finalidad de avanzar en las acciones de promoción de una Cultura Institucional para la Igualdad de Género en la SS, se conformaron dos Redes, una con 42 Enlaces de Género y otra con 30 Enlaces de Capacitación. Finalmente, se llevaron a cabo cuatro reuniones de trabajo para avanzar en la ejecución de las acciones de cultura institucional en Unidades Administrativas, Órganos Desconcentrados y algunos Órganos Descentralizados de la SS.

La afiliación total del padrón general del SPSS con corte al mes de mayo de 2016 es de 54.9 millones, de los cuales 54% o 29.7 millones corresponde a mujeres.

PROSPERA Programa de Inclusión Social, realiza acciones orientadas a la construcción de una cultura de equidad de género, a través del componente de salud, incide en el combate de la desigualdad, que genera sobrecargas

o desventajas, en particular para las mujeres. De septiembre de 2015 a mayo de 2016, el número estimado de mujeres embarazadas y en periodo de lactancia en control, beneficiarias del Programa, fue de 291,161.

A finales de noviembre de 2015 se concluyó el estudio de Brechas en la Disponibilidad de Recursos Humanos para la Salud en el Primer Nivel de Atención cuyas mediciones coadyuvarán con el componente de indicadores de planeación de estos recursos a nivel nacional.

Gobierno Cercano y Moderno.

En el Comité de Mejora Regulatoria Interna de la Secretaría de Salud, (COMERI) presidido por esta Coordinación General, se convocó a 17 sesiones de trabajo, en las que se generaron 35 acuerdos, que derivaron, entre otros, en la aprobación de 21 instrumentos normativos; así como en la actualización de la Normateca Interna que se encuentra en el sitio web [http://www.comeri.salud.gob.mx]; logrando obtener un inventario actual que asciende a 140 disposiciones.

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

El COMERI dio seguimiento y observó las acciones necesarias tendientes al cumplimiento de los compromisos establecidos en el rubro de Mejora Regulatoria, dentro del marco del PGCM 2013-2018.

En términos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, esta Coordinación General atendió 147 solicitudes de acceso. El Comité de Información convocó a doce sesiones ordinarias y 517 extraordinarias, emanando 538 acuerdos. Se atendieron 127 recursos de revisión, ante el Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos. Asimismo, se continuó proporcionando asesoría en materia de transparencia y sosteniendo reuniones de trabajo con las unidades administrativas y órganos desconcentrados vinculados a los recursos de revisión. Se prosiguió impartiendo capacitación en materia de transparencia a diversas unidades administrativas.

En el marco del PGCM, se realizaron diversas acciones de coordinación como enlace institucional ante la SFP, tales como reuniones de seguimiento y la incorporación de usuarios al Sistema de la SHCP para el seguimiento trimestral de avance de compromisos y de indicadores.

En el mes de noviembre, derivado de un proceso de revisión del anexo único de las bases de colaboración suscritas entre las Secretarías de Salud, de Hacienda y Crédito Público y de la Función Pública, se suscribió el convenio modificatorio del anexo único actualizando la matriz de compromisos para el Sector Central y órganos desconcentrados.

De manera destacada, se incorporó al modificatorio de la dependencia, la actualización del anexo único de los órganos administrativos desconcentrados, y la Secretaría de Salud realizó la actualización del mismo en el caso de los OPD.

De este modo, la Secretaría de Salud cumplió con el envío del informe anual correspondiente al ejercicio 2015 y los dos trimestrales de 2016, tanto del sector central como de los OAD y de los OPD.

En el mes de abril, se llevó a cabo el proceso de recalibración de los indicadores establecidos en el PGCM con lo cual, la Secretaría de Salud y sus unidades reportarán al cierre del ejercicio 2016 los avances en los indicadores, considerando las nuevas metas de cada uno de los indicadores que les son aplicables.

Destaca el trabajo realizado para atender las estrategias 3.1 “Orientar las estructuras orgánicas y ocupacionales hacia los objetivos estratégicos” y 4.1 “Transformar los procesos de las Dependencias y Entidades”, en donde se estableció un programa para el periodo agosto-diciembre de 2014, como para cada uno de los trimestres de 2015, que incluyeron el diseño e impartición del Curso-Taller de Alineación de Estructuras y Mejora de Procesos, a 244 funcionarios.

Se obtuvo información de cada una de las unidades responsables de la Secretaría de Salud, respecto de la alineación de funciones al instrumento jurídico correspondiente, análisis organizacional de funciones, identificación de duplicidades y de procesos sustantivos y de apoyo, alineación y mapeo de procesos, así como el registro de Proyectos de Mejora de Procesos.

Como resultado de este ejercicio, único en su tipo entre las dependencias de la APF, se alinearon 1,047 procesos a las 65 estructuras orgánicas y a los seis objetivos estratégicos de la dependencia contenidos en el PROSESA 2013-2018 como lo establecen las bases de colaboración del PGCM.

CUADRO 6.4 ALINEACIÓN DE PROCESOS Y ESTRUCTURAS DE LA SECRETARÍA DE SALUD (PROGRAMA DE GOBIERNO CERCANO Y MODERNO)

Procesos		Formatos	
Sustantivos	Administrativos	Alineación	Procesos
223	115	204	78
117	43	56	42
333	216	100	75
673	374	360	195

Fuente: Dirección General de Organización Programación y Presupuesto.

Los HRAE cumplieron con las actividades de este programa y en particular en lo referente a Transparencia Focalizada, se cumplió prácticamente al 100% en las actividades.

La DGCHFR como unidad coordinada por la CCINSHAE colaboró para el diseño y aplicación de la plataforma electrónica sistematizada en el periodo del 1 de abril al 30 de mayo de 2016 para que los seis HFR incorporen la información de cada trimestre relacionada con MIR.

En el desarrollo de plataformas que agilicen la consulta y reportes relacionados con los procesos relacionados con la investigación para la salud; para tal efecto el OIIS, podrá ser consultado en el portal www.gob.mx, a partir del mes de junio de 2016.

Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

La Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos Representa y protege los intereses de la Secretaría de Salud y del sector coordinado. En este sentido, asesora, coordina, supervisa y realiza el análisis y propuestas jurídicas para proporcionar los elementos que consoliden y sustenten las bases del derecho a la protección de la salud en el marco de las atribuciones del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

En el periodo comprendido del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016, se informa lo siguiente:

El total de asuntos ingresados a la Coordinación General fue de 13,182, dentro de los cuales se participó en la revisión de 357 anteproyectos de leyes, reglamentos, decretos, acuerdos, normas oficiales mexicanas y demás ordenamientos relativos a los asuntos competencia de la Secretaría de Salud, así como de iniciativas, dictámenes, minutas y puntos de acuerdo que en materia sanitaria formuló el H. Congreso de la Unión. Como resultado de estas acciones, se publicaron en el DOF 51 ordenamientos jurídicos consistentes en 22 Acuerdos, tres Decretos, un Reglamento, cinco Normas Oficiales Mexicanas, cuatro Modificaciones a Normas vigentes, ocho Proyectos de Normas Oficiales Mexicanas, cuatro Respuestas a Comentarios, tres Avisos y un Lineamiento.

Se dictaminaron 97 Instrumentos consensuales (nacionales e internacionales), diversos a los contratos y a los fideicomisos, en los que la Secretaría de Salud fue parte.

Se solventaron 129 Consultas en materia sanitaria formuladas por las unidades administrativas, órganos desconcentrados y entidades del sector coordinado de la Secretaría de Salud.

Se realizaron 92 acciones relativas a la expedición, registro y control de nombramientos de servidores públicos de la Secretaría de Salud, así como de directores generales e integrantes de las juntas de gobierno y patronatos de las entidades del sector coordinado de la Secretaría de Salud; elaboración de designaciones ante órganos colegiados y registros de firma ante la Secretaría de Gobernación.

Ordenamientos publicados en el DOF:

- Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico Siglo XXI, para el Ejercicio Fiscal 2016.
- Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Comunitario "Comunidad DIFerente", para el Ejercicio Fiscal 2016.
- Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad, para el Ejercicio Fiscal 2016.
- Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación de PROSPERA Programa de Inclusión Social, para el Ejercicio Fiscal 2016.
- Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Calidad en la Atención Médica, para el Ejercicio Fiscal 2016.
- Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad, para el Ejercicio Fiscal 2016.
- Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, para el Ejercicio Fiscal 2016.
- Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras, para el Ejercicio Fiscal 2016.
- Reglamento de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.
- Acuerdo por el que se modifica el diverso que establece la integración y el funcionamiento de los gabinetes.
- Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones del Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.
- Decreto por el que se establecen las acciones administrativas que deberá implementar la APF para llevar a cabo la conciliación o la celebración de convenios o acuerdos previstos en las leyes respectivas como medios alternativos de solución de controversias que se susciten con los particulares.
- Acuerdo que modifica al diverso que establece la clasificación y codificación de mercancías y productos cuya importación, exportación, internación o salida está sujeta a regulación sanitaria por parte de la Secretaría de Salud.
- Acuerdo por el cual se dan a conocer los formatos de los trámites a cargo de la Secretaría de Salud que se indican.
- Acuerdo para instrumentar la Política de Fomento a la Gastronomía Nacional.
- Acuerdo por el que se delegan facultades en el Director General de Arbitraje de la CONAMED.
- Lineamientos para la adquisición de medicamentos asociados al CAUSES y al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, por las entidades federativas con recursos transferidos por concepto de cuota social y de la aportación solidaria federal del SPSS.
- Acuerdo mediante el cual se establecen los Lineamientos generales para la instalación y mantenimiento de bebederos en las escuelas del Sistema Educativo Nacional.
- Segundo acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se emiten las Reglas de Operación de PROSPERA Programa de Inclusión Social, para el Ejercicio Fiscal 2015, publicado el 30 de diciembre de 2014.
- Acuerdo por el que se reforma y adiciona el diverso por el que se emiten las Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los CEI y se establecen las unidades hospitalarias que deben contar con ellos, de conformidad con los criterios establecidos por la CONBIOÉTICA, publicado el 31 de octubre de 2012.
- Aviso por el que se da a conocer el monto correspondiente a cada entidad federativa del Fondo de Aportaciones Múltiples en su componente de Asistencia Social para el Ejercicio Fiscal 2016, así como la fórmula utilizada para la distribución de los recursos, las variables empleadas y la fuente de información de las mismas.
- Acuerdo que modifica al diverso que establece la clasificación y codificación de mercancías cuya importación y exportación está sujeta a regulación por parte de las dependencias que integran la Comisión Intersecretarial para el Control del Proceso y Uso de Plaguicidas, Fertilizantes y Sustancias Tóxicas.

- Acuerdo que modifica al diverso que establece la clasificación y codificación de mercancías y productos cuya importación, exportación, internación o salida está sujeta a regulación sanitaria por parte de la Secretaría de Salud.

- Acuerdo que modifica al diverso que establece la clasificación y codificación de mercancías cuya importación y exportación está sujeta a regulación por parte de las dependencias que integran la Comisión Intersecretarial para el Control del Proceso y Uso de Plaguicidas, Fertilizantes y Sustancias Tóxicas.

- Acuerdo por el que se da a conocer la serie de leyendas, imágenes, pictogramas, mensajes sanitarios e información que deberá figurar en todos los paquetes de productos del tabaco y en todo empaquetado y etiquetado externo de los mismos, a partir del 24 de marzo de 2016 y hasta el 30 de noviembre de 2017.

- Aviso que establece los niveles de las cuotas familiares del SPSS para el Ejercicio Fiscal 2016.

- Acuerdo por el que se adicionan las substancias nitroetano, nitrometano, benzaldehído y cloruro de bencilo, al listado de la clasificación a que se refiere la fracción I del artículo 4, de la Ley Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para Elaborar Cápsulas, Tabletas y/o Comprimidos; y se consideran substancias psicotrópicas comprendidas en el artículo 245, fracción V, de la Ley General de Salud.

- Acuerdo por el que se establecen requisitos para la participación de los establecimientos hospitalarios, ambulatorios, de rehabilitación y de hemodiálisis, en los premios de calidad que otorga el Gobierno Federal y los gobiernos de las entidades federativas.

- Acuerdo por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del CBCISS.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

- Norma Oficial Mexicana NOM-059-SSA1-2013, Buenas prácticas de fabricación de medicamentos.

- Norma Oficial Mexicana NOM-164-SSA1-2013, Buenas prácticas de fabricación para fármacos.

- Norma Oficial Mexicana NOM-201-SSA1-2015, Productos y servicios. Agua y hielo para consumo humano, envasado y a granel. Especificaciones sanitarias.

- Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.

- Modificación de los puntos 6.4.2.7, 6.4.2.8, 6.6.1 y 6.7.2.9 de 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 el 16 de abril de 2009.

- Adición de los puntos 10.1.14, 10.1.15 y 22, de la Norma Oficial Mexicana NOM-241-SSA1-2012, Buenas prácticas de fabricación para establecimientos dedicados a la fabricación de dispositivos médicos.

- Aclaración a la Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad, publicada el 12 de agosto de 2015.

- Modificación a los puntos 6.10.5.3, 8.1.1, 8.4.6.1 y 13.5.1 y la eliminación del punto 3.1.38, de la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

Temas legislativos relevantes impulsados:

- Iniciativa con Proyecto de Decreto que reforma diversos artículos de la Ley General de Salud y de la Ley General de Educación, para el control del sobrepeso, la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria. Reforma publicada en el DOF el 14 de octubre de 2015.

- Iniciativa con proyecto de Decreto que adiciona y reforma diversas disposiciones de la Ley General de Salud, de la Ley del Seguro Social y de la Ley del Instituto de Seguridad de Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado. Reforma publicada en el DOF el 12 de noviembre de 2015.

- Iniciativa con proyecto de Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones a la Ley Gene-

ral de Salud para regular mecanismos en materia de mejora de servicios y atención médica.

- Iniciativa con proyecto de Decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones a la Ley General de Salud y reforma el párrafo tercero del artículo 195 del Código Penal Federal en materia del uso médico de cannabis con fines medicinales.

- Anteproyecto de Ley de los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia y Regionales de Alta Especialidad.

Instrumentos consensuales relevantes celebrados:

- Acuerdo de Coordinación para el Ejercicio de Facultades en Materia de Control Sanitario de Productos del Tabaco con el Gobierno del Estado de Nayarit.

- Protocolo sobre inspección, cuarentena y condiciones sanitarias de la leche y los productos lácteos exportados de los Estados Unidos Mexicanos a la República Popular de China.

- Ratificación del Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco.

- Bases generales de colaboración en materia de prevención de las adicciones, suscritas con las secretarías de la Defensa Nacional y de Marina.

- Acuerdo de Coordinación para el Ejercicio de Facultades en Materia de Control y Fomento Sanitario con el Estado de Aguascalientes.

- Acuerdo de Coordinación para el Ejercicio de Facultades en Materia de Control y Fomento Sanitario con el Estado de Baja California.

- Acuerdo de Coordinación para el Ejercicio de Facultades en Materia de Control y Fomento Sanitario con el Estado de Quintana Roo.

- Acuerdo de Coordinación para el Ejercicio de Facultades en Materia de Control y Fomento Sanitario con el Estado de San Luis Potosí.

- Acuerdo de Coordinación para el Ejercicio de Facultades en Materia de Control y Fomento Sanitario con el Estado de Tlaxcala.

- Acuerdo de Coordinación para el Ejercicio de Facultades en Materia de Control y Fomento Sanitario con el Estado de Yucatán.

Se representó a la Secretaría de Salud ante las autoridades judiciales y administrativa en los juicios y procedimientos como parte actora o demandada o con interés jurídico, se ejercieron toda clase de acciones, defensas y excepciones dando continuidad a los juicios y procedimientos en las siguientes materias:

En materia civil se contestaron 17 demandas y se promovieron cuatro demandas, se desahogaron mil requerimientos judiciales por concepto de pensión alimenticia, de solicitudes de peritos, de domicilio, de interdicción, de búsqueda de créditos a favor de la nación y de retención de pagos pendientes de realizar a proveedores de la Secretaría de Salud y radicación de juicios sucesorios, se desahogaron 300 vistas, se consultaron 500 acuerdos relacionados con los juicios en trámite, se asistió a 60 audiencias, se dio cumplimiento a cinco sentencias firmes y se brindaron 65 asesorías.

En materia laboral, se atendieron un total de 927 juicios, ingresaron 177 demandas nuevas, 19 actas administrativas, un total de 1,431 audiencias atendidas, emitiendo 25 consultas. Se notificaron 97 laudos, de los cuales 53 fueron absolutorios y 44 condenatorios. Se atendió un total de 23 requerimientos realizados por la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, y ocho requerimientos de la Junta Local.

En materia penal, se presentaron once denuncias, se obtuvo una consignación ante el Juez Penal de la causa, han sido atendidos un total de 2,437 requerimientos ministeriales, se brindaron 154 asesorías, se compareció ante el Ministerio Publico de la Federación en doce ocasiones para la atención de diversos requerimientos.

En materia contencioso administrativo, se atendieron 71 juicios, de los cuales tres se resolvieron en sentido favorable a la Secretaría de Salud; asimismo, se resolvieron ocho reclamaciones patrimoniales; se atendieron 96 derechos de petición, se desahogaron 260 requerimientos por parte del Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa y dos del Servicio de Administración Tributaria. Asimismo, se tramitaron cuatro números internacionales ISSN, siete registros de obras, diez dictámenes previos, diez reservas de derechos, y tres reservas electrónicas, todos ante el Instituto Nacional del Derecho de Autor.

En materia de amparo, se concluyeron 186 juicios, de los cuales 180 fueron resueltos en sentido favorable y seis en sentido desfavorable, se rindieron 693 informes

de ley, de los cuales 398 informes justificados y 295 informes previos, que corresponden a 258 demandas de amparo, de las cuales una demanda fue promovida por 27 mil quejosos que se ostentan como médicos del IMSS; asimismo, se interpusieron 81 recursos, nuevede queja, once de revisión, 54 de revisión adhesiva y siete de reclamación; y se atendieron 2,513 requerimientos de Juzgados de Distrito y Tribunales Colegiados.

En su carácter de enlace ante la ASF, atendió 33 requerimientos de información, de los cuales cinco se relacionaron con la fiscalización superior de la Cuenta Pública 2014; 16 correspondieron a la planeación de la fiscalización de la Cuenta Pública 2015 y doce estuvieron vinculados con el seguimiento de la atención de los pliegos de observaciones notificados a esta Dependencia del Ejecutivo Federal, con motivo de la revisión de la Cuenta Pública correspondiente al año 2013.

Se atendió el requerimiento formulado por el Órgano de Fiscalización Superior del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, para lo cual se remitió la información y documentación referente a los convenios celebrados con el Gobierno de la Entidad Federativa, durante el Ejercicio Fiscal 2015, con el objetivo de que la instancia fiscalizadora efectuara la planeación de la revisión a las cuentas públicas de la Entidad Federativa.

Se dio seguimiento al inicio y ejecución de 16 auditorías practicadas por la ASF a diversas unidades administrativas y órganos desconcentrados de esta Secretaría de Salud (SS); asimismo, fueron atendidas diez reuniones para la presentación de los resultados de las revisiones ejecutadas.
Se hicieron las gestiones necesarias y el seguimiento de la atención brindada por las unidades administrativas y órganos desconcentrados competentes, respecto de las 21 acciones formuladas por la ASF, con motivo de la fiscalización de la Cuenta Pública 2014.

En materia de derechos humanos, se atendieron 73 requerimientos referentes al Sistema Interamericano de Derechos Humanos; 345 solicitudes y 93 reuniones de trabajo relacionadas con la promoción y defensa de los derechos humanos.
Dentro del marco de la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud, mediante el cual se garantiza la atención médica integral a las víctimas de un delito o de una violación de derechos humanos, se gestionó y dio seguimiento a la atención médica de más 1,500 víctimas directas e indirectas.

Se dio trámite ante la CNDH a 30 quejas, de las cuales se logró la conclusión de siete de ellas, y se atendieron 41 solicitudes para la búsqueda de 941 presuntos desaparecidos.

Se promocionó la capacitación en materia de derechos humanos a través de 16 cursos en línea, capacitándose a 1,005 servidores públicos del sector salud, incluyendo personal médico.

En materia de adquisiciones, arrendamientos, servicios, obras públicas y bienes, se participó en 152 reuniones de trabajo, que corresponden a 97 sesiones de los Comités de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, de Bienes Muebles, y Subcomités Revisores de Convocatorias, nueve de Obras Públicas, once sesiones del Comité Técnico del Fideicomiso del SPSS, nueve sesiones del Consejo Interno de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, 21 sesiones del Comité Interno para el Uso Eficiente, Transparente y Eficaz de los Recursos Presupuestarios y seis sesiones del Comité de Control y Desempeño Institucional de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública. Se analizaron jurídicamente 555 asuntos de las reuniones anteriormente enunciadas y se proporcionó asesoría jurídica en materia de adquisiciones, arrendamientos, servicios, obras públicas y bienes en 709 casos.

Se han formulado diversas opiniones jurídicas solicitadas por la DGRMySG y por la DGTI, relativas a la terminación anticipada del Contrato de Prestación de Servicios número DGRMSG-DCC-018-2014, para llevar a cabo el servicio de procesamiento, almacenamiento y administración de la información en un esquema de servicios bajo demanda para las unidades administrativas y OAD de la Secretaría de Salud 2014-2017.

Se emitió opinión jurídica a la DGPLADES, respecto a la donación del Hospital General de Mazatlán a la SEDENA, por parte del Gobierno del Estado de Sinaloa.

Se opinó jurídicamente sobre la construcción del nuevo Hospital General de León, que pretende construir el Gobierno del Estado de Guanajuato.

Elaboración de un Convenio de Colaboración entre los Servicios de Atención Psiquiátrica y Sanatorios de México, S.A. de C.V., a fin de dar cumplimiento a diversas recomendaciones emitidas por organismos nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, salud mental y discapacidad.

Opinión jurídica sobre el Proyecto de Contrato de Cesión de Derechos, que pretende celebrarse entre el INSP y el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, respecto de los contenidos del Diplomado en línea de difusión, implementación, evaluación y actualización de Guías de Práctica Clínica.

Se opinó jurídicamente la "Declaración de Intención" suscrita por la Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y Sanofi Pasteur, durante la visita oficial del C. Presidente de la República a Francia.

Se emitió opinión sobre si es factible ejercer un presupuesto anual igual o mayor al estipulado en la cláusula de un contrato abierto, sin exceder anualmente el monto máximo indicado en la misma cláusula.

Se emitió opinión jurídica sobre la solicitud del INGER, a efecto de que le sea enajenado a título gratuito el predio que ocupa, por parte de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública.

Revisión del Proyecto de Acuerdo Específico de Coordinación para Médicos Residentes, que pretenden celebrar los Servicios de Salud de Yucatán con un médico cirujano.

Resultados Alcanzados

Se alcanzaron los siguientes resultados:

A. Se participó en 152 sesiones de diversos órganos colegiados, tales como:

1. 97 sesiones en la Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales, dentro de las cuales se incluyen: el Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, el Comité de Bienes Muebles, y el Subcomité Revisor de Convocatorias.

2. Nueve sesiones en la Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física relativas al Comité de Obras Públicas.

3. 11 sesiones del Comité Técnico del Fideicomiso del SPSS.

4. Nueve sesiones del Consejo Interno de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública.

5. 21 sesiones del Comité Interno para el Uso Eficiente, Transparente y Eficaz de los Recursos Presupuestarios.

6. Seis sesiones del Comité de Control y Desempeño Institucional de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública.

Para las sesiones de los referidos órganos colegiados, se analizaron un total de 555 asuntos.

B. Por otra parte, se atendieron 297 volantes de trámite relativos a solicitudes de opinión a diversos instrumentos jurídicos, volantes que implicaron el análisis de 636 instrumentos consensuales.

C. Adicionalmente, se emitieron aproximadamente 73 asesorías jurídicas derivadas de las consultas formuladas por diversas áreas.

En el Comité de Mejora Regulatoria Interna de la Secretaría de Salud, (COMERI) presidido por esta Coordinación General, se convocó a 17 sesiones de trabajo, en las que se generaron 35 acuerdos, que derivaron, entre otros, en la aprobación de 21 instrumentos normativos; así como en la actualización de la Normateca Interna que se encuentra en el sitio web: **http://www.comeri.salud.gob.mx** logrando obtener un inventario actual que asciende a 140 disposiciones.

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

El COMERI dio seguimiento y observó las acciones necesarias tendientes al cumplimiento de los compromisos establecidos en el rubro de Mejora Regulatoria, dentro del marco del PGCM 2013-2018.

En términos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, esta Coordinación General atendió 147 solicitudes de acceso. El Comité de Información convocó a doce sesiones ordinarias y 517 extraordinarias, emanando 538 acuerdos. Se atendieron 127 recursos de revisión, ante el Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos. Asimismo, se continuó proporcionando asesoría en materia de transparencia y sosteniendo reuniones de trabajo con las unidades administrativas y órganos desconcentrados vinculados a los recursos de revisión. Se prosiguió impartiendo capacitación en materia de transparencia a diversas unidades administrativas.

Siglas y Acrónimos

AAD	Antivirales de Acción Directa
AMEXCID	Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo
ANAFARMEX	Asociación Nacional de Farmacias de México, A.C.
ANM	Academia Nacional de Medicina
APBP	Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública
APF	Administración Pública Federal
APEC	Foro de Cooperación Económica Asia-Pacífico (APEC, por sus siglas en inglés)
APROMED	Sistema de Gestión de Aprovisionamiento de Insumos Médicos
ASF	Auditoría Superior de la Federación
ARIEL	Automatización de Registros de Información Estadística Sobre Laudos Concluidos.
ARNr	Autoridad Reguladora Nacional de Referencia Regional
BPF	Buenas Prácticas de Fabricación
BIRMEX	Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México S.A. de C.V.
BIRMM	Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas
CAB	Convención sobre la prohibición del desarrollo, la producción y el almacenamiento de armas bacteriológicas
CADI	Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil
CAIC	Centros de Asistencia Infantil Comunitarios
CANDESTI	Comité Especializado de Alto Nivel en materia de Desarme, Terrorismo y Seguridad Internacionales
CAPASITS	Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual
CAPP	Contrato de Asociación Público Privada
CARPHA	Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA, por sus siglas en inglés)
CARA	Centros de Atención Rural al Adolescente
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CBCISS	Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud

CBCMSS	Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos del Sector Salud
CCAyAC	Comisión de Control Analítico y Ampliación de Cobertura
CCINSHAE	Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
CCNPMIS	Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud
CDC	Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades
CDI	Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas
CDN	Certificados de Necesidad
CEB	Comisiones Estatales de Bioética
CEI	Comités de Ética en Investigación
CEMECE	Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades
CENADIC	Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones
CENAPRECE	Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
CENETEC	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
CETS	Centros Estatales de la Transfusión Sanguínea
CHB	Comités Hospitalarios de Bioética
CHPF	Cuenta de la Hacienda Pública Federal
CICAD	Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Droga
CIE	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades
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.
CISEN	Centro de Investigación y Seguridad Nacional
CLUES	Catálogo de Establecimientos en Salud
CNCH	Cruzada Nacional Contra el Hambre
CNDH	Comisión Nacional de los Derechos Humanos
CNE-RSI	Centro Nacional de Enlace de México para el Reglamento Sanitario Internacional
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud

CNS	Comisión Nacional de Seguridad
CNTS	Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea
COCASEP	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente
COEPRA	Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes
COERMI	Comités de Estrategias para el Análisis de Mortalidad en la Infancia
COESAEN	Comités Estatales de Atención al Envejecimiento
COETRAS	Consejos Estatales de Trasplantes
CEETRAS	Centros Estatales de Trasplantes
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
COMCA	Consejos Municipales contra las Adicciones
COMERI	Comité de Mejora Regulatoria Interna
CONACYT	Calidad del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
CONADE	Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte
CONADIC	Comisión Nacional contra las Adicciones
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONASA	Consejo Nacional de Salud
CONATRIB	Comisión Nacional de Tribunales Superiores de Justicia de los Estados Unidos Mexicanos
CONAVE	Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica
CONBIOÉTICA	Comisión Nacional de Bioética
CONOCER-SEP	Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales de la SEP
CRUM	Centro Regulador de Urgencias Médicas
CSFMEU	Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos
CTEIJ	Comité Técnico Especializado en Información de Juventud
CTESS	Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud
DGCES	Dirección General de Calidad y Educación en Salud
DGCHFR	Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia
DGCINS	Dirección General de Coordinación de Institutos Nacionales de Salud

DGDIF	Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física
DGIS	Dirección General de Información en Salud
DGPLADES	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
DGPOP	Dirección General de Programación Operación y Presupuesto
DGRH	Dirección General de Recursos Humanos
DGRMySG	Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales
DGTI	Dirección General de Tecnologías de la Información
DIF	Desarrollo Integral de la Familia
DOF	Diario Oficial de la Federación
ECNT	Enfermedad Crónico Degenerativa o No Transmisible
EDA	Enfermedades Diarreicas Agudas
EDI	Evaluación Desarrollo Infantil Temprano
EEUU	Estados Unidos de América
EIASA	Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria
EICH-AT	Enfermedad Injerto contra Huésped Asociada a Transfusión
EMAT	Equipos Médicos de Alta Tecnología
EMQ	Encuentros Médico Quirúrgicos
ENARE	Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Estomatológicas
ENARM	Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares
ENPCSOD	Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
ESPII	Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional
FASSC	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad
FES	Facultad de Estudios Superiores
FISAC	Fundación de Investigaciones Sociales
FMT	Equipos Médicos Internacionales
FUCAM	Fundación del Cáncer de Mama A. C.

GAIA	Grupo de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia
GAPS	Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud
GPC	Guías de Práctica Clínica
GTE	Grupo de Trabajo Estratégico
HEP	Hospital de Especialidades Pediátricas
HFR	Hospitales Federales de Referencia
HGM	Hospital General de México
HIM	Hospital Infantil de México Federico Gómez
HJM	Hospital Juárez de México
HM	Hospital de la Mujer
HRAE	Hospitales Regionales de Alta Especialidad
HRAEB	Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío
HRAEI	Hospital Regional de Alta Especialidad en Ixtapaluca
HRAEI	Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca
HRAEO	Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca
HRAEPY	Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán
HRAEV	Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria
IARC	Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer
ICM	Investigadores en Ciencias Médicas
IMJUVE	Instituto Mexicano de la Juventud
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
IMT	Instituto Mexicano del Transporte
INALI	Instituto Nacional de Lenguas Indígenas
INCan	Instituto Nacional de Cancerología
INCMNSZ	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
INEA	Instituto Nacional para la Educación de los Adultos
INDAABIN	Instituto de Administración y Avalúos de Bienes Nacionales
INDESOL	Instituto Nacional de Desarrollo Social

INDICAS	Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud
InDRE	Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INER	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas
INGER	Instituto Nacional de Geriatría
INH	Instituto Nacional de Higiene
INMEGEN	Instituto Nacional de Medicina Genómica
INMUJERES	Instituto Nacional de las Mujeres
INNN	Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez
INP	Instituto Nacional de Pediatría
INPER	Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes
INPSIQ	El Instituto Nacional de Psiquiátrica Ramón de la Fuente Muñiz
INR	Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra
INSalud	Institutos Nacionales de Salud
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
INV	Instituto Nacional de Virología
IPN	Instituto Politécnico Nacional
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
IRAG	Reunión de la Vigilancia de Infecciones Respiratorias Agudas Graves
ISES	Instituciones de Seguros Especializadas en Salud
ISR	Impuesto sobre la Renta
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
MAI	Modelo de Atención Integral de Salud
MIR	Matriz de Indicadores para Resultados
MIV	Manejo Integrado de Vectores
MOE	Manuales de Organización Específicos
MP	Manuales de Procedimientos
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OEA	Organización de los Estados Americanos
OEL	Observatorios Estatales de Lesiones
OIEA	Organización Internacional de Energía Atómica
OIIS	Observatorio Institucional de Investigación en Salud
OISVI	Observatorio Iberoamericano de Seguridad Vial
OMENT	Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONL	Observatorio Nacional de Lesiones
ONTS	Observatorio Nacional de Telesalud
OPD	Organismos Públicos Descentralizados
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAE	Programa de Acción Específico
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PGCM	Programa para un Gobierno Cercano y Moderno
PGS	Padrón General de Salud
PMI	Plan Maestro de Infraestructura en Salud
PND	Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018
Pp	Programas presupuestarios
PPEF	Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
QBRN	Químicos, Biológicos, Radiológicos y Nucleares
RAVMex	Registro de Accidentes Viales en México
RBSF	Red Binacional en Salud Fronteriza
REDVE	Registro Electrónico de Defunciones en Vigilancia Epidemiológica
RELACSIS	Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información de Salud
RELDA	Red de Laboratorios para el Diagnóstico de Arbovirosis

REMEHPECA	Red Mexicana de Hospitales Pediátricos por la Calidad
RENIECYT	Registro Nacional de Instituciones y Empresas Científicas y Tecnológicas
RETOMEX	Red Toxicológica Mexicana
RHOVE	Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica
RIA	Red por la Infancia y la Adolescencia
RIECA	Red de Instituciones Educativas contra las Adicciones de la Ciudad de México
RIIAD	Revista Internacional de Investigación en Adicciones
RMM	Razón de Mortalidad Materna
RNLBS	Red Nacional de Laboratorios de Banco de Sangre
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SABE	Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento
SAI	Servicios de Atención Integral
SAMU	Sistema de Atención Médica de Urgencias
SAP	Servicios de Atención Psiquiátrica
SCC	Sistema de Costos de la Calidad
SCT	Secretaría de Comunicaciones y Transportes
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEED	Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones
SESA	Servicios Estatales de Salud
SETEC	Secretaria Técnica para la Implementación de la Reforma Penal SETEC
SFP	Secretaría de la Función Pública
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SIC	Sistema de Información Nominal en Crónicas
SIDSS	Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
SNI	Sistema Nacional de Investigadores
SINAC	Subsistema de Información de Nacimientos
SiNaCEAM	Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica

SINERHIAS	Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la salud
SINOS	Sistema Nominal de Salud
SIRES	Sistemas de Información de Registro Electrónico para La Salud
SIS	Subsistema de Prestación de Servicios
SIVEPAB	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales
SMS-XXI	Seguro Médico Nueva Generación Siglo XXI
SNDIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
SNS	Sistema Nacional de Salud
SNTSA	Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud
SPPC	Subsecretaría de Prevención y Participación Ciudadana
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SRAMS	Sospechas de Reacciones Adversas a Medicamentos
SRCI	Sistema de Radiodifusoras Culturales Indigenistas
SREO	Sistema de Registro de Emergencias Obstétricas
SS	Secretaría de Salud Federal
STCONAPRA	Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes
STCONASA	Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud
SUAVE	Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica
SUG	Sistema Unificado de Gestión
TAES	Tratamiento Acortado y estrictamente Supervisado
TAG	Técnico Asesor de Entomología en Salud Pública
TAMP	Técnicos de Atención Médica Pre-hospitalaria
TAR	Tratamiento Antirretroviral
TDR	Programa de Investigación y Capacitación sobre Enfermedades Tropicales
UAC	Unidades Administrativas de Nivel Central
UAD	Órganos Administrativos Desconcentrados
UAE	Unidad de Análisis Económico

UAEM	Universidad Autónoma de Estado de México
UAM	Universidad Autónoma Metropolitana
UANL	Universidad Autónoma de Nuevo León
UHAP´s	Unidades Habilitadas de Apoyo al Pre dictamen-UHAP´s
UIES	Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria
UMAE	Unidad Médica de Alta Especialidad
UMM	Unidades Médicas Móviles
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
UNEME-DEDICAM	Unidades de Especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico de Cáncer de Mama
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNGASS 2016	Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas 2016
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USCU	Unidades de Sangre de Cordón Umbilical
VDS	Ventanillas de Salud

Anexos Estadísticos

CUADRO I. ESPERANZA DE VIDA AL NACER
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2015

ENTIDAD FEDERATIVA	ESPERANZA DE VIDA AL NACER		
	Total	Hombres	Mujeres
Nacional	**75.0**	**72.3**	**77.7**
Aguascalientes	75.9	73.6	78.3
Baja California	74.0	70.8	77.4
Baja California Sur	76.0	73.5	78.7
Campeche	75.3	72.4	78.2
Coahuila de Zaragoza	75.7	73.6	78.0
Colima	75.9	73.5	78.5
Chiapas	72.8	69.9	75.9
Chihuahua	72.9	69.8	76.3
Ciudad de México	76.1	73.8	78.5
Durango	75.6	72.9	78.5
Estado de México	75.2	72.8	77.8
Guanajuato	75.5	73.2	77.9
Guerrero	72.9	69.6	76.3
Hidalgo	74.4	72.1	76.9
Jalisco	75.5	73.0	78.2
Michoacán de Ocampo	74.7	72.1	77.5
Morelos	75.7	73.1	78.4
Nayarit	75.1	72.5	77.9
Nuevo León	76.4	73.9	78.9
Oaxaca	73.0	70.1	76.0
Puebla	74.8	71.9	77.9
Querétaro	75.4	72.8	78.1
Quintana Roo	75.6	73.2	78.2
San Luis Potosí	74.7	72.0	77.5
Sinaloa	75.5	72.5	78.6
Sonora	75.3	72.6	78.1
Tabasco	74.8	72.1	77.6
Tamaulipas	75.8	73.3	78.4
Tlaxcala	75.2	72.8	77.8
Veracruz de Ignacio de la Llave	74.1	71.6	76.7
Yucatán	75.5	73.0	78.1
Zacatecas	75.3	72.7	77.9

Fuente: CONAPO, 2015. Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

CUADRO II. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2014

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA [1/]	CÓDIGO CIE-10 [2/]	DEFUNCIONES	TASA [3/]
		A00-Z99	**632,587**	528.4
1	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	121,178	101.2
	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	82,129	68.6
2	Diabetes mellitus	E10-E14	93,961	78.5
3	Tumores malignos	C00-C97	76,986	64.3
4	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	35,539	29.7
	Accidentes de tráfico de vehículos de motor	V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9	15,770	13.2
5	Enfermedades del hígado	K70-K76	34,420	28.8
	Enfermedad alcohólica del hígado	K70	11,408	9.5
6	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	33,144	27.7
7	Neumonía e influenza	J09-J18	20,528	17.1
8	Agresiones (homicidios)	X85-Y09	19,921	16.6
9	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	J44	19,706	16.5
10	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	A33, P00-P96	13,082	10.9
	Hipoxia intrauterina, asfixia y otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal	P20-P28	6,917	5.8
Mal definidas			10,577	8.8
El resto			153,545	128.3

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas la cual permite establecer comparaciones a lo largo del tiempo, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas. Se excluyeron muertes de residentes en el extranjero.
[1/] Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.
[2/] Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10a. revisión.
[3/] Tasa por cien mil habitantes.
FUENTE: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2014.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050

CUADRO III. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2014

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA [1/]	CÓDIGO CIE-10 [2/]	DEFUNCIONES	TASA [3/]
		A00-Z99	28,009	12.5
1	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	A33, P00-P96	13,874	6.2
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99	7,137	3.2
3	Neumonía e influenza	J09-J18	1,176	0.5
4	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	1,024	0.5
5	Enfermedades infecciosas intestinales	A00-A09	554	0.2
6	Septicemia	A40-A41	420	0.2
7	Infecciones respiratorias agudas, excepto neumonía e influenza	J00-J06, J20-J22	346	0.2
8	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	306	0.1
9	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	224	0.1
10	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	121	0.1
Mal definidas			635	0.3
El resto			2,192	1.0

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas la cual permite establecer comparaciones a lo largo del tiempo, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas. Se excluyeron muertes de residentes en el extranjero.

[1/] Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.

[2/] Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10a. revisión.

[3/] Tasa por mil nacidos vivos ajustados con base en el subsistema de información sobre nacimientos (SINAC) 2014.

FUENTE: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2014.
Base de datos del subsistema de información sobre nacimientos (SINAC)

NOTA METODOLÓGICA DEL CÁLCULO DE LA TMI, TM<5 Y RMM

De acuerdo con la "Metodología para ajustar los nacidos vivos y las defunciones de niños menores de cinco años para su uso en el cálculo de indicadores" aprobada en la Sexta Reunión Ordinaria del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud en 2013 (CTESS/60/2013/A25), para el periodo 1990-2010, el indicador es calculado con las defunciones y nacimientos estimados por el CONAPO, que corresponden con las estimaciones 1990-2010 y las Proyecciones de la población de México vigentes y se actualizará cada vez que el CONAPO publique oficialmente nuevas proyecciones de población; a partir de 2011 la fuente de información para calcular el indicador son las cifras corregidas por subregistro, tanto de las defunciones registradas por INEGI/SS como de los nacidos vivos ocurridos del SINAC, las correcciones se realizan conforme a la metodología citada y las cifras corregidas se encuentran disponibles en:
http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/zip/Metodologia.zip

CUADRO IV. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD PREESCOLAR
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2014 [1/]

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA [2/]	CÓDIGO CIE-10 [3/]	DEFUNCIONES	TASA [4/]
		A00-Z99	**5,828**	**65.9**
1	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	1,224	13.8
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99	960	10.9
3	Neumonía e influenza	J09-J18	496	5.6
4	Tumores malignos	C00-C97	469	5.3
5	Enfermedades infecciosas intestinales	A00-A09	313	3.5
6	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	207	2.3
7	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	134	1.5
8	Septicemia	A40-A41	133	1.5
9	Agresiones (homicidios)	X85-Y09	123	1.4
10	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	G80-G83	110	1.2
Mal definidas			117	1.3
El resto			1,542	17.4

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas la cual permite establecer comparaciones a lo largo del tiempo, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas. Se excluyeron muertes de residentes en el extranjero.
[1/] La edad preescolar se tomó de 1 a 4 años.
[2/] Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.
[3/] Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10a revisión.
[4/] Tasa por cien mil habitantes entre uno y cuatro años de edad.
FUENTE: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2014.
Base de datos del subsistema de información sobre nacimientos (SINAC)
NOTA METODOLÓGICA DEL CÁLCULO DE LA TMI, TM<5 Y RMM
De acuerdo con la "Metodología para ajustar los nacidos vivos y las defunciones de niños menores de cinco años para su uso en el cálculo de indicadores" aprobada en la Sexta Reunión Ordinaria del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud en 2013 (CTESS/60/2013/A25), para el periodo 1990-2010, el indicador es calculado con las defunciones y nacimientos estimados por el CONAPO, que corresponden con las estimaciones 1990-2010 y las Proyecciones de la población de México vigentes y se actualizará cada vez que el CONAPO publique oficialmente nuevas proyecciones de población; a partir de 2011 la fuente de información para calcular el indicador son las cifras corregidas por subregistro, tanto de las defunciones registradas por INEGI/SS como de los nacidos vivos ocurridos del SINAC, las correcciones se realizan conforme a la metodología citada y las cifras corregidas se encuentran disponibles en:
http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/zip/Metodologia.zip

CUADRO V. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD ESCOLAR
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2014 [1/]

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA [2/]	CÓDIGO CIE-10 [3/]	DEFUNCIONES	TASA [4/]
		A00-Z99	**6,000**	**26.7**
1	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	1,432	6.4
	Accidentes de tráfico de vehículos de motor	V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9	633	2.8
2	Tumores malignos	C00-C97	1,023	4.6
	Leucemias	C91-C95	592	2.6
3	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99	399	1.8
	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	Q20-Q28	217	1.0
4	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	G80-G83	311	1.4
5	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	X60-X84	241	1.1
6	Agresiones (homicidios)	X85-Y09	219	1.0
7	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	205	0.9
	Enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón	I26-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	179	0.8
8	Neumonía e influenza	J09-J18	174	0.8
9	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	140	0.6
10	Epilepsia	G40-G41	106	0.5
Mal definidas			65	0.3
El resto			1,685	8

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas la cual permite establecer comparaciones a lo largo del tiempo, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas. Se excluyeron muertes de residentes en el extranjero.
[1/] La edad en edad escolar se tomó de 5 a 14 años.
[2/] Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.
[3/] Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10a. revisión.
[4/] Tasa por cien mil habitantes de 5 a 14 años.
FUENTE: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2014.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

CUADRO VI. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD PRODUCTIVA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2014 [1/]

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA [2/]	CÓDIGO CIE-10 [3/]	DEFUNCIONES	TASA [4/]
		A00-Z99	**234,866**	**300.35**
1	Diabetes mellitus	E10-E14	36,055	46.1
2	Tumores malignos	C00-C97	33,590	43.0
	Tumor maligno de la mama	C50	3,953	5.1
	Tumor maligno del cuello del útero	C53	2,555	3.3
	Tumor maligno del estómago	C16	2,493	3.2
3	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	28,384	36.3
	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	19,416	24.8
4	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	23,334	29.8
	Accidentes de tráfico de vehículos de motor	V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9	12,611	16.1
5	Enfermedades del hígado	K70-K76	20,424	26.1
	Enfermedad alcohólica del hígado	K70	8,145	10.4
6	Agresiones (homicidios)	X85-Y09	17,279	22.1
7	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	7,614	9.7
8	Neumonía e influenza	J09-J18	6,369	8.1
9	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	X60-X84	5,581	7.1
10	Insuficiencia renal	N17-N19	4,869	6.2
Mal definidas			1,425	1.8
El resto			49,942	63.9

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas la cual permite establecer comparaciones a lo largo del tiempo, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas. Se excluyeron muertes de residentes en el extranjero.

[1/] La edad en edad productiva se tomó de 15 a 64 años.

[2/] Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.

[3/] Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10ª. revisión.

[4/] Tasa por cien mil habitantes de 15 a 64 años.

FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2014.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050

CUADRO VII. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD POSTPRODUCTIVA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2014 [1/]

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA [2/]	CÓDIGO CIE-10 [3/]	DEFUNCIONES	TASA [4/]
		A00-Z99	**357,058**	**4,467.5**
1	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	92,047	1,151.7
	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	62,522	782.3
2	Diabetes mellitus	E10-E14	57,843	723.7
3	Tumores malignos	C00-C97	41,874	523.9
	Tumor maligno de la próstata	C61	5,569	69.7
	Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	C33, C34	4,586	57.4
	Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	C22	4,031	50.4
4	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	25,256	316.0
5	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	J44	17,798	222.7
6	Enfermedades del hígado	K70-K76	13,621	170.4
	Enfermedad alcohólica del hígado	K70	3,207	40.1
7	Neumonía e influenza	J09-J18	12,384	154.9
8	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	8,161	102.1
	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	1,901	23.8
9	Insuficiencia renal	N17-N19	7,672	96.0
10	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	5,685	71.1
Mal definidas			8,229	103.0
El resto			66,488	831.9

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas la cual permite establecer comparaciones a lo largo del tiempo, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas. Se excluyeron muertes de residentes en el extranjero.

[1/] La edad en edad postproductiva se tomó de 65 años y más..

[2/] Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.

[3/] Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10ª. revisión.

[4/] Tasa por cien mil habitantes de 65 años o más.

FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2014.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

CUADRO VIII. MORTALIDAD EN LA INFANCIA POR ENTIDAD FEDERATIVA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2014 [1/]

ENTIDAD FEDERATIVA	MENORES DE 1 AÑO		MENORES DE 5 AÑOS	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
Nacional	**13.8**	**11.0**	**16.6**	**13.5**
Aguascalientes	12.2	8.4	13.7	9.5
Baja California	15.6	11.2	18.6	14.8
Baja California Sur	11.9	9.5	13.6	10.6
Campeche	13.4	10.5	15.4	12.6
Coahuila de Zaragoza	15.6	11.8	18.0	13.6
Colima	11.3	7.2	12.8	8.7
Chiapas	13.7	12.5	18.5	17.3
Chihuahua	14.7	12.0	17.7	15.0
Ciudad de México	12.9	10.2	15.1	11.7
Durango	15.7	11.8	18.2	14.3
Estado de México	15.3	12.6	17.7	14.8
Guanajuato	13.3	10.3	15.3	12.1
Guerrero	16.3	10.9	20.9	14.0
Hidalgo	15.1	12.1	18.7	15.2
Jalisco	12.0	9.9	14.2	11.8
Michoacán de Ocampo	13.5	9.9	16.0	12.1
Morelos	14.1	10.2	15.9	12.0
Nayarit	11.9	9.9	15.6	12.4
Nuevo León	11.2	8.9	12.8	10.6
Oaxaca	15.0	12.0	20.6	16.4
Puebla	16.4	13.1	19.3	15.5
Querétaro	11.1	9.8	13.0	11.6
Quintana Roo	13.5	10.1	15.8	11.6
San Luis Potosí	12.7	12.0	15.8	15.2
Sinaloa	9.6	7.3	11.8	9.1
Sonora	10.4	9.0	13.1	10.6
Tabasco	15.4	13.5	17.5	15.8
Tamaulipas	13.6	11.4	15.9	13.3
Tlaxcala	14.3	10.7	16.7	12.1
Veracruz de Ignacio de la Llave	14.3	11.3	18.0	14.8
Yucatán	13.2	8.7	15.2	10.7
Zacatecas	12.1	10.6	15.1	12.2

[1/] Tasa por cada mil nacidos vivos ajustados con base en el subsistema de información sobre nacimientos (SINAC).
FUENTE: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud. Calculada con las Proyecciones de la población de México, 2010-2030, para el periodo 1990-2010, y a partir de 2011 con la base de datos de defunciones 1979-2014 y los nacimientos ajustados de la base de datos del Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) .
NOTA SOBRE MÉTODO PARA EL CÁLCULO DE LA TMI, TM<5 Y RMM.
De acuerdo con la "Metodología para ajustar los nacidos vivos y las defunciones de niños menores de cinco años para su uso en el cálculo de indicadores" aprobada en la Sexta Reunión Ordinaria del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud en 2013 (CTESS/60/2013/A25), para el periodo 1990-2010, el indicador es calculado con las defunciones y nacimientos estimados por el CONAPO, que corresponden con las estimaciones 1990-2010 y las Proyecciones de la población de México vigentes y se actualizará cada vez que el CONAPO publique oficialmente nuevas proyecciones de población; a partir de 2011 la fuente de información para calcular el indicador son las cifras corregidas por subregistro, tanto de las defunciones registradas por INEGI/SS como de los nacidos vivos ocurridos del SINAC, las correcciones se realizan conforme a la metodología citada y las cifras corregidas se encuentran disponibles en http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/zip/Metodologia.zip

CUADRO IX. TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR ENFERMEDAD DIARRÉICA AGUDA (EDAS) Y POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRAS) EN MENORES DE 5 AÑOS, TOTAL Y POR SEXO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1995-2014 1/

AÑO	EDAS			IRAS		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
1995	56.4	60.7	52.1	92.1	101.2	82.7
1996	49.6	53.6	45.4	86.4	94.1	78.5
1997	43.1	46.5	39.6	78.1	86.4	69.6
1998	38.0	41.5	34.3	61.1	66.3	55.7
1999	32.2	36.0	28.2	54.3	59.9	48.5
2000	29.6	31.8	27.3	45.8	50.1	41.3
2001	27.4	30.9	23.7	40.2	44.9	35.1
2002	25.1	26.9	23.2	41.4	45.4	37.1
2003	24.5	27.0	21.7	36.5	40.2	32.5
2004	20.8	23.0	18.4	38.3	41.7	34.8
2005	21.0	22.3	19.6	33.7	36.8	30.4
2006	17.4	18.9	15.8	31.5	34.1	28.7
2007	16.6	18.5	14.5	26.7	29.1	24.1
2008	13.4	14.2	12.5	24.6	26.7	22.4
2009	10.5	11.3	9.7	23.9	26.0	21.8
2010	9.0	9.2	8.8	22.9	25.2	20.5
2011	8.9	9.5	8.2	22.7	24.4	20.9
2012	8.5	8.9	8.0	20.0	21.3	18.6
2013	9.4	10.6	8.3	20.7	22.4	19.0
2014	7.8	8.8	6.8	19.0	20.2	17.9

NOTA: Se excluyen residentes en el extranjero. En diciembre de 2015, INEGI actualizó la cifra de Defunciones Generales 2013, por lo que las tasas correspondientes a 2013 pueden variar con respecto al informe del año pasado.

1/ Tasas por cien mil niños menores de 5 años.

FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de INEGI/SS 1995-2014.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050

NOTA SOBRE MÉTODO PARA EL CÁLCULO DE LA TMI, TM<5 Y RMM.

De acuerdo con la "Metodología para ajustar los nacidos vivos y las defunciones de niños menores de cinco años para su uso en el cálculo de indicadores" aprobada en la Sexta Reunión Ordinaria del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud en 2013 (CTESS/60/2013/A25), para el periodo 1990-2010, el indicador es calculado con las defunciones y nacimientos estimados por el CONAPO, que corresponden con las estimaciones 1990-2010 y las Proyecciones de la población de México vigentes y se actualizará cada vez que el CONAPO publique oficialmente nuevas proyecciones de población; a partir de 2011 la fuente de información para calcular el indicador son las cifras corregidas por subregistro, tanto de las defunciones registradas por INEGI/SS como de los nacidos vivos ocurridos del SINAC, las correcciones se realizan conforme a la metodología citada y las cifras corregidas se encuentran disponibles en http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/zip/Metodologia.zip

CUADRO X. MORTALIDAD POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDAS) Y POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRAS) EN NIÑOS <5 AÑOS POR ENTIDAD FEDERATIVA, SEGÚN SEXO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2014 [1/]

ENTIDAD FEDERATIVA	EDAS			IRAS		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Nacional	**7.8**	**8.8**	**6.8**	**19.0**	**20.2**	**17.9**
Aguascalientes	2.4	4.6	0.0	9.5	12.4	6.5
Baja California	3.4	3.3	4.1	18.8	17.0	20.6
Baja California Sur	1.5	0.0	3.0	10.3	14.4	6.0
Campeche	2.4	4.7	0.0	15.6	16.4	14.7
Coahuila de Zaragoza	3.4	2.2	4.6	10.1	10.9	9.2
Colima	4.8	3.2	6.3	7.9	12.8	3.2
Chiapas	32.9	35.9	29.5	47.0	46.1	47.9
Chihuahua	7.3	6.9	7.8	24.1	25.8	22.3
Ciudad de México	4.4	4.3	4.5	31.5	36.2	26.5
Durango	8.5	9.5	7.5	10.9	9.5	12.4
Estado de México	8.9	10.7	7.1	16.8	17.3	16.3
Guanajuato	5.0	5.6	4.4	13.3	11.8	15.0
Guerrero	10.2	15.2	5.1	21.0	26.0	15.8
Hidalgo	3.3	4.3	2.3	20.4	18.1	22.8
Jalisco	3.7	3.2	4.2	12.6	14.9	10.3
Michoacán de Ocampo	6.4	8.5	4.2	21.2	24.0	18.2
Morelos	5.8	3.4	7.2	8.2	8.0	8.4
Nayarit	14.8	22.1	7.2	22.7	25.5	19.7
Nuevo León	2.1	2.2	1.9	6.4	7.2	5.7
Oaxaca	16.6	18.7	14.4	26.7	26.6	27.8
Puebla	7.5	8.9	6.0	26.1	26.3	25.9
Querétaro	3.2	4.2	2.2	10.2	8.4	12.1
Quintana Roo	6.6	9.0	5.4	13.9	20.7	8.2
San Luis Potosí	5.3	5.2	5.4	20.5	23.8	17.1
Sinaloa	3.4	4.4	2.3	8.7	8.9	8.5
Sonora	5.7	5.9	5.4	9.8	10.3	9.3
Tabasco	5.8	5.2	6.4	18.7	23.4	13.7
Tamaulipas	2.6	1.9	3.3	8.1	5.1	11.3
Tlaxcala	4.8	6.3	3.3	18.5	12.6	23.0
Veracruz de Ignacio de la Llave	10.2	10.4	9.9	21.6	24.3	18.7
Yucatán	8.9	10.2	7.5	18.3	22.5	14.9
Zacatecas	4.0	5.2	2.7	15.2	18.1	12.2

NOTA: Se excluyen residentes en el extranjero.
[1/] Tasas por cien mil niños menores de 5 años.
FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2014.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050
NOTA SOBRE MÉTODO PARA EL CÁLCULO DE LA TMI, TM<5 Y RMM.
De acuerdo con la "Metodología para ajustar los nacidos vivos y las defunciones de niños menores de cinco años para su uso en el cálculo de indicadores" aprobada en la Sexta Reunión Ordinaria del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud en 2013 (CTESS/60/2013/A25), para el periodo 1990-2010, el indicador es calculado con las defunciones y nacimientos estimados por el CONAPO, que corresponden con las estimaciones 1990-2010 y las Proyecciones de la población de México vigentes y se actualizará cada vez que el CONAPO publique oficialmente nuevas proyecciones de población; a partir de 2011 la fuente de información para calcular el indicador son las cifras corregidas por subregistro, tanto de las defunciones registradas por INEGI/SS como de los nacidos vivos ocurridos del SINAC, las correcciones se realizan conforme a la metodología citada y las cifras corregidas se encuentran disponibles en http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/zip/Metodologia.zip

CUADRO XI. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2014 1/

CAUSA	CÓDIGO CIE-10	DEFUNCIONES	RMM 1/
Total	A34, D392, F53, M830, O00-O95 Y O98-099	872	38.9
Causas obstétricas indirectas	O98-O99	280	12.5
Edema, proteinuria, transtornos hipertensivos en embarazo, parto y puerperio (toxemia)	O10-O16	179	8.0
Hemorragia obstétrica	O44-O45, O67, O72	125	5.6
Aborto	O00-O06	80	3.6
Infección puerperal	O85-O86	15	0.7
Parto obstruido	O64-O66	2	0.1
Otras causas maternas	El resto de causas	191	8.5

NOTA: Se utilizaron los códigos CIE10 O00-099, A34, D392, F53, M830. Se excluyeron muertes tardías o por secuelas (O96 y O97) y por coriocarcinoma (C58X). Se excluyen las residentes en el extranjero y registros extemporaneos.
1/ Razón por cien mil nacidos ajustados con base en el subsistema de información sobre nacimientos SINAC.
FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 1995-2014.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.
NOTA SOBRE MÉTODO PARA EL CÁLCULO DE LA TMI, TM<5 Y RMM.
De acuerdo con la "Metodología para ajustar los nacidos vivos y las defunciones de niños menores de cinco años para su uso en el cálculo de indicadores" aprobada en la Sexta Reunión Ordinaria del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud en 2013 (CTESS/60/2013/A25), para el periodo 1990-2010, el indicador es calculado con las defunciones y nacimientos estimados por el CONAPO, que corresponden con las estimaciones 1990-2010 y las Proyecciones de la población de México vigentes y se actualizará cada vez que el CONAPO publique oficialmente nuevas proyecciones de población; a partir de 2011 la fuente de información para calcular el indicador son las cifras corregidas por subregistro, tanto de las defunciones registradas por INEGI/SS como de los nacidos vivos ocurridos del SINAC, las correcciones se realizan conforme a la metodología citada y las cifras corregidas se encuentran disponibles en http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/zip/Metodologia.zip

CUADRO XII. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA POR ENTIDAD FEDERATIVA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2014

ENTIDAD FEDERATIVA	RMM [1/]
Nacional	**38.9**
Aguascalientes	22.1
Baja California	28.9
Baja California Sur	15.9
Campeche	18.0
Coahuila de Zaragoza	37.0
Colima	29.4
Chiapas	68.1
Chihuahua	56.5
Ciudad de México	41.9
Durango	71.2
Estado de México	33.9
Guanajuato	27.7
Guerrero	58.7
Hidalgo	65.5
Jalisco	34.4
Michoacán de Ocampo	47.7
Morelos	9.1
Nayarit	28.5
Nuevo León	17.6
Oaxaca	46.7
Puebla	37.6
Querétaro	34.5
Quintana Roo	27.8
San Luis Potosí	24.1
Sinaloa	31.4
Sonora	33.7
Tabasco	40.7
Tamaulipas	28.5
Tlaxcala	51.4
Veracruz de Ignacio de la Llave	43.4
Yucatán	42.4
Zacatecas	32.5

NOTA: Se utilizaron los códigos CIE10 O00-099, A34, D392, F53, M830. Se excluyeron muertes tardías o por secuelas (O96 y O97) y por coriocarcinoma (C58X).
Se excluyen las residentes en el extranjero.
[1/] Razón por cien mil nacidos ajustados con base en el subsistema de información sobre nacimientos SINAC
FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2014.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050
NOTA SOBRE MÉTODO PARA EL CÁLCULO DE LA TMI, TM<5 Y RMM.
De acuerdo con la "Metodología para ajustar los nacidos vivos y las defunciones de niños menores de cinco años para su uso en el cálculo de indicadores" aprobada en la Sexta Reunión Ordinaria del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud en 2013 (CTESS/60/2013/A25), para el periodo 1990-2010, el indicador es calculado con las defunciones y nacimientos estimados por el CONAPO, que corresponden con las estimaciones 1990-2010 y las Proyecciones de la población de México vigentes y se actualizará cada vez que el CONAPO publique oficialmente nuevas proyecciones de población; a partir de 2011 la fuente de información para calcular el indicador son las cifras corregidas por subregistro, tanto de las defunciones registradas por INEGI/SS como de los nacidos vivos ocurridos del SINAC, las correcciones se realizan conforme a la metodología citada y las cifras corregidas se encuentran disponibles en http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/zip/Metodologia.zip

CUADRO XIII. MORTALIDAD POR CÁNCER CÉRVICO-UTERINO Y POR CÁNCER DE MAMA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1995-2014 1/

AÑO	CERVICO UTERINO	MAMA
1995	20.7	14.2
1996	20.8	14.2
1997	20.2	14.3
1998	19.7	14.6
1999	19.3	14.4
2000	18.9	14.1
2001	18.0	14.3
2002	16.8	14.9
2003	16.4	14.7
2004	15.7	15.4
2005	15.4	15.2
2006	14.5	15.7
2007	13.9	15.8
2008	13.5	16.2
2009	13.4	16.1
2010	12.7	16.2
2011	12.3	16.3
2012	11.8	17.1
2013	11.6	16.6
2014	11.9	17.6

NOTA: Se utilizaron los códigos CIE 10 C50-CAMA y CIE 10 C53-CACU.
Se excluyen las residentes en el extranjero.
1/Tasas observadas por cien mil mujeres de 25 años o más.
FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 1995 - 2014.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050

CUADRO XIV. MORTALIDAD POR CÁNCER CÉRVICO-UTERINO Y POR CÁNCER DE MAMA POR ENTIDAD FEDERATIVA ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2014 1/

ENTIDAD FEDERATIVA	CÉRVICO-UTERINO	MAMA
Nacional	**11.9**	**17.6**
Aguascalientes	8.7	19.2
Baja California	15.0	19.9
Baja California Sur	12.1	15.6
Campeche	14.5	6.8
Coahuila de Zaragoza	10.7	21.3
Colima	13.3	24.1
Chiapas	18.2	12.2
Chihuahua	15.1	29.9
Ciudad de México	10.6	24.0
Durango	9.7	17.9
Estado de México	10.5	14.9
Guanajuato	9.8	17.4
Guerrero	14.2	12.5
Hidalgo	7.1	12.1
Jalisco	9.1	21.8
Michoacán de Ocampo	12.2	16.4
Morelos	17.2	13.0
Nayarit	14.2	17.6
Nuevo León	9.4	25.6
Oaxaca	13.2	10.0
Puebla	11.8	13.1
Querétaro	10.7	19.2
Quintana Roo	15.2	9.7
San Luis Potosí	11.5	15.9
Sinaloa	11.7	17.7
Sonora	15.7	22.6
Tabasco	10.9	12.3
Tamaulipas	13.4	20.5
Tlaxcala	10.0	12.0
Veracruz de Ignacio de la Llave	14.5	15.7
Yucatán	12.5	14.7
Zacatecas	9.7	18.0

NOTA: Se utilizaron los códigos CIE 10 C50-CAMA y CIE 10 C53-CACU.
Se excluyen las residentes en el extranjero.
1/ Tasas observadas por cien mil mujeres de 25 años o más.
FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 1995 - 2014.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050

CUADRO XV. MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS, ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO, TOTAL Y POR SEXO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1995-2014 [1/]

AÑO	DIABETES MELLITUS			ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN			ACCIDENTES DE TRÁNSITO DE VEHÍCULO DE MOTOR [2/]		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
1995	35.2	31.2	39.1	40.3	44.5	36.2	14.0	22.3	5.8
1996	36.3	32.4	40.0	41.8	46.3	37.3	14.5	23.4	5.7
1997	37.0	32.9	40.9	43.4	48.4	38.6	14.8	23.5	6.2
1998	42.4	38.2	46.5	43.2	48.2	38.4	13.7	21.7	5.8
1999	45.7	41.1	50.1	43.9	48.6	39.3	13.6	21.8	5.7
2000	46.1	41.9	50.2	43.4	48.0	38.9	13.9	21.8	5.7
2001	48.8	44.4	53.0	44.5	49.8	39.3	13.7	21.3	5.9
2002	53.0	49.5	56.4	46.7	52.4	41.1	14.1	21.9	6.1
2003	56.5	52.0	60.6	48.5	54.5	42.7	14.2	22.1	6.2
2004	58.7	54.6	62.6	47.6	53.9	41.6	14.2	22.2	6.1
2005	62.6	58.8	66.3	49.6	56.6	43.0	14.9	23.4	6.3
2006	63.1	60.1	65.9	49.5	56.5	42.7	15.5	24.4	6.5
2007	64.2	62.0	66.2	50.8	58.4	43.6	14.0	22.1	5.9
2008	67.9	65.6	70.1	53.5	61.9	45.6	15.3	24.5	6.2
2009	68.8	67.0	70.5	56.0	64.2	48.0	15.8	25.1	6.5
2010	72.6	71.0	74.0	61.9	70.8	53.4	14.5	23.0	6.1
2011	69.8	68.7	70.8	61.3	70.2	52.7	14.4	23.1	5.8
2012	72.6	72.1	73.1	63.1	71.9	54.6	14.6	23.3	6.0
2013	75.5	75.0	76.0	67.0	76.7	57.8	13.4	21.9	5.3
2014	78.5	78.3	78.7	68.6	78.7	58.9	13.3	21.6	5.3

NOTA: Se excluyeron extranjeros en las defunciones por diabetes y enfermedades isquémicas del corazón.
[1/] Tasas observadas por cien mil habitantes.
[2/] La tasa se calculó por entidad de ocurrencia de la defunción incluye extranjeros.
FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2014.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

CUADRO XVI. MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS, ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO, POR ENTIDAD FEDERATIVA, SEGÚN SEXO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2014 [1/]

ENTIDAD FEDERATIVA	DIABETES MELLITUS			ENFER. ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN			ACCIDENTES DE TRÁNSITO DE VEHÍCULO DE MOTOR [2/]		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Nacional	**78.5**	**78.3**	**78.7**	**68.6**	**78.7**	**58.9**	**13.3**	**21.6**	**5.3**
Aguascalientes	62.5	68.0	57.3	43.9	50.5	37.6	17.5	28.2	6.8
Baja California	55.7	59.6	51.7	54.0	67.8	40.1	10.0	15.1	4.6
Baja California Sur	42.5	40.3	44.8	51.0	67.4	34.1	17.4	26.3	7.4
Campeche	66.2	64.0	68.4	67.1	78.4	56.0	18.2	28.5	7.7
Coahuila de Zaragoza	87.5	83.0	92.0	80.8	94.8	67.2	15.3	24.4	6.0
Colima	81.3	84.4	78.3	68.2	84.1	52.5	15.0	26.3	3.6
Chiapas	56.3	49.2	63.0	46.0	51.3	41.0	11.1	18.5	3.8
Chihuahua	66.5	64.4	68.6	85.5	100.1	71.3	14.9	23.3	6.4
Ciudad de México	109.9	118.3	102.1	108.5	113.2	104.2	9.4	14.7	4.5
Durango	61.5	62.4	60.6	81.1	96.0	66.6	21.3	32.3	10.4
Estado de México	81.2	83.4	79.0	52.3	58.9	46.0	9.9	15.5	4.2
Guanajuato	89.9	90.9	88.9	68.7	78.7	59.3	15.5	25.8	5.7
Guerrero	69.8	66.7	72.7	53.4	62.1	45.3	10.7	16.7	4.9
Hidalgo	68.1	66.8	69.3	74.6	83.0	66.7	13.3	21.4	5.4
Jalisco	72.8	76.7	69.1	68.7	78.8	58.8	15.6	25.0	6.3
Michoacán de Ocampo	86.7	86.4	86.9	63.1	72.3	54.6	10.4	17.2	3.9
Morelos	90.3	90.0	90.7	64.4	77.9	51.7	11.8	17.9	5.8
Nayarit	60.9	64.7	57.3	68.3	77.9	58.9	18.1	28.6	7.3
Nuevo León	63.8	62.2	65.3	83.3	100.2	66.6	12.1	18.1	5.8
Oaxaca	73.4	67.7	78.6	56.0	62.9	49.7	11.9	19.8	4.5
Puebla	92.0	92.3	91.7	58.9	66.8	51.5	12.1	19.8	4.9
Querétaro	62.1	63.1	61.3	55.0	64.2	46.2	15.9	26.2	5.7
Quintana Roo	47.3	44.6	50.1	26.9	34.7	18.8	10.1	16.7	2.8
San Luis Potosí	70.0	70.9	69.1	67.6	77.2	58.3	18.7	29.3	8.3
Sinaloa	53.9	55.7	52.2	71.1	84.8	57.8	23.6	39.1	8.1
Sonora	61.0	58.1	63.8	93.0	113.9	72.0	19.5	30.8	7.6
Tabasco	91.8	88.6	94.8	59.4	70.5	48.7	25.1	43.9	6.6
Tamaulipas	79.9	77.0	82.8	85.2	102.3	68.5	15.4	23.8	7.0
Tlaxcala	93.3	89.8	96.5	43.4	50.7	36.6	12.7	21.3	4.3
Veracruz de Ignacio de la Llave	103.2	99.1	107.1	76.2	87.3	65.7	8.6	14.3	3.2
Yucatán	63.9	56.0	71.6	105.1	122.5	88.2	13.4	21.9	4.8
Zacatecas	72.3	70.6	74.0	62.9	72.7	53.8	24.6	39.5	10.2

NOTA: Se excluyeron extranjeros en las defunciones por diabetes y enfermedades isquémicas del corazón.
[1/] Tasas observadas por cien mil habitantes.
[2/] La tasa se calculó por entidad de ocurrencia de la defunción incluye extranjeros, se actualizó la información del primer informe.
FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 1995-2014.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

CUADRO XVII. TENDENCIA DE LA MORBILIDAD POR TUBERCULOSIS PULMONAR, PALUDISMO, DENGUE Y DIABETES MELLITUS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 1995-2016

Año	Tuberculosis pulmonar		Paludismo		Dengue		Diabetes mellitus	
	Casos	Tasa de morbilidad 1/	Casos	Tasa de morbilidad 1/	Casos 2/	Tasa de morbilidad 1/	Casos 3/	Tasa de morbilidad 1/
1995	17,157	18.2	7,330	7.8	36,029	38.1	272,308	288.2
1996	16,995	17.7	6,293	6.6	35,082	36.6	249,774	260.5
1997	19,577	20.1	4,743	4.9	52,561	54.1	312,892	321.9
1998	18,032	18.3	15,100	15.3	23,267	23.6	336,967	342.1
1999	16,881	16.9	6,402	6.4	22,982	23.0	284,811	285.7
2000	15,649	15.5	7,259	7.2	1,714	1.7	287,180	284.6
2001	16,323	16.0	4,927	4.8	4,643	4.5	294,198	288.1
2002	15,432	14.9	4,605	4.5	13,254	12.8	315,948	305.5
2003	15,055	14.4	3,775	3.6	5,220	5.0	380,332	363.2
2004	14,443	13.6	3,357	3.2	6,243	5.9	404,562	381.8
2005	15,249	14.2	2,945	2.7	17,487	16.3	397,387	370.9
2006	13,813	12.7	2,498	2.3	24,661	22.7	394,360	363.8
2007	14,550	13.3	2,357	2.1	42,936	39.1	404,770	368.7
2008	15,035	13.5	2,357	2.1	28,015	25.2	396,374	356.1
2009	14,856	13.2	2,702	2.4	120,649	106.9	426,802	378.2
2010	15,384	13.5	1,226	1.1	36,740	32.2	420,086	367.7
2011	15,457	13.4	1,041	0.9	15,424	13.3	427,125	369.2
2012	15,858	13.5	833	0.7	65,892	56.3	419,493	358.4
2013	16,080	13.6	495	0.4	105,973	89.5	397,192	335.5
2014	16,237	13.6	656	0.5	46,092	38.5	381,099	318.3
2015	16,462	13.6	517	0.4	61,710	51.0	369,146	305.1
2016*	9,765	8.0	210	0.2	9,033	7.4	191,808	156.9

NOTA: Se modifican las tasas de incidencia de los padecimientos de tuberculosis, paludismo, dengue y diabetes mellitus en función de las nuevas Proyecciones de Población de CONAPO.

1/ Tasa por cien mil habitantes.

2/ De 1995 a 2001 casos por asociación clínica; de 2002 a 2008 casos confirmados por laboratorio y a partir de 2009 casos estimados en cumplimiento al Acuerdo del Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica de 2009. El notable incremento de fiebre por dengue de 2009 respecto a 2008 se debió al brote en el estado de Jalisco que concentró el 46% de los casos del país. Asimismo, en 2009 se registró una alta transmisión de dengue en la región sur y centro del país.

3/ Las cifras pueden diferir de lo publicado en informes anteriores debido a que las poblaciones con las cuales se realiza el cálculo de tasas se actualizaron de acuerdo a las proyecciones y retroproyecciones publicadas por CONAPO.

FUENTE: Secretaría de Salud/Dirección General de Epidemiología.

CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México 2010-2050 y Estimaciones de la Población 1990-2009, ambos con base en el Censo 2010.

* Cifras preliminares de enero a junio de 2016.

CUADRO XVIII. ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN EN UN AÑO DE EDAD
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 2013, 2014, 2015 Y 2016 [1/]

ENTIDAD FEDERATIVA	ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN EN UN AÑO DE EDAD % 2013	ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN EN UN AÑO DE EDAD % 2014	ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN EN UN AÑO DE EDAD % 2015	ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN EN UN AÑO DE EDAD % 2016 [1/]
Nacional	**85.3**	**91.8**	**96.7**	**92.2**
Aguascalientes	98.4	94.4	113.6	94.9
Baja California	72.6	87.1	94.0	90.4
Baja California Sur	97.4	90.6	95.2	88.5
Campeche	99.0	95.5	104.1	93.9
Coahuila de Zaragoza	84.3	95.3	111.6	92.5
Colima	99.3	90.5	86.5	84.9
Chiapas	86.7	89.2	82.2	84.4
Chihuahua	76.1	91.4	96.5	89.4
Ciudad de México	99.5	96.0	101.5	92.2
Durango	91.6	93.7	106.0	92.4
Estado de México	73.2	84.3	86.8	82.6
Guanajuato	95.3	99.3	113.6	91.0
Guerrero	63.5	94.4	100.6	90.7
Hidalgo	74.2	90.0	109.4	93.9
Jalisco	81.6	89.3	95.9	92.4
Michoacán de Ocampo	96.5	98.4	101.3	93.3
Morelos	97.0	92.4	103.3	92.6
Nayarit	85.2	91.5	93.0	96.9
Nuevo León	89.9	98.9	114.1	92.7
Oaxaca	75.3	87.7	89.3	82.2
Puebla	91.5	92.6	97.1	94.6
Querétaro	98.9	96.5	114.2	90.7
Quintana Roo	81.7	84.1	96.3	96.7
San Luis Potosí	92.8	99.5	112.9	99.3
Sinaloa	88.7	95.4	106.8	93.2
Sonora	72.1	94.6	104.8	94.5
Tabasco	111.6	100.4	109.6	96.7
Tamaulipas	92.1	90.6	108.4	92.7
Tlaxcala	95.6	94.0	112.0	90.9
Veracruz de Ignacio de la Llave	83.0	87.6	61.3	77.8
Yucatán	74.9	86.2	70.6	80.8
Zacatecas	101.2	98.8	105.4	91.2

La información de cobertura fue ajustada y homologada de acuerdo con las estimaciones de población de 2013 y conforme a lo reportado en los Objetivos del Desarrollo del Milenio hasta el año 2015, por lo que la denominación del indicador difiere de lo publicado en informes anteriores. La compra de vacunas se realiza a partir de estimaciones de población, dado que estas son dinámicas pueden no coincidir con las cifras reales, por lo que la aplicación de los biológicos puede superar el 100% que se calculó a partir de la población estimada.
[1/] Cifras preliminares de enero a junio de 2016.
FUENTE: Secretaría de Salud.

CUADRO XIX. PERSONAS AFILIADAS AL SEGURO POPULAR POR ENTIDAD FEDERATIVA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008-2016

ENTIDAD FEDERATIVA	DATOS ANUALES									JUNIO		
	OBSERVADO											
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	PROYECCIÓN 2016	2015	2016 [1/]	VARIACIÓN PORCENTUAL
Nacional	**27,176,914**	**31,132,949**	**43,518,719**	**51,823,314**	**52,908,011**	**55,637,999**	**57,300,000**	**57,105 622**	**54,923,952**	**57,296,078**	**54,923,952**	**-4.14**
Aguascalientes	369,410	392,765	416,961	487,946	505,235	538,906	549,552	377,316	375,216	548,267	375,216	-31.56
Baja California	581,575	594,928	797,261	1,143,638	1,150,023	1,146,696	1,167,917	1,167,917	1,065,657	1,167,917	1,065,657	-8.76
Baja California Sur	119,958	123,015	164,681	191,983	205,226	219,581	228,886	204,539	202,539	228,886	202,539	-11.51
Campeche	327,980	362,705	416,328	457,529	477,046	498,097	509,853	509,853	482,607	509,853	482,607	-5.34
Coahuila de Zaragoza	418,265	469,323	630,000	674,156	686,263	787,319	806,302	806,302	743,302	806,302	743,302	-7.81
Colima	227,421	234,625	275,487	300,203	299,036	294,351	295,897	261,892	257,232	293,260	257,232	-12.29
Chiapas	1,756,549	2,069,736	2,997,900	3,353,506	3,414,767	3,520,349	3,628,090	3,628,090	3,570,431	3,628,090	3,570,431	-1.59
Chihuahua	557,374	665,328	1,033,038	1,170,601	1,235,429	1,335,283	1,374,978	1,374,978	1,258,173	1,374,978	1,258,173	-8.50
Ciudad de México	773,299	1,108,461	1,744,419	2,300,083	2,480,090	2,896,802	2,956,186	2,956,186	2,780,205	2,956,186	2,780,205	-5.95
Durango	317,693	383,101	538,607	715,430	731,202	793,643	822,495	822,495	773,640	822,495	773,640	-5.94
Estado de México	2,718,024	3,371,043	5,826,998	6,566,681	6,612,349	6,989,242	7,243,746	7,243,746	7,128,100	7,243,746	7,128,100	-1.60
Guanajuato	1,893,335	2,080,049	2,560,975	3,007,993	3,113,394	3,177,092	3,278,864	3,278,864	3,112,864	3,278,864	3,112,864	-5.06
Guerrero	1,073,795	1,146,246	1,973,798	2,279,358	2,223,470	2,279,354	2,314,605	2,314,605	2,270,271	2,314,605	2,270,271	-1.92
Hidalgo	922,157	1,072,325	1,403,601	1,569,901	1,580,326	1,658,778	1,722,933	1,722,933	1,689,527	1,722,933	1,689,527	-1.94
Jalisco	1,455,938	1,710,472	1,967,804	2,757,491	2,772,886	2,974,505	3,121,669	3,121,669	3,072,948	3,121,669	3,072,948	-1.56
Michoacán de Ocampo	938,091	1,231,370	1,647,610	2,254,722	2,357,439	2,392,212	2,419,597	2,419,597	2,369,058	2,419,597	2,369,058	-2.09
Morelos	541,479	603,442	780,672	949,748	961,830	994,327	999,863	1,036,073	1,000,000	999,863	1,000,000	0.01
Nayarit	370,033	399,759	550,000	625,672	639,166	654,159	681,665	681,665	627,891	681,665	627,891	-7.89
Nuevo León	519,124	611,148	946 529	1,121,425	1,153,896	1,230,221	1,277,713	1,277,713	1,200,000	1,277,713	1,200,000	-6.08
Oaxaca	1,291,324	1,547,336	2,069,971	2,620,120	2,634,749	2,692,621	2,757,110	2,757,110	2,679,192	2,757,110	2,679,192	-2.83
Puebla	1,453,284	1,571,934	2,188,072	3,123,724	3,141,164	3,219,389	3,418,227	3,418,227	3,361,976	3,418,227	3,361,976	-1.65
Querétaro	470,140	515,916	711,236	820,460	850,437	928,481	957,701	957,701	903,252	957,701	903,252	-5.69
Quintana Roo	250,822	315,719	509,134	577,933	604,751	659,111	675,393	675,393	625,393	675,393	625,393	-7.40
San Luis Potosí	764,334	861,518	1,211,402	1,372,389	1,433,095	1,554,799	1,587,065	1,587,065	1,506,565	1,587,065	1,506,565	-5.07
Sinaloa	724,208	770,155	1,007,979	1,081,540	1,101,119	1,146,879	1,184,835	1,184,835	1,107,108	1,184,835	1,107,108	-6.56
Sonora	537,033	511,152	689,720	834,753	858,320	941,029	955,196	955,196	894,435	955,196	894,435	-6.36
Tabasco	1,192,720	1,259,003	1,381,712	1,531,218	1,555,838	1,584,835	1,619,003	1,619,003	1,515,503	1,619,003	1,515,503	-6.39
Tamaulipas	953,306	983,673	1,220,269	1,356,200	1,384,364	1,393,998	1,428,473	1,428,473	1,344,603	1,428,473	1,344,603	-5.87
Tlaxcala	492,949	533,082	725,497	766,283	855,136	906,796	930,77	930,877	865,929	930,877	865,929	-6.98
Veracruz de Ignacio de la Llave	2,057,432	2,392,627	3,620,147	4,090,181	4,113,017	4,318,074	4,430,954	4,430,954	4,269,098	4,430,954	4,269,098	-3.65
Yucatán	549,666	618,059	783,368	886,809	931,743	1,003,182	1,024,331	1,024,331	979,071	1,024,331	979,071	-4.42
Zacatecas	558,196	622,934	727,543	833,638	845,205	907,888	930,024	930,024	892,166	930,024	892,166	-4.07

[1/] Datos a junio 2016.
FUENTE: Padrón Nacional de Beneficiarios del SPSS.

CUADRO XX. NÚMERO DE NIÑOS AFILIADOS AL SEGURO MÉDICO SIGLO XXI POR ENTIDAD FEDERATIVA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008-2016

ENTIDAD FEDERATIVA	DATOS ANUALES									JUNIO		
	OBSERVADO											
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	PROYECCIÓN 2016	2015	2016 [1/]	VARIACIÓN PORCENTUAL
Nacional	**1,852,891**	**2,958,973**	**4,263,760**	**5,783,114**	**6,816,240**	**5,391,641**	**5,649,647**	**5,584,311**	**n.a.**	**5,691,419**	**5,498,600**	**-3.39**
Aguascalientes	20,192	33,523	45,939	64,646	76,648	60,683	61,387	59,171	n.a.	59,588	54,316	-8.85
Baja California	33,030	53,296	67,245	105,109	120,786	86,005	88,291	83,045	n.a.	84,994	80,294	-5.53
Baja California Sur	6,628	12,628	19,706	25,688	30,711	24,525	24,742	25,570	n.a.	24,760	25,531	3.11
Campeche	19,165	28,095	37,844	51,331	59,974	45,992	47,475	47,706	n.a.	48,610	48,653	0.09
Coahuila de Zaragoza	34,859	53,435	68,954	78,631	100,037	79,808	82,998	86,510	n.a.	84,706	88,758	4.78
Colima	14,181	20,411	26,117	33,681	39,296	31,547	31,061	28,797	n.a.	30,510	27,896	-8.57
Chiapas	112,328	180,602	261,894	349,524	423,223	327,115	334,787	335,824	n.a.	344,166	344,905	0.21
Chihuahua	42,828	66,862	102,975	138,488	169,004	127,219	129,924	126,505	n.a.	131,453	124,808	-5.06
Ciudad de México	92,395	160,670	182,917	229,659	255,921	231,789	239,751	240,777	n.a.	244,925	233,789	-4.55
Durango	25,182	42,800	62,276	88,104	107,537	87,365	86,644	86,267	n.a.	87,621	84,599	-3.45
Estado de México	232,076	373,411	588,688	762,948	894,643	715,382	770,456	765,883	n.a.	773,237	764,059	-1.19
Guanajuato	109,010	185,118	259,056	359,809	419,038	336,424	344,134	339,141	n.a.	350,346	332,993	-4.95
Guerrero	62,247	88,301	146,395	220,365	265,111	221,107	235,903	232,260	n.a.	241,186	234,303	-2.85
Hidalgo	51,008	87,793	123,962	155,740	193,168	163,374	166,067	166,347	n.a.	169,627	160,562	-5.34
Jalisco	120,649	192,239	248,446	382,048	444,075	336,960	374,485	372,183	n.a.	383,419	356,033	-7.14
Michoacán de Ocampo	58,785	105,922	176,651	238,592	278,256	211,451	228,570	229,042	n.a.	224,474	225,423	0.42
Morelos	33,009	44,156	64,786	97,625	113,983	88,337	94,616	96,320	n.a.	96,545	96,652	0.11
Nayarit	23,004	34,690	52,757	69,484	79,239	61,288	58,989	55,930	n.a.	58,170	53,033	-8.83
Nuevo León	49,676	78,866	107,359	134,824	155,298	125,510	143,677	145,904	n.a.	147,414	144,792	-1.78
Oaxaca	68,926	122,612	184,261	260,840	315,624	248,199	251,995	241,200	n.a.	245,247	238,153	-2.89
Puebla	108,227	157,113	225,378	335,771	371,752	312,363	366,150	374,441	n.a.	374,468	367,231	-1.93
Querétaro	34,254	49,786	77,216	106,087	132,896	108,771	114,626	114,232	n.a.	115,945	111,984	-3.42
Quintana Roo	20,747	42,258	71,706	84,367	97,979	67,167	64,262	57,433	n.a.	58,809	56,585	-3.78
San Luis Potosí	44,670	76,404	117,025	163,328	203,770	163,819	159,754	156,191	n.a.	158,563	154,592	-2.50
Sinaloa	43,618	70,181	96,917	124,727	148,564	121,021	126,151	124,752	n.a.	128,009	119,894	-6.34
Sonora	40,768	58,064	75,858	105,288	128,525	98,201	99,586	98,256	n.a.	100,414	96,672	-3.73
Tabasco	54,218	84,066	120,772	163,714	196,581	145,435	152,951	150,565	n.a.	155,057	151,137	-2.53
Tamaulipas	59,027	88,965	124,876	155,781	176,839	128,268	135,000	135,040	n.a.	140,130	133,427	-4.78
Tlaxcala	33,107	43,182	57,840	85,629	105,288	80,098	81,193	80,967	n.a.	81,783	79,889	-2.32
Veracruz de Ignacio de la Llave	134,836	213,880	314,711	409,169	473,683	362,915	353,721	327,667	n.a.	345,342	311,395	-9.83
Yucatán	34,197	52,622	74,966	98,806	115,119	96,007	100,256	98,856	n.a.	100,216	97,011	-3.20
Zacatecas	36,044	57,022	78,267	103,311	123,672	97,496	100,045	101,529	n.a.	101,685	99,231	-2.41

[1/] Datos a junio 2016.
* Esta cifra es variable toda vez que corresponde al número de niños que cumplen con el criterio de ser menores de cinco años.
FUENTE: Padrón Nacional de Beneficiarios del SPSS.

CUADRO XXI. MUJERES EMBARAZADAS AFILIADAS AL SEGURO POPULAR POR MEDIO DE LA ESTRATEGIA EMBARAZO SALUDABLE
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008-2016

ENTIDAD FEDERATIVA	DATOS ANUALES									JUNIO		
	OBSERVADO									2015	2016 [1/]	VARIACIÓN PORCENTUAL
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	PROYECCIÓN 2016			
Nacional	**188,913**	**568,264**	**1,407,863**	**1,755,610**	**1,818,298**	**2,070,703**	**2,230,882**	**2,383,227**	**n.a.**	**2,315,082**	**1,932,136**	**-16.5**
Aguascalientes	1,930	5,012	15,588	20,210	21,945	25,203	25,005	25,504	n.a.	25,036	14,632	-41.6
Baja California	5,082	14,366	34,805	38,220	35,385	34,968	36,646	37,163	n.a.	37,408	33,454	-10.6
Baja California Sur	2,490	4,973	11,522	13,261	13,568	14,502	15,202	16,887	n.a.	15,404	33,454	117.2
Campeche	1,339	4,119	10,562	13,819	15,295	18,191	21,711	23,635	n.a.	22,788	10,539	-53.8
Coahuila de Zaragoza	6,124	15,620	24,173	30,295	33,790	40,799	51,594	52,076	n.a.	56,470	20,378	-63.9
Colima	795	2,042	7,120	8,808	9,760	10,429	10,253	10,039	n.a.	10,316	8,082	-21.7
Chiapas	9,694	28,867	69,156	80,938	81,837	92,810	99,171	104,659	n.a.	101,752	89,840	-11.7
Chihuahua	9,194	21,114	47,881	53,032	53,246	56,895	60,462	58,281	n.a.	60,623	48,172	-20.5
Ciudad de México	3,311	22,360	41,187	49,785	41,143	56,132	59,626	76,098	n.a.	67,940	61,601	-9.3
Durango	4,351	11,924	22,297	28,221	30,738	33,827	35,191	37,032	n.a.	36,189	27,696	-23.5
Estado de México	7,573	48,394	133,170	178,333	188,259	212,482	242,189	267,087	n.a.	254,569	218,456	-14.2
Guanajuato	12,367	33,997	84,909	101,483	100,648	111,964	121,548	129,929	n.a.	126,522	111,293	-12.0
Guerrero	11,426	32,865	66,362	84,292	82,996	93,226	93,598	97,377	n.a.	96,197	78,293	-18.6
Hidalgo	5,593	16,241	43,964	50,574	52,463	62,551	51,921	60,007	n.a.	57,093	49,163	-13.9
Jalisco	14,039	37,453	103,000	137,201	143,446	162,488	183,925	197,507	n.a.	192,816	139,568	-27.6
Michoacán de Ocampo	10,680	32,353	83,485	100,883	100,248	103,113	102,197	99,678	n.a.	95,796	75,558	-21.1
Morelos	3,373	9,297	25,553	33,233	34,465	40,234	43,500	48,555	n.a.	45,822	41,131	-10.2
Nayarit	2,651	6,058	14,348	17,757	17,702	21,164	22,038	23,901	n.a.	22,976	20,189	-12.1
Nuevo León	4,354	14,958	42,975	51,786	54,285	62,714	70,563	80,302	n.a.	76,805	62,461	-18.7
Oaxaca	10,685	29,328	62,885	77,913	84,305	95,388	100,366	103,170	n.a.	100,216	91,358	-8.8
Puebla	9,379	28,800	73,507	98,583	100,035	123,821	144,221	160,523	n.a.	154,098	120,330	-21.9
Querétaro	2,241	8,129	21,599	27,199	30,284	35,138	42,252	47,672	n.a.	44,838	37,924	-15.4
Quintana Roo	3,197	8,865	23,394	28,716	32,271	36,419	39,806	42,900	n.a.	40,604	34,073	-16.1
San Luis Potosí	2,839	10,080	30,576	37,978	42,721	47,315	51,463	53,080	n.a.	52,379	48,174	-8.0
Sinaloa	7,019	16,700	45,028	53,752	55,881	62,995	69,124	73,977	n.a.	71,150	58,592	-17.7
Sonora	5,709	13,967	34,127	40,937	40,905	44,225	46,266	49,752	n.a.	47,640	35,883	-24.7
Tabasco	5,261	16,304	38,206	51,665	60,564	74,844	85,845	93,219	n.a.	90,580	82,292	-9.1
Tamaulipas	7,162	18,540	41,144	49,581	49,323	57,525	64,472	69,128	n.a.	67,184	54,607	-18.7
Tlaxcala	3,673	8,260	17,404	24,508	28,244	33,010	35,637	38,626	n.a.	37,082	35,429	-4.5
Veracruz de Ignacio de la Llave	9,226	30,834	91,091	116,712	124,832	142,960	145,625	139,654	n.a.	143,962	130,581	-9.3
Yucatán	2,223	6,996	19,278	22,671	22,500	25,812	29,429	31,422	n.a.	30,500	27,349	-10.3
Zacatecas	3,933	9,448	27,567	33,264	35,214	37,559	30,036	34,387	n.a.	32,327	27,917	-13.6

[1/] Datos a junio 2016.
FUENTE: Padrón Nacional de Beneficiarios del SPSS.

CUADRO XXII. PRINCIPALES SERVICIOS PROPORCIONADOS POR LA SECRETARÍA DE SALUD
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 2014-2016

SERVICIOS	2015 3/	2016 4/	VARIACIÓN PORCENTUAL
Consulta	134,572,342	132,081,962	-1.85
Externa general 1/	96,406,076	94,249,053	-2.24
Especializada 2/	17,860,758	17,379,485	-2.69
De urgencias	10,918,860	11,195,189	2.53
Odontológica	9,386,648	9,258,235	-1.37
Consultas de planificación familiar	5,937,411	5,878,335	-0.99
Hospitalización			
Intervenciones quirúrgicas	1,706,461	1,750,061	2.55
Egresos	3,000,208	3,093,214	3.10

1/ Se refiere a las consultas que otorgan los médicos generales, pasantes de medicina y las consultas proporcionadas por las enfermeras.
2/ Se refiere a las consultas que otorgan médicos especialistas y residentes.
3/ Cifras preliminares.
4/ Cifras estimadas al mes diciembre.
Notas metodológicas: Se han establecido estrategias para la mejora de la calidad del datos ya que en años anteriores había un sobre registro de consultas de salud bucal y salud mental reportadas como consultas especializadas, por otro lado los estados de Oaxaca y Veracruz reportaron en 2015 problemas de logística que afectaron la prestación y reporte de la prestación de servicios, entre estas dos entidades se observa una disminución de 4.5 millones de consultas.
Respecto a 2016 se ha estimado en forma reservada debido al inicio de reportes nominales que se apegan a la prestación de servicios real.
FUENTE: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

CUADRO XXIII. RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS POR ENTIDAD FEDERATIVA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2014 [1/]

ENTIDAD FEDERATIVA	MÉDICOS [2/]	ENFERMERAS [3/]	CAMAS CENSABLES [4a/]	UNIDADES DE CONSULTA EXTERNA [4b/]	APORTACIÓN AL GASTO EN SALUD PARA LA POBLACIÓN NO ASEGURADA (MILES DE PESOS) [7/]	
					FEDERAL [5/]	ESTATAL [6/]
Nacional	1.8	2.4	0.7	17.7	212,013,061.5	31,962,685.5
Aguascalientes	2.0	2.9	0.7	10.1	1,991,619.8	533,214.4
Baja California	1.5	2.0	0.6	8.0	3,669,162.3	6,962.4
Baja California Sur	2.2	2.9	0.9	17.1	1,146,099.9	212,493.9
Campeche	2.1	2.9	0.9	24.0	2,087,855.6	651,960.0
Coahuila de Zaragoza	1.9	2.7	0.9	13.2	3,640,884.5	277,255.5
Colima	2.3	2.9	0.8	23.2	1,510,999.8	87,479.5
Chiapas	1.3	2.0	0.4	33.2	10,935,246.8	81,515.3
Chihuahua	1.5	2.6	0.8	14.7	4,690,135.5	1,733,961.9
Ciudad de México	3.9	5.2	1.8	6.6	19,882,148.4	6,265,107.2
Durango	2.0	2.5	0.9	27.7	3,071,510.0	183,232.0
Estado de México	1.3	1.8	0.5	9.0	30,145,043.6	5,624,847.8
Guanajuato	1.4	2.1	0.6	11.3	9,263,116.1	1,225,344.3
Guerrero	1.7	2.3	0.5	32.5	8,147,304.3	301,336.6
Hidalgo	1.6	2.2	0.5	31.6	5,937,137.7	186,887.0
Jalisco	1.9	2.4	0.8	12.9	9,758,331.3	3,099,538.9
Michoacán de Ocampo	1.6	2.0	0.5	22.7	8,287,521.5	42,345.3
Morelos	1.7	2.3	0.6	15.6	3,331,019.6	136,964.7
Nayarit	2.1	2.6	0.6	35.1	2,165,986.1	185,021.2
Nuevo León	1.7	2.3	0.8	12.7	4,063,501.5	260,369.0
Oaxaca	1.5	2.1	0.5	40.5	9,672,868.8	186,521.3
Puebla	1.5	1.9	0.6	19.0	10,748,043.5	624,133.4
Querétaro	1.6	1.9	0.4	15.9	2,851,424.1	423,628.7
Quintana Roo	1.5	2.2	0.6	14.2	2,242,812.4	731,194.9
San Luis Potosí	1.6	2.0	0.7	22.4	4,701,117.7	345,042.1
Sinaloa	1.9	2.4	0.7	17.6	3,880,429.8	1,015,561.6
Sonora	2.0	2.8	1.0	22.0	3,290,628.4	946,347.5
Tabasco	2.1	2.4	0.7	28.4	4,473,521.3	2,595,131.3
Tamaulipas	2.0	2.8	0.9	16.6	5,270,896.5	1,877,061.0
Tlaxcala	1.8	2.3	0.5	17.2	2,777,432.4	292,300.0
Veracruz de Ignacio de la Llave	1.6	2.1	0.6	20.7	13,564,051.2	674,013.7
Yucatán	2.1	3.1	0.9	15.3	3,918,857.0	853,382.8
Zacatecas	1.9	2.7	0.6	30.1	3,291,185.3	302,530.6

NOTAS:
[1/] Incluye datos de Secretaría de Salud, IMSS, IMSS-PROSPERA, ISSSTE, PEMEX, SEMAR, SEDENA, Unidades Médicas Estatales, Municipales Universitarios (cifras preliminares). Para los indicadores del gasto se incluyen cifras de la Secretaria de Salud, del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), Gasto Estatal e IMSS-PROSPERA.
[2/] Médicos en contacto con el paciente por mil habitantes. Incluye médicos generales, especialistas, odontólogos, médicos pasantes y residentes.
[3/] Enfermeras en contacto con el paciente por mil habitantes. Incluye enfermeras generales, especialistas, pasantes y auxiliares.
[4a/] Por mil habitantes.
[4b/] Por 100 mil habitantes.
[5/] El Gasto Federal incluye el gasto de la Secretaría de Salud (Ramo 12), del FASSA e IMSS-PROSPERA. El total nacional difiere de la suma de las entidades federativas debido a que se integra el gasto de SEDENA y SEMAR por un monto de 7,605,169 miles de pesos.
[6/] El Gasto Estatal en Salud es el aportado por los gobiernos de las entidades federativas.
[7/] Información definitiva 2014.
FUENTE: Secretaría de Salud, DGIS (SINAIS). Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS).
Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS).

Directorio

Directorio

José Ramón Narro Robles
Secretario de Salud

José Meljem Moctezuma
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Pablo Antonio Kuri Morales
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Marcela Guillermina Velasco González
Subsecretaria de Administración y Finanzas

Fernando Gutiérrez Domínguez
Coordinador General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

Guillermo Miguel Ruiz-Palacios y Santos
Titular de la Comisión Coordinadora de
Institutos Nacionales de Salud y
Hospitales de Alta Especialidad

Manuel Mondragón y Kalb
Comisionado Nacional contra las Adicciones

Ernesto H. Monroy Yurrieta
Titular de la Unidad Coordinadora de
Vinculación y Participación Social

Gustavo Nicolás Kubli Albertini
Titular de la Unidad de Análisis Económico

Sebastián García Saisó
Director General de Calidad y Educación en Salud

Enrique Balp Díaz
Director General de Comunicación Social

Francisco Navarro Reynoso
Director General de Coordinación de
los Hospitales Federales de Referencia

Manuel de la Llata Romero
Director General de Coordinación de
los Hospitales Regionales de Alta Especialidad

Simón Kawa Karasik
Director General de Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud

Gilberto de Jesús Herrera Yáñez
Director General de Desarrollo de la Infraestructura Física

Adolfo Martínez Valle
Director General de Evaluación del Desempeño

Juan Carlos Reyes Oropeza
Director General de Información en Salud

Malaquías López Cervantes
Director General de Planeación y Desarrollo en Salud

Juan José Hicks Gómez
Director General de Políticas de Investigación en Salud

José Genaro Montiel Rangel
Director General de Programación, Organización y Presupuesto

Eduardo Jaramillo Navarrete
Director General de Promoción de la Salud

Graciela Romero Monroy
Directora General de Recursos Humanos

Yasmín del Carmen Arévalo Athié
Director General de Recursos Materiales y Servicios Generales

Hilda Dávila Chávez
Directora General de Relaciones Internacionales

Enrique Alberto Sánchez Arciniega
Director General de Tecnologías de la Información

Cuitláhuac Ruiz Matus
Director General de Epidemiología

Isidro Ávila Martínez
Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud

María Virginia González Torres
Secretaria Técnica del Consejo Nacional de Salud Mental

Martha Cecilia Híjar Medina
Secretaria Técnica del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes

María del Socorro García Quiroz
Directora General de la Administración
del Patrimonio de la Beneficencia Pública

Ricardo Juan García Cavazos
Director General del Centro Nacional
de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Francisco Ramos Gómez
Director General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Julieta Rojo Medina
Directora General del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea

José Salvador Aburto Morales
Director General del Centro Nacional de Trasplantes

Jesús Felipe González Roldán
Director General del Centro Nacional de
Programas Preventivos y Control de Enfermedades

Raúl Martín del Campo Sánchez
Director General del Centro Nacional para la
Prevención y el Control de las Adicciones

Patricia Uribe Zúñiga
Directora General del Centro Nacional
para la Prevención y el Control del VIH y el sida

Ignacio Federico Villaseñor Ruiz
Director General del Centro Nacional para la
Salud de la Infancia y la Adolescencia

Julio Salvador Sánchez y Tépoz
Comisionado Federal para la Protección contra
Riesgos Sanitarios

Onofre Muñoz Hernández
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Manuel Ruiz de Chávez Guerrero
Presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética

Gabriel O'Shea Cuevas
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Eduardo Ángel Madrigal de León
Director General Adjunto de Servicios de
Atención Psiquiátrica

Máximo Alberto Evia Ramírez
Titular del Órgano Interno de Control
en la Secretaría de Salud

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

MÉXICO

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA