

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



5^{TO} INFORME DE LABORES

2 0 1 6 - 2 0 1 7



1 DE SEPTIEMBRE DE 2017

5^{TO} INFORME DE
LABORES

2 0 1 6 - 2 0 1 7

ÍNDICE GENERAL

Presentación	9
Estructura Básica de la Secretaría de Salud	15
I. Recursos del Sistema Nacional de Salud	19
II. Sistema Nacional de Salud	27
III. Informe de Labores de la Secretaría de Salud	35
1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades	41
Estrategia 1.1. Promover actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario	43
Estrategia 1.2. Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes	48
Estrategia 1.3. Realizar acciones orientadas a reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles de importancia epidemiológica o emergentes y reemergentes	50
Estrategia 1.4. Impulsar acciones integrales para la prevención y control de las adicciones	55
Estrategia 1.5. Incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva con especial énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables	64
Estrategia 1.6. Fortalecer acciones de prevención y control para adoptar conductas saludables en la población adolescente	69
Estrategia 1.7. Promover el envejecimiento activo, saludable, con dignidad y la mejora de la calidad de vida de las personas adultas mayores	70
2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad	75
Estrategia 2.1. Avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana, independientemente de su condición social o laboral	77

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	104
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	107
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	111
Estrategia 3.1.	Fortalecer la regulación y vigilancia de bienes y servicios para la reducción de riesgos sanitarios	113
Estrategia 3.2.	Garantizar el control de emergencias en salud, desastres y de seguridad en salud	113
Estrategia 3.3.	Garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos, biológicos e insumos para la salud	117
Estrategia 3.4.	Fortalecer el control, vigilancia y fomento sanitarios de productos y servicios de uso y consumo humano	119
Estrategia 3.5.	Contribuir a disminuir las muertes por lesiones de causa externa	120
Estrategia 3.6.	Coordinar actividades con los sectores productivos para la detección, prevención y fomento sanitario en el ámbito laboral	123
Estrategia 3.7.	Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes	124
4.	Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país	127
Estrategia 4.1.	Asegurar un enfoque integral para reducir morbilidad y mortalidad infantil y en menores de cinco años, especialmente en comunidades marginadas	129
Estrategia 4.2.	Asegurar un enfoque integral y la participación de todos los involucrados para reducir la mortalidad materna, especialmente en comunidades marginadas	134

Estrategia 4.3.	Fortalecer los servicios de promoción y atención brindados a la población indígena y otros grupos en situación de vulnerabilidad	137
Estrategia 4.4.	Consolidar la prevención, detección y atención integral de casos de violencia familiar en niñas, niños, adolescentes, adultos mayores y género	139
Estrategia 4.5.	Impulsar la atención integral en salud para las personas con discapacidad	140
Estrategia 4.6.	Fortalecer las acciones para la prevención, promoción y atención de la salud de la población migrante	143
Estrategia 4.7.	Intensificar las acciones de promoción, prevención y atención de la salud en las enfermedades desatendidas	146
5.	Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud	149
Estrategia 5.1.	Fortalecer la formación y gestión de recursos humanos en salud	157
Estrategia 5.2.	Impulsar la eficiencia del uso de los recursos para mejorar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad	163
Estrategia 5.3.	Establecer una planeación y gestión interinstitucional de recursos (infraestructura y equipamiento) para la salud	164
Estrategia 5.4.	Impulsar la innovación e investigación científica y tecnológica para el mejoramiento de la salud de la población	169
Estrategia 5.5.	Fomentar un gasto eficiente en medicamentos e insumos	173
6.	Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud	177
Estrategia 6.1.	Instrumentar mecanismos para sentar las bases de un Sistema Nacional de Salud Universal	179
Estrategia 6.2.	Fortalecer la regulación en materia de salubridad general	180
Estrategia 6.3.	Fortalecer las acciones de supervisión, evaluación, control y transparencia de programas, proyectos y procesos en materia de salud	184
Estrategia 6.4.	Integrar un sistema universal de información en salud	190
Estrategia 6.5.	Situar a la bioética como política de gestión y de desarrollo del Sistema Nacional de Salud Universal	193
Estrategia 6.6.	Promover un México con responsabilidad global en salud	195

Estrategias y líneas de acción transversales	207
Perspectiva de Género	209
Gobierno Cercano y Moderno	210
Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos	211
Siglas y acrónimos	219
Anexos estadísticos	231
Directorio	257





PRESENTACIÓN

México es un país con grandes riquezas. Tenemos una cultura milenaria, historia y tradición. Contamos con una diversidad biológica que nos da un importante capital natural. Somos la decimosegunda nación del mundo en materia de litorales y extensión marítima, la decimocuarta en extensión territorial y la undécima con más población. Hoy somos más de 123 millones de mexicanos que cada día impulsamos a nuestro país hacia un mejor mañana, con progreso en la economía y el bienestar social.

En este contexto, la salud debe ser vista como una inversión que ofrece retornos valiosos a la sociedad. Si México cuenta con adultos sanos, habrá un mejor funcionamiento en la economía del país; si la niñez y la juventud mexicanas se encuentran saludables, el rendimiento escolar será mayor. Sin una población sana no se puede tener un país próspero.

El informe de labores que presenta la Secretaría de Salud (SS), la cual tengo el honor de encabezar, ofrece de manera clara y transparente las acciones y estrategias que hemos realizado en el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 31 de agosto de 2017, con el objeto de continuar con la ampliación de la cobertura y la mejoría de los servicios que se organizan para dar vigencia al derecho a la protección de la salud.

Para promover la salud de las generaciones jóvenes, en conjunto con la Secretaría de Educación Pública (SEP) se anunció en mayo de 2017 la estrategia Salud en tu Escuela, la cual busca fortalecer la prevención, la promoción y el cuidado de la salud de las niñas, niños y jóvenes para mantener un cuerpo sano, evitar conductas de riesgo y adquirir hábitos saludables. Esta estrategia contempla intervenciones directas de diagnóstico, monitoreo, capacitación y comunicación en las escuelas, así como la referencia a los servicios de salud. Se pondrá en marcha en el ciclo escolar 2017-2018 en escuelas de trece entidades de la república, como parte de un primer programa piloto que nos permita identificar las mejores prácticas y hacer los ajustes necesarios para implementarla en todo el país.

El embarazo en adolescentes y niñas es un problema que nos afecta como sociedad. En la actualidad, alrededor de uno de cada cinco nacimientos corresponde a madres de 19 años y menores. Este fenómeno no solo afecta la salud de las niñas y adolescentes, sino que también cambia por completo su proyecto de vida, lo que repercute en su educación, su economía, sus relaciones sociales y culturales. Ante este problema complejo de salud pública, se han llevado a cabo acciones que se enmarcan dentro de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA). En la Secretaría de Salud, a junio de 2017 operan 1,861 Servicios Amigables para Adolescentes que otorgan servicios de salud sexual y reproductiva para ese grupo poblacional, lo que representó un aumento de 76.4% en comparación con los 1,055 que operaban en 2012.

Para el Gobierno de la República resulta prioritaria la atención en salud de la población más vulnerable. De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), en la presente administración la carencia por acceso a los servicios de salud ha disminuido 4.6 puntos porcentuales, al pasar de 21.5% en 2012 a 16.9% en 2015; es decir, cerca de 4.8 millones de personas más accedieron a servicios de salud.

En lo que respecta a la oferta de servicios de manera incluyente, se trabajó en el diseño del Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las Personas Lésbico, Gay, Bisexual, Transexual, Travesti, Transgénero e Intersexual, así como Guías de Atención Específicas para

atender las necesidades concretas de cada grupo de población. Este protocolo, anunciado en junio de 2017, fue producto de una intensa labor que se llevó a cabo de la mano de expertos en el tema y actores clave con el fin de responder de manera puntual a uno de los vacíos que teníamos en el sistema de salud para la atención oportuna y adecuada de esta población.

Bajo el mismo eje de inclusión, derivado del incremento en el arribo, tránsito y retorno de migrantes a nuestro país, hemos realizado diversas acciones con el propósito de responder a sus necesidades en salud, como son: afiliación temporal al Seguro Popular, prestación de servicios de salud y de rehabilitación física, atención en salud mental, prevención y tratamiento de adicciones, entre otras. De enero de 2013 a junio de 2017 se brindaron más de 205 mil servicios a más de 23 mil migrantes, en tanto que entre septiembre de 2016 y junio de 2017 se otorgaron más de 52 mil servicios de prevención y promoción de salud a alrededor de 7 mil migrantes. Asimismo, en abril de 2017 se tuvo la visita de ministros y representantes de salud de nueve países de Mesoamérica, así como de autoridades de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a fin de trabajar en acciones de cooperación multilateral y una política conjunta en materia de salud de los migrantes.

Uno de los problemas de salud más graves que afectan al país son las enfermedades crónicas no transmisibles. Por ello, en noviembre de 2016 se anunciaron las declaratorias de las emergencias epidemiológicas EE-3-2016 Sobrepeso y Obesidad y EE-4-2016 Diabetes Mellitus, con el propósito de realizar acciones específicas para contrarrestar estos problemas de salud y movilizar a la sociedad en la lucha contra estas complicaciones.

Otra de las enfermedades no transmisibles que requieren una atención especial es el cáncer. Como parte de las acciones de prevención del cáncer cérvico-uterino, en la presente administración se han aplicado a las niñas de quinto año de primaria o de 11 años no escolarizadas más de 10.1 millones de dosis de vacunas contra el virus del papiloma humano. Para la atención preventiva del cáncer de mama, en lo que va de la administración se han realizado más de 10 millones de mastografías a mujeres de 40 a 69 años de edad en las instituciones del sector salud.

En febrero de 2017, la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) suscribieron un convenio de colaboración para la elaboración e instrumentación de un programa de trabajo interinstitucional de lucha contra el cáncer infantil, que incluye la prestación de servicios médicos, abasto de medicamentos y otros insumos, de manera coordinada entre las tres instituciones.

Nuestro país cuenta orgullosamente 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. En la presente administración se han aplicado en el sector salud más de 400 millones de dosis de vacunas, con una inversión superior a 30 mil millones de pesos.

Asimismo, con organización y movilización social, conjuntamente con el reforzamiento de medidas de saneamiento e higiene, México se encuentra libre de enfermedades como el tracoma y la oncocercosis. En abril de 2017, la OPS entregó oficialmente el reconocimiento de eliminación del tracoma a nuestro país.

Otro tema de gran trascendencia es el del uso medicinal y científico de las sustancias activas de la marihuana. Derivado de un trabajo conjunto con el Poder Legislativo se logró aprobar en abril de 2017 el uso de la marihuana con fines terapéuticos y de investigación. Con este importante logro, la Secretaría de Salud se encuentra trabajando el diseño de políticas públicas que promuevan la investigación y regulen el uso de los derivados farmacológicos de esta sustancia, a fin de otorgar beneficios a los pacientes que lo requieren.

La modernización de la infraestructura en salud es un tema que no se debe dejar de mencionar. Resalto la puesta en marcha de las tres torres de especialidades del Hospital General de México que fueron inauguradas en junio de 2017, así como el Hospital General de San Pablo del Monte en el estado de Tlaxcala, la nueva torre de consulta externa del Hospital General de Mexicali, el nuevo Hospital General de Cancún Dr. Jesús Kumate Rodríguez y la nueva Torre de Gineco-Obstetricia del Hospital General de Especialidades del Niño y la Mujer en el estado de Querétaro. Estos logros son muestra fehaciente de que se busca en todo momento contar con la mejor infraestructura para garantizar la calidad en la atención de la salud de los mexicanos.

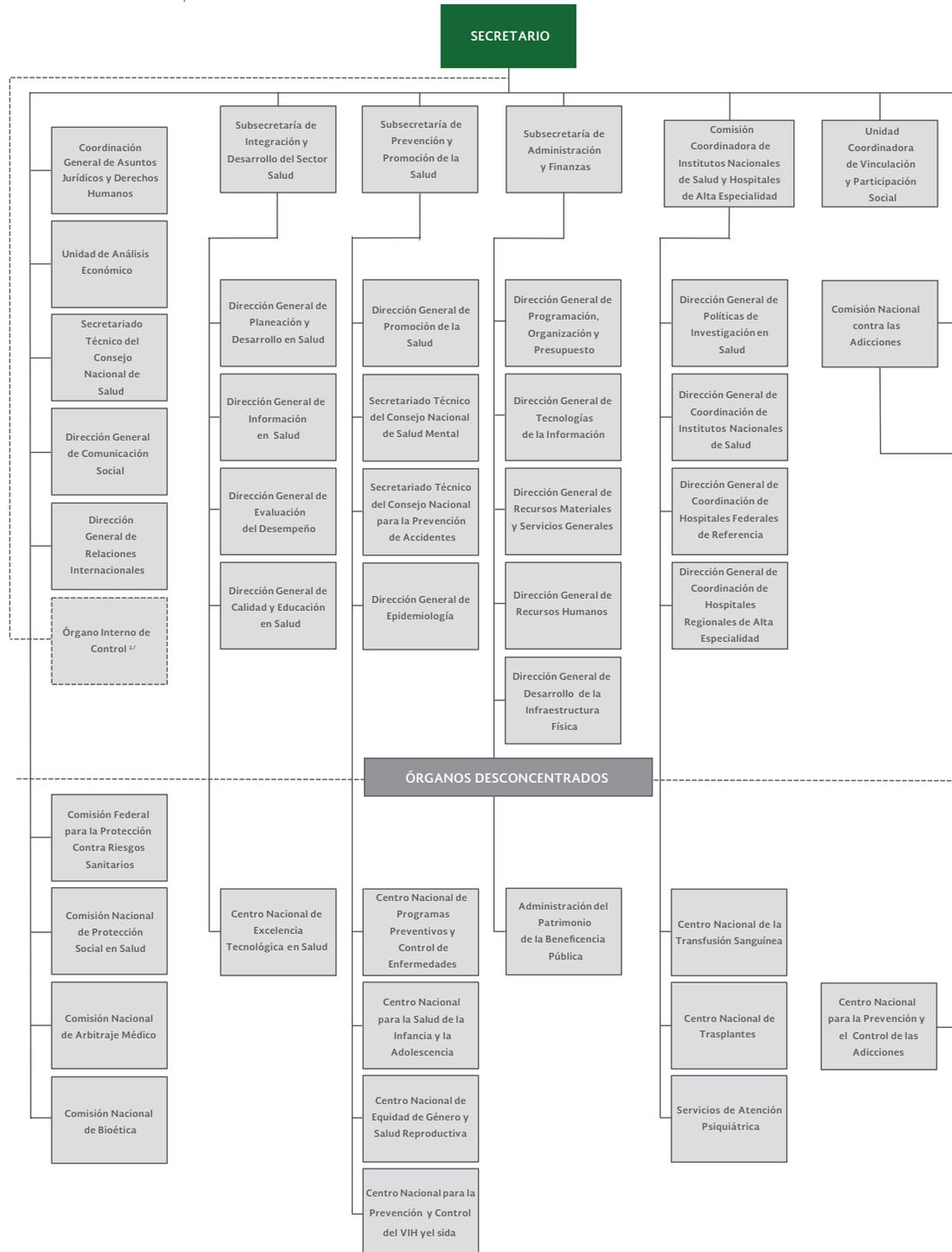
Estos son, a grandes rasgos, algunos de los elementos que podrán encontrarse con mayor detalle en el presente informe. Reconozco el esfuerzo y la entrega de los trabajadores de la salud. Ellos han sido los principales actores en la realización de las actividades reportadas en este informe. Son ellos el músculo que mueve a nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) y que logran, con sus acciones, mayor acceso a servicios de calidad para los mexicanos, y por ende, aportar al desarrollo nacional que todos queremos.

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 auditoría, quejas y responsabilidades, mismos que de acuerdo con los artículos XII de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, y 51 fracción XIX del reglamento interior de la Secretaría de la Función Pública, dependen jerárquica y funcionalmente del titular de la Secretaría 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 a la propia dependencia y es proporcionado por ella.



I. RECURSOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



El Sistema Nacional de Salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud de la población mexicana. Para lograrlo debe brindar servicios de salud accesibles y de calidad que respondan a las necesidades de la población, haciendo un uso óptimo de los recursos disponibles. Actualmente las instituciones del SNS cubren en conjunto 83% de la población total de México, lo que equivale a cerca de 98 millones de personas.¹⁷

A más de 70 años de haberse creado, el sistema de salud en México está constituido por diversas instituciones públicas y privadas. Esta configuración condiciona el acceso a los servicios de salud a la situación laboral o socioeconómica de la población. La primera determina si una persona puede atender su salud en las instituciones de seguridad social o en los servicios financiados por el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). La segunda condiciona el acceso al sector privado de acuerdo con la capacidad de pago de quien busca atender su salud. Esta estructura y organización ha dificultado su coordinación y desempeño como sistema.

Es posible tener un panorama muy claro de las condiciones en las que opera el SNS si se observan algunos de los indicadores clave relacionados con los recursos con los que opera y la calidad de los mismos.

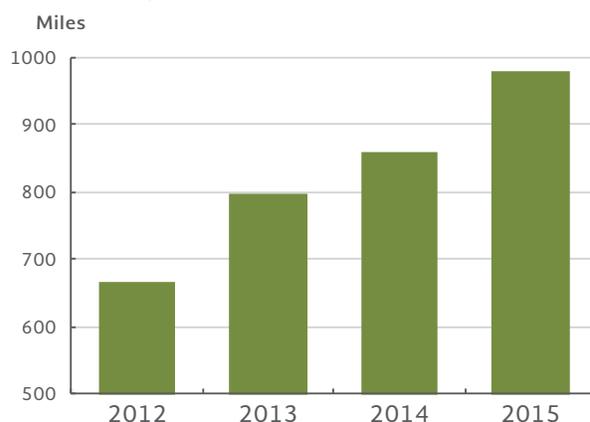
En ese sentido, el volumen del uso de los servicios hospitalarios ofrecidos por las unidades médicas que comprende el SNS puede entenderse a partir del número total de egresos hospitalarios por habitante, considerando un egreso hospitalario como el evento de salida del paciente del servicio de hospitalización que implica la desocupación de una cama censable (Norma Oficial Mexicana 035-SSA3-2012, apartado 3.33). Los eventos que son considerados como egresos hospitalarios son las altas por curación, mejoría, traslado a otra unidad hospitalaria, alta voluntaria o fuga.

En 2014 hubo un aumento de egresos hospitalarios de 28% respecto a 2005, es decir, casi 2 millones más de egresos hospitalarios. La institución que más egresos tuvo en 2014 fue la Secretaría de Salud, institución en la que aumentó casi 50% de egresos hospitalarios a partir del 2005.

El aumento de los egresos hospitalarios puede deberse a eventos evitables relacionados con enfermedades como la diabetes mellitus o la hipertensión arterial, donde la prevención y el apego a los tratamientos médicos son esenciales para mantener la salud de las personas.

Las entidades federativas con menos egresos en 2014 fueron el Estado de México, Chiapas, Guerrero y Oaxaca, con alrededor de 50 egresos por mil habitantes. En caso contrario, las entidades con mayor número de egresos, con poco más de 80 por cada mil habitantes fueron la Ciudad de México, Jalisco, Aguascalientes, Baja California Sur y Coahuila.

GRÁFICA I.1 MASTOGRAFÍAS REALIZADAS A MUJERES DE 40 A 69 AÑOS, 2012-2015



FUENTE: SS-Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Programa de Prevención y Control de Cáncer de la Mujer 2012-2015.

Uno de los principales factores para poder observar el desempeño del SNS se encuentra la detección oportuna de cáncer de mama a través de la práctica de mastografías en la población de riesgo, es decir, mujeres entre 40 y 69 años de edad. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) debe alcanzarse por lo menos 70% de mastografías realizadas en mujeres de ese rango de edad.

Es recomendable que las mujeres de 40 a 69 años de edad se realicen por lo menos una mastografía cada dos años (NOM-041-SSA2-2002). En México en el periodo 2014-2015 la cobertura de este servicio fue de tan solo 28 por ciento.

¹⁷ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. "Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015, Estados Unidos Mexicanos". 2015.

Durante ese bienio, las entidades federativas que tuvieron mayor cobertura fueron Campeche, Quintana Roo, Durango y Querétaro. Sin embargo, la escasa cobertura nacional explica que el cáncer de mama se encuentre entre las primeras causas de morbilidad y mortalidad de mujeres en nuestro país. Algunos factores que pueden provocar estas cifras tan bajas es la falta de mastógrafos y de especialistas que tengan la capacidad de interpretación del estudio, así como la subutilización de los equipos, cuando existen.

A partir del año 2010, con la implementación del Plan de Acción Mundial sobre Vacunas establecido en el seno de la OMS, se ha impulsado la prevención para evitar millones de decesos a través del acceso equitativo a las vacunas. La vacunación efectiva previene enfermedades que tienen elevados costos en los ámbitos físico, social y económico, y tiene una incidencia determinante en la prevención de la mortalidad infantil. Para el año 2020 debe alcanzarse una cobertura mayor a 90% a nivel nacional.

En 2015, en nuestro país la cobertura de vacunación con esquema completo en menores de un año fue de 91%. Cabe resaltar en este tema que las entidades federativas que en 2015 alcanzaron 100% de cobertura de vacunación con esquema completo en menores de un año fueron Sinaloa, San Luis Potosí, Guanajuato, Tamaulipas, Querétaro, Nuevo León y Baja California Sur. En contraste, Veracruz, Colima y Chiapas tuvieron menos de 80% de cobertura.

La meta a 2018 de acuerdo con el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) es que en todas las entidades federa-

tivas la cobertura de vacunación con esquema completo en menores de un año sea por lo menos de 90 por ciento.

Disminuir la mortalidad neonatal y la mortalidad materna son objetivos fundamentales del SNS. Por esta razón, mejorar el control prenatal con el aumento de consultas en el periodo gestacional resulta fundamental.

Con ello, las embarazadas deben acceder a un mínimo de cinco consultas prenatales, e iniciarlas durante las primeras ocho semanas de gestación. (NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida).

La razón de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos sigue siendo muy alta en nuestro país (38.2 en 2013). En 2015, 84% de embarazadas tuvieron cinco o más consultas prenatales. Las entidades federativas en las que hubo un incremento considerable del porcentaje de embarazadas que recibieron cinco o más consultas prenatales en 2015 respecto a 2008 fueron: Coahuila con 11 puntos porcentuales más, Baja California con 10.5, Quintana Roo con 10.1, Guerrero con 9.6 y Tamaulipas con 9.4

Uno de los objetivos en la prestación de servicios de salud es la detección temprana del embarazo y el control prenatal durante el primer trimestre de gestación. En 2015, Baja California, Guerrero, Ciudad de México, Aguascalientes y Puebla fueron las entidades donde aumentaron en más de 10 puntos porcentuales las embarazadas que recibieron su primera consulta prenatal en esos primeros tres meses.

GRÁFICA I.2 COBERTURA DE VACUNACIÓN CON ESQUEMA COMPLETO EN MENORES DE UN AÑO, POR ENTIDAD FEDERATIVA, 2013 Y 2015



FUENTE: SS-CENSIA, Sistemas Institucionales de Vacunación 2013 y 2015. SS-DGIS, Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) 2013 y 2015.

Para ese mismo año, 1.6 millones de mujeres asistieron a su primera consulta prenatal en el primer trimestre de gestación (77% de las embarazadas). Alcanzar 100% de embarazadas que inicien su control prenatal en las primeras ocho semanas de gestación es la meta. Dicho control permitirá detectar riesgos tanto fetales como maternos a través del tamizaje prenatal oportuno y la vigilancia con ultrasonidos periódicos durante el embarazo.

Cuando hablamos de calidad en la atención médica nos referimos a una combinación de beneficios, riesgos y costos en donde lo fundamental es ofrecer los mayores beneficios con los menores riesgos posibles y a un costo razonable. La atención médica para ser de calidad debe ser segura, eficaz, eficiente, equitativa, oportuna y centrada en el paciente.

Un componente importante de calidad en la atención médica es el surtimiento completo de recetas médicas, proceso que involucra a todos los pacientes de consulta externa que obtuvieron todos sus medicamentos en el mismo lugar de la consulta. En el 2015 el porcentaje de surtimiento completo de recetas médicas fue de 69% en todo el sector y 76% en el sector público.

En el 2012 las entidades federativas con más de 70% de surtimiento completo de recetas en todo el sector fueron San Luis Potosí, Nayarit, Nuevo León, Baja California Sur, Colima, Tamaulipas, Guanajuato, Yucatán y Oaxaca. Con respecto al sector público, los estados por arriba de

80% en el surtimiento completo de recetas fueron Baja California Sur, Nuevo León, Guanajuato y Baja California.

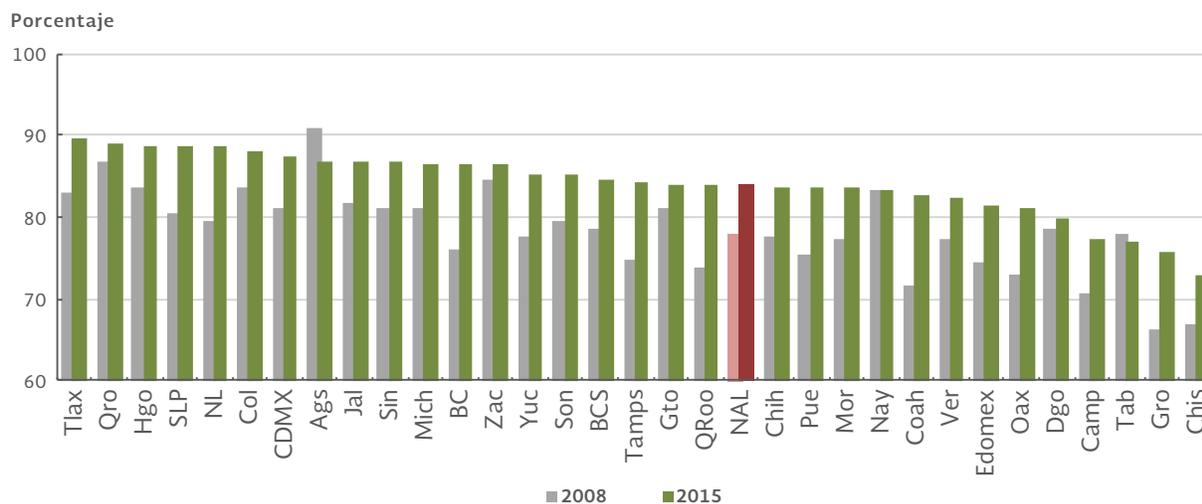
A pesar de que ha ido en aumento en todo el país el surtimiento completo de recetas médicas total y en el sector público, el porcentaje sigue siendo aún muy bajo, lejos aún de la meta de surtimiento total para el sistema de salud en su conjunto.

El cuidado de los pacientes crónicos es uno de los retos más importantes a los que se enfrenta el SNS. Su atención implica la coordinación de distintos servicios –como (atención ambulatoria, atención hospitalaria, servicios sociales en las distintas instituciones de salud–, cuyos objetivos últimos son mejorar su calidad de vida y evitar el deterioro o la descompensación de su enfermedad y subsecuentes hospitalizaciones.

La hospitalización evitable por diabetes mellitus es un indicador directo del volumen de actividad hospitalaria prevenible a través de cuidados oportunos y efectivos. En 2014 hubo 148 mil hospitalizaciones evitables por diabetes mellitus. La institución con mayor porcentaje de casos fue el IMSS (45%), seguido de la Secretaría de Salud (38%).

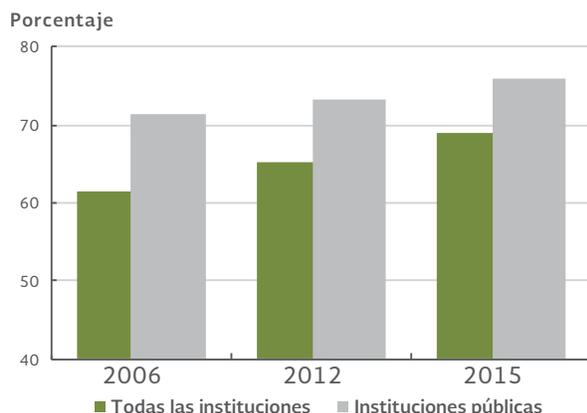
Las entidades federativas con mayor reducción en la tasa de hospitalizaciones evitables por diabetes mellitus por 100 mil habitantes en 2014 con respecto al año 2009 fueron Colima, Quintana Roo, Coahuila, Campeche, Tlaxcala, Nayarit y Durango.

GRÁFICA I.3 PORCENTAJE DE EMBARAZADAS CON CINCO O MÁS CONSULTAS PRENATALES, POR ENTIDAD FEDERATIVA, 2008 Y 2015



FUENTE: SS-DGIS, Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) 2008 y 2015.

GRÁFICA I.4 PORCENTAJE DE SURTIMIENTO COMPLETO DE RECETAS MÉDICAS, 2006, 2012 Y 2015

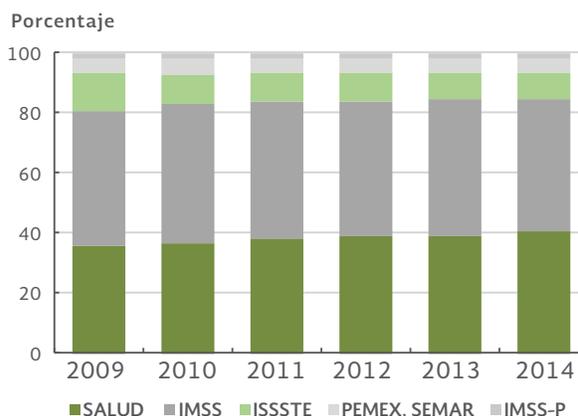


FUENTE: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 y 2012. Encuesta 2015 para el seguimiento de los indicadores del PROSESA 2013-2018.

El control efectivo de las enfermedades crónico degenerativas, como la diabetes mellitus, se debe hacer a través de estrategias que promuevan que el paciente adquiera una responsabilidad en el cuidado de su salud a través del seguimiento oportuno de su enfermedad.

En los últimos años el SNS ha enfrentado transformaciones importantes, no solo por las necesidades de salud de los mexicanos, sino también por la creación del Seguro

GRÁFICA I.5 DISTRIBUCIÓN DE HOSPITALIZACIONES EVITABLES POR DIABETES MELLITUS, POR INSTITUCIÓN, 2009-2014



FUENTE: SS-DGIS, Egresos Hospitalarios del Sector 2009-2014.

Popular y el significativo aumento de los recursos financieros públicos a partir de la entrada en vigor del SPSS. Sin embargo, no ha logrado todavía ofrecer una atención oportuna y de calidad con estos recursos humanos, físicos y financieros para atender mejor las necesidades de salud de la población. Si bien en diferentes aspectos se requieren recursos adicionales para alcanzar los estándares internacionales, con una optimización en el uso de los recursos se podrían dar pasos importantes hacia dichos estándares.





II. SISTEMA NACIONAL DE SALUD



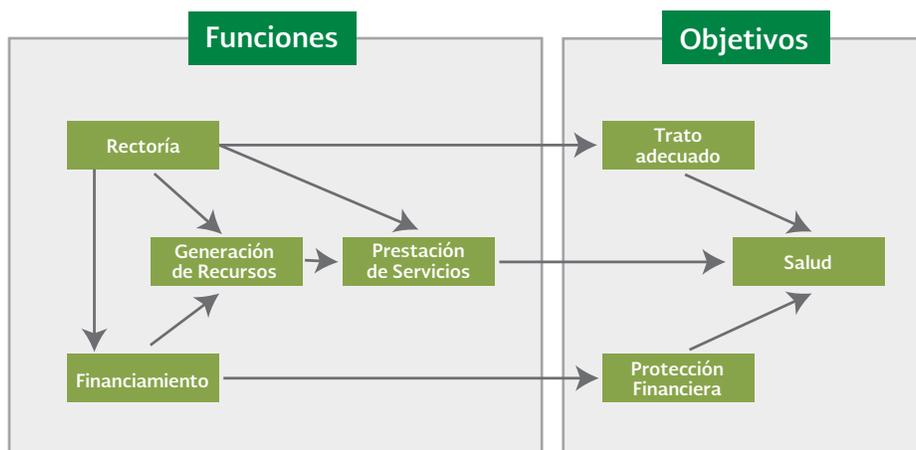
De acuerdo con el “Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud”, elaborado por la OMS, son tres los objetivos fundamentales de un sistema de salud: 1) mejorar la salud de la población a la que sirven, 2) responder a las expectativas que tienen las personas sobre recibir un trato adecuado y 3) proteger financieramente a la población contra los costos derivados de sus padecimientos.

Para el logro de estos objetivos, todo sistema de salud debe cumplir con cuatro funciones básicas: la prestación de los servicios, la generación de recursos, el finan-

Para lograrlo, debe brindar servicios de salud accesibles y de calidad que respondan a las necesidades de la población, haciendo un uso óptimo de los recursos disponibles. Actualmente, todas las instituciones del SNS cubren en conjunto 83% de la población total de México, equivalente a cerca de 98 millones de personas.^{2/}

El sistema de salud de México está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende a las instituciones de seguridad social: Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Petróleos

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



FUENTE: “Informe sobre la salud en el mundo 2000”. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud, OMS, 2000.

ciamiento de sus actividades y la rectoría (figura 1). Si bien todas las funciones son esenciales, la rectoría tiene particular importancia, ya que implica coordinar, dictar y orientar las políticas y estrategias en materia de salud a fin de lograr mejores resultados.

El Sistema Nacional de Salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal es mejorar la salud de la población mexicana.^{1/}

Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros que prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía, así como a las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, entre las que se incluyen el Seguro Popular de Salud, la Secre-

^{1/} El artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud”. Además, de acuerdo con lo que señala el artículo 5º 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, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud”.

^{2/} Instituto Nacional de Estadística y Geografía. “Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015, Estados Unidos Mexicanos”, 2015.

taría de Salud, los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-PROSPERA. El sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago (figura 2).

En este sentido, el acceso a los servicios de salud está condicionado a la situación laboral o socioeconómica de la población mexicana. La primera refiere a los servicios de salud que se otorgan a las personas ya sea por las instituciones de seguridad social (empleo formal) o por el Sistema de Protección Social en Salud para la población con empleo informal o desempleo. La segunda corresponde a los servicios de salud provistos por el sector privado y que se limita a la capacidad de pago de la población. Esta estructura y organización representa un área de oportunidad para la regenerar nuevos mecanismos de coordinación y potenciar el desempeño del SNS.

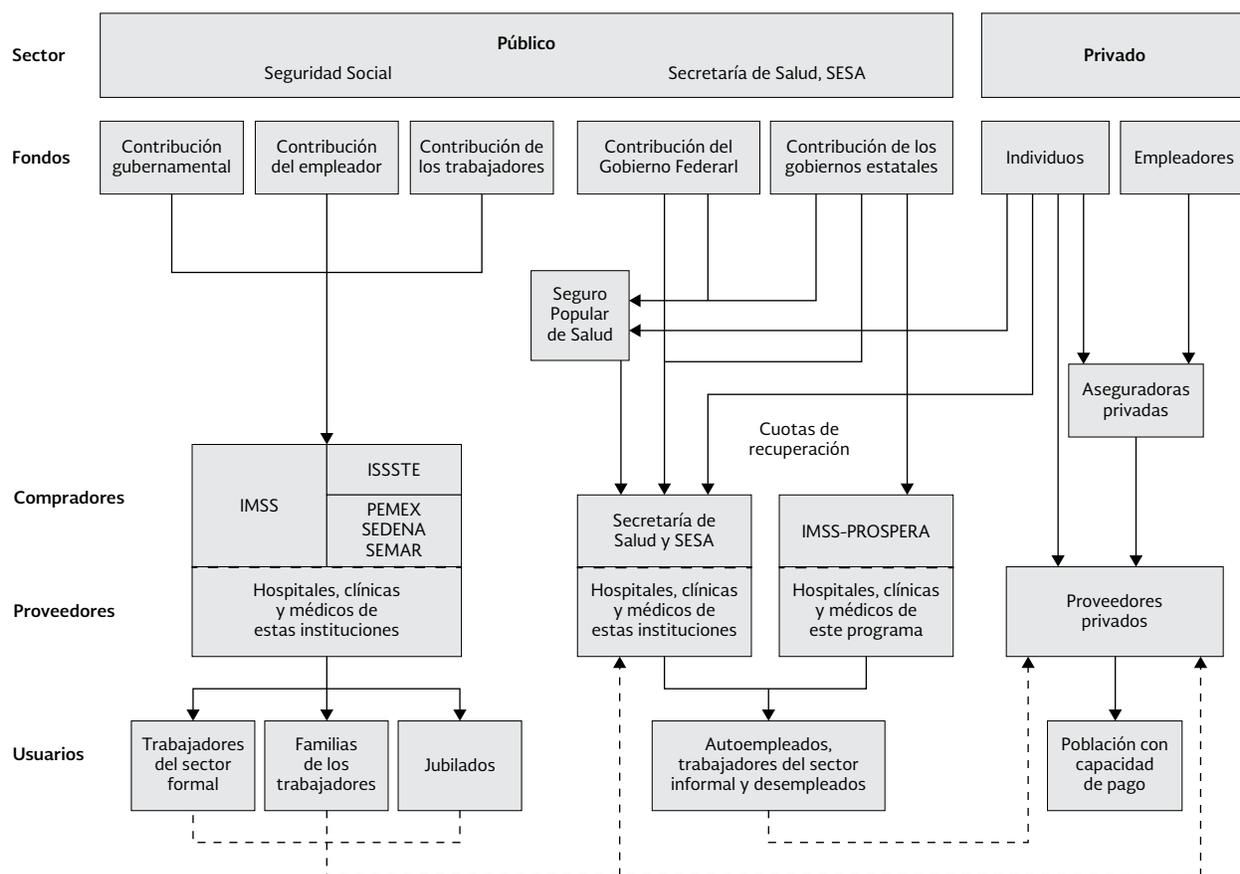
De acuerdo con el artículo 7 de la Ley General de Salud (LGS), la Secretaría de Salud es la encargada de coordi-

nar el Sistema Nacional de Salud, teniendo como una de sus principales funciones la de establecer y conducir la política nacional en materia de salud.

En concordancia con lo anterior y con base en el artículo 13 de la LGS, en materia de salubridad general, las entidades federativas tienen como una de sus funciones coadyuvar a la consolidación y funcionamiento del SNS y planear, organizar y desarrollar sistemas estatales de salud. Son también los encargados de brindar los servicios de salud a los afiliados al Seguro Popular o no derechohabientes de instituciones de seguridad social.

Adicionalmente, las instituciones de seguridad social brindan una red más amplia de servicios de protección social a sus afiliados, incluyendo pensiones y otras prestaciones, además del seguro de enfermedad y maternidad del IMSS y el seguro de salud del ISSSTE. El resto de las instituciones de seguridad social tienen condiciones similares.

FIGURA II.2 COMPOSICIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



FUENTE: Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. Salud Publica Mex 2011; 53 supl. 2: S220-S232.

Las instituciones privadas de salud, a su vez, son principalmente prestadoras de servicios con fines de lucro. Muchas de ellas trabajan con seguros de salud privados, básicamente de gastos médicos mayores, que tienen sus propias redes de servicios. Estos servicios se financian de manera fundamental del bolsillo de las personas con capacidad de pago.

Financiamiento del Sistema Nacional de Salud

El financiamiento de las instituciones de seguridad social proviene de tres fuentes: contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR es el propio gobierno) y contribuciones de los empleados.

Estas instituciones prestan sus servicios en sus propias instalaciones y con su propio personal. Tanto la SS como los SESA se financian con recursos del gobierno federal y los gobiernos estatales, además de una pequeña contribución que pagan los usuarios al recibir la atención (cuotas de recuperación). El Seguro Popular se financia con recursos del gobierno federal, los gobiernos estatales y cuotas familiares, y compra servicios de salud para sus afiliados a la SS y a los SESA (y en algunas ocasiones a proveedores privados).

El sector privado del SNS obtiene su financiamiento de los pagos directos de bolsillo de las personas al momento de recibir la atención, adquirir medicamentos o insumos, además de los pagos anticipados correspondientes a las primas de los seguros de gastos médicos. El gasto de bolsillo^{3/} sigue representando cerca de 86% del gasto privado y 41% del gasto total en salud. Aunque esta fuente de financiamiento se ha reducido en casi 13 puntos porcentuales del gasto total en salud en los últimos 15 años,^{4/} sigue siendo poco más del doble del valor promedio reportado por los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) que en 2014 fue 20.1% del gasto total en salud.^{5/}

En el caso de IMSS-PROSPERA la fuente de financiamiento proviene fundamentalmente de dos vías. La primera es el Ramo 19: Aportaciones a Seguridad Social, transferido como subsidio por el Gobierno Federal. La segunda es el Ramo: 12 Salud, con recursos transferidos por la Comi-

sión Nacional de Protección Social en Salud para apoyar el otorgamiento del componente de Salud a los beneficiarios de programa.^{6/}

Recursos

Los recursos físicos y humanos con que cuentan las diferentes instituciones de salud varían tanto en números absolutos como en relación al número de afiliados que tienen, lo cual repercute en la calidad y oportunidad de la atención. Desde el año 2007 se registró un incremento en el número de unidades hospitalarias existentes, que entonces era de 2,580 y alcanzó en el año 2014 un total de 4,550 unidades hospitalarias, alrededor de cuatro por cada 100 mil habitantes. No obstante, existen importantes desigualdades en su distribución, tanto por entidad federativa como por institución.

En 2014, 69%^{7/} de las unidades de hospitalización correspondían al sector privado, aunque estas solamente contaban con 29% del total de camas, lo cual indica que los hospitales de este sector son pequeños. Sin embargo, debido a la fragmentación del sistema y a una ineficiente distribución de unidades, siguen existiendo simultáneamente lugares donde los pacientes deben recorrer grandes distancias para poder recibir la atención, sitios donde la calidad de los servicios se puede ver mermada a causa de la sobredemanda del servicio hospitalario y áreas donde existe una subutilización de las unidades.

La producción de servicios de salud se caracteriza por el empleo intensivo de una amplia gama de recursos humanos y materiales, información y conocimiento. En la medida en que estos recursos se generen y distribuyan de manera racional y equitativa se garantizará una prestación de servicios de salud equitativa y de calidad. Para ofrecer servicios de calidad es necesario contar con profesionales de la salud bien formados. En nuestro país, sin embargo, la heterogeneidad en este rubro es la regla. Esto se debe en buena medida a la carencia de mecanismos para controlar la apertura y vigilar el desarrollo de los centros de enseñanza en ciencias de la salud.^{8/}

En 2015 se titularon poco más de 13 mil médicos generales y 11 mil licenciadas en enfermería; no obstante, aquellos recién titulados y profesionales de la salud se concentran en ciertas entidades, lo que implica la ne-

^{3/} Sosa-Rubí, S., et al. "Análisis del gasto en salud en México 2001-2006". Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en México, 2011.

^{4/} Ávila-Burgos L, Serván-Mori E, Wirtz VJ, Sosa-Rubí SG, Salinas-Rodríguez A. Efectos del Seguro Popular sobre el gasto en salud en hogares mexicanos a 10 años de su implementación. Salud Pública Mex 2013; 55 supl. 2: S91-S99.

^{5/} Organization for Economic Cooperation and Development. OECD Health Statistics 2016. Health expenditure and financing.

^{6/} Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2016-2017.

^{7/} Secretaría de Salud, DGIS, Sistema de Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 2007-2014.

^{8/} Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud. México, 2001.

cesidad de crear incentivos para que se distribuyan en todo el territorio nacional.

El Panorama de la Salud 2015 muestra que la oferta de trabajadores del sector salud en México ha aumentado en la última década pero sigue siendo baja para el promedio de los países de la OCDE; en especial, el número de enfermeras. Aunque desde el año 2000 ha aumentado considerablemente el número de médicos (de 1.6 médicos por cada mil habitantes en el año 2000, a 2.2 en 2013), el crecimiento del número de enfermeras ha sido mucho más moderado (únicamente de 2.2 enfermeras por cada mil habitantes en 2000 y 2.6 en 2013).

En la mayoría de los países de la OCDE hay alrededor de tres enfermeras por cada médico, pero en México la proporción es casi de 1:1. Es necesario hacer más esfuerzos para capacitar y emplear a más enfermeras en México para mejorar el acceso y la eficiencia en los servicios de atención de la salud.^{9/}

Prestación de servicios

La disposición de recursos debe ser suficiente y oportuna para poder prestar servicios de salud de calidad y seguros. Existen diferencias importantes entre el Seguro Popular y las instituciones de seguridad social. El primero tiene un paquete de beneficios explícito definido en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), mientras que las segundas, en principio, atienden todos los problemas de salud, pero en la práctica su capacidad resolutive es limitada frente al exceso de demanda, lo cual repercute en la calidad y oportunidad de la atención.

Para la población sin seguridad social, actualmente el Seguro Popular cubre 287 intervenciones de salud establecidas en el CAUSES, las cuales incluyen intervenciones de salud pública, de urgencias, de medicina general y especialidad, de cirugía y hospitalización, entre otras. Adicionalmente, para atender padecimientos de baja incidencia y costos altos que ponen en riesgo la vida y el patrimonio familiar, existe el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), el cual cubre 61 enfermedades, entre las que destacan los cánceres infantiles, los cuidados intensivos neonatales y algunos cánceres de adultos como de mama y de próstata.

Por otra parte, el IMSS, a través del seguro de enfermedades y maternidad brinda la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria necesaria para el trabajador

y su familia. Además, otorga prestaciones en especie y en dinero que incluyen, por ejemplo, atención obstétrica, ayuda en especie para lactancia, una canastilla al nacer el hijo y un subsidio de 100% del último salario diario de cotización, el cual se cubre por 42 días antes y 42 días después del parto.^{10/} El ISSSTE otorga a sus afiliados un seguro de salud que protege, promueve y restaura la salud de los derechohabientes y también, implícitamente, cubre todos los padecimientos.^{11/} En lo que respecta a PEMEX, SEDENA y SEMAR, estas dependencias cuentan con servicios similares a los del IMSS o el ISSSTE.

El Programa IMSS-PROSPERA tiene presencia en 28 entidades, en las que brinda cobertura a 12.3 millones de personas residentes en 20,485 localidades —77% de ellas con grados alto y muy alto de marginación, de conformidad con la clasificación del Consejo Nacional de Población (CONAPO)— pertenecientes a 1,499 municipios. De esta población beneficiaria del Programa, casi 4 millones se concentran en comunidades predominantemente indígenas y 8.3 millones habitan en municipios incorporados a la Cruzada Nacional contra el Hambre.^{12/}

La falta de calidad y oportunidad en el sector público se ve reflejada en la utilización de servicios médicos particulares por la población que está afiliada a alguna de las instituciones públicas de salud. Las instituciones privadas de salud otorgan prestación directa de servicios en consultorios y hospitales, en su mayoría con fines de lucro.

Además, el sector privado ha diversificado las opciones de atención para la población en respuesta a sus necesidades. Por ejemplo, a partir de la regulación en 2010 de la venta de antibióticos con prescripción médica, los consultorios médicos adyacentes a farmacias privadas han crecido hasta representar 17% del total nacional de consultas ambulatorias.^{13/}

Calidad

Hay que destacar, en el tema de calidad, que los indicadores relativos a los servicios de atención prenatal y salud materna apuntan a que la atención debe seguir mejorando a través de intervenciones integrales y preventivas que permitan detectar riesgos fetales y maternos. Por ejemplo, todavía debe aumentarse el porcentaje

^{9/} OECD (2015), Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en

^{10/} Ley del Seguro Social.

^{11/} Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

^{12/} Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2016-2017.

^{13/} Instituto Nacional de Salud Pública. "Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Consultorios médicos en farmacias privadas: efectos inesperados en el uso de servicios de salud y el acceso a medicamentos".

de mujeres embarazadas que reciben su primera consulta prenatal en el primer trimestre de gestación, el cual fue en 2015 de 77%. Otro frente que requiere atención son los crecientes nacimientos por cesárea,^{14/} que involucran mayores costos y riesgos.^{15/} Las cesáreas pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes, e incluso la muerte, especialmente en los lugares que carecen de instalaciones o de capacidad para realizar cirugías de forma segura y para tratar las complicaciones quirúrgicas.^{14/} El sector privado sigue presentando la mayor proporción de nacimientos por cesárea; en 2015 estos representaron 77% de los

nacimientos atendidos en dichas unidades, mientras que el promedio nacional fue de 45%. Este porcentaje sigue siendo muy alto con respecto a la recomendación de la OMS de lograr que los nacimientos por cesárea alcancen solamente entre 10% y 15% del total de nacimientos.

En los últimos años, el SNS ha enfrentado transformaciones importantes, no solo por las necesidades de salud de los mexicanos, sino también por la creación del Seguro Popular y el significativo aumento de los recursos financieros públicos a partir de la entrada en vigor del SPSS. Sin embargo, el SNS no ha logrado todavía ofrecer una atención oportuna y de calidad con estos recursos humanos, físicos y financieros para atender mejor las necesidades de salud de la población. Si bien en diferentes aspectos se requieren recursos adicionales para alcanzar los estándares internacionales, con una optimización en el uso de los recursos se podrían dar pasos importantes hacia dichos estándares.

^{14/} Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea, 2015.

^{15/} Organización Mundial de la Salud. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985; 2: 436-7.





III. INFORME DE LABORES DE LA SECRETARÍA DE SALUD



ACTIVIDADES DEL TITULAR DE LA SECRETARÍA DE SALUD

Periodo del 1 de septiembre de 2016 al 30 de agosto de 2017

En el periodo comprendido entre el 1 de septiembre de 2016 y el 31 de agosto de 2017, en cumplimiento de las funciones y atribuciones de su competencia, el titular de la Secretaría de Salud focalizó su atención en el desarrollo de acciones encaminadas a fortalecer la Política Nacional de Salud en materia de planeación, administración y normatividad, tales como:

- Promover la coordinación de las dependencias que integran el Sector Salud para consolidar las acciones impulsadas por el Ejecutivo Federal en materia de acceso a la salud y mejora de calidad de vida de los mexicanos. Para ello, se dio seguimiento puntual al avance y cumplimiento de los compromisos y prioridades del gobierno. En ese sentido, se sostuvieron distintas reuniones con representantes del poder legislativo, gobiernos estatales, instituciones educativas, representantes de la sociedad civil y actores del sector salud. Asimismo, se realizaron diversas giras nacionales e internacionales de trabajo para fortalecer e impulsar las políticas nacionales de salud.
- Fomentar el sano desarrollo de la niñez y la adolescencia en México a través de la estrategia Salud en tu Escuela, la cual fue presentada en conjunto con el Secretario de Educación Pública en mayo de 2017. El propósito es consolidar buenas prácticas de salud entre los escolares del país y prevenir situaciones de riesgo que pudieran limitar sus capacidades para alcanzar su pleno potencial. En esta estrategia convergen distintas dependencias públicas, instituciones de educación superior, organismos nacionales e internacionales y asociaciones civiles, unidos con el fin de buscar un mejor futuro para los estudiantes de México.
- Dar continuidad al Programa Nacional de Vacunación Universal, uno de los más completos a escala mundial, a través de las acciones de vacunación permanente, las Semanas Nacionales de Salud y la puesta en práctica de campañas específicas de vacunación.
- Empezar más de 90 giras de trabajo a distintas entidades federativas, así como tres giras internacionales, para

participar en actividades relacionadas con la promoción de la salud, el fortalecimiento de la infraestructura y el impulso a políticas públicas, entre otros. Destacan las giras en los seis estados prioritarios para la meta *México Incluyente* del Plan Nacional de Desarrollo: Chiapas, Estado de México, Guerrero, Oaxaca, Puebla y Veracruz.

- Supervisar la atención de los heridos por la explosión del mercado de pirotecnia en el municipio de Tultepec, Estado de México.

El titular de la Secretaría de Salud acompañó al C. Presidente de la República en diversas ceremonias y eventos, entre los que destacan:

- La Centésima Séptima Asamblea General Ordinaria del IMSS.
- El lanzamiento de la Cita Médica Digital del IMSS.
- La celebración del Día de la Enfermera, evento en el que se reconoció la destacada labor de las miles de enfermeras en todo el territorio nacional, realizado en la Residencia Oficial de los Pinos.
- El arranque de la Colecta Nacional de la Cruz Roja 2017.
- El Centésimo Aniversario de la Escuela Médico Militar.
- La Ceremonia de Graduación de la Generación 2017 de la Heroica Escuela Naval Militar.

Asimismo, se acompañó al C. Presidente de la República con el fin de poner en marcha obras que fortalecen la infraestructura pública en salud, entre las que destacan:

- El nuevo Hospital General de San Pablo del Monte en el estado de Tlaxcala, una unidad con 30 camas, 14 consultorios, dos quirófanos, sala de tococirugía, unidad de cuidados intensivos neonatales y área de urgencias, con una inversión de 268 millones de pesos en beneficio de más de 166 mil habitantes.
- El Hospital General de Zona núm. 1 del IMSS en el municipio de Villa de Álvarez, Colima, unidad con 165 camas, 37 consultorios, ocho quirófanos y 47 especialidades, con una inversión de 1,367.1 millones de pesos, en beneficio de 430 mil derechohabientes. Asimismo, se su-

pervisó la obra del nuevo Hospital Materno Infantil de Villa de Álvarez con capacidad para 31 camas, el cual tuvo una inversión de 206 millones de pesos. Inicialmente ofrecerá consulta externa prenatal y paulatinamente se abrirán los servicios quirúrgicos y complementarios.

- La Unidad de Medicina Familiar núm. 51 del IMSS en el estado de San Luis Potosí, unidad con 10 consultorios, cinco módulos de enfermería y un consultorio de salud en el trabajo, con una inversión de 42.5 millones de pesos en beneficio de 48 mil derechohabientes.
- El Hospital Militar Regional de Especialidades de Monterrey, en el estado de Nuevo León.
- Las nuevas torres del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, en la Ciudad de México, con una inversión superior a los 1,240 millones de pesos, destinadas a:
 - a. Unidad de Cardiología, Angiología y Neumología
 - b. Unidad de Patología, Genética, Genómica y Centro de Perfeccionamiento de Habilidades Médico-Técnicas
 - c. Unidad de Medicina Física-Rehabilitación, Audiología-Foniatría y Alergias

Asimismo, el titular de la Secretaría de Salud participó en la entrega de nueva infraestructura y equipamiento en salud. Destacan las siguientes obras:

- El edificio (torre) de consulta externa del Hospital General de Mexicali, Baja California, con una inversión de 71.4 millones de pesos, así como el Centro Regional de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana I de Mexicali, con una inversión de 8.3 millones de pesos.
- El acelerador lineal y resonancia magnética de 3 teslas en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, en la Ciudad de México, con una inversión superior a los 126 millones de pesos.
- El Centro de Salud La Audiencia en el Municipio de Tonatico, Estado de México.
- El Centro de Salud Urbano Haciendas en el estado de Aguascalientes, con una inversión de 9 millones de pesos, en beneficio de más de 16 mil habitantes.
- El Centro Regional de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana (CEREDI) de Campeche, con una inversión de 8.3 millones, para más de 12 mil niñas y niños beneficiarios del Programa PROSPERA.

- La puesta en operación del acelerador lineal y del tomógrafo en el Instituto Estatal de Cancerología de Colima, con una inversión de más de 37 millones de pesos.
- El CEREDI de Durango, con una inversión de 8.3 millones, que dará servicio a más de 14 mil niñas y niños beneficiarios del Programa PROSPERA.
- El Centro de Rehabilitación y Educación Especial en Cuernavaca, Morelos, con una inversión de 360 millones de pesos.
- El acelerador lineal y el fortalecimiento del Centro Estatal de Oncología y Radioterapia del estado de Oaxaca, con una inversión cercana a los 150 millones de pesos, en beneficio de más de 850 mil habitantes. Además, el CEREDI de Oaxaca, con una inversión de 11.3 millones para atención de más de 60 mil niñas y niños beneficiarios del Programa PROSPERA.
- El CEREDI en el estado de Puebla.
- La Torre de Gineco-Obstetricia del Hospital General con especialidades del Niño y la Mujer en el estado de Querétaro, unidad con 253 camas, cuatro consultorios, tres quirófanos, tres salas de expulsión, urgencias y atención de partos, entre otros, con una inversión superior a los 293 millones de pesos, que beneficiará a más de 900 mil mujeres, niñas y niños.
- El Centro Estatal de Vacunología en Hermosillo, Sonora, unidad que fortalece la red de frío y aumenta la capacidad de almacenamiento de vacunas en el estado, con una inversión de más de 8 millones de pesos.
- El CEREDI de Tlaxcala, con una inversión de 8.3 millones, para dar servicio a más de 13 mil niñas y niños beneficiarios del Programa PROSPERA.
- El CEREDI del estado de Querétaro, con una inversión de 8.3 millones en beneficio de más de 13 mil niñas y niños beneficiarios del Programa PROSPERA, así como la entrega de cinco ambulancias en esa entidad.

Dentro de las acciones de vinculación interinstitucional, el titular de la Secretaría de Salud presidió distintas reuniones del Consejo Nacional de Salud. En dichos eventos, entre otros temas se abordó el acceso efectivo a los servicios de salud en todo el país y el fortalecimiento de las acciones de prevención en los Servicios Estatales de Salud. Adicionalmente, se enfatizaron las acciones enfocadas en la prevención del embarazo infantil y juvenil.

El titular de Salud sostuvo encuentros de trabajo con 10 gobernadores estatales en el edificio sede de la Secretaría de Salud, con el objetivo de identificar las principales necesidades y las rutas para atender los diversos retos de salud en cada entidad federativa.

Como parte de sus actividades, el titular de la Secretaría de Salud participó en distintas reuniones de trabajo con el C. Presidente de la República y los integrantes del gabinete legal y ampliado. Destacan las sesiones del Gabinete Especializado de México con Responsabilidad Global y el Gabinete Especializado México Incluyente.

Con la intención de fortalecer las acciones de los principales prestadores de servicios de salud en el sector, el titular de la Secretaría de Salud mantuvo una agenda permanente de trabajo y coordinación con los titulares del Instituto Mexicano de Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, la Secretaría de la Defensa Nacional, la Secretaría de Marina y Petróleos Mexicanos. Entre las acciones emprendidas, destaca el fortalecimiento del intercambio de servicios entre el IMSS, el ISSSTE y la Secretaría de Salud para consolidar un esquema de cooperación con el objetivo de ampliar y mejorar la cantidad y calidad de los servicios de salud que se ofrecen a la población, en cumplimiento a las metas establecidas en la Política Nacional de Salud.

A fin de fortalecer la investigación y el intercambio de experiencias y conocimientos, el titular del ramo participó

de manera activa en más de 45 foros académicos, simposios, conferencias y congresos relacionados con temas de salud pública.

México es un actor importante en la agenda mundial para consolidar cambios positivos en materia de salud a nivel internacional; a fin de reforzar esta posición, el titular de la Secretaría de Salud participó en distintos eventos con representantes de otros países, entre los que destacan:

- La XV Conferencia Iberoamericana de Salud con el tema: Una perspectiva de la cooperación Iberoamericana en salud, realizada en Cartagena, Colombia.
- El Foro de Arranque del Proyecto de Cooperación Dinamarca-México para el Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud, que se efectuó en la Ciudad de México.
- La XVI Semana Binacional de Salud México-Estados Unidos, en el municipio de Tonatico en el Estado de México.
- La visita a México del doctor Hassan Hashemi, Ministro de Salud de Irán.
- La Reunión Ministerial de Mesoamérica sobre Salud y Migración, que tuvo como sede a la Ciudad de México.
- Las visitas de trabajo a la República de Cuba y a la República de Chile.





1. CONSOLIDAR LAS ACCIONES DE PROTECCIÓN, PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES



Estrategia 1.1

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

A fin de impulsar la participación de los sectores público, social y privado para incidir en los determinantes sociales de la salud, el IMSS-PROSPERA promueve la figura del aval ciudadano como mecanismo de contraloría social y participación ciudadana para la mejora de la atención. Así, se gestionó la instalación de 255 avales ciudadanos, los cuales contribuyen al seguimiento de la mejora continua de la atención que se proporciona en las unidades médicas. De septiembre de 2016 a mayo de 2017 se firmaron 2,811 cartas compromiso, con atención a 1,550 (55%) y cumplimiento a 2,081 compromisos.

En el marco del proyecto Municipios Saludables, IMSS-PROSPERA logró la participación de 222 gobiernos municipales, 139 más que en el periodo anterior. Estos aportaron recursos en especie para realizar más de 700 acciones que contribuyeron a mejorar la imagen institucional de unidades médicas de primer nivel de atención (construcción, ampliación o rehabilitación), elaborar materiales de promoción de la salud, apoyar las campañas y jornadas de salud, trasladar embarazadas a unidades hospitalarias, controlar vectores transmisores de enfermedades, instalar o rehabilitar redes de distribución de agua y mejorar viviendas, entre otras acciones. Resultaron beneficiadas 500 localidades, 232 de las cuales son sede de unidades médicas, principalmente de primer nivel de atención.

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 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.

Derivado de la vigencia de la “Ampliación de la Declaratoria de Emergencia Epidemiológica EE-2-2015” y la

“Declaratoria de Emergencia Epidemiológica EE-1-2016”, para todas las entidades federativas de México, ante la presencia de casos de zika, chikungunya y dengue, y para reforzar las acciones de prevención, control y promoción de vectores a fin de reducir el impacto de las enfermedades entre la población y como parte de la estrategia para garantizar el objetivo de la difusión en medios de comunicación masiva, durante los meses de septiembre y octubre de 2016 se difundió en los distintos medios de comunicación la campaña de “prevención de enfermedades transmitidas por vectores, versión prevención de zika, chikungunya y dengue”; durante los meses de noviembre y diciembre se difundió la segunda etapa de la citada campaña.

En los meses de octubre y noviembre de 2016 se puso en marcha la campaña de “Prevención del embarazo en adolescentes”, versiones “Embarazo no deseado” 1 y 2.

Asimismo, 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 la Adolescencia 2016.
- “Vacunación contra la influenza” en la versión Influenza estacional.
- “Cáncer de la mujer”
- “Semanas Nacionales de Salud 2016”, versión Vacunación de seguimiento con vacuna sarampión-rubéola 2016.
- “Semanas Nacionales de Salud 2017”, versión Primera Semana Nacional de Salud.
- “Logros y acciones del Sistema Nacional de Salud 2016” versión Logros en infraestructura hospitalaria.
- “Semanas Nacionales de Salud 2016” versión Tercera Semana Nacional de Salud.

También se difundieron en medios impresos diversas inserciones con motivo de fechas conmemorativas, convocatorias y temas relacionados con el sector salud, entre las que se encuentran: “85 por ciento de trasplantes se

realiza en el Sistema Nacional de Salud”, “Si cuidas tu salud, también cuidas a tu familia”, “Convocatoria Reconocimiento al Mérito en Enfermería 2016”, “Día Mundial de la Lucha contra el Cáncer de Mama”, “Día del Médico”, “Con el Seguro Popular se atiende el cáncer de mama”, “XL Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM 2016)”, “Cada año se registran 23 mil nuevos casos de cáncer de mama”, “Más de dos millones de mexicanos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad”, “Emite la Secretaría de Salud declaratorias de emergencia por: diabetes mellitus, sobrepeso y obesidad”, “Convocatorias de Premios al Mérito”, “Día Internacional de la Lucha contra el Cáncer Infantil”.

A través de la Dirección de Información se emitieron 521 boletines, se realizaron 49 conferencias de prensa, se cubrieron 48 giras, se convocó a 397 eventos y se concertaron 804 entrevistas que ofrecieron servidores públicos y especialistas en salud, encabezados por el titular de la dependencia, de acuerdo con el tema.

Derivado de la vigencia de las declaratorias de emergencia EE-3-2016 y EE-4-2016 para todas las entidades federativas de México, ante la magnitud y trascendencia del sobrepeso, la obesidad y la diabetes, durante los meses de marzo a agosto de 2017 se divulgó a través de los distintos medios de comunicación masiva la campaña de difusión para la prevención de la diabetes, sobrepeso y obesidad, a fin de reforzar las acciones de prevención, concientización y control de dichas enfermedades.

Como resultado de esta estrategia, se publicaron en medios escritos y electrónicos 23 casos de éxito, entre los que destacan atención integral al sobrepeso y obesidad infantil y de adultos, implante de vejiga, bebidas azucaradas y picaduras de animales ponzoñosos.

Asimismo, se generó información de interés general de los actos públicos de la Secretaría de Salud, eventos académicos y de investigación.

Para dar a conocer las acciones del sector salud en el mundo y, al mismo tiempo, fortalecer una imagen positiva de México en la prensa internacional, la Dirección de Información fortaleció el programa de información y posicionamiento en medios internacionales.

Los corresponsales extranjeros reciben –vía electrónica– los boletines de prensa de la Secretaría de Salud y replican su contenido de acuerdo con su interés editorial. Para facilitar su trabajo se les envía versión en inglés y en español, en lenguaje de la comunidad extranjera e hispanohablante. En el periodo que se informa, se enviaron 12 boletines internacionales.

Recientemente se han reforzado las acciones estratégicas para dar un mayor impulso a la publicación de información en medios nacionales sobre dos de los temas prioritarios de salud en el Gobierno Federal: las enfermedades crónico degenerativas y la estimulación temprana.

El enfoque de prevención es fundamental y va de la mano con la orientación para la población en cuanto a estilo de vida conductual y alimentario, con el propósito de reducir algunos de los riesgos más comunes que provocan las enfermedades crónico degenerativas. Por ejemplo, hacer del ejercicio una actividad cotidiana o disminuir el consumo de bebidas azucaradas y grasas.

Siempre en coordinación con la Dirección General de Información en Salud, 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.

Se ha consolidado la difusión de acciones, programas y retos en la página de Internet de la Secretaría de Salud, a través de la publicación de 365 *posts* en su *blog*.

En concordancia con la Oficina de Estrategia Digital Nacional, día a día se alimenta el sitio de la Secretaría de Salud, con énfasis en los módulos de blog, prensa y multimedia.

Se publicaron más de 100 diseños de infografías, postales, *gifs* y videos, así como 2,400 mensajes y 3,600 fotografías en las redes sociales institucionales de la Secretaría de Salud sobre actividades de los servidores públicos de la dependencia, así como de eventos académicos, conmemoraciones y temas de interés para el sector.

Las redes sociales también lograron posicionar los mensajes emitidos en las campañas nacionales de Prevención de Obesidad y Diabetes, así como las Semanas Nacionales de Salud y Prevención y Control de Adicciones.

En otros aspectos, con el segundo implante coclear realizado en el Hospital Regional de Alta Especialidad en Ixtapaluca (HRAEI) se resalta que el Estado de México ya cuenta con capacidad local para realizar este tipo de intervenciones quirúrgicas y actualmente ha acreditado 18 servicios para atención de padecimientos del FPGC, CAUSES, emergencias obstétricas, entre otros y acreditará trasplante de médula ósea para brindar atención a la población que más lo requiere.

Con el propósito de **impulsar la actividad física y alimentación correcta en diferentes ámbitos, en parti-**

cular en escuelas y sitios de trabajo, durante el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 el Programa de Alimentación y Actividad Física a nivel nacional realizó 86,638 acciones para la promoción de la salud para el fomento de la alimentación correcta y consumo de agua, 84,639 acciones para promover la actividad física, 51,585 sesiones de promoción de la lactancia materna y 47,576 acciones para promover el rescate de la cultura alimentaria tradicional saludable.

A fin de **reforzar las acciones de promoción de la salud mediante la acción comunitaria y la participación social**, del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se realizaron 41,712 eventos para la difusión de la cultura alimentaria tradicional, lo que representó un aumento de 112.6% en comparación con los 19,622 eventos realizados en el periodo anterior. Para fortalecer las competencias del personal de salud sobre alimentación correcta, consumo de agua simple, actividad física y lactancia materna, se impartieron 841 cursos de capacitación.

En el mismo periodo, el Programa de Acción Específico Entornos y Comunidades Saludables certificó 899 espacios de recreación como saludables y 1,350 comunidades. También incorporó 591 municipios como promotores de la salud, lo que representó un incremento de 77.5%, con respecto a los 333 municipios del periodo anterior. De igual forma, se capacitaron 29,903 agentes promotores de la salud, que a su vez han replicado esta capacitación en 250,726 procuradores de la salud (uno por familia), poniendo especial atención en el tema de alimentación correcta en mujeres embarazadas y padres y madres de menores de cinco años, con lo que se cubrió a 116,834 mujeres embarazadas y 466,687 padres y madres, que se encuentran en los municipios de la Cruzada Nacional contra el Hambre.

La Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social (UCVPS) lleva a cabo de manera ordinaria y constante aproximaciones con las organizaciones de la sociedad civil (OSC) por conducto de la Dirección General Adjunta de Vinculación Social y la Dirección de Análisis de Organizaciones Ciudadanas.

A partir de 2012 se inició la conformación de una Red de OSC en materia de Salud, misma que al 10 de mayo de 2017 estaba integrada por 1,721 organizaciones participativas a nivel nacional que manejan diversos temas de salud. La Secretaría, por conducto de la UCVPS, ha tenido acercamientos a través de diversos mecanismos de vinculación con las OSC y ha generado a favor de ellas un acumulativo de 1,236 vinculaciones. Particularmente, del 1 de septiembre de 2016 al 10 de mayo

de 2017, la Red generó 70 vinculaciones, de las cuales 38 son coordinaciones y concertaciones, 10 asesorías y 22 difusiones. La Red se actualiza de forma mensual, por lo que el número de sus integrantes puede variar, ya sea porque se integran nuevas OSC o se dan de baja otras que dejan de existir; al 10 de mayo se actualizaron 336 registros.

Por otro lado, derivado de los trabajos del Comité Organizador del Premio Nacional de Acción Voluntaria y Solidaria 2016 (PNAVS), integrado por un grupo interinstitucional que es presidido por la Secretaría de Salud a través del titular del ramo y cuya Secretaría Técnica recae en la UCVPS, se logró superar en 37.4% la cantidad de postulaciones recibidas en la edición del Premio 2015. El 6 de diciembre en el Salón Adolfo López Mateos de la Residencia Oficial de Los Pinos se llevó a cabo la ceremonia de entrega del PNAVS 2016, evento que presidió el Presidente Enrique Peña Nieto.

Para la edición del PNAVS 2017, el Comité Organizador inició sus actividades el 15 de enero con la instalación del órgano coordinador. Ha llevado a cabo dos reuniones ordinarias, el 10 de marzo y el 5 de abril; en esta última se aprobó la integración del Jurado Calificador y las bases de la Convocatoria 2017, que fue publicada el 24 de abril para la recepción de postulaciones.

Se reforzaron también las acciones de promoción de la salud mediante la acción comunitaria y participación social a través de la décima edición del seminario Pfizer “Construyendo lazos con las organizaciones de la sociedad civil”, que se celebró el 7 de diciembre de 2016 en el Instituto Nacional de Medicina Genómica, en la Ciudad de México. Organizado por la Dirección General Adjunta de Coordinación de Proyectos Estratégicos en conjunto con la Dirección General Adjunta de Vinculación Social, el Voluntariado Nacional de Salud y la Fundación Pfizer, el seminario tuvo 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.

Este seminario forma parte de una iniciativa para vincular a la sociedad civil e identificar mejores prácticas y áreas de oportunidad para concretar alianzas potenciales. En esta edición se contó con la participación –presencial y en línea a través de videoconferencia– de más de 300 representantes de OSC, y sus actividades se difundieron en distintos medios de comunicación. Los temas que se abordaron en sus tres mesas de trabajo fueron: 1) Sostenibilidad, rendición de cuentas y profesionalización de las OSC; 2) Emprendimiento social: innovación para impulsar

el desarrollo de las OSC y 3) *Digital advocacy*: cómo comunicar para impactar socialmente.

Como parte de las acciones que ayudan a fortalecer lazos con las OSC que participan en diversas actividades con la SS, la Dirección General Adjunta de Coordinación de Proyectos Estratégicos en colaboración con la Dirección General Adjunta de Vinculación Social y Kellogg's México realizó el taller "Nutriendo el Conocimiento de las Instituciones" con la participación de poco más de 100 OSC. El taller tuvo como objetivo brindar herramientas para la educación y operación a los responsables de estas OSC en temas como rendición de cuentas; estilos de vida saludables; prevención del sobrepeso, obesidad y diabetes, y *mindfulness*, entre otros.

Con la estrategia de educación 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 2016 se capacitó a 4,095 Voluntarios de Salud y Agentes Comunitarios de Salud; para 2017 se espera capacitar a 6,689 más, quienes brindarán su apoyo altruista en replicar los conocimientos adquiridos entre las familias beneficiarias.

De septiembre de 2016 a junio de 2017 fueron impartidos 397,605 talleres, con 6.48 millones de participantes, 16 asistentes en promedio por taller. Además, estos voluntarios derivaron a unidades médicas a 757,895 personas que requerían algún tipo de atención. Adicionalmente, se brindó orientación para el cuidado de la salud a través de la estrategia Prácticas Saludables. De septiembre de 2016 a junio de 2017 se integraron 2,821 grupos con 54,620 participantes.

Establecer ambientes saludables es una de las tareas prioritarias dentro de la línea de acción dirigida a **fomentar los entornos que favorezcan la salud, en particular escuelas de educación básica, media superior y superior**. Al respecto, con el propósito de proteger la salud de la población de los riesgos asociados a la exposición al humo de tabaco, la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) reconoció un total de 3,839 espacios libres de humo de tabaco, los cuales corresponden a 862 unidades de salud (749 de primer nivel, 67 de segundo nivel y 46 de tercer nivel) y 2,977 edificios (1,877 públicos y 1,100 privados).

Asimismo, se llevaron a cabo pláticas de sensibilización para impulsar el reconocimiento de espacios 100% libres de humo de tabaco en todo el país, con impacto en 39,000 personas en instituciones públicas, privadas y educativas tales como: Aeropuerto Internacional de la

Ciudad de México, Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta, Hospital Siglo XXI del IMSS, Instituto Nacional de Cancerología (INCAN), Banco de México, Centros de Estudios Tecnológico Industrial y de Servicios números 150 y 166, Bimbo, IMSS, ISSSTE, Grupo Multisistemas de Seguridad Industrial, entre otros.

Por otro lado, la CONADIC desarrolló una serie de guías preventivas y talleres psicoeducativos para prevenir a niñas, niños, adolescentes, padres y maestros sobre los riesgos y consecuencias del consumo de tabaco, alcohol y drogas. Su objetivo es fomentar en la población la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes saludables ante los factores de riesgo asociados al consumo de sustancias psicoactivas. En abril se realizó la estrategia de despliegue en las entidades y desde ese mes hasta agosto de 2017 se han impartido 300 talleres, cuyo efecto alcanzó a 12,000 personas.

La Dirección General Adjunta de Coordinación de Proyectos Estratégicos de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social, con la finalidad de impulsar la participación de estudiantes de la licenciatura en Medicina y Ciencias de la Salud de diversas universidades del país en el desarrollo de acciones de promoción de la salud en la población donde tendrán influencia, ha realizado los foros "Moviendo tu Salud: Impulsando Agentes de Cambio", los cuales se trabajaron en conjunto con aliados estratégicos, universidades públicas y privadas, así como con gobiernos estatales. Del 1 de septiembre de 2016 al 31 de agosto de 2017 se realizaron nueve foros, con asistencia de poco más de 3,250 estudiantes, con temas como la importancia de la prevención de enfermedades, énfasis en enfermedades crónicas no transmisibles; así como resaltar su papel como promotores de la salud en los entornos y comunidades donde convergerán como futuros profesionistas de la salud.

Por otro lado, se llevaron a cabo cuatro sesiones del proyecto "Diálogos por Tu Salud" y se tiene programado efectuar nueve más durante el resto de 2017. El proyecto busca construir un espacio de diálogo, donde estudiantes destacados de las carreras de Ciencias de la Salud puedan intercambiar ideas y compartir opiniones con los especialistas y expertos invitados como panelistas. En las sesiones realizadas, las reflexiones que se generaron en torno a cada tema a través de la discusión constructiva y el debate permitieron nutrir el conocimiento de los estudiantes desde un modelo de convivencia-aprendizaje. Se abordaron los siguientes temas: estilos de vida saludables, cáncer de mama, los primeros mil días de vida, uso de edulcorantes y prevención de embarazos en adolescentes.

En estas reuniones se contó con la participación de poco más de 320 estudiantes de excelencia académica de distintas universidades públicas y privadas, y con la presencia de aliados estratégicos de la sociedad civil y de la iniciativa privada, representados por la Sociedad Mexicana de Salud Pública, A. C., Nestlé Pureza Vital, Laboratorio Janssen de México, Abbott Laboratorios de México y Exercise is Medicine, A. C.

Además, a través del intercambio de experiencias se fomentaron estilos saludables en menores que cursan el nivel básico de educación, en conjunto con el Consejo Mundial de Boxeo. Se puso en marcha el programa “Box por tu Salud”, en el cual se realizaron pláticas motivacionales, exhibición, funciones de boxeo, interacción y convivencia con boxeadores, así como la implementación del sistema *boxfitness*.

Esta actividad se incorporó ocasionalmente en los foros “Moviendo Tu Salud: Impulsando Agentes de Cambio”. Con este programa se logró llegar a más de mil estudiantes de escuelas públicas en el Estado de México, evento que se coordinó en conjunto con la Secretaría de Salud de esa entidad.

Entre las medidas destinadas a **promover las estrategias de prevención y promoción de la salud mental** está el impulso a la Estrategia Nacional para la Prevención y Atención Integral del Juego Patológico, desarrollada por la CONADIC para fomentar una cultura de juego responsable a través de acciones de promoción, prevención, detección temprana, atención oportuna, vinculación interinstitucional e investigación de la conducta de juego patológico entre la población mexicana. En esta estrategia participan los sectores público, privado y social en una suma de esfuerzos para fortalecer el bienestar psicosocial en las comunidades.

En abril de 2017 se inició una estrategia para promover el juego responsable entre la población. Se ha sensibilizado con respecto a este tema al personal de 177 centros de juego, con impacto en 354 trabajadores. Asimismo, se ha promovido la concientización sobre los riesgos de la ludopatía a la población en general, tarea con la que se ha beneficiado a 4,100 personas

También se desarrolló un Protocolo de Detección Oportuna del Juego Patológico y un Programa de Tratamiento de la Ludopatía para ser implementado en los 340 Centros de Atención Primaria en Adicciones y por los profesionales de la salud del Centro de Atención Ciudadana contra las Adicciones (CECIADIC).

A su vez, los Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAE) prestan servicios de psiquiatría de enlace y detección de pacientes en riesgo, además de que llevan a cabo acciones para promover la salud mental. En este sentido, se otorga apoyo a procedimientos como trasplantes, cirugía bariátrica, entre otros.

Es relevante mencionar que en el Centro Regional de Alta Especialidad perteneciente al Hospital de Especialidades Pediátricas de Chiapas (CRAEHEP) se agiliza el sistema de referencia de los pacientes con riesgo suicida dentro del primer y segundo nivel de atención para que reciban una atención inmediata. Asimismo, se capacita en forma continua al personal de salud de esos niveles de atención en la prevención de riesgo suicida en la población infantil y adolescente. El hospital mantiene vigente el curso de alta especialidad en Neuropsiquiatría Infantil, avalado por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y único en Latinoamérica, en el que actualmente se forma un especialista, dadas las limitaciones de plazas para residentes.

El equipo de psicología del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria (HRAEV) apoya en los casos de pacientes que requieran de sus servicios, ya sean adultos o adolescentes. Durante el periodo de agosto de 2016 a agosto de 2017 se han atendido cerca de 400 pacientes que, además de su condición de salud que requiere de los servicios de alta especialidad, presentan trastornos como depresión, esquizofrenia y trastornos bipolares, entre otros.

El Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán (HRAEPY) brindó alrededor de 2,350 consultas de psiquiatría en la consulta externa, en la que se pueden detectar padecimientos que requieren atención hospitalaria, para lo cual se mantiene vinculación con el hospital psiquiátrico del estado.

El 10 de octubre de 2016, Día Mundial de la Salud Mental, el Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente Muñiz realizó una jornada con el tema “Dignidad en salud mental, atención prioritaria, psicológica de salud mental para todos” en la que participaron investigadores del Instituto, la UNAM y ciudadanos de la Asociación Pro Salud Mental.

Con el fin de impulsar acciones preventivas y detección temprana de problemas frecuentes de en materia de salud mental, los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) realizaron un total de 4,254 pláticas sobre promoción a la salud, con la participación de 64,192 asistentes.

Para **promover las estrategias de prevención y promoción de la salud bucal**, del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se brindaron 6,562,606 consultas odontológicas y se promovió la consulta subsecuente. Con el objetivo de proteger a la población en etapas tempranas se realizaron 101,967,069 acciones preventivas a escolares y preescolares. En las dos Semanas Nacionales de Salud Bucal, desarrolladas en noviembre de 2016 y marzo de 2017, se llevaron a cabo 52,615,087 actividades preventivas, en beneficio de 13,496,478 personas. Asimismo, se efectuaron 45,247 actividades curativo-asistenciales intramuros.

Por parte de IMSS-PROSPERA, en los cuadros III.1 y III.2 se muestran las principales acciones en materia de salud bucal.

CUADRO III.1.1 RESULTADOS EN MATERIA DE ATENCIÓN A LA SALUD BUCAL (SEPTIEMBRE 2016-JUNIO 2017)

Consultas dentales	387,673
Acciones preventivas (técnicas de cepillado, técnica de hilo dental, detección de placa dentobacteriana y aplicaciones tópicas de flúor)	8,902,211
Acciones curativas (amalgamas, resinas, ionómeros, semipermanentes y exodoncias)	189,127

FUENTE: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

CUADRO III.1.2 RESULTADOS DE LAS SEMANAS NACIONALES DE SALUD BUCAL (SEGUNDA DE 2016 Y PRIMERA DE 2017)

Personas beneficiadas	951,995
Consultas dentales	18,816
Actividades preventivas	6,317,133
Actividades curativas	12,672

FUENTE: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

Estrategia 1.2

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

Con el objetivo de **desarrollar campañas educativas permanentes sobre la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles con cobertura nacional, estatal y local**, así como coadyuvar a atender la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, encabezadas por la Secretaría de Salud, el 13 de noviembre de 2016 la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social realizó la Segunda Carrera Nacional “Moviendo a México por tu Salud”, con recorridos de 5, 10 y 21 kilómetros, además de categoría infantil. Participaron poco más de cinco mil corredores en la Ciudad de México. En 11 ciudades de la república, pertenecientes a nueve estados, se llevaron a cabo carreras simultáneas, con alrededor de 28,300 participantes. Las ciudades que se sumaron fueron: Monterrey, Nuevo León; Guadalajara y Chapala, Jalisco; Puebla, Puebla; Kanasín, Yucatán; Pachuca, Hidalgo; Querétaro, Querétaro; Morelia y Ciudad Hidalgo, Michoacán; San Luis Potosí, San Luis Potosí, y Hermosillo, Sonora.

En seguimiento al Proyecto de Salud Laboral “Moviéndome por mi Salud” se llevó a cabo el “Reto Nacional Réstale Kilos por tu Salud” con la finalidad de fomentar cambios en el estilo de vida de los servidores públicos de la Secretaría de Salud federal y de las Secretarías de Salud de 30 entidades, incentivando también su participación en la Segunda Carrera “Moviendo a México por tu Salud”.

Asimismo, a través de diversas actividades físicas como: clases de yoga, club de corredores, clubes de ciclistas, clases de zumba y planes alimentarios, entre otras. Cabe mencionar que cada estado implementó actividades deportivas diferentes y su propia estrategia de educación en salud.

Se realizaron 2,013 evaluaciones de capacidad funcional de los servidores públicos, logrando una reducción de peso total de 1, 357.76 kilos.

Como parte de las acciones de vinculación con diversas instituciones de la iniciativa privada, a través de la Dirección General Adjunta de Coordinación de Proyectos Estratégicos se generó una alianza de trabajo con Nestlé México, denominada “Programa de Hidratación Familiar”. Esta surge como respuesta a los retos que México enfrenta en materia de nutrición y salud, en particular sobre

las oportunidades existentes en el fomento de una cultura de hidratación saludable.

El objeto del programa es establecer la concertación de acciones para fomentar una cultura de hidratación saludable en la población, en la que se promueva el consumo de agua simple potable como principal fuente de hidratación.

En razón de lo anterior, el 16 y el 23 de julio de 2017 se llevaron a cabo los Días de Hidratación, en los cuales se realizó la difusión de mensajes clave sobre hidratación saludable. Los eventos tuvieron verificativo, respectivamente, en el Parque Naucalli, en Naucalpan, Estado de México, y en las instalaciones del Zoológico de Chapultepec, en la Ciudad de México. Hubo actividades físicas y de destreza en las cuales padres e hijos aprendieron a tener como primer opción al agua simple potable como fuente de hidratación. Se contó con una asistencia de poco más de 60 mil personas que participaron proactivamente en ambas sedes.

Por otro lado, con el aporte de las brigadas de hidratación –experiencia itinerante– se visitaron escuelas y universidades, además de que se tuvo presencia en eventos abiertos al público en diversos puntos de la república.

Durante el periodo 2016-2017 se desarrolló la campaña nacional digital Da Leche Materna, que se difundió en redes sociales a través de capsulas informativas y materiales impresos y se apoyó con el desarrollo de una aplicación para teléfonos inteligentes. La campaña tuvo como objetivos promover la confianza en las madres antes y después del parto. Se les informó acerca de los grandes beneficios que brinda la lactancia para ellas y sus hijos. Se buscó abatir mitos, aclarar dudas y creencias que puedan malinformar con respecto a la lactancia; dar a conocer información útil, accesible y práctica para las madres en esta etapa, y sensibilizar a toda la población sobre el tema. La campaña tuvo un alcance de 27,071,200 personas. Además, al 30 de junio de 2017 se contó con 130 unidades móviles que difunden acciones de promoción de estilos de vida saludables.

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 2016 al 30 de junio de 2017, el Programa de Acción Específico Alimentación y Actividad Física a nivel nacional realizó 14 campañas educativas de promoción de estilos de vida saludables.

Con objeto de cumplir el propósito de **promover la actividad física a nivel individual, familiar, escolar y comuni-**

tario, en el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017, el Programa de Acción Específico Alimentación y Actividad Física a nivel nacional realizó 72,808 eventos educativos para la promoción de la actividad física, así como 94,553 pausas por la salud en diferentes entornos, con lo que se buscó activar a 2,805,843 personas. Esto representó un incremento de 80.1% en el número de eventos educativos de actividad física (40,429) y un aumento de 468.5% en el número de pausas por la salud (16,632), en comparación con el periodo anterior.

En aras de **promover la creación de espacios para realizar actividad física**, durante el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017, el Programa de Acción Específico Alimentación y Actividad Física a nivel nacional recuperó 18 espacios, lo que significó un aumento de 28.6%, en comparación con los 14 espacios del periodo anterior.

Con el fin de **adecuar los sistemas de vigilancia para diabetes mellitus tipo 2, 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 diagnóstico de diabetes que se hospitalizan, por lo que del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 este Sistema ha mejorado su desempeño en 2% y tiene un registro total de 26,235 personas mayores de 15 años hospitalizadas.

Asimismo, 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 los factores de riesgo y determinantes que han contribuido al rápido aumento de las enfermedades crónicas en México. Durante 2017 se realiza la actualización de la información en cuatro mil de las personas participantes en esta cohorte.

En diciembre de 2016 se publicaron los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016, la cual tuvo como objetivo principal cuantificar la frecuencia, distribución y tendencias de indicadores selectos sobre condiciones de salud, nutrición de la población mexicana, sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas, así como factores de riesgo asociados, en los ámbitos nacional, regional y sus zonas urbanas y rurales. Con los resultados obtenidos se realizaron modificaciones a las políticas públicas para encaminar las acciones para disminuir el impacto que tienen estos padecimientos en la población.

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 2016 al 30 de junio de 2017 el Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles (OMENT), realizó actividades que incluyen la evaluación de los avances de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes; concentró y difundió datos epidemiológicos sobre estas condiciones a nivel estatal y nacional, así como información oportuna para la prevención. Asimismo, los grupos técnicos del observatorio, conformados por representantes del sector privado, el sector salud y la sociedad civil organizada, generaron el plan de trabajo para avanzar en las acciones conjuntas en materia de prevención del sobrepeso y obesidad, particularmente en población infantil.

Por otra parte, se trabajó en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en la difusión de los resultados de la más reciente Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016, mismos que se encuentran en la plataforma del OMENT.

Además, en este periodo se generó la versión actualizada del “Panorama anual epidemiológico de sobrepeso, obesidad y diabetes”, que integró información procedente de Sistema de Información en Salud, Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios, Sistema Estadístico y Epidemiológico de Defunciones, Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica, Sistema de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de Diabetes tipo 2 todas ellas fuentes de la Dirección General de Información en Salud y de la Dirección General de Epidemiología (DGE), de la SS.

Para dar continuidad a las actividades de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, inserta en la línea de **impulsar acciones de detección oportuna de sobrepeso y obesidad en entornos escolares, laborales y comunitarios**, del 25 al 30 de septiembre de 2016 se llevó a cabo la Semana Nacional por un Corazón Saludable en conmemoración del Día Mundial del Corazón, con el lema “Que tu alimento sea tu medicina y que tu medicina sea tu alimento”. Se realizaron ahí 2,997,198 detecciones de diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad, en mujeres y hombres de 20 años y más de edad; se registraron 1,463,219 casos en tratamiento y 657,417 casos en control. Del 14 al 18 de noviembre de 2016 se efectuó la Semana Nacional de la Diabetes en las 32 entidades federativas, mediante la cual se realizaron 356,031 detecciones de diabetes, 354,466 de hipertensión arterial, 338,349 de obesidad, 69,216 de dislipidemias y 78,557 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

Con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles, se reforzó el compromiso de **realizar campañas de vacunación, diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades transmisibles en toda la población**, con los siguientes avances:

- En el periodo de 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 la cobertura del esquema completo de vacunación en niños menores de un año de edad fue de 92.8%. La cobertura con esquema completo de vacunación en niños de un año fue de 89.5%. La cobertura de vacunación en niños de un año contra sarampión, rubéola y parotiditis fue de 97.1%.
- Durante la Tercera Semana Nacional de Salud, realizada en octubre de 2016, se aplicaron más de 6.2 millones de dosis de todas las vacunas, con lo que se alcanzó 99% de la meta programada. En la Primera Semana Nacional de Salud, que se llevó a cabo en febrero de 2017, se aplicaron más de 11.6 millones de dosis de todas las vacunas, para alcanzar 95.9% de la meta programada. En la Segunda Semana Nacional de Salud, que se llevó a cabo en mayo de 2017, se aplicaron más de 2.9 millones de dosis de todas las vacunas. Durante las tres Semanas Nacionales de Salud se aplicaron más de 20.8 millones de dosis de vacunas.
- De octubre de 2016 a junio de 2017 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 ámbito del Programa IMSS-PROSPERA se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- De septiembre de 2016 a junio de 2017 se aplicaron 2,374,376 dosis de vacunas del esquema básico a menores de ocho años de edad y 605,840 dosis de toxoide tetánico diftérico, de las cuales 103,500 se aplicaron a embarazadas para la prevención del tétanos neonatal; además, este grupo de riesgo también recibió 21,217 dosis de vacuna Tdpa para la prevención de la tosferina en lactantes menores de dos meses.

- En la Tercera Semana Nacional de Salud 2016 se aplicaron 138,756 dosis de vacuna contra el virus del papiloma humano, lo que significa el cumplimiento de 96.3% de la meta. De manera paralela se realizó la campaña de seguimiento para la eliminación del sarampión, rubéola y rubéola congénita, con aplicación de 762,664 dosis de vacuna SR en niños de uno a cuatro años de edad, y un logro de 100 por ciento.
- En la Primera Semana Nacional de Salud 2017 se aplicaron 819,101 dosis de vacuna antipoliomielítica tipo Sabin bi-OPV, con cumplimiento de 100% de la meta, así como 97,079 dosis de otros biológicos para completar esquemas de vacunación. En dicha ocasión se ejecutaron 2,035,441 acciones de salud.
- Durante la temporada invernal 2016-2017 se participó en la campaña de vacunación contra la influenza estacional, en la que se aplicaron 2,869,279 dosis con cumplimiento de 102.4% de la meta establecida.
- En el periodo se registraron 7,034 personas agredidas por animales transmisores de rabia; se inició tratamiento antirrábico en 6,420 personas (91%), lo que ha evitado tener casos de rabia humana transmitida por perros o animales silvestres.
- Se realizaron 7,541 pruebas de laboratorio (rosa de bengala) para el diagnóstico de brucelosis, lo que permitió identificar a 78 pacientes, quienes recibieron tratamiento.
- En el periodo se registraron 236 casos confirmados de dengue, con una defunción por dengue grave, lo que se traduce en una letalidad de 2.1 por ciento.
- Se realizó la detección de paludismo (gota gruesa) en 3,253 personas y se administraron 210 tratamientos radicales.
- Se atendieron 18,918 personas 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 2016, en los estados de Baja California, Coahuila, Durango, Guerrero, Hidalgo, Morelos, Sonora y Yucatán culminaron los operativos para el control de la garrapata café del perro, transmisora de rickettsiosis. Se brindó apoyo para realizar una capacitación al personal médico y paramédico

en Baja California. De igual forma, se brindó apoyo para celebrar la Tercera Reunión Binacional para la atención integral de la rickettsiosis en la frontera norte de México, en Chihuahua. Asimismo, En el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se registraron 286 casos confirmados de rickettsiosis, lo que representó una disminución de 43.4% en comparación con los 506 registrados en el periodo anterior.

A fin de reforzar la atención, diagnóstico y tratamiento de los pacientes con brucelosis se realizó un taller de capacitación para el personal médico y paramédico en Zacatecas. Del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se registraron 1,543 casos confirmados de brucelosis, lo que implicó un decremento de 30.9% en comparación con el periodo anterior, cuando hubo 2,235 casos.

En cuanto al paludismo, se registraron 426 casos confirmados entre el 1 de septiembre de 2016 y el 30 de junio de 2017, lo que implicó una disminución de 4.9% en comparación con el periodo anterior, cuando hubo 448 casos. Se mantuvo el control del padecimiento; sin embargo, los brotes en Chihuahua y Chiapas minimizaron el avance en este sentido. Lo anterior se debió a los movimientos migratorios del paso fronterizo con Guatemala y a los asentamientos irregulares en los que viven los connacionales. México se sumó a la iniciativa de “Cero casos” para 2020 y continúa avanzando en la certificación de áreas en las que se ha eliminado la transmisión. A junio de 2017 se tiene registro de 22 entidades federativas que no han presentado casos de paludismo en los tres últimos años.

El Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), en coordinación con la DGE, el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos Dr. Manuel Martínez Báez (INDRE) y la OPS, validó y aplicó una cédula de evaluación a 31 entidades federativas,^{1/} en las cuales se identificaron áreas de mejora y oportunidad para que a finales de 2017 puedan ser precertificadas como áreas sin transmisión autóctona de paludismo. Los resultados de la aplicación de la cédula de evaluación permitieron que tres entidades federativas se certifiquen.

Además, con esta acción se logró reactivar el proceso que se había detenido por más de 10 años para validar la información en entidades con más de tres años sin casos

^{1/} Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Ciudad de México, Coahuila, Colima, Durango, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán de Ocampo, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

nuevos y, adicionalmente, para apoyar con acciones de prevención y control a los estados que aún mantienen transmisión persistente. Finalmente, se continúan efectuando estudios de vigilancia entomológica en tres entidades federativas –Campeche, Nayarit y Sinaloa–, lo que permitirá a corto plazo controlar la transmisión mediante planes operativos basados en la vigilancia entomológica, focalizados, racionales, y con ello garantizar que se cumpla con los compromisos internacionales de eliminar la transmisión.

Se generó una cédula de supervisión conjunta para los laboratorios de citología y se publicó el Lineamiento para la vigilancia epidemiológica por laboratorio del cáncer del cuello del útero. Del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017, 21 laboratorios estatales de Salud Pública y 20 laboratorios más de la SS contaron en su marco analítico con el diagnóstico de cáncer de cuello del útero, con lo que se tiene una mejor calidad y se identifica la necesidad de fortalecer una mejor toma de muestra para el estudio de Papanicolaou.

Con la finalidad de **mejorar los sistemas de alerta temprana mediante la vigilancia ambiental y epidemiológica de las enfermedades transmisibles**, del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se reforzó la transferencia de la metodología del diagnóstico confirmatorio de la enfermedad por virus del Zika a la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública (RNLS). Por ello, se implementó el diagnóstico de zika, dengue y chikungunya con la técnica de RT-PCR en tiempo real “trioxplex”, en una sola muestra, misma que ya se encuentra instalada en los Laboratorios Estatales de Salud Pública y el Laboratorio Central de Epidemiología del IMSS. Asimismo, se estableció la vigilancia entomoviroológica para detectar la circulación de estos virus emergentes en mosquitos vectores asociados a las viviendas humanas; de esta manera, se detectó positividad al virus del Zika en los vectores *Aedes aegypti* y *Culex quinquefasciatus* en áreas de transmisión de Chiapas y Veracruz. El INDRE cuenta con el diagnóstico por RT-PCR en tiempo real para el virus Mayaro.

Del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 México llevó a cabo un proyecto piloto de vigilancia ambiental de poliovirus en colaboración con los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC por su nombre en inglés), la OPS y la Universidad de Washington. Cabe resaltar que nuestro país es el único en la región de las Américas que realiza este tipo de estudios. Los resultados de este proyecto piloto serán complementarios de la vigilancia que se hace de parálisis flácida aguda (PFA). Asimismo, como parte del Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomielitis en la

fase final 2013-2018, establecido por la OPS/OMS, la DGE a través del INDRE y la RNLS elaboró las Encuestas del Plan de Acción Global III.

A partir de diciembre de 2016, se envía a la OPS la información generada de la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de enfermedad febril exantemática y en enero de 2017 se envió a esta misma instancia el Plan de sostenibilidad de eliminación de sarampión y rubéola en México.

Del 3 al 7 de abril de 2017, la DGE participó en la Reunión Regional para la Sostenibilidad de la eliminación del sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita y la Reunión de la Red Regional de Laboratorios de sarampión y rubéola organizada por OPS.

La Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria (UIES) realizó la vigilancia basada en eventos al mantener un monitoreo permanente de los principales riesgos tanto meteorológicos, volcánicos y sismológicos, como de eventos químicos, biológicos, radiológicos y nucleares. Esta generó cinco informes diarios de manera rutinaria, por lo que, del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017, se contó con 365 Informes Rutinarios (Inteligencia Epidemiológica, Monitoreo Meteorológico, Monitoreo Volcánico, Monitoreo Epidemiológico, Monitoreo de Medios) y 49 Informes Especiales de Riesgos Meteorológicos. Adicionalmente, se elaboraron informes especiales de todas las Emergencias de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) que se comunican a través del Sitio de Información de Eventos de la OMS, los cuales son notificados al Centro Nacional de Enlace que está bajo la coordinación de la DGE. La UIES, a través del Centro de Atención Telefónica en Salud, atendió 815 llamadas de la población, otorgando asesoría y orientación en temas de salud. A finales de 2016 se realizó la Evaluación Rápida de Riesgos para la Salud Pública referente a la situación de los migrantes provenientes del Congo.

Con el objeto de **fortalecer la vigilancia epidemiológica para la adecuada toma de decisiones para el control, eliminación y erradicación de enfermedades transmisibles**, del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se realizó el monitoreo de todas las ESPII en cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional (RSI). El intercambio de información entre los países miembros de la OMS para la prevención y, en su caso, el control de enfermedades, fortalece la vigilancia epidemiológica internacional. Asimismo, 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 reportados en el

Sitio de Información de Eventos de la OMS. Se mantuvo el intercambio de información entre los países miembros de este organismo internacional para prevenir y controlar la propagación internacional de enfermedades, así como fortalecer la vigilancia epidemiológica internacional.

Del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se notificaron 1,025 brotes nacionales por enfermedades transmisibles a través del Sistema de Notificación Inmediata. Se realizó la evaluación de los sistemas prioritarios de dengue, PFA, enfermedad febril exantemática, VIH y sida y el sistema convencional de vigilancia epidemiológica, con lo que se logró una mejoría de 4.3% sobre la meta establecida.

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 18 reuniones del grupo de trabajo de enfermedades transmisibles y una de grupo de trabajo de enfermedades no transmisibles del CONAVE para la revisión de dengue, tuberculosis, VIH/sida enfermedad por virus del Zika. Se efectuó la evaluación de los sistemas prioritarios para la vigilancia de dengue, PFA, enfermedad febril exantemática, VIH y sida y el sistema convencional de vigilancia epidemiológica, lo que dio como resultado una mejoría de 1.6 puntos porcentuales por encima de la meta.

A efecto de verificar la aplicación adecuada de los procedimientos de vigilancia epidemiológica se realizaron 28 visitas de asesoría y supervisión a las entidades federativas. Se mantuvo actualizada la situación epidemiológica de las enfermedades transmisibles sujetas a un sistema especial de vigilancia epidemiológica. Se realizó la actualización de las definiciones operacionales de dengue, en cuanto a dengue no grave, dengue con signos de alarma y dengue grave.

Se desarrolló e implementó la nueva plataforma de información en tiempo real de arbovirosis. Se actualizaron los procedimientos para la vigilancia epidemiológica de enfermedad por virus del Zika y de PFA. Se estableció la plataforma en tiempo real de enfermedad febril exantemática. Se elaboró y envió a la OPS el Plan de Sostenibilidad de la Eliminación del Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita. Se culminó la evaluación de paludismo en las 32 entidades federativas en el marco de la eliminación de este padecimiento.

Ante una posible introducción de la fiebre amarilla, se establecieron los procedimientos para la vigilancia epi-

demiológica de este padecimiento y se realizó la capacitación correspondiente. Se participó en la elaboración del Protocolo Genérico de Arbovirosis en Colombia, en el “Taller de acciones ante casos de sarampión y respuesta ante eventos por poliovirus o brotes por poliomielititis”. Se elaboró el plan de respuesta ante eventos por poliovirus o brotes de poliomielititis y se llevó a cabo la capacitación correspondiente con los 32 epidemiólogos estatales.

Del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se actualizó la plataforma en línea del Sistema de Vigilancia de la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica, en la cual se incluyeron variables que se encuentran estandarizadas en la vigilancia internacional. Se concluyó la plataforma en línea denominada Registro Electrónico de Defunciones en Vigilancia Epidemiológica, sistema que permite reducir los tiempos de validación de la información y generar reportes en los tres niveles de operación. La vigilancia epidemiológica convencional ha contribuido a la eliminación de la oncocercosis al aportar información que se registra en el Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica. Esta medida cobra mayor importancia en el periodo posteliminación, en el cual todos los casos sospechosos y probables se confirman o descartan.

Para **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 2016 al 30 de junio de 2017 se dio capacitación a 1,538,217 madres de menores de cinco años sobre el manejo de enfermedades diarreicas agudas en el hogar, prevención de la deshidratación y medidas preventivas. Además, se distribuyeron entre la población 6,377,985 sobres de Vida Suero Oral, en el marco de las Semanas Nacionales de Salud. Con respecto a las infecciones respiratorias agudas, se capacitó a 2,185,234 madres de menores de cinco años sobre medidas preventivas, manejo en el hogar e identificación de signos de alarma.

Con el propósito de involucrar la participación comunitaria en la reducción de enfermedades diarreicas, respiratorias y transmitidas por vectores, entre septiembre de 2016 y junio de 2017 los integrantes de los Comités de Salud de la estructura comunitaria del Programa IMSS-PROSPERA sumaron 616,980 visitas domiciliarias para la identificación de factores de riesgo e incremento de vectores; 72,620 acciones de saneamiento en zonas endémicas; 74,452 acciones de mejoramiento sanitario de las viviendas; 493,586 acciones de aplicación de larvicida; 44,433 acciones para el monitoreo de cloro residual y pruebas de agua

con unidades bacteriológicas, y 68,829 jornadas comunitarias de limpieza.

En la tarea de **promover la participación federal, estatal y municipal para reducir la morbilidad y mortalidad de enfermedades diarreicas y respiratorias**, la Dirección General de Información en Salud (DGIS) informa que en relación con la mortalidad infantil, en México se mantiene 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 2015 se observó una reducción de 5 décimas, al pasar de una tasa de 13 defunciones por cada mil nacidos vivos, a una de 12.5 defunciones por cada mil nacidos vivos.

Por otro lado, de acuerdo con el Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) para el año 2016 se logró mejorar la calidad de la información, con lo que se alcanzó una cobertura total, respecto a las estimaciones del CONAPO, de 93% y la cobertura oportuna (captación un mes posterior a su ocurrencia) de 73 por ciento.

Los Comités de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia facilitan la participación intersectorial a través de un grupo colegiado que impulsa la implementación de acciones locales para la reducción de la mortalidad en la infancia. Para 2016 se logró la conformación de los Comités en todo el país, alcanzando 96.8% de las sesiones programadas por las entidades federativas, es decir, se realizaron 613 sesiones de las 633 programadas.

Durante el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se otorgaron 286,531 consultas de primera vez por enfermedades diarreicas agudas a menores de cinco años de edad, de las cuales se observó un adecuado apego a planes de tratamiento de 97.4% en Plan A: Manejo en el hogar. Además, se otorgaron tres sobres de Vida Suero Oral por cada caso.

Al 30 de junio de 2017 se impartieron 41 capacitaciones a 2,300 trabajadores de la salud del primer nivel de atención enfocadas a la prevención y control de enfermedades respiratorias agudas (neumonía e influenza) así como de las enfermedades respiratorias crónicas (asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, EPOC).

Con el ánimo de **promover la participación del personal de salud y de la población para detección y tratamiento oportuno de la tuberculosis**, se fortalecieron las acciones en las 32 entidades federativas, con énfasis en aquellas que registran la mayoría de

los casos: Baja California, Chiapas, Chihuahua, Ciudad de México, Guerrero, Nuevo León, Sinaloa, Sonora, Tlaxcala, Tamaulipas, Quintana Roo y Veracruz. Cabe señalar que en el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se registraron 14,105 casos confirmados de tuberculosis, lo que representó un incremento de 2.2% en comparación con los 13,802 registrados entre el 1 de septiembre de 2015 y el 30 de junio de 2016.

En este campo se realizaron, además, las siguientes acciones en el mismo periodo:

- 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 en las 25 ciudades que registraron más de 100 casos de este padecimiento durante 2015 y 2016.
- Curso “Actualización en tuberculosis resistente... los desafíos en su control para la eliminación de la tuberculosis”, del 12 al 14 de septiembre, con 300 asistentes presenciales y 290 participantes de manera virtual.
- Conmemoración el 28 de marzo de 2017, del Día Mundial de la Tuberculosis, en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (INER).
- Sesiones WebEx sobre temas selectos de tuberculosis con participación de los responsables estatales y de la Red TAES de Enfermería.
- Se llevó a cabo durante los días 18 y 19 de abril de 2017, en Puebla, Puebla el curso para líderes clínicos de los Comités estatales de farmacoresistencia denominado: “Curso de Actualización en TB resistente y en Infección Latente”.
- Tres sesiones técnicas con el Grupo Asesor Nacional de Farmacoresistencia para dictaminar los esquemas individualizados de los pacientes en esta condición.

Entre el segundo semestre de 2016 y el primer semestre de 2017, el Programa de Acción Específico Prevención y Control de las Enfermedades Respiratorias e Influenza realizó las siguientes actividades:

- Gestión para contar con 32 Líderes estatales del Programa.
- Reunión nacional de capacitación de los 32 líderes estatales.

- 32 capacitaciones en prevención y control de enfermedades respiratorias para el personal de salud del primer nivel de atención.
- Nueve cursos-taller de espirometría básica y cuatro cursos de certificación en espirometría avalada por el National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH). Asimismo, se efectuaron 3 mil espirometrías (incluyen controles biológicos y detecciones de EPOC y asma en pacientes con factores de riesgo).
- Gestión de financiamiento de Ramo 33 y Anexo IV para 2017.
- Adquisición de equipo e insumos mediante diversas fuentes de financiamiento (recursos federales, estatales y donaciones).
- Equipamiento de las unidades de salud seleccionadas de 12 estados con equipos, consumibles y fármacos para la detección de asma y EPOC.
- Elaboración de documentos, como la tarjeta de control para pacientes con enfermedades respiratorias crónicas (asma y EPOC), cuestionarios de cribado de asma y EPOC, registro de espirometría, manual para conocimiento básico en espirometría, manual de procedimientos, cédula de supervisión, materiales de promoción, definiciones operacionales.
- Actualización de la Guía Mexicana de Asma.

En el mismo periodo se fortaleció la integración de la DGE con el Programa de Acción Específico Prevención y Control de la Tuberculosis y se generaron herramientas como la cédula de supervisión, en la que se plasman los aspectos críticos e importantes que inciden en la política pública de este programa.

En abril de 2017, el INDRE, considerado Laboratorio Supranacional de la Región de las Américas, llevó a cabo una visita de supervisión a Nicaragua, con el apoyo de la OPS. A través del Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue, durante el primer semestre de 2017 el INDRE participó en el programa Fortalecimiento de la Red de Laboratorios de Tuberculosis en la Región de las Américas (Programa TB-FM) (transferencia de tecnología, capacitaciones técnicas y visitas de supervisión), financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

Asimismo, a través del convenio AFASPE 2017 se fortaleció a la RNLSP con un nuevo algoritmo sustentado con

tecnología de vanguardia (equipo GENE XPERT MT-BRIF). Cabe destacar que 14 laboratorios ya participaron en un panel de evaluación del desempeño.

Los HRAE, al ser hospitales de tercer nivel de atención, contribuyen en la red de servicios para la capacitación y actualización del personal y en los casos en que se identifican personas con padecimientos complejos se hace la notificación, se les ofrece tratamiento o, cuando se considera conveniente, se les remite a otras instancias para el tratamiento adecuado.

En el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB) se realizan acciones encaminadas a la detección oportuna de los pacientes que ingresan al hospital con confirmaciones diagnósticas y tratamientos oportunos, así como medidas de seguridad y aislamiento para estos pacientes. Existen reportes diarios de manejo de pacientes con tuberculosis, así como el reporte mensual de las acciones en Comité para la Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales.

La clínica de tuberculosis de Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud de Chiapas (HRAECS) continúa brindando atención a pacientes con tuberculosis multidrogo resistente y ofrece atención especializada, lo que ha permitido tratar a un gran número de pacientes y organizar en el estado eventos académicos sobre el tema y difundir conocimiento de vanguardia.

La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria del HRAEPY lleva a cabo la capacitación del personal de salud. En el periodo que abarca este Informe se dieron 50 sesiones de actualización con la participación de 950 asistentes. Se fomenta la notificación inmediata de casos probables de tuberculosis para el tratamiento oportuno de los casos y los contactos. Se hicieron 10 detecciones y los pacientes recibieron tratamiento en los hospitales de segundo nivel de atención.

Por su parte, el INER organizó el Curso de Actualización en Tuberculosis Resistente “Los Desafíos en su Control para la Eliminación de la Tuberculosis”, que se realizó del 12 al 14 de septiembre de 2016.

Asimismo, el Servicio Clínico de Tuberculosis del INER mantiene el reconocimiento que le otorgó la OMS como Centro Nacional de Referencia de Tuberculosis para diagnóstico y tratamiento, por lo que continúa con el apoyo financiero del Programa FIND (Foundation for Innovative New Diagnostics) para genexpert tuberculosis mediante biología molecular (PCR tiempo real), con un costo de la prueba 95% menor al real.

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**, reforzar las acciones de prevención de adicciones y fomentar la participación ciudadana en la labor preventiva, se dio continuidad al Programa Nacional de Prevención de Adicciones, con los siguientes resultados al 30 de junio de 2017:

- A fin de sumar esfuerzos con instancias de la Administración Pública Federal para ampliar la oferta de servicios preventivos y de atención a las adicciones, se llevó a cabo la firma de tres convenios de colaboración con el Instituto Nacional de las Mujeres, el Instituto Nacional de Desarrollo Social y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF).
- 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, por medio de la firma de 13 convenios con organismos de la sociedad civil y el sector privado, tales como: Fideicomiso para la Investigación sobre Inhalables; American Society for Industrial Security, capítulo México; Unión de Comerciantes en Tianguis, Ferias y Romerías, A. C.; Unión de Expendedores y Voceadores de los Periódicos de México, A. C.; Asociación Nacional de Tiendas de Autoservicio y Departamentales, A. C.; Asociación Mexicana de Empresas de Seguridad Privada, A. C.; Asociación Scouts de México; Heineken/Cuauhtémoc-Moctezuma; Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica; Red Social Por un México Libre de Adicciones, A. C., y Universidad Simón Bolívar.

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 y derivar a servicios de tratamiento especializado, se estima capacitar en el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 a 32,056 promotoras y promotores en proyectos orientados a disminuir los factores de riesgo y a fortalecer la protección, quienes se calcula que a su vez beneficien a 894,483 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 propia comunidad. Esto implica que todas las personas son susceptibles de participar y que entre mayor sea la respuesta comunitaria, se facilitará más el cumplimiento del objetivo de contar con comunidades saludables. Por ello, se prevé que la CONADIC implemente coaliciones en 19 entidades federativas, a través de las cuales se informe a 233,566 personas.

En el marco de colaboración entre la Secretaría de Salud, la SEMAR y la SEDENA para hacer sinergia en la prevención, la CONADIC llevó a cabo el Programa Esfuerzo Nacional Frente a las Adicciones “Súmate ENFA”. En el seno de este programa y a través de la estrategia con el Servicio Militar Nacional, en la que se capacitó como promotores a conscriptos y voluntarias, durante el periodo del 1 de septiembre a diciembre de 2016, se llevaron a cabo cinco jornadas comunitarias a nivel nacional para transmitir el mensaje preventivo, que alcanzó a 147,178 personas.

Por lo que toca al portal web konectate.mx, sitio oficial en Internet que provee información sobre los riesgos asociados al consumo de sustancias adictivas, con respaldo científico y lenguaje accesible a los jóvenes, registró un total de 11,806 usuarios, tanto nuevos (88.3%) como recurrentes (11.7%), y se sumaron 13,130 sesiones.

A nivel nacional, la Ciudad de México tiene el mayor número de sesiones: 1,079 (8.2%), seguida por el Estado de México con 640 (4.9%) y los estados de Jalisco, Nuevo León, Veracruz, Guanajuato, Puebla, Baja California, Michoacán y Querétaro.

A nivel internacional, después de México, desde donde se han realizado 4,249 visitas (32.4%), los países con mayor acceso al portal han sido: Colombia con 1,734 (13%), Perú con 1,348 (10.2%), Argentina con 978 (7.5%), Ecuador con 678 (5.2%), Venezuela con 521 (4%), España con 489 (3.8%), Guatemala con 471 (3.6%), Chile con 369 (2.8%) y Panamá con 299 (2.3%).

El grupo de edad que realiza la mayor proporción de consultas es el de 18 a 24 años, con 2,904 (43.2%). Le siguen el grupo de 25 a 34 años con 1,753 (26%) y el de 35 a 44 años con 1,097 (16.3%). Por sexo, son las mujeres quienes han realizado mayor número de visitas al portal, con 5,736 (65.8%) y los hombres con 2,976.

Por otro lado, en el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017, a través del CECIADIC se aten-

dieron 72,794 personas por medio de la asesoría telefónica (19,773), presencial (51,857) y de redes sociales (1,164), con la finalidad de informarlos, orientarlos y proporcionarles referencias a tratamientos especializados en adicciones, acordes con sus necesidades; asimismo, se recibieron denuncias sobre el incumplimiento a la legislación vigente en materia de sustancias psicoactivas legales e ilegales. Este servicio presta atención a toda la república de manera gratuita y confidencial las 24 horas de los 365 días del año.

Por otro lado, se llevó a cabo el evento conmemorativo del Día Mundial sin Tabaco 2017, con el lema “El tabaco, una amenaza contra el desarrollo”, que tuvo como sede el Instituto Politécnico Nacional (IPN), espacio seleccionado con el propósito de promover el reconocimiento de más universidades como Espacios 100% Libres de Humo de Tabaco. De manera simultánea, se realizaron acciones conmemorativas en las 32 entidades federativas, consistentes en actividades de promoción de la salud y prevención del consumo de tabaco y de la exposición a su humo, con una cobertura aproximada de 281,925 personas.

También se organizó la conmemoración del Día Internacional de la Lucha contra el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas, establecido por la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) sobre Drogas para fortalecer las actividades que permitan alcanzar el objetivo de una sociedad internacional libre del abuso de drogas. En el marco de este evento se presentaron los resultados preliminares de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016. De manera simultánea se realizaron eventos similares en las 32 entidades federativas, con actividades de promoción de la salud y prevención del consumo de drogas ilícitas, que alcanzaron una cobertura aproximada de 249,610 personas.

Con el propósito de **reforzar acciones para reducir la demanda, disponibilidad y acceso al tabaco y otras sustancias psicoactivas**, la SS, a través de la CONADIC, impulsó mecanismos de vinculación y colaboración intersectorial y con los tres órdenes de gobierno, a fin de implementar acciones de prevención, capacitación e integración ciudadana

En este marco, durante el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se firmaron nueve convenios específicos de colaboración con entidades federativas (Colima, Chihuahua, Durango, Aguascalientes, Hidalgo, Tabasco y Zacatecas) y jefaturas delegacionales de la Ciudad de México (Álvaro Obregón y Azcapotzalco), con los siguientes objetivos:

- Fortalecer los Consejos Estatales contra las Adicciones.
- Instalar Consejos Municipales contra las Adicciones, especialmente en los municipios prioritarios (COMCAS).
- Fortalecer, homologar e implementar el Programa de Alcoholimetría “Conduce sin Alcohol”. a escala nacional;
- Promover espacios 100% libres de humo de tabaco.
- Fortalecer las acciones de prevención de adicciones con la participación de la ciudadanía.
- Apoyar la implementación del Modelo Mexicano de Justicia Terapéutica.

Por otro lado, se desarrolló una estrategia para sensibilizar a los propietarios, responsables y trabajadores de establecimientos que comercializan sustancias susceptibles de ser usadas como inhalables, a fin de fomentar que no se vendan estas sustancias a menores de edad. Con esta estrategia se busca incrementar entre el personal de los establecimientos la conciencia sobre los daños relacionados con el consumo de inhalables y brindarles asesoría acerca de la identificación temprana de problemas relacionados con el consumo de estas sustancias y alternativas de apoyo disponibles. Durante 2017 se logró difundir información sobre los riesgos del consumo de inhalables en 7,228 puntos de venta.

También se hizo entrega de una propuesta de fortalecimiento de Ley de Protección de los No Fumadores del Estado de Michoacán de Ocampo para impulsarla a ser 100% libre de humo de tabaco. Asimismo, se llevó cabo el Foro Estatal para la Armonización de la Ley de Protección de los No Fumadores del Estado de Michoacán a fin de lograr un estado 100% libre de humo de tabaco.

Asimismo, en Chiapas se llevó a cabo el Foro por un Chiapas Libre de Humo de Tabaco, organizado en coordinación con la Cámara de Diputados local y la Comisión Estatal contra la Adicciones de la entidad para promover que su ley sea 100% libre de humo de tabaco.

Con el propósito de **consolidar la red nacional para la atención y prevención de las adicciones y promover la vigilancia epidemiológica e investigación**, las Unidades de Especialidades Médicas-Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA) registraron los siguientes resultados del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017:

- 6,127,113 personas en actividades de prevención del uso de sustancias psicoactivas, tales como jornadas y sesiones de información y sensibilización sobre los riesgos asociados al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, así como talleres de desarrollo de habilidades dirigidos a padres, niños, adolescentes y maestros. De estas personas, 3,683,903 (60.12%), fueron adolescentes de 12 a 17 años de edad, 2,036,285 (33.23%) mayores de 18 años y 404,925 (6.64%) menores de 12 años.
- 731,420 pruebas de tamizaje aplicadas a estudiantes de nivel básico e intermedio.
- 117,321 (16.04%) jóvenes en riesgo de consumir sustancias psicoactivas o con consumo inicial, de los cuales 49,659 (43.32) acudieron a las UNEME-CAPA a solicitar tratamiento.

Por otro lado, con el fin de promover la vigilancia epidemiológica y la investigación en materia del comportamiento adictivo, la CONADIC, en un trabajo conjunto con el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y el INSP, concluyó el trabajo de campo de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016, y presentó los resultados nacionales iniciales.

Durante el levantamiento de la encuesta se entrevistó a 56,877 personas: 12,440 adolescentes de entre 12 y 17 años y 44,437 adultos de 18 a 65 años. Dicho estudio servirá para actualizar el diagnóstico del consumo de sustancias psicoactivas en el país, lo que facilitará el diseño de nuevos programas y estrategias de prevención y atención integral en beneficio de las comunidades con mayores índices de consumo de drogas, alcohol y tabaco.

En la actualidad se desarrolla en la CONADIC el Centro Nacional de Información sobre Adicciones, responsable de la recolección, registro, clasificación y resguardo de la información sobre acciones y resultados de este organismo, así como de toda aquella en materia de adicciones. Su objetivo es facilitar el acceso a información de calidad, veraz y actualizada, y ser un referente nacional e institucional para la consulta y la investigación.

Los Centros de Integración Juvenil, A. C. (CIJ) tienen como objetivo contribuir a 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. Asimismo, realiza investigaciones y la formación de recursos humanos especializados en materia de adicciones.

Sus objetivos y actividades son consistentes con las estrategias y líneas de acción que en materia de adicciones establecen el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, así como con el Programa de Acción Específico: “Prevención y atención integral de las Adicciones”.

Los CIJ funcionan en todo el país, a través de una red de atención de 117 unidades operativas, integrada por: 103 unidades médicas de prevención y consulta externa para la atención de adicciones, 12 unidades de hospitalización y dos unidades que atienden a personas usuarias de heroína,

Las unidades de prevención y consulta externa se ubican en municipios y delegaciones políticas considerados de atención prioritaria y de alto riesgo para el consumo de drogas. Otorgan sus servicios a las personas afectadas por este problema y, en general, a toda la población.

Las unidades de hospitalización atienden a consumidores de sustancias que por su grado de adicción, intoxicación o síndrome de abstinencia requieren de tratamiento residencial. Se ubican en las localidades de Tijuana, Baja California; Ixbalanqué, Chiapas; Ciudad Juárez, Chihuahua; Iztapalapa, Ciudad de México; Punta Diamante, Guerrero; Ciudad García, Nuevo León; Culiacán, Sinaloa; Zapotlán y Zapopan, Jalisco; Ecatepec y Naucalpan, Estado de México, y Jerez, Zacatecas.

Para los usuarios de heroína, se cuenta con las unidades de tratamiento especializadas de Ciudad Juárez y Tijuana, donde se implementan programas de reducción de daños por medio de la terapia de sustitución con metadona.

Durante el periodo comprendido entre septiembre de 2016 y agosto de 2017, los CIJ atendieron a un total de 9 millones 943 mil personas, a través de 909 mil acciones de prevención y tratamiento.

Mediante el programa preventivo “Para vivir sin adicciones” se realizaron diversas acciones de información, orientación y capacitación a la población, que le permiten desarrollar valores, creencias, actitudes, habilidades y competencias para afrontar los riesgos asociados al consumo de drogas. Entre septiembre de 2016 y agosto de 2017 se realizaron 509,358 acciones preventivas con una cobertura de 9 millones 781 mil personas; 53% fueron mujeres y 47% hombres. De manera permanente se realizan actividades preventivas con 8,250 escuelas del país y se impacta a más de 5 millones 807 mil estudiantes, maestros, madres y padres de familia cada año.

La prevención se divide en: prevención universal, que está 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; prevención selectiva, que se enfoca a la población con mayor riesgo de consumo, que puede ser identificada con base en factores biológicos, psicológicos o ambientales, y prevención indicada, dirigida a grupos con sospecha de consumo y/o de usuarios experimentales o que presentan factores de alto riesgo.

Las intervenciones se diseñan en función de las características de la población: edad, sexo, etapa de desarrollo, escolaridad y ocupación, así como de los contextos en los que se desenvuelve: familiar, escolar, laboral, comunitario, deportivo y de salud. A continuación se presentan las acciones y coberturas más significativas de las intervenciones preventivas realizadas en este periodo.

Intervenciones en edad temprana:

- **Población de tres a cinco años.** En este grupo poblacional se implementaron acciones de información y orientación que fomentan valores, expresión de emociones y el autocuidado ante situaciones de riesgo, así como recomendaciones para pedir ayuda a personas adultas de confianza. Se alcanzó una cobertura de 40,155 niñas y niños.
- **Población de seis a nueve años.** En este sector se realizaron talleres sobre factores de protección ante situaciones de riesgo asociadas al consumo de alcohol y tabaco, así como para fomentar valores, estrategias de autocuidado y de apego escolar. Se atendió a 337,198 niñas y niños.

Intervenciones en población prioritaria:

- **Población de 10 y 11 años.** Se logró una cobertura de 738,733 preadolescentes mediante las sesiones que proporcionan los elementos necesarios para el desarrollo de habilidades para la vida y de competencias para afrontar situaciones de riesgo relacionadas con el inicio del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. También abordan temas como factores de riesgo, acoso escolar y el bajo desempeño escolar.
- **Adolescentes de 12 a 17 años.** Junto con jóvenes de 18 a 24 años, constituyen la población prioritaria del programa preventivo institucional. Se realizaron actividades con 2,984,046 adolescentes; en las sesiones se fomentan los factores de protección, así como las actitudes para el rechazo ante la oferta de

sustancias adictivas. La intervención incluye detección temprana en este rango de población, de manera que se puedan canalizar en forma oportuna los casos que ameriten tratamiento.

- **Jóvenes de 18 a 24 años.** Participaron 527,404 jóvenes; se promueve el desarrollo de competencias cognitivas, emocionales y sociales para afrontar de mejor manera los riesgos que se derivan de las adicciones; violencia familiar, escolar o en el noviazgo; depresión o ansiedad; prácticas sexuales de riesgo o accidentes. Los jóvenes contribuyen a multiplicar los mensajes preventivos y de promoción de la salud con sus grupos de pares y en su entorno inmediato.

Intervenciones en población de apoyo:

- **Personas de 25 años y más.** En el periodo se atendió a 1,733,947 personas, quienes recibieron información y participaron en talleres o círculos de lectura con el objetivo de reflexionar sobre su función en la prevención de adicciones con la población infantil y juvenil, mediante el intercambio de experiencias y búsqueda de alternativas ante problemas comunes que se presentan en los ámbitos familiar, escolar y laboral. Destacan temas como salud mental, estrés, violencia, qué hacer ante señales de consumo de alcohol y otras drogas. También se instrumentan estrategias que favorezcan la participación ciudadana.

Intervenciones en otros contextos:

- **Capacitación a promotores y voluntarios.** En este contexto se desarrollaron acciones de prevención y promoción de la salud en diferentes ámbitos se realizan actividades 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 28,881 personas en actividades de selección de candidatos, formación, observación, acompañamiento y asesoría.
- **Eventos comunitarios.** Forman parte de la estrategia de promoción de la salud y contribuyen al reconocimiento de la acción comunitaria, por medio de labores articuladas que fortalecen la participación activa y comprometida de la población en el fomento de estilos de vida saludable libres de adicciones. Estos incluyen foros preventivos y presentación de publicaciones, firma de alianzas, convenios y trabajo en red social. Estas acciones impactaron a 1,031,221 personas en 1,212 eventos.

- **Actividades de promoción de la salud.** Se atendió a 861,398 personas por medio de actividades lúdico-recreativas, educativo-formativas, culturales-artísticas y cursos de verano. El objetivo es fomentar estilos de vida saludables con la población en general y en diferentes contextos. De igual forma, se promueven alternativas contrarias al uso de drogas, como factores protectores contra las adicciones. Como parte de las actividades preventivas, los CIJ organizaron el programa del curso monográfico “Para vivir sin adicciones en los centros de trabajo. Salud y bienestar en la población trabajadora”.
- Además; se realizó la 14ª Carrera contra las Adicciones, certamen deportivo en el que participaron 101,650 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, que se celebra cada 26 de junio.
- **Difusión institucional:** Con estas actividades se impactó a 1,175,279 personas, lo que ha permitido propagar la información de los servicios institucionales, la promoción para la captación de voluntarios y la promoción y difusión de los servicios institucionales en diferentes ámbitos a través de la distribución de diversos materiales como volantes, dípticos, folletos y carteles, en los cuales se invita a la población para que solicite información o asista a las unidades operativas a participar en alguno de los programas de prevención y tratamiento institucionales.

Por otra parte, en actividades desarrolladas por multiplicadores (segunda ola), se alcanzó una cobertura de 321,945 personas.

A través del programa de Atención Curativa, los CIJ otorgan los servicios de consulta externa y hospitalización a la población en general, principalmente a las personas afectadas por el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Entre septiembre de 2016 y agosto de 2017 se realizaron 400 mil acciones de tratamiento, con una cobertura de 162,066 pacientes y sus familiares; del total de los pacientes atendidos, 78% son hombres y 22% mujeres.

Los servicios de consulta externa tienen el propósito de lograr que los pacientes dejen de consumir sustancias e implementen estilos de vida saludables, así como promover su rehabilitación y reinserción social, laboral y familiar. Con estos servicios se atendió a 156,605 personas, de las cuales 43,778 fueron pacientes, 48,938 familiares y 63,889 solicitantes del servicio.

El tratamiento ambulatorio se otorga en las modalidades de intervención temprana, consulta externa básica y

consulta externa intensiva o centro de día. En la primera modalidad, se atiende a personas que han tenido poco contacto con las drogas; en la segunda, a pacientes con problemas de adicción que requieren tratamiento; y en la tercera modalidad, a personas con problemas de abuso o dependencia, que requieren de una atención integral e intensiva debido a la intensidad de su adicción.

Por su parte, las unidades de hospitalización, proporcionaron atención especializada a 2,010 pacientes y a 3,451 familiares de los pacientes. El tratamiento residencial incluye todas las acciones terapéuticas orientadas a restablecer el funcionamiento de los pacientes con dependencia a las sustancias adictivas. Se implementa en la modalidad de comunidad terapéutica, que comprende actividades psicoterapéuticas, psicoeducativas, artísticas, culturales, deportivas y recreativas.

El tipo de hospitalización se determina considerando la intensidad de la adicción de cada paciente, el cual puede ser de estancia breve, que implica un mes de internamiento o estancia media, durante tres meses. Se promueve que los pacientes durante su periodo de estancia cumplan con el programa terapéutico y con todas las actividades que implican su tratamiento, con el fin de que logren su rehabilitación y una adecuada reinserción social.

Asimismo, se atendió a 814 personas usuarias de heroína, cuyo tratamiento tiene como propósito eliminar o controlar la dependencia a esa droga por medio del mantenimiento y deshabituación con metadona, buscando la rehabilitación y reinserción social de los pacientes.

Las adicciones constituyen un grave problema de salud pública que año con año presenta cambios cuantitativos y cualitativos, los cuales deben ser analizados para comprender su impacto y evolución.

Los CIJ a través de su área de investigación realizan estudios sobre las tendencias del consumo de drogas en el país, así como de sus características más significativas. Entre septiembre de 2016 y agosto de 2017 se concluyeron 16 estudios en las líneas de investigación epidemiológica, psicosocial, cualitativa y evaluativa.

Dicha información no solamente es de utilidad para los CIJ, sino que también es consultada por otras instancias públicas y privadas que se dedican a la atención y estudio de las adicciones en el país.

De igual forma, se coordinó la edición y publicación del número 2 del volumen 2 de la “Revista Internacional de Investigación en Adicciones” y se realizó la Primera Jor-

nada de Investigación, con la presencia de destacados investigadores externos.

En materia de formación de profesionales especializados en adicciones, se implementaron 12 diplomados, una especialidad, cinco maestrías y un doctorado, con el aval académico de diferentes universidades del país. Se encuentran en proceso 13 actividades con 194 participantes. El Colegio de Estudios Superiores en Adicciones Doctor Jesús Kumate Rodríguez, llevó a cabo 105 actividades académicas, con la formación de 1,646 profesionales de la salud. Asimismo, participaron 28 médicos residentes de la especialidad de psiquiatría en los cursos rotatorios en adicciones que imparte la Institución.

El área de documentación científica proporcionó 87,872 servicios de información, a través del portal de la Biblioteca Virtual en Adicciones; después de México, los países con mayores accesos fueron: Estados Unidos, Reino Unido, Rusia, Colombia y Perú. Las bibliotecas básicas de las unidades operativas de prevención y tratamiento que se encuentran en el país reportaron 18,258 consultas.

Durante el periodo se implementaron diversas acciones de coordinación a nivel nacional con distintos sectores de la sociedad y organismos afines, a través de las cuales se conjuntan esfuerzos y se da continuidad a los programas de prevención y tratamiento de las adicciones.

La concertación interinstitucional ha permitido optimizar recursos y realizar actividades en las que se comparte 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.

La coordinación se consolida a través de acuerdos, convenios, alianzas (de mujeres y de jóvenes) o una red universitaria.

Se realizaron 3,337 convenios de colaboración: 3,249 locales, 53 nacionales y 35 en la Ciudad de México. De estos convenios, 70% corresponde al sector público, 17% al sector privado y 13% al sector social. A través de los convenios se concretan acciones conjuntas de prevención universal, selectiva e indicada en todos los niveles del sector educativo, en el sector salud, social, justicia y laboral.

Entre septiembre de 2016 y agosto de 2017, los CIJ participaron en los siguientes eventos internacionales:

- 60° Periodo Ordinario de Sesiones de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CI-CAD) de la Organización de los Estados Americanos

(OEA), con una colaboración en el evento “Mujeres, política de drogas y encarcelamiento: una guía para la formación de políticas en América latina y el Caribe”.

- Reunión para la adaptación al contexto latinoamericano del currículum universal de tratamiento.
- 5° Foro de la Federación Mundial contra las Drogas (WFAD por su nombre en inglés: World Federation Against Drugs), en el cual se eligió a los CIJ como representantes de América Latina en el consejo directivo de ese organismo.
- Panel UNGASS and Beyond con la presentación “Challenges after UNGASS 2016”.
- Videollamadas de trabajo e informativas con WFAD International y WFAD Américas en torno al cambio de la política de drogas.
- Módulos de Entrenamiento Ejecutivo organizados por el Grupo Pompidou, que impulsan la cooperación efectiva entre gobiernos y OSC.
- Reunión con la Sociedad Internacional de Profesionales de Prevención y Tratamiento del Uso de Drogas, a fin de definir el objetivo, misión, visión y plan de trabajo para la formación de profesionales a nivel mundial.
- La embajadora de México en Guatemala invitó a los CIJ a impartir la conferencia: “Desafíos y oportunidades hacia las nuevas políticas de drogas”. Esta reunión tuvo como objetivo el intercambio de hallazgos, experiencias, propuestas, concepciones y percepciones encaminadas a la creación de una nueva política de drogas a nivel global, basada en la protección de los derechos humanos y la salud, teniendo como eje central el bienestar y desarrollo de las personas.
- Se asistió a la Cumbre Internacional sobre Neurociencia de Mariguana y Cannabinoides, organizada por los Institutos de Salud de Estados Unidos; y por invitación de la Oficina de las Naciones Unidas para el control de las Drogas y la Prevención del Delito (ONUDD), a una reunión de expertos sobre nuevas sustancias psicoactivas.

Asimismo, los CIJ llevaron a cabo el 18° Congreso Internacional en Adicciones “Nuevos desafíos para la prevención y tratamiento del consumo de drogas”. Contó con la participación de especialistas de 22 países y reconocidos profesionales mexicanos en materia de adicciones y políticas públicas, así como de la academia, sector público y organizaciones no gubernamentales.

Con el propósito de **consolidar el proceso de regulación establecimientos especializados en adicciones para asegurar la calidad y seguridad en la atención**, se realizaron las siguientes actividades:

- En acompañamiento a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) se participó en 110 supervisiones a establecimientos en 29 entidades federativas^{2/} a fin de supervisar el adecuado funcionamiento y la calidad y seguridad en la atención. Se han realizado 74 suspensiones por diversas anomalías.
- En el marco del Programa Mexicano de Capacitación, Evaluación y Certificación de Consejeros en Adicciones se capacitó a 1,310 personas de 16 entidades federativas (Baja California, Campeche, Chihuahua, Colima, Ciudad de México, Durango, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Michoacán, Morelos, Puebla, Querétaro, Sinaloa y Sonora) con base en el Estándar de Competencias EC0548 de Consejería en Adicciones. Se han certificado 837 personas como consejeros(as) en adicciones ante el Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales de la Secretaría de Educación Pública y la CONADIC.

En cuanto al compromiso de **ampliar la cobertura de los Centros de Atención Primaria en Adicciones para la detección temprana e intervención oportuna**, la Secretaría de Salud a través de la CONADIC, actualmente cuenta con 340 UNEME-CAPA, ubicadas en 265 municipios del país, así como 350 centros residenciales distribuidos en las 32 entidades federativas, que cuentan con reconocimiento federal por haber cumplido con los requisitos que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.

Esta red de servicios constituye el primer paso para la consolidación de la atención y tratamiento de las adicciones, que integran instituciones públicas, privadas y sociales. A través de las UNEME-CAPA se realizan jornadas preventivas, sesiones de información y sensibilización dirigidas a prevenir el uso de drogas, actividades encaminadas a detectar oportunamente el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas e identificar a estudiantes con factores de riesgo que precipiten su consumo en población

estudiantil; se llevan a cabo tratamientos breves para jóvenes con factores de riesgo o consumidores experimentales y talleres de habilidades para la vida dirigidos a padres, niños y adolescentes, así como prevención de recaídas.

Dichas unidades constituyen la principal vía operativa a través de la cual se da cumplimiento a la mayoría de los compromisos del “Programa de Prevención y Atención Integral a las Adicciones, 2013-2018” el cual se articula a través de seis objetivos. La meta es consolidar las acciones de protección, promoción de salud y prevención del consumo de sustancias psicoactivas, con énfasis en grupos vulnerables

En el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se brindaron 186,150 sesiones de tratamiento. De estas, 54,170 fueron consultas de primera vez, que constituyen el primer contacto que tiene un usuario que solicita acudir a algún servicio brindado en la unidad de atención.

Es importante mencionar que de los 117,321 casos de jóvenes en los que se detectaron factores de riesgo para el consumo de sustancias o con consumo de drogas, 49,659 (42.32%) iniciaron tratamiento en las UNEME-CAPA.

En el mismo periodo se atendió a 44,784 personas que solicitaron tratamiento en las UNEME-CAPA debido a su consumo de drogas; de estas, 16,370 (36.5%) acudieron por problemas con el alcohol; 14,491 (32.3%) por consumo de marihuana, 5,326 (11.9%) por tabaco; 4,419 (9.9%) por metanfetaminas; 1,836 (4.1%) por inhalables y solventes; 1,238 (2.8%) por cocaína; y 1,104 (2.5%) solicitaron atención por problemas relacionados con otras sustancias psicoactivas, tales como: benzodiazepinas, opiáceos, alucinógenos y barbitúricos.

Para atender a los consumidores de sustancias en las UNEME-CAPA se brinda atención a consumidores de alcohol, marihuana y otras drogas a través de los programas de intervención, basados en el modelo de terapia cognitivo conductual, los cuales cuentan con evidencia científica sobre sus resultados:

- Consejo breve, que consiste en una intervención para brindar información general a personas que inician el consumo de droga acerca de las consecuencias de dicho consumo.
- Intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol u otras drogas. Consta de ocho

^{2/} Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Ciudad de México, Chihuahua, Coahuila, Colima, Durango, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

a 11 sesiones y está dirigida a jóvenes con abuso de alcohol, tabaco y otras drogas.

- Intervención breve para bebedores problema. Está dirigido a personas de 18 años o más que presentan problemas asociados al consumo de alcohol con dependencia leve o moderada.
- Tratamiento breve para usuarios de cocaína. Este programa está dirigido a personas mayores de 16 años con abuso o dependencia a la cocaína y pretende que los consumidores a logren la abstinencia.
- Intervención breve motivacional para dejar de fumar. El objetivo de este programa es apoyar a las personas con abuso de tabaco a dejar de fumar a través de estrategias motivacionales que les permitan identificar los costos de continuar con su consumo de tabaco.
- Satisfactores cotidianos. Este programa se lleva a cabo en personas con dependencia moderada, severa o sustancial a cualquier tipo de sustancia psicoactiva y pretende buscar en su vida diaria satisfactores que les permitan incrementar su sensación de bienestar y modificar su consumo.
- Prevención de recaídas: Este programa tiene como objetivo acompañar al usuario en la identificación de situaciones de riesgo que pueden precipitar una recaída en el consumo de cualquier droga. Se lleva a cabo en personas con uso, abuso y dependencia.

Con la finalidad **de incrementar acciones para reducir la demanda, disponibilidad y acceso al alcohol y evitar su uso nocivo**, del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 la CONADIC otorgó capacitación en 30 estados para la implementación, homologación y/o fortalecimiento del Programa Nacional de Alcoholimetría “Conduce sin Alcohol”.^{3/}

Con el Gobierno del estado de Zacatecas se firmó también el Convenio para implementar el Proyecto “Zacatecas Ciudad Modelo”, destinado a reducir hacia 2018 el consumo nocivo de alcohol en la población de la capital del estado y zona conurbada.

Actualmente se reportan avances importantes en la homologación, implementación o fortalecimiento del Pro-

grama “Conduce sin Alcohol” en 277 ciudades del país. En tal sentido, 31 estados y 309 municipios han recibido capacitación en la operación del programa. El 69.5% de los municipios donde se ha impartido capacitación cuenta ya con puntos de revisión de alcoholimetría. Con estas acciones se ha contribuido a que los accidentes de tránsito relacionados con el consumo de alcohol se hayan reducido de 20 a 37 por ciento.^{4/}

Por otro lado, en el marco de la Estrategia Nacional para la Prevención del Consumo de Bebidas Alcohólicas en Menores de Edad, la CONADIC, COFEPRIS, el Sistema Federal Sanitario y las Comisiones Estatales contra las Adicciones realizaron acciones conjuntas de vigilancia sanitaria, con operativos simultáneos en las 32 entidades federativas. Durante abril de 2017 se llevaron a cabo acciones de verificación de no venta de alcohol a menores en 1,126 establecimientos a nivel nacional y se sensibilizó a 6,719 personas sobre el uso nocivo del alcohol. Los operativos se han mantenido en los meses de mayo y junio en algunas entidades, donde se ha logrado visitar 454 establecimientos adicionales, en los cuales se ha sensibilizado a 6,651 personas más.

Asimismo, se continúa participando en los operativos denominados Mala Copa que se realizan en la Ciudad de México. En el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se visitaron 117 establecimientos, en los cuales se aplicaron 187 sanciones por incumplimiento a la Ley General para el Control del Tabaco y por venta de bebidas adulteradas, y se dispuso la suspensión de la barra de preparación de bebidas alcohólicas.

Durante estos operativos, personal adscrito a la CONADIC realizó tareas de orientación y sensibilización a 2,330 personas y se hizo entrega de 1,132 materiales informativos sobre el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, los daños por combinar alcohol y bebidas energizantes y los efectos negativos del consumo de alcohol en menores de edad.

En este rubro, la Secretaría de Salud, a través de la Unidad de Análisis Económico, desarrolló un análisis del impacto económico generado por la morbilidad y mortalidad vinculada con lesiones y enfermedades atribuibles al uso nocivo del alcohol para el periodo 2014-2023. Los resultados fueron proporcionados a las áreas rectoras del tema. Esto permite apoyar las acciones de prevención y control del consumo de alcohol propuestas por dichas áreas.

^{3/} Estos son: Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Durango, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

^{4/} STCONAPRA-DG-811-2016 y FISAC, Análisis de Impactos de los Programas de Alcoholimetría, 2017.

A fin de **promover modelos de justicia alternativa para personas con consumo de sustancias psicoactivas en conflicto con la ley**, el Gobierno Federal, a través de la Secretaría de Gobernación (Subsecretaría de Prevención y Participación Ciudadana y Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública), y la Secretaría de Salud, a través de la CONADIC, coordina la implementación del Programa de Justicia Terapéutica.

En ese contexto, en noviembre de 2016 se presentó el Modelo Mexicano de Justicia Terapéutica, que contempla los siguientes aspectos:

- Implementación del modelo en las tres etapas procesales del sistema penal mexicano: etapa de juicio (suspensión del proceso a prueba), etapa de investigación (acuerdos preparatorios y mediación) y etapa de ejecución de sentencias (sustitutivos de pena).
- Se ampliaron los criterios de inclusión (jurídicos y clínicos) para beneficiar a una mayor parte de la población, así como la extensión del modelo en adolescentes.
- Actualmente se desarrolla el protocolo de actuación sanitario y un programa de reinserción social que permitirán fortalecer y homologar el modelo.
- En coordinación con la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión se trabaja en una propuesta de reformas al Código Nacional de Procedimientos Penales, la Ley Nacional de Ejecución Penal, la Ley Nacional del Sistema Integral de Justicia Penal para Adolescentes y la Ley General de Salud.

Promover acciones intersectoriales que fomenten una vida productiva en los adolescentes es tarea prioritaria de la CONADIC, conforme a las atribuciones que le confiere su decreto de creación y el reglamento interior de la Secretaría de Salud.

En esta dinámica, entre septiembre de 2016 y junio de 2017 se llevó a cabo el reforzamiento del Programa Nacional de Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas y Participación Ciudadana, que se trabaja conjuntamente con el ISSSTE, el IMSS, además de otras dependencias gubernamentales, gobiernos estatales y municipales, así como con organizaciones sociales, instancias académicas, religiosas, empresariales, líderes comunitarios, padres de familia y jóvenes.

El Programa Nacional de Prevención ha permeado a centros escolares de estados y municipios de todo el país, con acciones homologadas orientadas a informar, sensibilizar y educar principalmente a niños y adolescentes sobre los

riesgos del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. En este contexto, se participó en el diseño e implementación del Programa Salud en Tu Escuela para prevenir y rescatar del posible consumo de sustancias a la población escolar.

Estrategia 1.5

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

En la línea de acción destinada a **diseñar estrategias de comunicación en salud sexual y reproductiva**, la SS se sumó a la campaña de comunicación de cobertura nacional "Prevención del embarazo no planeado e infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Es tu vida, es tu futuro. ¡Hazlo seguro!", que presentó la Secretaría de Gobernación en septiembre de 2016 en el marco de la conmemoración del Día Mundial para la Prevención del Embarazo No Planificado en Adolescentes. Esta campaña incluye spots de radio y televisión, materiales gráficos, como espectaculares y promocionales en parabuses, entre otros materiales.

En el cuarto trimestre de 2016, los Servicios Estatales de Salud de Guerrero, Sonora y Yucatán participaron en la campaña (punto de encuentro) que coordinó el Consejo Nacional de Población, con stands de información, así como con la distribución de material de promoción y condones, a efecto de fomentar entre adolescentes y jóvenes la toma de decisiones libres, responsables e informadas sobre el ejercicio de su sexualidad. Al mes de julio de 2017, participaron Campeche, Ciudad de México, Durango, Estado de México, Hidalgo, Michoacán, Oaxaca, Querétaro, San Luis Potosí, Veracruz y Zacatecas.

Del 22 al 24 de noviembre de 2016 se realizó el foro de salud sexual y reproductiva para adolescentes "Por una sexualidad integral, informada y segura", en la Ciudad de León, Guanajuato, con el objetivo de intercambiar experiencias entre promotoras y promotores juveniles que de manera voluntaria realizan acciones en materia de salud sexual y reproductiva. Se contó con la asistencia de 70 adolescentes que realizan acciones de promoción, así como de 14 responsables de las Brigadas Juveniles y Servicios Amigables de la Ciudad de México, Coahuila, Estado de México, Guerrero, Guanajuato, Hidalgo, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Sonora, San Luis Potosí, Sinaloa, Yucatán y Zacatecas.

Para atender el compromiso institucional de **promover acciones para prevenir el embarazo adolescente**, la Secretaría de Salud se ha sumado activamente a los esfuerzos de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. El propósito es incrementar la demanda y calidad de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes, con énfasis en la prevención del embarazo. El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva ha participado en los trabajos desarrollados en el seno del Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GIPEA), que es coordinado por el Consejo Nacional de Población. Del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017, las acciones más relevantes en esta materia fueron:

- Definición de 55 indicadores para el monitoreo y la evaluación de la ENAPEA.
- Seguimiento a la conformación de los Grupos Estatales para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GEPEA), a efecto de brindar la asesoría correspondiente. Para junio de 2017 ya estaban instalados los 32 GEPEA en todas las entidades federativas del país.
- Creación de un subgrupo de trabajo para erradicar el embarazo en menores de 15 años, cuya conformación se aprobó durante los trabajos de la Octava Sesión Ordinaria del GIPEA efectuada el 20 de septiembre de 2016. La instalación de este subgrupo y primera reunión de trabajo se celebró el 9 de diciembre de 2016. Su propósito es realizar acciones de análisis, gestión e identificación de acciones que contribuyan a eliminar el embarazo en adolescentes, tal como se establece en la ENAPEA. Durante 2017 se han realizado reuniones periódicas para contribuir al logro de este objetivo.

Del 1 de septiembre a 2016 al 30 de junio de 2017 se atendieron 761,793 adolescentes de 10 a 19 años de edad en los 1,861 Servicios Amigables para Adolescentes, de los cuales 61.9% son mujeres y 38.1% son hombres; cerca de 40% de la población atendida, corresponde a menores de 15 años. Asimismo, se otorgaron cerca de 1.9 millones de atenciones en salud sexual y reproductiva a las y los adolescentes que asistieron a los Servicios Amigables para Adolescentes, lo que indica que en promedio cada persona recibió dos tipos de atención. El servicio más demandado por los adolescentes fue el de orientación-consejería, con 42.9% y en segundo lugar se encuentra la prescripción de métodos anticonceptivos, con 23.6 por ciento.

Al mes de junio de 2017, la SS contó con el apoyo de 16,811 promotores y promotoras que colaboran de ma-

nera voluntaria con los Servicios Amigables para Adolescentes a través de acciones de información a pares, incluyendo pláticas, entrega de material de promoción y visitas a escuelas, entre otras actividades. De septiembre de 2016 a junio de 2017 este personal realizó 250,312 acciones de promoción en las 32 entidades federativas del país.

En el mismo periodo, IMSS-PROSPERA realizó 14 encuentros con adolescentes para la prevención del embarazo no planeado. Desarrollados en Chiapas, Estado de México, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, San Luis Potosí, Tlaxcala, Yucatán y Zacatecas, los encuentros registraron la participación de 17,765 jóvenes, a quienes se les ofreció orientación en temas como anticoncepción, prevención de infecciones de transmisión sexual y de adicciones, violencia en el noviazgo, proyecto de vida, autoestima y masculinidades.

Por su parte, de septiembre de 2016 a junio de 2017 continuaron en operación 3,691 Centros de Atención Rural al Adolescente, donde se formaron 27,052 grupos educativos sobre prevención del embarazo no planeado y se capacitó a 423,089 adolescentes.

Con el fin de **coordinar con el sector educativo del nivel básico y medio superior una educación integral de la sexualidad**, la SS, en conjunto con la SEP y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, realizó una carpeta didáctica denominada "Infosexualidad", que incluye cinco infografías y 10 fichas informativas con diversos temas de salud sexual y reproductiva. Este material está dirigido a personal de salud y personal docente de educación media superior para apoyar sus acciones de orientación e información y puede ser consultado en las páginas electrónicas de la SS y de la SEP. En la SS el tiraje de este juego de materiales fue de 7,500 ejemplares, los cuales se distribuyeron a unidades médicas de primer nivel de atención y Servicios Amigables para Adolescentes. También se elaboró un video educativo titulado "Informarse es prevenir", con el propósito de contribuir a la toma de decisiones responsables sobre el ejercicio de la sexualidad entre la población adolescente.

Para favorecer el acceso universal a información, educación, orientación y servicios en salud sexual y reproductiva en escuelas de nivel medio superior y superior, en marzo de 2017 se efectuó el "Segundo curso-taller sobre prevención del embarazo en adolescentes para pasantes de Medicina y Enfermería de la UNAM", que tuvo 68 asistentes.

Adicionalmente, se realizó del 13 al 15 de marzo el "Curso-taller para la formación de capacitadores en sa-

lud sexual y reproductiva de la UNAM”, que se organizó en coordinación con la División de Investigación de la Facultad de Medicina de esa institución. Este programa académico permitió formar un grupo de 19 capacitadores en el campo de la salud sexual y reproductiva para adolescentes, conformado por pasantes de Medicina, como parte del Programa de Prevención de Embarazo de la UNAM.

Por otro lado, en colaboración con el Sistema de Educación Tecnológica e Industrial DGETI, se efectuó la Semana Nacional de Salud Reproductiva del 24 al 28 de mayo en los planteles de todo el país de ese sistema de bachillerato. Asimismo, en coordinación con el IPN se capacitaron 150 médicos pasantes para el ejercicio del servicio social en temas de salud sexual y reproductiva, incluyendo criterios médicos de elegibilidad de métodos anticonceptivos.

Durante 2017, la SS ha destinado recursos del Ramo 12 a las 32 entidades federativas para capacitar a personal docente de educación media superior en jurisdicciones sanitarias con altas tasas de embarazo en adolescentes.

Del 1 de septiembre de 2017 al 31 de agosto de 2017, el Programa de Acción Específico Respuesta al VIH, Sida e ITS consolidó políticas públicas preventivas y de atención, con la finalidad de **promover la salud sexual y reproductiva responsable, así como la prevención del VIH y otras ITS**. La comunicación a través de medios electrónicos es una herramienta de todos los programas de salud pública. El Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida (CENSIDA) difunde información y ofrece orientación a través de su página web, *call center* y cuentas de Twitter y Facebook, medios que han sido aceptados en particular por población joven por la utilidad de la información preventiva, así como por su confidencialidad. Al 30 de junio de 2017 se tenían registrados 105,460 usuarios en Facebook y 21,890 seguidores en Twitter.

Entre septiembre de 2016 y junio de 2017 el Programa IMSS-PROSPERA impartió 17,998 talleres en materia de prevención del embarazo no planeado, ITS y VIH en escuelas aledañas a las unidades médicas, con 340,426 jóvenes capacitados y la distribución de 210,756 condones.

A fin de **garantizar abasto y oferta de métodos anticonceptivos e insumos para la prevención del VIH y otras ITS**, la Unidad de Análisis Económico (UAE) de la Secretaría de Salud continúa trabajando de manera coordinada con el CENSIDA en el análisis del impacto financiero a corto plazo del Programa de Acceso Univer-

CUADRO III.1.3 ATENCIÓN A ADOLESCENTES EN CENTROS ESCOLARES

Nivel educativo	Talleres realizados	Adolescentes capacitados
Primaria	5,433	83,614
Secundaria	7,390	142,275
Preparatoria	5,175	114,537
TOTAL	17,998	340,426

FUENTE: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

sal a Medicamentos Antirretrovirales de la SS, tomando como referencia la “Guía para la atención de pacientes con VIH/sida 2017”.

En 2016 se adquirieron y distribuyeron en las 32 entidades federativas 22.5 millones de condones como medida preventiva estratégica. En 2017 se programó la compra de insumos de prevención necesarios para las poblaciones con mayor riesgo y vulnerabilidad a la epidemia: 21.5 millones de piezas de condones y 1.2 millones y 313.5 mil pruebas rápidas de VIH y sífilis, respectivamente.

En 2016, el CENSIDA adquirió 930 mil jeringas con la finalidad de prevenir nuevas infecciones en personas usuarias de drogas inyectables. Se trata de un insumo estratégico que apoya necesidades de 2017 y se distribuye en 13 estados que registran el mayor número de usuarios.

Para **asegurar la detección y tratamiento oportuno de VIH, sida e ITS, con énfasis en poblaciones clave**, en 2016 el Programa de Acción Específico Respuesta al VIH, Sida e ITS destinó, a través del Ramo 12, 108 millones de pesos para la adquisición de pruebas rápidas para mejorar la detección oportuna de las personas con VIH, en particular en poblaciones en riesgo y en situación de desigualdad.

En este programa se diseñan indicadores que permiten medir un descenso sostenido de prevalencia de carga de enfermedad, e incluso lograr la primera generación sin VIH y eliminar la epidemia para 2030. México se ha comprometido a lograr en el año 2020 la meta de 90% de detección, 90% de tratamiento y 90% de carga viral indetectable en personas que viven con VIH. Durante 2016 y 2017 ha continuado la asignación de metas numéricas desglosadas a los estados para el logro de este compromiso como indicadores de impacto en el país y así cumplir la meta comprometida.

El tratamiento antirretroviral (TAR) se cubre a través del fideicomiso con fondos del SPSS y su brazo operativo, el Seguro Popular, lo cual blindará este presupuesto en caso de recortes presupuestarios y garantiza que todas las personas tengan acceso universal y gratuito al manejo con medicamentos, ya que provienen de impuestos generales ajustados anualmente con base en el número de personas afiliadas al Seguro Popular en todo el país.

Al concluir 2016, en el Sector Salud un total de 131,879 personas que viven con VIH se encuentran en TAR en el país. De ellas, 80% son varones y 20% mujeres; 99% son personas de 15 años o más y el resto son menores de 15 años. La cantidad de personas que ingresaron a TAR en 2016 en todo el Sector Salud fue de 18,724; 83% son varones y 17% mujeres. Estos datos demuestran el impacto de la estrategia de ingreso a tratamiento a todas las personas que viven con VIH en el país (*test and treat*), implementada en México a finales de 2014.

Al 31 de diciembre de 2016, en la SS se encontraban 82,960 personas en TAR, a través del FPGC del Seguro Popular, estimándose un gasto aproximado de 3 mil millones de pesos para 2017. El acceso a servicio, medicamentos y exámenes de laboratorio es universal y gratuito en todo el país.

En 2017 se asignaron 9.5 millones de pesos para 18 entidades.^{5/} Estos recursos son 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 y Servicios de Atención Integral. Los recursos financian el transporte y alimentación de mujeres que acuden a consulta periódica. Este apoyo ha incrementado en 48% el apego al tratamiento de mujeres de comunidades dispersas.

Los recursos se otorgan con base en el desempeño estatal de años previos. Es indispensable la comprobación de recursos y la información del impacto logrado, lo que permite refrendarlos e incluso incrementar la inversión en entidades con mejores resultados. A los estados que no reportaron o no comprobaron el destino de los recursos se les canceló el refrendo y los recursos se transfirieron a entidades con mejor desempeño. Esta política pretende incentivar la eficiencia en el otorgamiento de los servicios y transparencia en el ejercicio de recursos.

^{5/} Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Colima, Ciudad de México, Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Puebla, Quintana Roo, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas, Yucatán y Zacatecas.

Con el objetivo de fortalecer las estimaciones y monitoreo de la epidemia en México se ha programado una encuesta de seroprevalencia en siete ciudades del sureste del país, que permita medir la prevalencia de VIH y evaluar indirectamente la respuesta al VIH e ITS y el impacto que ha tenido en la epidemia. Las ciudades que se monitorearán con la encuesta son: Cancún, Quintana Roo; Villahermosa, Tabasco; Ciudad del Carmen, Campeche, Mérida, Yucatán; Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, y las capitales de Oaxaca y Puebla. La encuesta comprenderá una muestra de 3,500 personas y será realizada por el INSP, con una inversión de 4 millones de pesos. Se planea concluirla en octubre de 2017. Este monitoreo definirá la seroprevalencia de manera objetiva y facilitará la aplicación de políticas con mayor claridad en estados con epidemia concentrada y/o reciente.

El CENSIDA, trabaja de manera coordinada con las OSC, para invertir en proyectos de prevención combinada que operan y ejecutan las organizaciones. El proceso se realiza a través de convocatorias públicas y abiertas y proyectos que concursan por oposición y son elegidos a través de un dictamen, resultado de la revisión de cinco evaluadores independientes, lo que facilita e impulsa la transparencia, rendición de cuentas y la gobernanza. El proceso de seguimiento y evaluación se realiza con una plataforma informática que facilita y sistematiza la información de cada proyecto.

En 2016 se financiaron 152 proyectos, con un monto total de 110.5 millones en 26 entidades (Baja California Sur, Coahuila, Colima Durango, Nayarit y Zacatecas, no tuvieron proyectos preventivos). En 2017, a través de la Convocatoria para la Implementación Estrategias de Prevención Focalizada del VIH y otras ITS, con recursos federales se financiaron 123 proyectos de 91 OSC dirigidos a poblaciones clave y poblaciones en desigualdad, por más de 102 millones de pesos.

A fin de asegurar el abasto de insumos anticonceptivos en todas las unidades médicas y hospitales de la SS, y de esta forma contribuir a **incrementar el acceso y utilización de servicios de salud sexual y reproductiva en mujeres y hombres**, para 2017 se realizó por cuarto año consecutivo la compra centralizada de 14 métodos anticonceptivos por un monto de 811.1 millones de pesos. Como resultado de esta acción, durante esta administración se han invertido poco más de 3,300 millones de pesos en compras centralizadas de anticonceptivos, 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.

Para mejorar los procesos de programación, adquisición, distribución y control de insumos anticonceptivos, del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se realizaron 18 cursos en el tema de aseguramiento de insumos anticonceptivos, mediante el cual se capacitaron cerca de 700 profesionales de la salud de almacenes estatales y jurisdiccionales, así como de centros de salud.

Como parte del Convenio de Colaboración con la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), durante el primer trimestre de 2017, por segundo año consecutivo se apoyó a 14 institutos nacionales y hospitales de tercer nivel de atención con material anticonceptivo para establecer servicios de planificación familiar dirigidos a mujeres con alto riesgo reproductivo.

En noviembre de 2016 México se sumó por primera vez a la conmemoración del Día Internacional de la Vasectomía sin Bisturí, que tuvo el lema “En la planificación familiar, los hombres también contamos”, lo que colocó al país en el tercer lugar de las naciones que más realizaron ese procedimiento, con 2,600 vasectomías, con la participación de 272 médicos. Como resultado de las acciones orientadas a fortalecer la participación activa del hombre, durante 2016 se llevaron a cabo en la SS 19,255 vasectomías, lo cual representó un aumento de 38.2% con respecto al cierre de 2012 (13,936). En apoyo a esta actividad, del 27 al 29 de junio se efectuó la Reunión Nacional Avances y Perspectivas en Vasectomía sin Bisturí, con la participación de 198 profesionales de la salud de 30 entidades federativas, en su gran mayoría médicos acreditados en este procedimiento (180).

Al cierre de 2016 se contó con 4.4 millones de usuarias activas de algún método anticonceptivo, lo que representó una cobertura de 52.4% del total de mujeres casadas o unidas de 15 a 49 años de edad que son responsabilidad de la SS.

En aras de **incrementar la cobertura de detección prenatal y tratamiento oportuno para prevenir la transmisión vertical del VIH y sífilis congénita** se realizaron acciones concretas para garantizar la disponibilidad de pruebas rápidas para la mujer embarazada y lograr una cobertura de detección de 95% en todo el país. Para detectar ambas infecciones se ofertaron las pruebas en control prenatal de manera sistemática con el paquete de servicios del embarazo y complementar con una consejería e información.

El seguimiento del indicador en mujeres embarazadas reactivas a prueba de VIH sífilis es nominal y se procu-

ra su ingreso inmediato a manejo médico y obstétrico, con la finalidad de acelerar su tratamiento y llevarlas a carga viral indetectable antes del parto. Se mantiene el compromiso sectorial de reducir la incidencia cada año en 16.9% en el periodo 2013-2018. Al término de 2016 se registraron 92 casos; 70% se concentra en Chiapas, Estado de México, Guerrero, Jalisco, Michoacán, Oaxaca, Puebla y Tabasco.

El Consejo Nacional para Prevención y Control del sida formalizó en octubre de 2016 la creación del Grupo de Trabajo Nacional que realizará un seguimiento intersectorial que verifique el proceso para lograr el control de ambas infecciones y mantener las entidades libres de VIH transmisión vertical y sífilis congénita. El objetivo es limitar el impacto de tener un sistema fragmentado y avanzar en el proceso de control en el país. El trabajo es en todo el país, focalizando de forma estratégica estados prioritarios para control de VIH sífilis perinatal.

En el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se realizaron 756,929 pruebas rápidas de VIH en embarazadas de primera vez, 687,389 pruebas de detecciones de sífilis en la embarazada y se mantiene un enlace con el Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal en cada estado a fin de aumentar las detecciones de VIH y sífilis.

Para **fomentar el embarazo saludable y un parto y puerperio seguros**, en 2016 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 después embarazo, a fin de prevenir complicaciones y procurar un periodo gestacional más seguro y saludable.

En la SS de septiembre de 2016 a junio de 2017 se otorgaron consultas para el control prenatal a 1,028,083 mujeres embarazadas, 35.7% de las cuales se atendieron desde el primer trimestre gestacional. Del total de consultas de primera vez, 27.7% (284,882) se otorgó a mujeres menores de 20 años. En el mismo periodo se atendieron 883,017 nacimientos, 98% de ellos a nivel institucional.

IMSS-PROSPERA ha instrumentado un modelo preventivo y con enfoque anticipatorio de la muerte materna, lo que ha permitido lograr una disminución significativa en el número de estos decesos. Entre septiembre de 2016 y junio de 2017 recibieron control prenatal 142,982 embarazadas; de ellas, 87,191 (61%) fueron incorporadas desde el primer trimestre. En promedio cada embarazada

recibió ocho consultas y se atendieron 90,138 partos, de los cuales 95.6% se realizó de forma institucional por personal médico.

Por otra parte, 39,132 adolescentes embarazadas asistieron a unidades médicas para su control prenatal y 20,558 atendieron su parto en el ámbito hospitalario.

Con apoyo de la red de parteras en interrelación con el Programa, entre septiembre de 2016 y junio de 2017 se otorgaron 168,283 consejerías; se realizaron 48,812 derivaciones de nuevas aceptantes a unidad médica para la prescripción de un método de planificación familiar y 27,900 acciones de seguimiento relativas a la aplicación de métodos orales. Asimismo, 11,629 derivaciones de embarazadas menores de 20 años a unidad médica para control prenatal, 6,124 derivaciones para la adopción de métodos definitivos y atención de 3,967 partos no complicados.

En 2016 en el ámbito del Programa IMSS-PROSPERA se redujo a 37 el número de defunciones maternas (información preliminar, sujeta a modificación), cinco casos menos con respecto al 2015.

En la tarea prioritaria de **fomentar la lactancia materna a través de acciones que contribuyan a incrementar la duración y el apego** a la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y en forma complementaria hasta los dos años de edad, durante el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se evaluaron de manera externa 62 hospitales para su inclusión en la Iniciativa de Hospital Amigo del Niño y la Niña: 37 de la SS, 13 del IMSS ordinario, 10 del Programa IMSS-PROSPERA, uno del ISSSTE y uno privado. Estos se suman a los 35 hospitales evaluados en el periodo anterior. También se dio capacitación con respecto a dicha Iniciativa a 865 evaluadores externos de todas las instituciones del SNS, que se suman a los 126 capacitados en el periodo anterior. Además, se instalaron cuatro bancos de leche humana en la Ciudad de México, Michoacán, Nayarit y Nuevo León.

Para dar seguimiento a la Estrategia Nacional de Lactancia Materna, en el primer semestre de 2017 nueve hospitales rurales en Yucatán y Zacatecas fueron nominados por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva como “Amigos del Niño y la Niña”.

De septiembre de 2016 a junio de 2017, equipos de salud del Programa IMSS-PROSPERA impartieron 21,022 sesiones de orientación sobre salud materno infantil, incluyendo lactancia materna, a parteras voluntarias rurales adscritas a ese programa.

Estrategia 1.6

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

A fin de **promover el desarrollo de capacidades entre la población adolescente para la construcción de relaciones libres de violencia**, del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 la SS dio seguimiento en 31 entidades federativas a la implementación de tres intervenciones preventivas orientadas a población adolescente para generar mecanismos de deconstrucción de roles y estereotipos de género que provocan conductas violentas, así como para la difusión de factores protectores para la identificación y resolución de estas. Asimismo, en prevención de la violencia sexual en comunidad, se acreditaron 1,350 grupos, distribuidos en 315 grupos de hombres y 351 grupos de mujeres y en prevención de la violencia en el noviazgo se acreditaron 684 grupos mixtos.

Como parte del objetivo de **desarrollar modelos y servicios de salud que respondan a las necesidades de la población adolescente**, del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 el Programa de Acción Específico Salud para la Infancia y la Adolescencia realizó las siguientes acciones:

- Se contó con 2,004 Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud en operación a nivel nacional, los cuales atendieron a 38,171 adolescentes en temas de prevención de enfermedades, prevención de violencia y embarazo en adolescentes, entre otros.
- Del 19 al 23 de septiembre de 2016 se llevó a cabo la Semana Nacional de Salud de la Adolescencia, con la participación de las 32 entidades federativas, en la cual se promovió la cultura de prevención a través del desarrollo de actividades deportivas y recreativo-culturales, y el otorgamiento de servicios integrales de salud para las y los adolescentes.
- Con la finalidad de establecer las estrategias de prevención y promoción de la salud en las y los adolescentes, el Grupo de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia efectuó cuatro reuniones nacionales y llevó a cabo 98 reuniones en las 32 entidades federativas con la participación de las instituciones.

En el trabajo con jóvenes de 10 a 19 años que se lleva a cabo en los Centros de Atención Rural al Adolescente del Programa IMSS-PROSPERA, entre septiembre 2016 y junio de 2017 se mantuvieron activos 10,586 equipos

juveniles, integrados por 30,390 líderes adolescentes, a través de los cuales se fortalece la comunicación entre pares.

Con la finalidad de **promover la colaboración interinstitucional e intersectoriales para ofrecer actividades recreativas, productivas y culturales**, la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social colaboró con el Instituto Mexicano de la Juventud en el Comité de Seguimiento al Programa Nacional de Juventud 2014-2018. La quinta sesión, primera del año, se realizó el 8 de mayo de 2017.

Los HRAE mantienen acciones para **promover la detección y atención oportuna de trastornos mentales y el riesgo suicida en adolescentes**.

Es el caso del CRAEHEP, en que se capacita en forma continua al personal de salud del primer y segundo nivel de atención en la prevención de riesgo suicida y la detección de las alteraciones del neurodesarrollo en la población infantil y adolescente. Asimismo, se trabaja de manera coordinada con los Centros de Estimulación Temprana y Trastornos del Espectro Autista del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) estatal y municipal para una pronta atención cuando se identifica alguna alteración en el neurodesarrollo. Con supervisión del Área de Neuropsiquiatría Infantil del Hospital se inauguraron y se supervisan tres centros de estimulación temprana y clínicas específicas en la atención de los trastornos del espectro autista (DIF Autismo Tapachula, San Cristóbal y Tuxtla Gutiérrez) y se realiza investigación clínica dentro del Hospital en el área de los trastornos del neurodesarrollo.

En el HRAEV se realizan pruebas a todo paciente que lo requiera, en apoyo sobre todo al adolescente que manifiesta algún riesgo de trastorno mental o suicidio. Se han atendido 148 adolescentes que han cursado con algún tipo de depresión y que potencialmente puedan desarrollar algún trastorno que pudiera poner en peligro su integridad.

En noviembre de 2016 el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz realizó el Primer Congreso Mundial de Prevención de Adicciones en Niños y Adolescentes en el estado de Baja California, con el propósito de reforzar acciones para alejar a la población infantil y juvenil del uso y abuso de drogas. En colaboración con la Fundación Nacional Ámbar, investigadores del instituto trabajaron con maestros, alumnos, académicos y científicos en temas de prevención y dieron a conocer los avances del Centro Interactivo Ámbar.

El Instituto también organizó la mesa redonda “Adolescencia y violencia”, en conjunto con la Asociación Psiquiá-

trica Mexicana y la Asociación Mundial de Psiquiatría. Entre los temas destacados de la jornada estuvieron la migración y violencia, los programas de intervención preventiva y terapéutica para las drogas y violencia social, la diversidad de género, el duelo en las pérdidas violentas y personas desaparecidas y el efecto de los eventos traumáticos a lo largo de la vida.

En los SAP, se impartieron un siete cursos sobre suicidio para personal de salud, familiares de usuarios y público en general, con el fin de detectar a tiempo trastornos mentales relacionados con el aumento del riesgo del mismo, para prevenir y dar tratamiento oportuno.

Con el objetivo de **promover la detección oportuna del hostigamiento escolar (bullying) entre adolescentes, para su atención**, en el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017, en el marco de la Estrategia Integral para la Prevención del Acoso Escolar y otros tipos de violencia se realizó una videoconferencia de seguimiento y evaluación con 18 Sistemas DIF de las entidades federativas sobre la implementación de redes comunitarias, con una participación de 98 personas. También se llevó a cabo una videoconferencia sobre autolesión: qué es y cómo prevenirla, en la que participaron 27 Sistemas DIF estatales con una asistencia de 247 personas.

En 16 Sistemas DIF se reportaron 20 redes comunitarias en las que se realizaron 393 pláticas, 50 talleres estatales, 69 actividades culturales y deportivas y 71 canalizaciones de atención en materia de acoso escolar dirigidas a 4,472 niñas y 3,959 niños, 3,949 mujeres adolescentes, 3,638 hombres adolescentes, 2,041 mujeres adultas y 1,105 hombres adultos en el ámbito escolar. En el ámbito comunitario se realizaron 21 pláticas, ocho talleres estatales, 10 actividades culturales y deportivas, así como dos canalizaciones, con lo que se benefició a 69 niñas y 89 niños, 185 mujeres adolescentes, 203 hombres adolescentes, 630 mujeres adultas y 99 hombres adultos.

Estrategia 1.7

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

A fin de **implementar acciones para el cuidado y la atención oportuna de personas adultas mayores en coordinación con otros programas sociales**, la Co-

misión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) promovió entre este grupo de la población la afiliación al SPSS por lo que de septiembre de 2016 a junio 2017 el número de adultos mayores incorporados al sistema ya ascendía a 5.7 millones, esto es, 54% más que al inicio de la administración.

Cerrar brechas de género en comunidades que garantice envejecimiento saludable es una línea de acción a la que contribuye el Programa IMSS-PROSPERA. En el seno del Programa entre septiembre de 2016 y junio de 2017 se diagnosticó y brindó consejería y orientación nutricional a 2,049 personas adultas mayores en sus unidades médicas, y se integró una red de apoyo conformada por 304 adolescentes para darles cuidado y acompañamiento.

Una de las fortalezas de los HRAE es poder ofrecer atención médica de alta especialidad, principalmente a la población geriátrica, al contar con especialistas a veces únicos en la región. De esta manera, contribuyen al objetivo de **fortalecer la prevención, detección y diagnóstico oportuno de padecimientos con énfasis en fragilidad, síndromes geriátricos y osteoporosis y caídas.**

Destaca el caso del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca (HRAEO), que presta servicios a pacientes mayores de 65 años, con lo que constituye la alternativa regional para padecimientos complejos y reduce así las necesidades de traslado de pacientes a otras ciudades, principalmente la Ciudad de México. Para fortalecer dichos servicios, en agosto 2017 se inauguró el Programa de Especialización en Enfermería del Adulto en estado Crítico, en convenio con la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, con un total de 20 vacantes para dicha especialización.

El HRAEPY ofrece la atención en geriatría en la modalidad de consulta externa y hospitalización, donde se realiza la detección de padecimientos relacionados con la población específica mayor de 60 años de edad.

Durante el periodo comprendido de agosto de 2016 a abril de 2017 en el HRAEV se ha atendido en el ámbito de la geriatría a 142 pacientes. Se brinda atención integral con respecto a prevención de caídas, se realizan test de prevención de hipertrofia prostática, DM2, HTA y prevención del síndrome metabólico.

Entre septiembre de 2016 y junio de 2017 el Hospital Juárez de México (HJM) continuó brindando atención en su clínica multidisciplinaria, que atiende los casos con perfil geriátrico en forma integral en la consulta externa y hospitalización.

Por su parte, el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga (HGM) cuenta con el servicio de geriatría, con tres unidades especializadas para la atención de los adultos mayores:

- Unidad de atención al paciente ambulatorio, que se presta a través de la Consulta Externa, a cargo de médicos especializados en geriatría.
- Unidad de Atención Diurna (Sala de Día). Su función es muy importante para promover la rápida recuperación del paciente durante su hospitalización. Además de atender a pacientes hospitalizados, atiende a pacientes con sospecha de demencia enviados de la consulta externa de geriatría, para realizar el protocolo diagnóstico, dar seguimiento y orientación a familiares y cuidadores.
- Unidad de Agudos (hospitalización). Cuenta con 12 camas asignadas. Ahí se atiende a pacientes con enfermedad aguda o agudización de padecimientos crónicos; problemas gerontológicos o pacientes con enfermedad altamente discapacitante que ingresan a través del servicio de urgencias del hospital o por indicación de la consulta externa de geriatría. Se cuenta con un equipo multidisciplinario integrado por médicos geriatras, especialistas en cuidado del adulto mayor, psicología, trabajo social y técnicos en gericultura, con el fin de otorgar la atención individualizada que requiere cada paciente. Para lograr estancias cortas y reintegrar en forma exitosa al adulto mayor a la comunidad después de su egreso, diariamente se insiste en la movilización y en la estimulación cognitiva, que se realiza tanto en su habitación, como en la Unidad de Atención Diurna. También se da capacitación a la familia y a cuidadores, para continuar con la atención en el domicilio del paciente y así evitar reingresos.

Son varios los organismos del Sector Salud que se ocupan de **ampliar la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento oportuno en materia de salud mental.**

En el HRAEB los servicios de psicología y psiquiatría son servicios de apoyo para los pacientes geriátricos del hospital y tienen el objetivo de atender interconsultas de todos los pacientes que cumplan con los criterios establecidos para la atención. En colaboración con el Hospital Regional y el HRAEO se prestan servicios a un alto porcentaje de pacientes mayores de 65 años, por lo que constituyen la alternativa regional para padecimientos complejos y así contribuyen a la reducción de las necesidades.

El HRAEPY otorgó 854 atenciones, pues ofrece consulta externa y hospitalización en atención de la especialidad

de geriatría, en la que se realiza la detección de padecimientos relacionados con el envejecimiento que pueden modificar las estrategias terapéuticas en padecimientos específicos de la población mayor de 60 años.

El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente desarrolló un programa de detección oportuna y estudio de poblaciones en alto riesgo, padres y hermanos de adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, y les ofrece atención médica. También elaboró la “Guía clínica para el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adolescentes”.

En 2017 se concluyen tres nuevas torres adicionales para el HGM Unidad 501: Patología, Medicina Genética, Investigación Genómica y Proteómica y Centro de Perfeccionamiento de Habilidades Médico-Técnicas. Unidad 503: Cardio-Angiología y Neumología y Unidad 601: Centro de Medicina Física y Rehabilitación, Audiología-Foniatría y Otoneurología, que contarán con tecnología de punta, con el fin de continuar ofreciendo a sus pacientes una mayor calidad en la atención médica, así como una solución eficaz a sus problemas de salud a través de personal médico altamente calificado, instalaciones acordes a sus necesidades y equipo innovador, cumpliendo una etapa más del proceso de verticalización que desarrolla exitosamente la Institución.

Con objeto de **incrementar las acciones de promoción de la salud para lograr el autocuidado de las personas adultas mayores** y promover un envejecimiento activo y saludable, al 30 de junio de 2017 ya operaban 32 Comités Estatales de Atención al Envejecimiento. 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 100% de las metas establecidas en la aplicación de la Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento.

Del 24 al 30 de octubre de 2016, se llevó a cabo la Semana de Salud para Gente Grande, logrando un avance de 88.5% de las metas, en comparación del año anterior, destacando 891,743 acciones de promoción de la sa-

lud; 4,112,937 detecciones y 4,094,739 intervenciones para el control de enfermedades.

Del 1 de septiembre de 2016 y el 31 de agosto de 2017, en el marco del Programa de Acción Específica Atención del Envejecimiento se aplicó el cuestionario de “Riesgo de fracturas por osteoporosis” a través del instrumento HERF (FRAX), logrando 48.9% de cobertura en personas de 50 años y más.

Para **fortalecer la acción institucional y social organizada para la atención comunitaria de las personas adultas mayores**, la atención geriátrica en los HRAE se brinda a todo paciente que acude a solicitarla. Se ofrece la valoración médica y se identifican alternativas para tener mayor apego a los tratamientos y que no se vean limitados por las situaciones económicas.

El HRAEO cuenta con la vinculación con albergues y el patronato para el apoyo de los adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad lo que apoya la prestación de servicios a pacientes mayores de 65 años, siendo la alternativa regional para padecimientos complejos reduciendo las necesidades de traslado de pacientes a otras ciudades principalmente la Ciudad de México.

En el HRAEV la atención de geriatría y psicología en el periodo comprendido de agosto de 2016 a abril de 2017 ascendieron a más de 600 consultas, pues se atiende a toda la población independientemente de su nivel socioeconómico y se aplica la política de cero rechazo.

La Fundación Gonzalo Río Arronte y el Instituto Nacional de Geriatría (INGER) firmaron un contrato de donación mediante el cual la primera otorgará al segundo el financiamiento para el desarrollo del proyecto denominado Detección y manejo de la fragilidad. El convenio se celebró el 15 de diciembre de 2016. Este financiamiento permitirá desarrollar, implementar y evaluar la factibilidad de un modelo de atención y desarrollo de competencias para la detección y el manejo de la fragilidad en el INGER, que vincule a la atención primaria mediante la evaluación geriátrica integral de alta especialidad para disminuir los efectos adversos de la fragilidad en la salud de las personas adultas mayores.





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

En la tarea de **promover un modelo de atención integral a la salud común para todo el Sistema Nacional de Salud**, del 1 de septiembre de 2016 al 31 de agosto de 2017 se realizaron las siguientes acciones en los tres componentes del modelo de atención integral:

En el componente de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) se definió el método para la actualización de los estudios de regionalización operativa y se cuenta con un primer borrador del manual de implementación previendo la implantación de dicho componente a partir del segundo semestre de 2017. Adicionalmente, se colaboró con el programa Fortalecimiento a la Atención Médica para identificar a partir de estudios de microrregionalización áreas sin acceso a servicios de salud en siete jurisdicciones sanitarias y contribuir al diseño del piloto de dicho programa en una nueva modalidad, el cual inició el 26 de junio de 2017.

En el componente de Sistemas Locales de Salud se coordinó la implementación de un diagnóstico cualitativo y cuantitativo de la normatividad, operación y financiamiento de las jurisdicciones sanitarias para plantear su fortalecimiento, con la contribución del Banco Mundial y un tercero.

En el componente de Participación Ciudadana se definió un marco conceptual constituido por cinco niveles (información, cuestionamiento y opinión, contribución, cogestión y empoderamiento) y se tiene un avance de 60% en el diagnóstico de las acciones de participación vigentes en todas las jurisdicciones del país.

Por su parte, en esta línea de acción, los HRAE brindaron más de 450 mil consultas médicas y lograron cerca de 32 mil egresos, 88% por mejoría, con lo que se lleva la alta especialidad a la población de 16 estados.

La Dirección General de Coordinación de Hospitales Regionales de Alta Especialidad (DGCHRAE) ha coordinado

el desarrollo del Programa de Mejora de la Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente a través de la colaboración para apoyar la implementación de las mejores prácticas, lo que hizo posible que en diciembre de 2016 se contará con 99 servicios acreditados para el FPGC, Seguro Médico Siglo XXI (SMS XXI) y CAUSES, entre otros que favorecen la atención en las mejores condiciones a favor de la calidad y seguridad de los pacientes.

La importancia que se da a la calidad de la atención no solamente ha favorecido la acreditación de servicios sino que se ha incluido 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. Esto posiciona a los HRAE como hospitales con gran capacidad resolutoria en alta especialidad.

Se realizaron cerca de 30 mil cirugías, se han favorecido los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios de alta especialidad y se llevaron a cabo cerca de 40 mil sesiones de rehabilitación de alta especialidad, que corresponden a 90% de las sesiones. Esto ha contribuido a acercar a los usuarios la atención especializada y hace más oportuna la resolución de los problemas de salud.

El contar con acreditaciones no solo habla de la calidad sino que la hace más accesible a la población afiliada al Seguro Popular.

Entre las acciones se destaca que el HRAEB cuenta con 21 acreditaciones en constante proceso de supervisión para FPGC y SMS XXI y está inscrito en el proceso de certificación, con lo que está trabajando para implementar un modelo de atención que fortalezca el cumplimiento de los criterios del SNS.

El HRAECS mantiene acciones para la mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes, capacitando al personal, lo que le ha permitido acreditar 13 servicios en 2016, Hepatitis C en 2017.

El HRAEPY participa en las acciones de intercambio de servicios a nivel interinstitucional a través de convenios que fortalecen la atención médica integral. Además, preparó su proceso de recertificación en 2017.

Se cuenta con convenios de intercambio de servicios con todos los hospitales de la localidad, asimismo, se tie-

ne una acreditación de 17 patologías que entran como FPGC en la Unidad, asegurando con ello la atención de enfermedades altamente costosas para los pacientes, de tal manera que en el HRAEV se brinda la atención sin cobro directo para ellos.

En el HRAEI se ha mantenido en operación los convenios y atendido a pacientes referidos fortaleciendo sus relaciones con los servicios estatales de salud, apoyando la resolución de las necesidades de la población en la región. En 2016 acreditó 18 servicios incluido CAUSES, emergencia obstétrica, entre otros y se estima lograr en 2017 la acreditación en trasplante de médula ósea, brindando una gama muy amplia de servicios a la población de la región en que se ubica.

El HRAEI atiende la región que incluye 52 municipios del Estado de México y 42 municipios de Hidalgo, también acuden pacientes de los estados de Puebla, Tlaxcala, Morelos, Veracruz y zona oriente del Distrito Federal y está dentro de la red de servicios de salud y se atendieron a más de 10,000 pacientes referidos a los que se les abrió expediente clínico. El conocer la oferta de servicios que otorga el hospital es importante ya que esto permite dar atención segura y oportuna además de hacer usos eficientes de los recursos la comunicación con las demás instituciones es tarea fundamental.

Con esto, se fortaleció la red de servicios de salud o el sistema nacional de hospitales de alta especialidad para los traslados de pacientes hacia el hospital u otras unidades de atención a la salud, en función de la capacidad resolutoria de cada uno de ellos y se actualizó el Directorio de Instituciones así como el registro de los pacientes recibidos y referidos. Se colaboró también, en el proceso de referencia de pacientes al atender las solicitudes de otras unidades de salud y al orientar al paciente valorado o atendido en el hospital para su referencia al segundo o primer nivel de atención médica en función de su patología enviándolo a la Institución más cercana a su domicilio.

En atención a la Instrucción Presidencial 436, emitida en junio de 2016, la Dirección General de Coordinación de Institutos Nacionales de Salud (DGCINS) inició el desarrollo del documento preliminar denominado "Acuerdo por el que se emite el Protocolo de Actuación para la Atención en los Servicios de Atención Médica y Hospitalaria del Sistema Nacional de Salud de las Personas Pertencientes a la Comunidad LGBTI". Como producto del trabajo desarrollado con un grupo de expertos en el tema, coordinado por la DGCINS, el 25 de junio de 2017 se publicó en la página web de la Secretaría de Salud el Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Presta-

ción de Servicios de Atención Médica de las Personas Lésbico, Gay, Bisexual, Transexual, Travesti, Transgénero e Intersexual.

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 2016 al 31 de agosto de 2017, la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud 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 para 2016 en Aguascalientes, Baja California Sur, Chihuahua, Durango, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Tabasco y Yucatán, lo cual representa un incremento en dos entidades con respecto del periodo anterior.
- El análisis de la oferta y la demanda, por tipo de unidad médica, de las instituciones participantes (SESA, IMSS, ISSSTE y HRAE), a partir del cual se identificaron intervenciones susceptibles de intercambio en las 32 entidades federativas.
- Se realizaron talleres interinstitucionales de intercambio de servicios en Guerrero y Morelos, como parte de las acciones de asesoría y seguimiento en favor de la suscripción de convenios específicos de intercambio en las entidades federativas.
- El 2 de marzo de 2017 se firmó el Acuerdo General de Coordinación para el Intercambio de Servicios, por parte de la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE, a partir del cual se llevará a cabo la firma de convenios específicos de intercambio en las entidades federativas.
- En 2017 se han suscrito convenios de coordinación para el intercambio de servicios interinstitucional en los estados de Aguascalientes, Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Durango, San Luis Potosí, Sinaloa y Yucatán.

Como parte de los mecanismos y modalidades del intercambio de servicios no planificado entre las distintas instituciones de SNS, 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 467 unidades médicas resolutorias del IMSS, IMSS-PROSPERA, ISSSTE y Salud, distribuidas en las 32 entidades federativas.

El Convenio tiene como objetivo proveer servicios médicos con oportunidad y calidad en hospitales con capacidad resolutoria a las mujeres que presenten una emergencia obstétrica y a sus recién nacidos sin importar su derechohabencia o afiliación, eliminando las barreras para el acceso efectivo a la atención obstétrica y perinatal.

Con este instrumento se reconoce que recibir atención médica oportuna y de calidad es una prioridad que debe superar las circunstancias sociales, laborales, económicas, geográficas o culturales de la población, sobre todo en condiciones de vulnerabilidad como el embarazo, el parto y el nacimiento.

El total de atenciones registradas del 1 de diciembre de 2012 al 30 de junio de 2017 por las tres instituciones en el Sistema de Registro de Emergencias Obstétricas (SREO) es de 5,158 (3,164 madres y 2,004 recién nacidos). Esta atención expedita se presta sin condicionamiento a algún esquema de aseguramiento o derechohabencia en cualquiera de las instituciones del Sector Salud.

Requirieron atención en unidad de cuidados intensivos 8.3% de las mujeres y 11.6% de los neonatos. En 17.5% de los casos se realizó cesárea de emergencia y 71.5% de los recién nacidos egresaron sanos. Como resultado de la portabilidad interestatal del Convenio, 6% de las atenciones se realizaron en entidades federativas diferentes a la de la residencia habitual de la paciente.

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 Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, 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.

En el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se brindaron en total 1,293 atenciones, en 747 mujeres y 546 recién nacidos, independientemente. En relación con las atenciones efectuadas en el periodo anterior (863), hay una variación de 49% anual.

El 19 de diciembre de 2016 se publicó en el DOF el decreto por el que se adicionan diversas disposiciones al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, con el objeto de regular la atención que el personal médico de las

unidades hospitalarias médica debe brindar a la mujer que presente una urgencia obstétrica. Dichos servicios deberán otorgarse de manera inmediata, continua y de calidad las 24 del día, todos los días del año.

Para hacer más accesibles los servicios a la población, los HRAE aplican permanentemente la política de cero rechazo y mantienen los estándares más altos de calidad de la atención y seguridad de los pacientes. Cerca de 95% de los pacientes atendidos son de niveles socioeconómicos vulnerables. En agosto de 2017 se cuenta con más de 100 servicios acreditados, como el caso del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, que posee 21 acreditaciones que representan el total de su cartera disponible para la atención de enfermedades cubiertas, por lo que están en constante proceso de supervisión para el FPGC y el SMS XXI. En 2017 está inscrito en el proceso de certificación, con lo que está trabajando para implementar un modelo de atención que fortalezca el cumplimiento de los criterios del SNS.

El HRAECS acreditó la atención de padecimientos del CAUSES dentro del Sistema de Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS) asegurando la cobertura de atención de pacientes adultos afiliados al Seguro Popular; también mantiene acreditados todos los gastos catastróficos para la población adulta, como son los derivados de cáncer de mama, cáncer cérvico-uterino, cáncer de colon y recto, cáncer de próstata, linfoma no Hodgking, tumor de ovario, infarto agudo al miocardio, cáncer de testículo. Se encuentra en proceso la acreditación de hepatitis C.

Para ampliar la oferta y ofrecer certeza de la calidad de la atención, el HRAEO tiene como objetivo permanente la acreditación de sus servicios en los diversos padecimientos cubiertos por el FPGC. Se ha consolidado con cinco acreditaciones a través de este Fondo y durante 2017 tiene proyectado acreditar en el CAUSES y FPGC los demás padecimientos que cubre.

El HRAEPY participa en las acciones de intercambio de servicios a nivel interinstitucional con el Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores, Secretaría de Marina, Petróleos Mexicanos, así como municipios de interior del estado a través de convenios que fortalecen la atención médica integral. Otorgando 6,082 atenciones a través del sistema mencionado. Además, preparó su proceso de recertificación en 2017.

El HRAEV cuenta al momento con 17 acreditaciones a través del FPGC a fin de hacer más accesible y oportuna la atención de alta especialidad.

En relación con las patologías acreditadas vigentes para la atención, en el HRAEI se cuenta con 17 del FPGC, 149 procedimientos clínico-quirúrgicos de la cartera SMS XXI y 233 del CAUSES, entre las que destacan las siguientes: trastornos quirúrgicos, congénitos y adquiridos del aparato digestivo, tumores sólidos del sistema nervioso central en la infancia y adolescencia, cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer de colon y recto, tumor ovárico, linfoma no Hodgkin, cáncer de testículo, infarto agudo al miocardio, trastornos congénitos y adquiridos cardiovasculares, trasplante de córnea, hepatitis C, implante coclear, trastornos pediátricos quirúrgicos, congénitos y adquiridos cardiovasculares, trasplante renal pediátrico, neonatos con insuficiencia respiratoria y prematuridad.

Durante el periodo de 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se tramitaron ante las diversas unidades administrativas e instancias de salud para su atención 2,718 peticiones ciudadanas relacionadas con el acceso a los servicios de salud, referente a la afiliación a los diferentes servicios médicos; para recibir atención médica y/o estudios médicos; solicitud de mejora de servicios médicos; remodelación, ampliación o construcción de unidades médicas, y sobre la formalización laboral del personal médico y auxiliar.

Se brindó atención y gestión a las peticiones ciudadanas en materia de salud competencia de la Secretaría de Salud, mismas que se remitieron 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.

El trámite de dichas solicitudes se cumplió en forma, de acuerdo con lo establecido en las reglas para su trámite de la Dirección General de Atención Ciudadana de la Presidencia de la República. Esta evalúa de forma mensual a la Dirección de Gestión de Peticiones Ciudadanas y Promoción Social en relación con el grado de cumplimiento brindado a las diversas peticiones remitidas para su atención, y se ve reflejado en las evaluaciones emitidas por la Dirección General mencionada, dando un promedio anual de 10.

Con la finalidad de favorecer el acceso efectivo a los servicios de salud de primer y segundo nivel para las personas que no cuentan con seguridad social, de septiembre de 2016 a junio de 2017 el Programa IMSS-PROSPERA otorgó 20,216,757 consultas; atendió 845,638 urgencias; tuvo 197,578 egresos hospitalarios y 87,627 in-

tervenciones quirúrgicas, y registró un promedio de 81% de ocupación en sus 80 unidades hospitalarias. Asimismo, se realizaron 7,819,707 estudios de laboratorio y 284,445 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 con el apoyo del IMSS en su régimen obligatorio. En el periodo se realizaron 17 de estos encuentros en las especialidades de ginecología oncológica (5), oftalmología (4), cirugía reconstructiva (2), urología (2), cirugía pediátrica (1), cirugía reconstructiva pediátrica (1), ortopedia (1) y ortopedia pediátrica (1), como resultado de los cuales fueron valoradas 8,686 personas y se realizaron 2,488 procedimientos quirúrgicos.

Son muy diversas las acciones destinadas a **fortalecer los recursos para la salud que permitan mejorar la capacidad resolutoria en las unidades de atención**. En los HRAE, las posibilidades de mantener e incorporar los recursos médicos y tecnológicos que permitan la atención de alta especialidad requieren del trabajo permanente de su personal por realizar los mayores esfuerzos, con una vinculación total y continua con la red de servicios de la región.

Los HRAE tienen cursos de especialidades troncales y cursos de alta especialidad con más de 327 residentes en formación.

En el HRAEB se cuenta con un departamento específico que vigila la recuperación financiera de los programas FPGC y SMS XXI así como un departamento de costos y cobranzas que monitorea la recuperación económica de cada uno de los convenios con los que cuenta el hospital.

El CRAHEP habilitó el área de hemodinamia con equipamiento y personal médico y de enfermería, que realizará cateterismos diagnósticos y terapéuticos en niños con patología cardíaca.

El HRAECS mantiene participación activa dentro del comité estatal del sistema de referencia y contrarreferencia, y aplica criterios abiertos para la aceptación de pacientes desde primer nivel de atención sin que tengan que pasar por un segundo nivel de atención.

En 2016, en el HRAEO rotaron 21 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 22 eventos de educación médica continua, así como la celebración

del X aniversario del HRAEO con una jornada académica en la que hubo 1,958 asistentes.

El HRAEPY a través de sus servicios de atención fomenta la disponibilidad de equipamiento y de recurso humano en especialidades de tercer nivel para la atención de la población de la región. A través de 11 proyectos de inversión que se solicitaron se busca la renovación del equipamiento. Asimismo, se cuenta con la especialidad de cirugía de tórax, única en la región.

En el HRAEV se dispone de las especialidades y la infraestructura para dar solución a las necesidades de los pacientes con cursos únicos en el estado. Se tienen cursos avalados por la UNAM y la universidad del estado. Por las restricciones económicas no se han podido abrir las especialidades de medicina interna, medicina del paciente en estado crítico y neonatología. Sin embargo, se cuenta con la formación de residentes en las especialidades de radiología e imagen, pediatría y cirugía, entre otras con alto grado de eficiencia terminal en los cursos.

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 seis cursos de posgrado de alta especialidad.

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. En el actual ciclo académico cuenta con 70 residentes y se graduará a inicios de 2018 la primera generación de especialistas.

El HRAEI tiene entre sus funciones principales la formación de recursos humanos altamente calificados en las principales áreas de la especialidad médica, a través de programas académicos de educación médica continua, maestrías y cursos de especialización médica y que responda a las necesidades de salud de la población asistida. Por ello, con base en la morbimortalidad que presenta esta región de influencia se ha priorizado la creación de cursos de especialización médica en diferentes disciplinas. Entre los cursos de especialización están: Alta Especialidad de Cirugía de Columna vertebral, Especialización médica en Ginecología y Obstetricia, Especialización médica en Cirugía general, Especialización médica en Urología, Especialización médica en Medicina interna.

El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), con financiamiento del Insti-

tuto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, creó la Unidad Metabólica para apoyo del paciente diabético. La operación de esta unidad beneficiará tanto a los pacientes diabéticos como a los médicos de la institución.

Se remodeló la Unidad de Tococirugía del Hospital de la Mujer (HM) para proporcionar servicios de calidad en la atención del parto y del recién nacido.

El 10 de mayo de 2017 se realizó una ceremonia para la entrega de una ambulancia y equipo médico a través del Voluntariado Nacional de Salud, con lo cual se fortalecen los recursos que dispone la el HM para mejorar su capacidad resolutive.

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) actualizó el “Modelo de equipamiento para un contact center en salud”, desarrolló las políticas generales de telesalud y realizó el documento de indicadores de gestión. El objeto de estas medidas es proveer al SNS elementos técnicos para la implementación y gestión de la telesalud que favorezca el acceso efectivo a servicios de salud.

Por otra parte, en el CRAEHEP se estableció un vínculo con el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez para la revisión de casos clínicos de pacientes pediátricos con patología cardíaca, el cual se mantiene y ha permitido la atención oportuna de pacientes de escasos recursos.

En el HRAEPY se realizan reuniones mensuales presenciales y/o a través de videoconferencia con la CCINSHAE, donde se establecen los lineamientos para una atención estandarizada en los hospitales que conforman la red de hospitales federales. Participan los directores médicos y directores de operaciones de los Institutos Nacionales de Salud (INSALUD), Hospitales Federales de Referencia (HFR) y HRAE del país.

En el HRAEV se cuenta con la infraestructura para fortalecer las acciones de telemedicina con los hospitales de la región.

El HRAEI posee la infraestructura para la dar atención a través de la red digital que ha proporcionado servicios a diversas instituciones del Estado de México. Además, se ha propuesto contribuir al fortalecimiento del Sector Salud mejorando la accesibilidad a los servicios de alta especialidad a través de las tecnologías de la información y telecomunicaciones para el diagnóstico, tratamiento oportuno, seguimiento y control de la salud de la población, sin importar su lugar de residencia.

El HGM ofrece actividades a distancia y semipresenciales que facilitan el acceso a la educación y capacitación en salud a través de su campus virtual.^{1/}

La Dirección de Educación y Capacitación en Salud a través del Centro Electrónico de Información e Investigación Documental para la Salud coordina las actividades del HGM-TV, el canal para generar, compartir y divulgar el conocimiento generado por el Hospital General de México.^{2/}

En la tarea de **adecuar los servicios de salud a las necesidades demográficas, epidemiológicas y culturales de la población** los HRAE han realizado esfuerzos por ofrecer servicios que no habían estado disponibles en las regiones, con la incorporación de cerca de 300 especialistas egresados de los INSALUD y los HFR, además de prestigiadas instituciones educativas estatales. Esto ha contribuido a la retención de los médicos y una mejor distribución del personal altamente capacitado.

En el HRAEB se realiza una revisión y actualización constante de la cartera de servicios del Hospital. En el HEP y el HRAECS del Centro Regional de Alta Especialidad (CRAE) se lograron apoyos a pacientes de través de unidades consulares a efecto de asegurar la atención a la salud.

Los servicios médicos del HRAEO se programan con base a la morbilidad 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.

El HRAEPY oferta los servicios de atención en materia de salud a través de la cartera de servicios tomando en consideración las necesidades de la región, como las principales causas de morbilidad, y procurando la cobertura de tercer nivel de atención. Ofrece atención para 867 padecimientos en 30 especialidades, ocho gabinetes donde se realizan 98 estudios específicos, además de servicios de radiología e imagen y laboratorio, con un total de 288 pruebas.

El HRAEV, por su parte, realiza difusión permanente de su cartera de servicios para que toda la población objetivo la conozca. Se llevan a cabo campañas permanentes de toma gratuita de muestras para Papanicolau, mastografías y densitometría ósea.

Para el propósito de **fortalecer las acciones de donación de órganos y los trasplantes**, los HRAE son una alternativa regional. De 2012 a 2017 se llevaron a cabo cerca de 700 trasplantes en seis de los siete hospitales. El HRAEI mantiene un exitoso programa de procuración de órganos.

Desde el inicio del programa de trasplante renal y hasta el periodo del cual se informa, se han realizado más de 800 trasplantes renales, de los cuales 50% fueron de donador cadavérico.

En el CRAEHEP se realizó el primer diplomado de Coordinadores de Donación Hospitalaria con Fines de Trasplante en conjunto con la UNAM y el Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA) del 15 de agosto al 23 de septiembre de 2016. Egresaron nueve médicos coordinadores que impulsarán el programa a escalas estatal y nacional.

El HRAECS capacitó a un médico oftalmólogo en la alta especialidad de córnea, con lo que se está elaborando el proyecto del trasplante de córnea con personal propio del hospital. El programa de trasplante renal continúa operaciones con personal propio.

En el HRAEO, en 2016 se contrataron dos cirujanos especialistas en trasplante renal y un coordinador de donación. Durante el periodo del 1 septiembre de 2016 al 30 de agosto de 2017 se han realizado cuatro trasplantes renales de donador vivo relacionado.

El HRAEPY cuenta con la Coordinación de Trasplantes, servicio a través del cual se lleva a cabo todo el proceso para el trasplante con procuraciones orgánicas y se fomenta la cultura de donación de órganos. Por otro lado, se ha realizado la vinculación necesaria para formar parte de la red de hospitales de donación. Se efectuaron en total de 30 trasplantes: cinco de riñón y 25 de córnea.

El HRAEV dispone de área de trasplantes, que está enfocada a la promoción de la cultura de la donación de órganos. En el periodo comprendido entre agosto de 2016 y abril de 2017 se realizaron cuatro trasplantes renales, tres en el periodo de agosto a diciembre de 2016 y uno en abril de 2017.

El HRAEI, a través de la Unidad de Trasplantes, llevó a cabo campañas en beneficio de la cultura de la donación de órganos y tejidos con fines de trasplante, mismas que se encuentran coordinadas por un equipo multidisciplinario de salud, el cual impartió pláticas informativas y difundió diversos materiales complementarios. También se realizaron cuatro sesiones generales, se impartió el

^{1/} <<http://campusvirtual.ceids-hgm.mx/>>.

^{2/} Disponible en: <<http://www.television.ceids-hgm.mx/>> o en el sitio de YouTube a través de <http://www.youtube.com/user/HGMTelevision>.

tercer curso de donación de trasplantes al que acudieron todos los jefes de los programas de trasplantes de los hospitales e institutos nacionales que integran la CCINS-HAE y se becó al personal del HRAEI (aproximadamente 60 personas) con aval de la UNAM.

Se está estableciendo un convenio de colaboración con la Fundación Carlos Slim y actualizando el convenio con el Banco de Tejidos del Estado de México, con el objeto de aminorar los costos del trasplante para el paciente.

Se han realizado 58 procuraciones, de las cuales 14 fueron multiorgánicas en muerte encefálica y 44 en paro cardiaco. Se realizaron cinco trasplantes de córneas y uno de riñón, y se realizaron cuatro implantes de hueso.

Se ha beneficiado a 41 pacientes, a quienes se les realizó un trasplante exitoso de algún órgano (corazón, hígado y riñones), más de 20 pacientes mejoraron su calidad en agudeza visual por un trasplante de córnea y más de 100 por trasplante de algún otro tejido (válvulas cardiacas, piel y tejido musculoesquelético).

La DGCHRAE ha participado durante 2017 en la integración de programa que favorecerán la procuración de órganos y la realización de trasplantes, apoyando las labores rectoras del CENATRA.

Los HFR descentralizados continúan promoviendo la donación altruista de órganos de cadáver y procurando la donación de órganos en otras Unidades.

En el HGM se incrementaron los trasplantes (77) en 37.5%, 21 más que en el mismo periodo de 2015 (56), destacando los trasplantes renales en 33.3%, nueve más que en el año anterior, y los de córnea con 11 más (40.7%).

En particular, dentro de los trasplantes renales y hepáticos, se realizaron un total de 39 trasplantes (10 más que en el mismo periodo de 2015), 20 nefrectomías (16 más), 13 procuraciones multiorgánicas (cuatro más) y 1 hepatectomía (1 menos) a un total de 73 pacientes que oscilan entre los 18 y 59 años de edad, 52% del sexo masculino y 48% del sexo femenino.

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, en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos durante 2016 el CENATRA realizó 2,126 trasplantes renales de donador vivo y 844 de donador fallecido, lo que arrojó un total de 2,970 trasplantes. Asimismo, al mes de junio de 2017 se han reportado un total de 939 trasplantes renales

(861 de donante vivo y 372 de donante fallecido). Por otro lado, entre los múltiples tipos de trasplante se reportaron durante 2016 un total de 3,491 trasplantes de córnea (2,597 nacionales y 894 importadas), y al corte del mes de junio de 2017 se han realizado 1,133 trasplantes corneales (1,070 de origen nacional y 338 importadas).

En lo que corresponde a la donación de órganos y/o tejidos de personas fallecidas, en 2016 se llevaron a cabo un total de 1,986 donaciones, de las cuales 507 correspondieron a donaciones concretadas con diagnóstico de muerte encefálica y 1,479 fueron donaciones concretadas con diagnóstico de paro cardiaco irreversible. Asimismo, al mes de junio de 2017 se han reportado 811 donaciones; 225 concretadas por muerte encefálica y 586 por paro cardiaco irreversible.

En materia de capacitación y enseñanza, durante el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se realizaron cinco ediciones del Diplomado para la Formación de Coordinadores Hospitalarios de Donación de Órganos y Tejidos con fines de Trasplante. Se dio capacitación a 307 profesionales: 82 médicos adscritos a servicios de hospitalarios, 102 profesionales de diversas disciplinas y 141 médicos pasantes de servicio social; estos últimos fortalecieron a 30 establecimientos de salud de diferentes instituciones que poseen programas de donación y trasplante.

En el mismo periodo se dio capacitación a 652 profesionales de las agencias de ministerios públicos de Morelos y Guerrero, a fin de impulsar la agilidad en la resolución de los procesos de donación que involucran casos ministeriales.

En junio de 2017 se realizó el “Primer curso teórico-práctico de nefrectomía laparoscópica mano asistida (modelo cadáver)”, que se destaca porque la práctica quirúrgica se realizó por primera vez en un modelo humano, gracias a la colaboración con la Facultad de Medicina de la UNAM. En este curso se capacitaron 11 médicos con especialidad en el área quirúrgica.

Para promover la difusión del tema de donación entre la población, en el periodo de septiembre de 2016 a mayo de 2017, se realizaron tres cursos de formación de promotores líderes de la donación, con lo cual se capacitó a 103 profesionales de la salud y miembros de OSC originarios del estado de Morelos.

Como parte de los estrategias interinstitucionales para fomentar la cultura de donación, se realizaron cursos breves para profesionales de la UNAM y del Programa de

Inclusión Social PROSPERA, con lo cual se capacitaron a 95 profesionales.

El 22 de septiembre de 2016 se conmemoró el Día Nacional de la Donación y Trasplantes con una ceremonia presidida por el Secretario de Salud, quien estuvo acompañado de la titular de la Procuraduría General de la República (PGR) y del rector de la UNAM. Durante la celebración se firmaron acuerdos de colaboración con la PGR y la UNAM para fortalecer los procesos de donación y la difusión, respectivamente, y se hizo entrega de tres “Reconocimientos al Mérito y Altruismo” a las familias donadoras al favorecer con su decisión a personas que se encontraban en espera de un órgano o tejido para salvar su vida. Asimismo, se hizo entrega de reconocimientos al IMSS y al ISSSTE por su desempeño en el programa de donación y trasplantes y un “Reconocimiento al mérito profesional”. A esta celebración acudieron 400 personas, entre las que se encontraron funcionarios de la PGR, la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, autoridades de diferentes instituciones, de la UNAM, OSC, profesionales de la salud, academias de medicina y directivos de universidades.

En seguimiento de la Guía de Acciones de Transparencia Focalizada 2016 se atendió la totalidad de los compromisos programados para el ejercicio, con lo que se logró una calificación final de 100% emitida por la Secretaría de la Función Pública (SFP).

En diciembre de 2016, con la finalidad de fortalecer la coordinación del Subsistema de Donación y Trasplantes, el CENATRA realizó la segunda reunión nacional anual con los Centros Estatales de Trasplantes, Consejos Estatales de Trasplantes (CEETRAS y COETRAS, respectivamente) y coordinadores institucionales. Acudieron a esta reunión directores y secretarios técnicos de los CEETRAS y COETRAS de 21 entidades federativas y representantes de PEMEX, SEDENA, IMSS, ISSSTE y SEMAR. Entre los acuerdos tomados en la reunión se contempla la actualización de la información relacionada con los procesos de donación y trasplantes en el SIRNT.

Para tener una mayor comunicación con los representantes de las entidades federativas e instituciones, durante noviembre se dio inicio a las reuniones a distancia a través de Skype, abordando temas de seguimiento a las actividades diarias como la actualización en el Registro Nacional de Trasplantes, actividades de comunicación y difusión y el seguimiento a la primera reunión nacional entre otros.

En junio de 2017 el CENATRA organizó la primera reunión nacional con los Centros, Consejos Estatales de Trasplantes y Coordinadores Institucionales. Participaron los secretarios estatales de Salud de Jalisco e Hidalgo,

así como los representantes de las secretarías de Salud de Baja California, Chihuahua y Durango. Asistieron representantes de los CEETRAS y COETRAS de 28 entidades federativas,^{3/} así como autoridades del IMSS, ISSSTE, PEMEX, Hospital General Naval y de la COFEPRIS. Los temas tratados en estas reuniones contribuyen a consolidar el Subsistema Nacional de Donación y Trasplantes por la relevancia e impacto en su aplicación.

En marzo de 2017 se realizaron tres reuniones regionales a distancia, en las que participaron 28 entidades federativas y cinco instituciones de salud. Ahí se abordó el tema de una herramienta de calidad para el uso de los establecimientos con licencia sanitaria, los avances en la actualización de la información en el Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes, y se dio seguimiento a los acuerdos de las reuniones de 2016. De estas reuniones se estableció como principal acuerdo el seguimiento a la aplicación de una herramienta para medir la calidad en los procesos de donación y trasplantes, que contribuirá a favorecer los resultados en estos procesos.

Durante el primer trimestre de 2017 se implementó también la comunicación a través de un grupo de CENATRA con los CEETRAS, COETRAS y coordinaciones institucionales por medio de una aplicación telefónica. Con esta comunicación se comparten noticias sobre donación y trasplantes y se mantiene una comunicación inmediata, interactiva, dinámica y permanente que favorece el contacto con los representantes de las entidades federativas e instituciones de salud. Durante el segundo trimestre, a través de dicha aplicación telefónica el CENATRA, las entidades federativas y las instituciones comparten notas periodísticas, convocatorias a congresos, cursos, carreras y otros materiales que apoyan la difusión del tema en el Subsistema.

Asimismo, este órgano desconcentrado, atendiendo a la obligación señalada en el artículo 339 de la Ley General de Salud, relativa a notificar a la COFEPRIS las posibles irregularidades detectadas con motivo de las atribuciones que le son inherentes, colabora de manera conjunta con este organismo y con la Secretaría de la Función Pública para brindar certeza jurídica a los procesos de donación y trasplante.

Cabe señalar que al mismo tiempo se han reforzado los lazos de colaboración con la PGR, al participar en las confe-

^{3/} Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chihuahua, Ciudad de México, Coahuila, Durango, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

rencias de Procuración de Justicia de Centro, Occidente y Zonas Noreste y Noroeste, de lo que se derivó el acuerdo para que los procuradores de las zonas mencionadas instruyeran a sus Ministerios Públicos a efecto que le dieran pronta atención a los casos médicos legales y las familias no tengan que acudir a las agencias del Ministerio Público.

Dentro de los compromisos de atención a la Ley de Transparencia y Acceso a la Información el CENATRA atendió en tiempo y forma 245 solicitudes de información en el ejercicio fiscal 2016, referidas a través del Instituto Federal de Acceso a la información y Protección de Datos.

Asimismo, la Dirección General de Tecnologías de la Información (DGTI) apoyó al Centro Nacional de Trasplantes en la configuración de servidores y software, ambientes de producción y preproducción para el desarrollo de un nuevo Sistema Nacional de Trasplantes.

Con respecto al compromiso de **brindar atención médica, psicológica y servicios integrales a las víctimas asegurando que se respeten sus derechos humanos**, se han alcanzado los siguientes avances:

En el HRAEB se brinda atención integral a todos los pacientes acorde al diagnóstico de cartería; en el caso específico de los pacientes referidos como víctimas del delito, se les brinda atención como pacientes vulnerables asegurando el respeto de sus derechos.

Entre el personal de trabajo social y admisión hospitalaria de los hospitales del CRAHEP y Centro Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud de Chiapas (CRAECS) se fortaleció la sensibilización en torno a los derechos de las víctimas través de sesiones de enseñanza que abordan los temas de migración, derechos humanos y atención a víctimas por instancias especializadas.

El HRAE CS realizó en julio de 2017 el primer curso de Derechos Humanos en Salud para el personal de los turnos matutino y vespertino, con el apoyo de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). Ahí se ofreció capacitación en temas como el marco legal, responsabilidades de los servidores públicos, atención de quejas y recomendaciones realizadas por la Comisión a las instituciones.

En el HRAEO se ha difundido información sobre atención a víctimas y trata de personas; aún no se ha contado con registro de atenciones relacionadas.

El HRAEPY ha realizado vinculación con instancias específicas para la derivación de pacientes (víctimas) que requieran atención personalizada en materia de respeto a los derechos humanos.

Se han llevado a cabo capacitaciones a todo el personal del HRAEV, incluyendo Trabajo Social con respecto a la Equidad de Género, el cual finalizó en octubre de 2016. Asimismo, en junio de 2017 se efectuó el Congreso Nacional “La intervención social con un enfoque intercultural”.

Se han realizado una serie de capacitaciones a todo el personal del HRAEV incluyendo Trabajo Social con respecto a la Equidad de Género, el cual finalizó en octubre de 2016, asimismo, se realiza el Congreso Nacional en el mes de junio de 2017 en el HRAEV, denominado “La Intervención Social con un Enfoque Intercultural”.

En este mismo contexto, la DGCHRAE ha difundido el marco legal sobre el tema y promovido que se cumpla en los HRAE con la capacitación del personal y la atención de pacientes. En colaboración con otras áreas de la SS ha asesorado en casos específicos.

La Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia (DGCHFR) continúa fomentando la difusión de este importante tema. Durante el 4º Encuentro Académico (mayo de 2017) presentó la conferencia magistral: Hacia la Creación de Políticas Públicas de Protección del Derecho a la Salud de las Víctimas de Trata de Personas a través de la Dirección General del Programa contra la Trata de Personas de la Quinta Visitaduría de la CNDH.

El HM lleva a cabo la concertación y colaboración con el Servicio para la Atención de la violencia de Género, enfocado al tratamiento y seguimiento de pacientes que requieren de atención psicológica provocado por actos de violencia sexual o familiar, para así realizar un trabajo interdisciplinario de acuerdo a las necesidades del paciente.

Estrategia 2.2

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

Para **impulsar acciones de coordinación encaminadas a mejorar la calidad y seguridad del paciente en las instituciones de salud**, la DGCHRAE ha mantenido un programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente que desde 2012 a 2017 ha favorecido la colaboración entre los HRAE y apoyado el logro de las acreditaciones. En coordinación con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) se establece el programa de

evaluaciones. De esta manera se ha logrado que el HRAEB tenga 21 acreditaciones en constante proceso de supervisión para FPGC y SMS XXI. El propio hospital concluyó un arduo proceso y está inscrito para la evaluación de certificación, para implementar un modelo de atención que fortalezca el cumplimiento de los criterios del SNS.

En el CRAEHEP y en el HRAECS se mantienen las acciones de Aval Ciudadano, Sistema Unificado de Gestión (SUG) con el objetivo de mejorar la calidad percibida. Se cuenta con el módulo correspondiente así como con actividades para la reducción de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS). Se cuenta con los paquetes preventivos como una cultura de medición de la calidad en salud. Se ha adoptado la herramienta del modelo de evaluación del expediente clínico en apego a la NOM-004-SSA3-2012 con el propósito de mejorar la calidad de los registros.

El HRAEO, con el fin mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente, promueve que el personal participe en el programa anual de estímulos a la calidad; además, realizó 10 planes de mejora en áreas de enfermería.

El HRAEPY cuenta con la certificación por parte del Consejo de Salubridad General (CSG) y se encuentra en proceso de recertificación.

El Comité de Calidad y Seguridad del Paciente del HRAEV se mantiene sesionando de manera programada de acuerdo a su calendario de sesiones, asimismo se cuenta con 17 patologías acreditadas como FPGC.

Al respecto, la DGCINS coordina las reuniones de directivos de calidad de las unidades coordinadas por la CCINS-HAE, las cuales se realizan mensualmente y tienen como propósito dar a conocer las buenas prácticas implementadas en los Institutos.

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 líneas es la 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 11^a generación concluyó y actualmente se está cursando la 12^a y 13^a generación. La matrícula por cada curso es de 35 personas.
- Con periodicidad anual se realiza el Foro de Seguridad Sanguínea con diversas temáticas, así como 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. Las tres últimas sedes fueron Nuevo León, la Ciudad de México y Yucatán.

El CNTS realiza además, un examen de idoneidad con periodicidad trimestral, 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, al cual se convoca a la totalidad de los bancos de sangre. Hubo un incremento en la participación de 1% en serología y 11% en inmunohematología entre los periodos 2015-2016 y 2016-2017. En el primer caso la participación pasó de 398 a 401 bancos, y en el caso de inmunohematología de 382 a 427.

En noviembre de 2016 el HM llevó a cabo, en coordinación con la Dirección General de Información en Salud, la implementación del Certificado Electrónico de Nacimiento, el cual se encuentra aún en prueba.

También la sala de espera del área de Urgencias fue remodelada para que los familiares de las pacientes reciban la información oportuna y clara del estado físico de su familiar, con un módulo independiente para dicho trámite.

Se implementaron, además, las prácticas encaminadas a la realización del parto humanizado como una opción más en la atención de la paciente obstétrica.

Para el registro de los eventos adversos y centinela que se presentan en la unidad, se implementó un sistema que permite su registro de forma confiable, oportuna y confidencial.

Por su parte, el Modelo de Seguridad del Paciente del CSG ha evolucionado dentro del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, desde el año 2009, cuando se publicaron por primera vez los Estándares para evaluar hospitales. Hoy en día, se ha incluido a otros establecimientos no hospitalarios (clínicas de atención primaria y consulta de especialidades, unidades de hemodiálisis y establecimientos de atención estomatológica). Este organismo trabaja con las organizaciones para desarrollar una cultura de seguridad del paciente.

El proceso para la implementación del Modelo es voluntario, por lo que para comunicar las actividades a desarrollar como parte de su ejecución se realizan diversos cursos y talleres. Una vez que los establecimientos de atención médica consideran que la implementación del Modelo se ha cumplido y que la mejora continua está presente, se inicia el proceso de certificación con la inscripción para ser sometidos a una evaluación de manera posterior. A través de la evaluación se identifica el cumplimiento de estándares y criterios específicos, con enfoque de sistema, de acciones y barreras de seguridad analizadas acorde al contexto de la organización, a fin de brindar atención a la salud segura y de calidad a todos los pacientes; en un marco de mejora continua.

El CSG, por medio del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, a fin de lograr el objetivo de garantizar el acceso a los servicios de salud de calidad, realizó las siguientes actividades: dictamen de certificación emitido a 78 establecimientos de atención médica, plazo perentorio de seis meses otorgado a 34 establecimientos que se encontraban en espera de cumplir estándares y observaciones de evaluación y No Certificó a siete establecimientos. Todas estas actividades corresponden a las 32 entidades federativas, como se muestra en el cuadro adjunto.

Por otra parte, se realizó el Foro Nacional e Internacional por la Calidad en Salud y segundo Foro Latinoamericano de Calidad y Seguridad en Salud con el objetivo de presentar las experiencias de éxito nacional e internacional en la obtención de los resultados de valor que incrementan la calidad de la atención en salud, se contó con la participación de más de 3,000 personas registradas de diferentes disciplinas: médicos, enfermeras, químicos, trabajadores sociales, odontólogos, actuarios, contadores públicos, entre otros.

Participaron las 32 entidades federativas, las instituciones del sector: IMSS, ISSSTE, SNDIF, SEDENA, SEMAR, PEMEX, INSALUD, HFR, HRAE, Servicios de Atención Psiquiátricas y hospitales privados entre otros. Durante el foro se contó con 56 ponentes, 31 internacionales y 25 nacionales, en 21 sesiones, ocho de ellas magistrales, y 13 sesiones simultáneas, coordinadas por 19 personalidades reconocidas en el ámbito de la calidad y seguridad del paciente. Hubo ponentes de Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, Escocia, Estados Unidos, Inglaterra, Japón y México. Con la finalidad de facilitar el acceso a información del evento, se desarrollaron herramientas informáticas que facilitaron el acceso al foro, como la aplicación para los dispositivos móviles y transmisión en tiempo real vía internet del Foro, permitiendo la conexión a distancia del personal de salud.

CUADRO III.2.1 CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Dictamen/ Establecimiento	Certificado	Plazo Perentorio	No certificado	Total
SS	1	1	-	2
IMSS	3	-	-	3
ISSSTE	1	-	-	1
PEMEX	12	-	-	12
SEDENA	-	-	-	-
SEMAR	-	-	-	-
IMSS-PROSPERA	1	1	-	2
Privados	44	27	6	77
TOTAL	62	29	6	97

FUENTE: Actas de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de atención Médica. Datos actualizados al 10 de mayo de 2017.

Durante la ceremonia de inauguración se entregaron el Premio Nacional de Calidad en Salud y el Reconocimiento al Mérito por la Mejora Continua, así como el premio a la calidad por parte del PEMEX y el IMSS, y el reconocimiento de la estrategia de Prospera Digital, entregándose los reconocimientos oficiales a las unidades ganadoras.

También en el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 31 de agosto de 2017 la DGTI apoyó al HGM en la operación del paralelo del Sistema Institucional de Administración y Finanzas, el cual 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 (CONAC).

Entre los módulos de este sistema, se encuentran Almacenes y Adquisiciones, que facilitan los procesos relacionados al aprovisionamiento de medicamentos.

En materia de armonización contable y en cumplimiento del Acuerdo 1 del CONAC se actualizó la normatividad elaborada por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP) y parametrizada en la plataforma tecnológica del proyecto Babel. Asimismo, se llevaron a cabo reuniones de trabajo con diferentes Entidades para la asesoría en el cumplimiento de lo establecido en la Ley General de Contabilidad Gubernamental, el CONAC y la Unidad de Contabilidad Gubernamental de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).

Del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017, el ISSSTE continuó con el proyecto de fortalecimiento de los servicios de urgencias, a través de la implementación del sistema de triage en 38 clínicas hospital, 18 hospitales

generales y en los 15 hospitales regionales del Instituto. Con ello se logró cubrir 79.9% del total de las unidades médicas del segundo y tercer nivel.

Del total de urgencias atendidas y calificadas, 79.08% corresponde a urgencias sentidas y 20.91% a urgencias reales.

Es importante destacar que en cumplimiento de la NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud, los Hospitales Regionales y Hospitales Generales ya cuentan con un jefe de urgencias. Adicionalmente se realizaron las siguientes acciones para fortalecer el sistema de triage:

- Se capacitó a 220 personas de las áreas administrativas, enfermería y médicos del servicio de urgencias de las unidades en que operó el sistema.
- Se generó una página de Internet para urgencias y un correo electrónico para dar asesoría a los grupos de urgencias institucionales (urgencias@issste.gob.mx).

Por otro lado, en relación con el Modelo de Seguridad del Paciente del CSG, durante el periodo comprendido del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017, se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Se otorgaron 53 asesorías a las unidades médicas del Instituto en proceso de certificación.
- Se realizaron 17 cursos mediante los cuales se capacitó a 593 profesionales en el Modelo de Seguridad del Paciente del CSG. Asimismo, el Instituto desarrolló materiales de apoyo para un mejor entendimiento de dicho modelo, como: cuadernos de trabajo, formatos, infografías, desarrollo de procesos, entre otros.

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:

- Durante el último trimestre del 2017 se participó en seis reuniones regionales en los estados de Chiapas, Morelos (17-19 de octubre), Nuevo León (9-11 de noviembre), Chiapas (16-18 de noviembre), Querétaro (30 de noviembre-2 de diciembre), Jalisco (5-7 de diciembre) y Sonora (del 13 al 15 de diciembre). En esas reuniones se dio una amplia difusión al Modelo de Gestión de Calidad en Salud con los representantes de calidad de las entidades federativas e instituciones del sector, cuya finalidad fue capacitar a los asistentes con el propósito de desarrollar e incrementar habilidades que permitan mejorar el desempeño durante las evaluaciones con fines de calidad que se realizan a los establecimientos y a los procesos clínico-administrativos que inciden en la prestación de servicios de atención médica.
- Como parte del Programa S202 Calidad en la Atención Médica 2017, el 9 de mayo de este año se llevó a cabo la sesión ordinaria de Comité Sectorial para el Reconocimiento de la Calidad, en la que se acordó el dictamen para otorgar el Premio Nacional de Calidad en Salud 2017 a cuatro establecimientos por haber demostrado el mayor grado de madurez en la implementación del Modelo de Gestión de Calidad en Salud. También se acordó dar el Reconocimiento al Mérito por la Mejora Continua a la Comisión de Control Analítico y Ampliación de Cobertura de la Ciudad de México por haber demostrado el mayor avance respecto a su propia evaluación en la implementación del Modelo de Gestión de Calidad en Salud en el año inmediato anterior. El monto total otorgado para ambos reconocimientos es de 1,950,000 pesos.
- En marzo de 2017 se llevó a cabo la reunión interinstitucional para la implementación del Modelo de

CUADRO III.2.2 PREMIO NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD 2017

Núm.	Categoría	Unidad ganadora	Dictamen
1	Unidades de Primer Nivel de Atención	Clínica Tampico, PEMEX, Tamaulipas	Ganadora
2	Hospitales Generales y de Especialidad	Clínica Hospital Naranjos, PEMEX, Veracruz	Ganadora
4	Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento	Centro Jalisciense de la Transfusión Sanguínea	Ganadora
5	Áreas Administrativas y de Calidad	Subdelegación Naucalpan, Delegación Estado de México Poniente	Ganadora

NOTA: La categoría 3: Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Regionales, Hospitales de Alta Especialidad, Hospitales Federales de Referencia se declaró desierta.

FUENTE: Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

Gestión de Calidad en Salud y para el fortalecimiento de los mecanismos para la evaluación y la visita de verificación en campo del Premio Nacional de Calidad en Salud y el Reconocimiento al Mérito por la Mejora Continua 2017. En esa reunión se capacitó a 125 servidores públicos que impulsarán la implementación del Modelo de Gestión de Calidad en Salud en los SESA, la CCINSHAE, el IMSS, el ISSSTE, PEMEX y el SNDIF.

- A fin de dar cumplimiento a lo establecido en las Reglas de Operación del Programa S202 Calidad en la Atención Médica, en relación a que los establecimientos ganadores del Premio Nacional de Calidad en Salud capacitaran a otros establecimientos: se realizaron cuatro capacitaciones durante diciembre de 2016 con una asistencia total de 178 servidores públicos en cuatro sedes, (INER, Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos, Centro de Seguridad Social de Yucatán y Hospital Ángeles Tijuana). El número de unidades representadas en las cuatro sedes tuvo un alcance a 74 establecimientos, de los cuales 45 fueron unidades hospitalarias y las 29 unidades en complemento representaron áreas administrativas o de apoyo en salud en las entidades federativas.

Derivado de la participación en la Convocatoria de Financiamiento de Proyectos de Mejora de la Calidad, del Programa Calidad en la Atención Médica 2017, se dictaminó el financiamiento por 2,940.84 miles de pesos a un Proyecto de Gestión en Red, 733.35 miles de pesos a tres Proyectos de Capacitación y 974.48 miles de pesos a cuatro Proyectos de Investigación.

Como mecanismo de evaluación en la implantación de estrategias de mejora, en el primer cuatrimestre de 2017, 10,994 unidades médicas del Sector Salud reportaron resultados en el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS).

Con la colaboración de la Dirección de Enfermería se desarrollaron los Paquetes de Prevención de las IAAS relacionadas con dispositivos: neumonías asociadas a ventilación mecánica, infección del torrente sanguíneo asociado a terapia intravenosa e infecciones de vías urinarias ligada a sonda vesical, así como las relacionadas a sitio quirúrgico.

Se diseñaron, construyeron y difundieron formatos diarios, mensuales y cuatrimestrales, así como el instructivo para la recolección de información y registro de los Indicadores de IAAS dirigido al personal encargado del INDICAS en las entidades de la República Mexicana.

Gracias a un esfuerzo por mejorar la participación ciudadana en los procesos de atención médica, se cuenta con

14,798 Avales Ciudadanos instalados en 14,506 unidades en el SNS.

De 2009 a junio de 2017 se firmaron 139,592 Cartas Compromiso para la mejora de la Calidad y el Trato Digno a los usuarios, con un cumplimiento de 61.79% en los compromisos ahí establecidos. De septiembre de 2016 a junio de 2017 se han firmado 13,695 cartas compromiso, de las cuales se ha reportado la atención de 8,554.

En 2016 se realizó la contraloría social a 30 unidades ganadoras de Proyectos de Mejora de la Calidad en la Atención Médica y del Premio Nacional de Calidad del Ejercicio Fiscal 2015, lo que representa 100 por ciento.

En 2015 se iniciaron los trabajos de diseño y pilotaje del SUG como un conjunto de estructuras y figuras creadas con el objetivo de incrementar la transparencia en las unidades médicas, la capacidad resolutoria 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 enero de 2016 se inició la implementación del SUG a escala nacional y hasta el momento las entidades federativas están trabajando en su implementación en 7,087 unidades de primero, segundo y tercer nivel de atención.

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

- Avanzar en el proceso de publicación de respuesta a comentarios 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, de la Norma Oficial Mexicana NOM 036-SSA3-2015, Para la regulación de la atención médica a distancia y como norma definitiva la Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA3-2016, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica.
- Contar con los proyectos de normas PROY-NOM-002-SSA3-2016, Para la organización y funcionamiento de los servicios de radioterapia; PROY-NOM-003-SSA3-2016, para la práctica de hemodiálisis; PROY-NOM-005-SSA3-2016, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios; PROY-NOM-008-SSA3-2016,

- para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, y PROY-NOM-038-SSA3-2016, 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 como proyectos en el DOF.
- De septiembre a diciembre de 2016, como parte de la acción del Programa Hospital Seguro ante Desastres, se efectuaron 70 evaluaciones de unidades hospitalarias del SNS, con lo que a diciembre de dicho ejercicio 935 hospitales han obtenido su clasificación por capacidad de respuesta e índice de seguridad hospitalaria, conforme los criterios establecidos por la OPS/OMS. Adicionalmente, a septiembre de 2016 se ha concluido la capacitación como evaluadores hospitalarios de 1,548 trabajadores de las instituciones del SNS.
 - Con la finalidad de estandarizar el cuidado de pacientes con heridas (ulceras en paciente diabético, quemaduras y úlceras venosas o por presión), iniciaron operación cinco clínicas de heridas: dos en el Estado de México y tres en Tabasco, con lo que ya se cuenta con 210 clínicas de este tipo en el país. Además, se capacitó en la materia a 421 profesionales de la salud en la 2ª Reunión Nacional e Internacional de Líderes de Clínicas de heridas, realizada en el mes octubre de 2016 en Chiapas.
 - 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 822 profesionales de enfermería del SNS en terapia de infusión y se inauguraron tres clínicas de catéteres, dando un acumulado de 305. 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, retroalimentación 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.
 - Respecto a lo dispuesto en el artículo 28 Bis de la Ley General de Salud, el 8 de marzo de 2017 se publicaron en el DOF los “Lineamientos que contienen el procedimiento y los criterios a que deberán sujetarse los licenciados en enfermería, así como los pasantes en servicio social de las carreras referidas en el numeral 1 a 5 del Artículo 28 Bis, de la Ley General de Salud, para la prescripción de medicamentos”.
 - Se diseñó la estrategia para la prevención de IAAS, que incluye el protocolo para la estandarización del cuidado del paciente con sonda vesical. Se presentó en mayo de 2017 al Sector Salud con la asistencia de 190 profesionales de la salud.
- En el ejercicio 2016 del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud se otorgaron 10,492 estímulos: 2,097 a médicos; 6,392 a enfermeras; 332 a odontólogos; 660 a químicos; 359 a trabajadores sociales y 652 a personal de otras disciplinas. Para el ejercicio 2017 de este programa se inscribieron 15,028 candidatos, de los cuales 3,125 son médicos, 547 odontólogos, 8,819 enfermeras, 901 químicos, 560 trabajadores sociales y 1,076 de otras disciplinas, los cuales finalizan su proceso de evaluación en diciembre de 2017.
- 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 con los estándares del CSG en 14 hospitales rurales de Chiapas, Coahuila, Durango, Hidalgo, Michoacán (2), Puebla (2), San Luis Potosí, Sinaloa, Veracruz (3) y Zacatecas. Destaca la obtención del dictamen de Hospital Certificado ante dicho Consejo para el Hospital Rural Concepción del Oro, en Zacatecas, por un lapso de tres años. En 2017 se espera la evaluación de cinco hospitales más.
 - Mejora organizacional y fortalecimiento de las competencias: en las áreas de enfermería, en los servicios de Urgencias y la Unidad de Cuidados Especiales del Neonato para brindar soporte vital a personas en estado crítico. Las categorías no clínicas han recibido capacitación sobre procesos seguros para el paciente, su familia, los mismos trabajadores y el cuidado de las instalaciones.
 - Los Comités de Calidad y Seguridad del Paciente instalados en hospitales rurales del Programa IMSS-PROSPERA realizaron 240 sesiones, 100% de la meta, y un promedio de tres sesiones por hospital. En cada reunión se emiten en promedio tres recomendaciones para la mejora de la calidad y seguridad del paciente. En 2016 se continuó el despliegue gradual de estas acciones en unidades del primer nivel de atención.

- Seguimiento a la implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente en 100% de unidades hospitalarias del Programa, lo que permite prevenir riesgos y la probabilidad de que ocurran eventos adversos y centinela en procedimientos clínicos.

Las actividades de difusión del Modelo de Seguridad del Paciente que realizó el CSG fueron diversas y corresponden a múltiples escenarios como conferencias, talleres, cursos, sesiones de resolución de dudas, entre otras. En total se realizaron 113 actividades.

Es de considerar que en comparación con el mismo periodo anterior de medición se tuvo un aumento de 37% en la cantidad de actividades llevadas a cabo, obteniendo con estas acciones el cometido de difundir en mayor medida el conocimiento de las actividades y beneficios en la implementación del Modelo de Seguridad del Paciente del CSG, con el objetivo final de lograr la adopción por los diferentes establecimientos de atención médica del país, dentro del SNS.

CUADRO III.2.3 ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Actividad de difusión	Número de actividades ^{1/}
Conferencias y videoconferencias	50
Cursos y talleres	30
Sesiones de resoluciones de dudas	25
Actualizaciones de estándares	4
Curso propedéutico de formación de auditores	4
TOTAL	113

^{1/} Datos estimados proyectados al 30 de agosto de 2017.

Además, se realizan trabajos de complementariedad entre el CSG y la DGCES con la finalidad de evitar duplicidades entre ambos procesos, lo cual abona al fortalecimiento de ambas autoridades dentro del ámbito de facultades de cada una. Los primeros resultados de estos trabajos de complementariedad son la elaboración de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", así como la publicación en el DOF del "Acuerdo por el que el Consejo de salubridad General, declara la obligatoriedad de la implementación de las 'Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente', en todos los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud".

En beneficio de la seguridad del paciente, en el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 el ISSSTE dio continuidad al llenado del formato de ve-

rificación de cirugía segura en las unidades médicas que realizan procedimientos quirúrgicos en el Sistema de Información Médico Financiero y en actividades de supervisión en las unidades médicas. El registro continúa en 89.9 por ciento.

En el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017, la Clínica de Medicina Familiar Cuitláhuac de la Delegación Regional Poniente del ISSSTE fue acreedora al Reconocimiento al Mérito por la Mejora, con base en el puntaje obtenido en la evaluación del Modelo de Gestión de Calidad en Salud de las unidades del primer nivel de atención.

Se implementó el Modelo de Gestión de Calidad en Salud en cuatro unidades médicas del ISSSTE: la Clínica de Medicina Familiar de Cuitláhuac, la Clínica de Especialidades Leonardo y Nicolás Bravo, el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza y el Hospital Regional Centenario de la Revolución.

Además de trabajar en la actualización y definición de los instrumentos técnico-jurídicos y para **consolidar el proceso de acreditación de establecimientos de salud para asegurar la calidad, seguridad y capacidad resolutive** de los establecimientos que ofertan servicios a la población afiliada al SPSS, se publicó el Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica en el DOF el 6 de diciembre de 2016.

Se aprobaron las Cédulas de Evaluación de las Unidades de Especialidades Médicas Dedicada a la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama (UNEME-DEDICAM) y las Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas (UNEME-EC), además de que se iniciaron los trabajos para la actualización y emisión de las Cédulas de UNEME-CAPA Tumor Ovárico (Germinal-Epitelial), Síndrome Turner y la Cédula de Evaluación de la Calidad de Hemodiálisis.

La DGCES ha acreditado de 2004 a agosto de 2017 un total acumulado de 12,438 establecimientos para brindar servicios del CAUSES, incluidas 594 unidades médicas móviles; asimismo, ha acreditado un acumulado de 1,107 intervenciones del FPGC y 36 del SMS XXI. Durante el periodo de septiembre de 2016 a agosto de 2017 se logró la acreditación de 281 establecimientos de primer y segundo nivel para las intervenciones del CAUSES y en 42 servicios del FPGC y 11 servicios del SMS XXI.

Durante el periodo de septiembre de 2016 a agosto de 2017 se acreditó un establecimiento que forma parte del Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, con lo que se

cuenta con un acumulado de 380 establecimientos acreditados, lo cual representa un avance de 81.5 por ciento.

De igual manera, como parte de las acciones para mantener los aspectos de calidad y seguridad en los establecimientos acreditados con anterioridad, la DGCEs al 2017 ha realizado 44 supervisiones en 20 entidades federativas, con los siguientes resultados:

- En seis establecimientos se suspendió la acreditación en 15 intervenciones del FPGC y en un CAUSES, en los estados de Guerrero, Coahuila, Nuevo León, Veracruz, Durango y Yucatán.
- En 16 establecimientos se dejó sin efecto la acreditación en 18 intervenciones del FPGC y en cinco CAUSES, en los estados de Oaxaca, Zacatecas, Guanajuato, Veracruz, Ciudad de México, Chiapas, Querétaro, Tamaulipas, Michoacán y Tabasco.
- En 16 establecimientos se ratificó las acreditaciones en 20 intervenciones del FPGC y dos en CAUSES, en los estados de Nayarit, Ciudad de México, Veracruz, Michoacán, Sinaloa, Nuevo León, San Luis Potosí y Querétaro.
- En seis establecimientos se encuentran en el término para la solventación de hallazgos en nueve intervenciones del FPGC y uno del CAUSES, en los estados de Tabasco, Guerrero, Jalisco y Sonora.

En 2016 se realizó una priorización de los establecimientos a supervisar y se conformó un Programa Anual de Supervisión, de los cuales se supervisaron 12 establecimientos en 23 intervenciones del FPGC y un CAUSES.

Con el fin de mejorar el acceso a los servicios de salud a los beneficiarios del Seguro Popular en las unidades de tercer nivel, en los HRAE se ha priorizado la acreditación de los servicios para atender padecimientos del FPGC, específicamente: atención de cáncer en la infancia, enfermedades lisosomales, infarto de miocardio, cáncer de mama, hepatitis C, entre otros.

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. Ha obtenido 99 acreditaciones: 23 en el HRAEB, 11 en el CRAECS, 10 en el Hospital de Especialidades Pediátricas, 12 en el HRAEPY, 17 en el HRAEV, 5 en el HRAEO y 21 en el HRAEI.

Por su parte, para garantizar una atención de calidad el HRAECS ha obtenido dictamen favorable de acreditación

en el CAUSES, y del FPGC: hematopatías malignas, hemofilia, neonatos con insuficiencia respiratoria y prematuridad, diagnóstico y tratamiento de enfermedad lisosomal, tumores sólidos fuera del sistema nervioso central y trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos digestivos, urinarios y cardiovasculares.

El HRAECS tiene acreditado todos los gastos catastróficos para la población adulta comprendidos dentro del REPSS, así como dictamen favorable en la acreditación del CAUSES. Se encuentra en proceso la acreditación de hepatitis C.

Se cuenta con 17 acreditaciones para el FPGC; asimismo, se trabaja para certificar el HRAEV para CAUSES.

El HJM cuenta desde 2016 con acreditación en el Programa de Gastos Catastróficos del Seguro Popular para atención de cáncer cérvico-uterino, mama, próstata, linfoma no Hodgkin, así como del SMS XXI. Por su parte, el HGM se encuentra acreditado en linfoma no Hodgkin folicular, trasplante de córnea, cáncer de testículo, tumor maligno de mama, cáncer de colon y recto, cáncer cérvico-uterino y leucemia linfoblástica.

En aras de consolidar el proceso de acreditación con la garantía de calidad en establecimientos de salud de IMSS-PROSPERA, en 2016 se acreditaron dos hospitales rurales y 152 unidades médicas rurales. En 2017 se acreditó el Hospital Rural Axtla de Terrazas, en San Luis Potosí, con lo que se logró la cobertura de 100% de unidades hospitalarias susceptibles de acreditación en el Programa IMSS-PROSPERA.

La DGCEs ha continuado sus avances en la tarea de instrumentar y **actualizar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud**, tales como:

En febrero de 2017 se dio inicio a la difusión en las 32 entidades federativas y las instituciones del sector del Plan Estratégico Sectorial para la Difusión e Implementación de Guías de Práctica Clínica (GPC). El propósito es que los establecimientos de atención médica implementen las recomendaciones de las GPC de los temas prioritarios en salud (infarto agudo al miocardio; diabetes mellitus; hipertensión arterial sistémica; sobrepeso y obesidad; cáncer de la infancia y adolescencia: leucemia; depresión; cáncer de la mujer: cáncer de mama y cáncer del cuello del útero, y prevención de muerte materna). Asimismo, la DGCEs en colaboración con grupos de expertos en los temas prioritarios ha desarrollado ocho algoritmos de atención clínica para seis de los temas mencionados, mismos que han sido validados por las instituciones del sector.

Durante los meses de noviembre y diciembre de 2016 y enero 2017, se realizó la encuesta de Cultura de Seguridad del Paciente a través de la plataforma virtual de la DGCES, para la cual se capacitó previamente a los Responsables Estatales de Calidad, así como a Gestores de Calidad de establecimientos de las entidades federativas. Esta encuesta fue respondida por 12,526 servidores públicos de los cuales 4,156 son médicos y 8,370 enfermeras lo que refleja un incremento de 43.61% respecto al periodo anterior, de un total de 197 establecimientos de salud, 69.82% más que durante el periodo previo.

A nivel nacional esta evaluación reportó que las dimensiones con mayor área de oportunidad son la asignación de personal, los cambios de turno y transiciones en el hospital y las acciones del jefe para promover la seguridad. Los resultados obtenidos por los establecimientos y por las entidades se encuentran accesibles para los gestores de calidad y los responsables estatales de calidad, a fin que se generen los planes de mejora respectivos.

La DGCES puso en marcha la operación del Sistema de Registros Adversos, el cual funciona desde abril de 2016. Para dicho sistema se han otorgado 431 claves de acceso, entre las cuales se encuentran las de los responsables estatales de Calidad. A la fecha se cuenta con el reporte de 6,921 eventos adversos, de los cuales 174 son eventos adversos graves o centinelas.

Este sistema permite el análisis por parte de los establecimientos de salud, al interior del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, del cual se desprende el análisis causa raíz y consecuentemente los planes de mejora, a fin de evitar la recurrencia de los estos eventos. Los Responsables Estatales de Calidad tienen acceso a la información estadística generada por los establecimientos de su entidad, con lo que se puede monitorear eventos recurrentes que requieran la generación de alertas. Derivado del análisis de los eventos adversos graves o centinelas reportados, se detectó la necesidad de fortalecer la capacitación en materia de su identificación, para su detección y posterior reporte. En este sentido la DGCES capacita continuamente a los gestores de calidad que así lo requieren, habiendo realizado una capacitación presencial a los gestores de la Ciudad de México, a los gestores de los hospitales generales de México y de Oaxaca.

Durante febrero y marzo de 2017 se realizó la encuesta del Marco de Autoevaluación sobre la Estrategia Multimodal de la OMS para la Higiene de Manos, así como el Cuestionario de Conocimientos y Percepción sobre Higiene de Manos. En esta actividad participaron 478 establecimientos y 21,838 profesionales de la Salud. Se encontró que la necesidad de reforzar la cultura de segu-

ridad del paciente en materia de higiene de manos es la mayor área de oportunidad. Las entidades participantes desarrollaron un plan de mejora de la calidad de acuerdo a sus resultados individuales.

Aunado a lo anterior se realizó el evento conmemorativo del Día Mundial de Higiene de Manos, con la participación de los representantes de todas las instituciones del sector, así como de hospitales privados, facultades y escuelas de Medicina. La finalidad fue fortalecer la difusión y formación del personal de la salud en las técnicas y momentos para la higiene de manos, y de esta manera reducir las IAAS y consecuentemente la resistencia a los antibióticos.

En febrero de 2017 la CONADIC, con el apoyo de un grupo de expertos de diversas instituciones académicas y de salud (HGM, IMSS, ISSSTE, facultades de Medicina y de Psicología de la UNAM, los institutos de Enfermedades Respiratorias y Psiquiatría Ramón de la Fuente) y en conjunto con el Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales de la SEP, integró el estándar de competencias “Consejo breve para la cesación del consumo de alcohol y tabaco en los servicios de salud”, el cual busca brindar a profesionales de la salud conocimientos, habilidades y actitudes para realizar acciones de detección temprana y derivación oportuna de consumidores excesivos de alcohol y usuarios de tabaco. Dicho estándar fue publicado el viernes 14 de julio en el DOF.

Asimismo, se llevó a cabo el primer Encuentro Nacional entre Especialistas en Cesación del Consumo de Tabaco, en el cual se compartieron experiencias sobre la efectividad de los tratamientos para dejar de fumar que actualmente se ofrecen en México. Participaron representantes de diversas instituciones de gobierno y de la sociedad civil, así como de las principales instituciones de salud que brindan tratamiento.

La DGCHRAE ha participado en la coordinación y colaboración de la difusión de mejores prácticas entre los HRAE, logrando en el proceso que todos los hospitales cuenten con servicios acreditados, en un esfuerzo conjunto para brindar servicios de alta calidad. El hospital cuenta con 21 acreditaciones en constante proceso de supervisión para el FPGC y el SMS XXI y está inscrito en el proceso de certificación.

Con el objetivo de garantizar un trato digno a la población infantil en el estado, el CRAEHEP cuenta con un Aval Ciudadano que participa de manera sistemática en el proceso de apertura de buzones, aplicación de encuestas y guías de cotejo para evaluar el trato a los usuarios, así como el establecimiento de cartas compromiso para consolidar las mejoras propuestas.

A partir de febrero se integró el subcomité para la atención de quejas, sugerencias, felicitaciones y solicitudes de gestión; se ha implementado el SUG, se cuenta con un módulo de atención que permite identificar de forma oportuna las necesidades de los usuarios, tutelar los derechos y consolidar la mejora en el establecimiento. Para mejorar la calidad interpersonal, el hospital a se encuentra trabajando en proyectos de mejora de los indicadores de atención en salud.

Por otro lado, el CRAEHEP y el HRAECS mantienen actualizadas las líneas de acción de Aval Ciudadano y SUG. Se cuenta con un módulo funcional para esta estrategia y se lleva a cabo la adopción de normas oficiales mexicanas, protocolos nacionales y GPC que tienen un impacto en las principales líneas de acción para la seguridad del paciente. En el campo de la enfermería se está trabajando en la implementación en el uso de GPC en los planes de cuidados.

La DGCINS coordinó la realización de las Juntas de Gobierno de los INSALUD. Para el periodo reportado se han realizado 26 juntas en las cuales los Institutos reportan diversos indicadores que permiten evaluar la calidad de la atención médica, entre otros aspectos.

Con el propósito de **fomentar el uso de las NOM, guías de práctica clínica, manuales y lineamientos para estandarizar la atención en salud** se han impulsado las siguientes acciones:

El CRAEHEP actualmente trabaja en la adopción, implementación y estandarización de procesos clínicos de mayor impacto para el área de atención médica y de enfermería, dentro de lo que se incluyen GPC, Planes de Cuidados Estandarizados de Enfermería, así como la adopción, y estandarización del Protocolo nacional para el manejo estandarizado del paciente con catéter periférico, central y permanente, y el manejo de las heridas y estomas en el paciente pediátrico.

En el HRAECS se vigila de forma permanente el apego a las GPC y a las NOM mediante la evaluación de expediente clínico a través del comité del expediente clínico con base en las patologías más frecuentes.

El HRAEO realizó difusión de las NOM y las GPC de CAUSES y FPGC, se instaló en las computadoras de los servicios de hospitalización a la disposición del personal médico y tienen acceso a las guías a través de la página del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

Con respecto al proyecto de auditoría clínica, se capacitó al personal médico en el proceso de la auditoría de entrega de guardia, fiebre y neutropenia. En el proceso de estandarizar

proceso de calidad se capacitó al personal de enfermería donde se cumplió 85% en estándares de calidad, encaminados hacia la acreditación y certificación. Se estandarizó el lineamiento del uso y manejo del carro de paro, así como capacitación continua en el mismo, aplicación y difusión en indicadores de calidad, así como una supervisión de acuerdo a cédulas de acreditación y gastos catastróficos.

El HRAEV está trabajando el Manual de Procesos para una estandarización de procesos en todas las áreas del Hospital, se está en espera de la opinión favorable por la DGPOP, asimismo las GPC se incorporaron en el expediente clínico electrónico de tal manera que todo el personal las pueda consultar en el sistema gerencial.

El HRAEI participó en la actualización de la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de sangre de próstata para el 1er. nivel de atención, de la cual, se hizo una revisión exhaustiva de la guía de práctica clínica vigente y se capacitó en la metodología a utilizar para la búsqueda de información Médica-Científica de acuerdo a LexArtis, se formularon cinco preguntas de investigación encaminadas a implementarlas en las nuevas guías de Cáncer con la finalidad de modificarlas.

La DGCINS en coordinación con diversos grupos de trabajo conformados por personal de los INSALUD fomentan el uso de las GPC. Asimismo, analiza las Normas Oficiales Mexicanas y la aplicación de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) en los INSALUD.

Los HFR continúan el manejo médico con apego a las NOM y a las GPC vigentes y se fomenta su difusión y aplicación por parte del personal.

IMSS-PROSPERA privilegia la implementación de GPC y normas oficiales mexicanas con enfoque a la atención en salud que involucra a grupos prioritarios o vulnerables, como mujeres durante el embarazo, parto, puerperio, población recién nacida y adolescente, personas con patologías crónicas con énfasis a la diabetes mellitus e hipertensión y padecimientos de interés epidemiológico. Con ello se reducen los riesgos para la población usuaria y se impulsa el otorgamiento de atención oportuna y efectiva con mayor eficiencia de los recursos disponibles.

Para homologar la calidad y atención de los servicios de salud, entre el 1 de septiembre de 2016 y el 31 de agosto 2017 el CENETEC coordinó el Secretariado Técnico del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica, y se logró la autorización de 40 GPC de nueva creación y actualización de 66 GPC para sumar un total de 801 GPC publicadas en el Catálogo Maestro. Es importante mencionar, que las GPC publicadas destaca la actualización

de las GPC “Prevención, tamizaje y referencia oportuna de casos sospechosos de cáncer de mama en el primer nivel de atención”, “Tratamiento de cáncer de mama en el segundo y tercer nivel de atención”, “Tratamiento de cáncer cérvicouterino en segundo y tercer nivel de atención” y “Prevención, diagnóstico y tratamiento de la preeclampsia en el segundo y tercer niveles de atención” que contribuye a las acciones de respuesta a prioridades de salud pública en el país.

La Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social forma parte del Comité de Mejora Regulatoria Interna de la Secretaría de Salud Federal. El 3 de mayo de 2017, esta Unidad presentó ante dicho Comité la actualización de su Manual de Organización Específico.

El Plan Estratégico Sectorial para la Difusión e Implementación de GPC establece tres ciclos de implementación, compuestos de cuatro fases secuenciales: difusión, capacitación, implementación de las GPC y los algoritmos, así como seguimiento al apego de estos. El 17 de febrero, el 3 de marzo y el 12 de mayo de 2017 se realizaron sesiones webex (virtuales) en las que participaron los responsables estatales e institucionales de Calidad a fin de capacitar y difundir el Plan Estratégico de acuerdo con lo programado.

A su vez, en el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 el ISSSTE continuó promoviendo las siguientes GPC: “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 cardíaca 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”.

Con la finalidad de **fortalecer la conciliación y el arbitraje médico para la resolución de las controversias entre usuarios y prestadores de servicios**, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), tiene como objeto contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios. Constituye un mecanismo alternativo a la vía judicial en la solución de controversias mediante la conciliación y el arbitraje; cuenta con autonomía técnica para recibir quejas, investigar presuntas irregularidades en la prestación o negativa de prestación de servicios médicos y para emitir sus opiniones, acuerdos y laudos, garantizando a los usuarios y los prestadores de servicios, la imparcialidad en el análisis y dictamen de las controversias.

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 equidad, imparcialidad, y el respeto.

CUADRO III.2.4. ASUNTOS CONCLUIDOS POR LA CONAMED 2009-2016

Concepto	Datos anuales								
	Observado								
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017 ¹
Por orientación	5,435	4,421	6,225	6,156	9,391	9,609	8,042	7,695	5,420
Por asesoría especializada	4,352	4,555	5,299	3,484	4,646	4,013	3,985	3,499	1,168
Por gestiones inmediatas en instituciones de salud	588	654	915	1,046	1,179	1,370	1,409	1,208	690
Por emisión de dictámenes médicos institucionales	387	358	309	300	249	245	294	186	114
Como queja	1,748	1,671	1,794	1,699	1,775	1,654	2,022	1,972	1,108
<i>Conciliación</i>	863	852	975	845	918	758	822	609	268
<i>Laudos</i>	72	42	71	91	92	55	37	83	42
<i>Otras modalidades</i>	813	777	748	763	765	841	1,163	1,280	798
Total de asuntos concluidos	12,510	11,659	14,542	12,685	17,240	16,891	15,752	14,560	8,500

^{1/} Datos para el periodo enero-junio de 2017.
FUENTE: CONAMED.

Asuntos concluidos por la CONAMED

Entre septiembre de 2016 y junio de 2017 la CONAMED concluyó en total 13,075 asuntos relacionados con inconformidades derivadas de la prestación de servicios de salud. De ellos, 7,951 fueron por orientaciones, 1,943 para asesorías especializadas, 1,106 a través de gestiones inmediatas en instituciones de salud mediante mecanismos alternativos para solución de controversias, 1,907 quejas por conciliación o arbitraje, así como 168 asuntos mediante dictamen médico institucional relacionados con solicitudes de instituciones de procuración e impartición de justicia y órganos internos de control.

Investigaciones

Una de las actividades relevantes de la CONAMED es realizar el análisis e investigación de las desviaciones, omisiones o irregularidades encontradas en los procesos de revisión de los casos de queja. Por tal razón, se impulsa el trabajo con un enfoque académico y científico, con el objeto de promover una política de prevención del error y estimular la mejora continua de la calidad de la práctica médica, a través de proyectos de investigación y emisión de recomendaciones.

Por tanto, es primordial mantener y reforzar la presencia de la CONAMED entre la comunidad médica, grupos académicos y sociedad en general al ser una instancia que promueve la calidad de la atención en salud y una adecuada relación entre usuario y prestador de servicio médico.

De septiembre de 2016 a junio de 2017 se realizaron importantes proyectos de investigación de diferentes temas, entre los que destacan:

Mejora de la práctica médica:

- Recomendaciones generales para mejorar la práctica en anestesiología.
- Recomendaciones para el autocuidado en paciente con presión arterial alta (hipertensión).
- Análisis médico y jurídico acerca de la definición de violencia obstétrica. Se concluye con la emisión de un artículo titulado “¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica?” en el suplemento 1 de la revista CONAMED dedicado a la violencia obstétrica.^{4/}

- Farmacoterapia: uso racional de ranitidina y omeprazol en pacientes ambulatorios y hospitalizados. Durante 2016 se efectuó la captura de 120 expedientes de queja médica; con la información registrada se pretende desarrollar diversas líneas de investigación. Se ha comenzado a realizar un análisis del uso racional de ranitidina y omeprazol en pacientes ambulatorios y hospitalizados.
- Impacto de eventos adversos en segundas víctimas.
- Cumplimiento ético-legal y comunicacional de los consentimientos informados en expedientes de queja médica.

Mejora de la práctica de enfermería:

- Habilidades comunicativas de enfermería con el paciente hospitalizado.
- Percepción de la prescripción y el juicio clínico de enfermería en relación a la receta farmacológica.
- Bioética y enfermería: conocimiento, aplicación y percepción.
- Desempeño de enfermería en la aplicación de medidas de prevención del riesgo de caída en adultos mayores hospitalizados.
- Eficacia de la nota de enfermería en el expediente clínico.
- Habilidades comunicativas de enfermería con el paciente hospitalizado.
- Percepción de la prescripción y el juicio clínico de Enfermería en relación a la receta farmacológica.
- Bioética y enfermería: conocimiento, aplicación y percepción.
- Desempeño de enfermería en la aplicación de medidas de prevención del riesgo de caída en adultos mayores hospitalizados.

Asimismo, en conjunto con diversas instituciones se desarrollaron varios proyectos de investigación. Enseguida se anotan algunos de ellos.

Mejora de la práctica médica:

- Proyecto con la División de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM, área Ciencias Sociomédi-

^{4/} Disponible en: <<http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/470>>.

cas-Antropología Médica. Morbilidad Materna Extrema: Trayectorias reproductivas, del padecer y de atención institucional de mujeres con histerectomía. Un análisis desde la perspectiva de la antropología médica.

- Proyecto interinstitucional con la Facultad de Medicina de la UNAM. Representaciones sociales de la buena práctica médica en estudiantes y docentes de la Facultad de Medicina de la UNAM.
- Proyectos interinstitucional con el INSP. Estrategia para la promoción del buen trato en la atención obstétrica. Contención del estrés y burnout en profesionales de la salud.

Mejora de la práctica de enfermería:

- Proyecto Interinstitucional con la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Cuarenta estándares básicos para la Supervisión y fortalecimiento del enlace de turno: estrategia para mejorar la práctica de enfermería.

Asimismo, la CONAMED forma parte del Grupo Asociado del Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG), en el que lleva a cabo diferentes actividades de capacitación y difusión.

Difusión entre profesionales de salud y pacientes

El jueves 18 de mayo de 2017 se llevó a cabo el Simposio “La Constitución y la Salud” en el Teatro de la República, en Santiago de Querétaro, Querétaro. Se abordaron temas como los mecanismos alternativos de solución de controversias, la Constitución en su centenario, la Constitución de la Ciudad de México, el derecho a la salud de las víctimas, el concepto de autoridad sanitaria, el arbitraje y la conciliación como instrumentos de justicia, la certificación médica, controversias en materia de salud y el poder judicial y el derecho a la salud.

La CONAMED participó en la Feria del Libro de Ciencias de la Salud en el Palacio de la Antigua Escuela de Medicina de la UNAM, organizada por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional. Durante el evento se distribuyeron revistas, recomendaciones y folletos con información de los servicios que ofrece la institución a los más de 4,000 asistentes.

Por segunda ocasión, la CONAMED llevó su material informativo al baile anual “Bailar es Recordar” del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, con una asistencia de más de 10,000 personas. Ahí dio a conocer

entre los participantes las recomendaciones generales dirigidas a los pacientes para mejorar la relación con su médico durante el proceso de consulta, así como los folletos con los servicios que ofrece la Comisión.

También participó en la Ruta por la Salud en las 16 delegaciones de la Ciudad de México, donde se entregaron 71 mil materiales impresos relacionados con el quehacer de la CONAMED, los 10 Derechos Generales de los Pacientes y de los Trabajadores de la Salud, así como las diferentes recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina y la relación con el médico durante el proceso de consulta.

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.

En el periodo que abarca este informe se publicaron tres números de la revista y tres suplementos (volúmenes 21 y 22), con un tiraje de 1,500 ejemplares para el volumen 21 y de 1,000 ejemplares para el volumen 22, así como 3,000 ejemplares para los suplementos. Es importante destacar que se cuenta con el registro de la “Revista CONAMED” electrónica en índices hemerobibliográficos nacionales e iberoamericanos. También se publicaron los volúmenes 21 y 22 de la “Revista CONAMED” en la plataforma Open Journal Systems.^{5/} Se calcula que de septiembre de 2016 a junio de 2017 se realizaron 125,814 visitas a la “Revista CONAMED” desde el portal institucional.

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

Otra de las líneas de acción que corresponden al objetivo de asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud con calidad es **consolidar los mecanismos de retroalimentación en el Sistema Nacional de Salud para el mejoramiento de la calidad**. En este renglón, los

^{5/} <<http://www.conamed.gob.mx/revista.html>>.

HRAE mantienen la vigilancia en el trato a los usuarios y pacientes por medio de los instrumentos del INDICAS, Aval Ciudadano y buzones. En todos los hospitales han permanecido evaluaciones por arriba de los estándares establecidos por el sistema.

El HRAEB está trabajando para implementar un modelo de atención que fortalezca el cumplimiento de los criterios del SNS.

El CRAECS realiza de manera permanente la evaluación de trato digno y tiempo de espera en los servicios de consulta externa, admisión y hospital. En todos se supera la meta de 80% de trato digno.

El HRAEPY desarrolló un plan de mejora continua para la calidad y seguridad del paciente, el cual se conformó cinco estrategias, 14 líneas de acción, cuatro programas preventivos de los procesos críticos, tres GPC estandarizadas y 12 indicadores de procesos.

A través del área de gestoría de la calidad, el HRAEV aplica encuestas de salida a todo paciente hospitalizado y registra la información en el INDICAS.

El HRAEI está en proceso de implementación del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SINBA) por medio de un plan de trabajo con el que ha logrado el desarrollo e integración del diccionario de datos de cada formato requerido por el SINBA, así como la homologación del diccionario de datos del expediente electrónico del hospital.

Con la implementación del Catálogo de Indicadores IA-MAE en los INSALUD la DGCIS analiza la calidad y seguridad en la atención médica, la eficiencia de los procesos sustantivos, el acceso y oportunidad de los servicios de medicina de alta especialidad, la complejidad de la atención médica de alta especialidad. La finalidad es fortalecer la medicina de alta especialidad mediante propuestas de trabajo específico para cada instituto de acuerdo a sus necesidades y razón de ser.

La DGCHFR continúa observando los lineamientos de calidad que rigen al SNS a través de la MIR, donde se analizan y se establecen estrategias para su cumplimiento.

Por su parte la DGCHRAE, participó en la elaboración, determinación y el establecimiento de los indicadores de medicina de alta especialidad aplicables a las entidades coordinadas; así como en la determinación de los indicadores de la MIR, continúa con el programa de revisión y apoyo para la acreditación de las unidades, cumplimiento de los lineamientos de calidad que rigen al SNS,

donde se analizan y se establecen estrategias para su cumplimiento.

Para **promover los procesos de certificación de programas y profesionales de la salud**, en 2016 se realizaron reuniones entre el CSG y la Dirección General Adjunta para la Coordinación de los Sistemas Estatales de Salud para apoyar y fortalecer los procesos de certificación de hospitales y clínicas existentes. En 2017 ha continuado dicha colaboración con el Consejo para incentivar a los hospitales públicos y privados a certificarse para dar un paso en la homologación de la calidad de los servicios prestados en el país a los connacionales y también al paciente intencional. Esto último por medio del turismo médico que busca en México los buenos precios y la calificada y eficiente calidad de sus servicios médicos, aunados a su privilegiada posición geográfica.

El HRAEB cuenta con 21 acreditaciones en constante proceso de supervisión para el FPGC y el SMS XXI y está inscrito en el proceso de certificación, con lo que está trabajando para implementar un modelo de atención que fortalezca el cumplimiento de los criterios del SNS. Por su parte, en el CRAECS se realizó un curso taller de certificación.

El HRAEPY fomenta la promoción y difusión de programas de educación médica continua, ha impartido 25 cursos durante el periodo, mediante los cuales se han beneficiado 355 profesionales de la salud.

El HRAEO derivado de la cultura de acreditación y certificación propone iniciar los trabajos para el proceso de certificación a mediados del año 2018.

Para el HRAEI, las certificaciones de los profesionales de la salud son de suma importancia, por lo cual el área de recursos humanos realiza la validación en el momento de la contratación en la página web de profesiones, se imprime la hoja y se anexa al expediente, en caso de que esté en trámite se les pide una carta compromiso que también es anexada al expediente y se establece un plazo para el cumplimiento.

El HRAEV se encuentra actualmente trabajando para solicitar la certificación ante el CSG, en fechas recientes se recibió la capacitación en el tema Certificación de Hospitales el cual lo tomaron 20 servidores públicos quienes son líderes de estándar para lograr la certificación.

Para dar continuidad al compromiso de **establecer nuevas modalidades de concertación de citas y atención que reduzcan los tiempos de espera en todos los niveles**, se llevaron a efecto las siguientes acciones:

El HRAEB implementó un módulo de *call center* para garantizar las citas subsecuentes vía telefónica con un horario de atención de 8 de la mañana a 4 de la tarde, de lunes a viernes.

El CRAECS estableció coordinación con jefes de servicio para mejorar de la calidad a través de los resultados del INDICAS.

El HRAEO aplica las encuestas de satisfacción y se cumplen los estándares del INDICAS corroborado con el Aval Ciudadano. En promedio se ha logrado más de 90% de satisfacción.

El HRAEPY participa a través del sistema de referencia y contrarreferencia (intercambio de servicios a nivel interinstitucional) en la agenda de servicios ambulatorios (consulta externa). Se utiliza la agenda electrónica con la programación de citas por horario para favorecer asistencia y disminuir tiempos de espera de usuarios, lo que ha favorecido la disponibilidad de servicios de salud de tercer nivel a la población de la región al otorgar un total de 6,082 atenciones.

El HRAEV cuenta con un buzón de quejas y sugerencias que es revisado por el Órgano Interno de Control. Asimismo, con el área de Gestoría de Calidad, entre otras acciones se aplican encuestas de salida de satisfacción al usuario en las áreas de consulta externa y de hospitalización para dar atención a todas las quejas y sugerencias que realicen los usuarios.

Se continúa trabajando en el establecimiento de la cita vía telefónica, lo que contribuirá a mejorar la atención, en el HRAEI.

Estrategia 2.3

Crear redes integradas de servicios de salud interinstitucionales

Con el propósito de **fortalecer las unidades médicas de primer nivel como el eje de acceso a las redes de servicios**, entre septiembre de 2016 y agosto de 2017 IMSS-PROSPERA ha mantenido la colaboración emprendida en 2014 con la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI). Esto le permitió construir siete nuevas unidades médicas rurales en Chiapas, Hidalgo, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí y Veracruz, con lo que acumula 25 establecimientos de este tipo edificados en cofinanciamiento con el citado organismo en la presente administración.

A fin de **diseñar la implementación de redes de servicios que favorezcan el acceso efectivo con las diferentes instituciones públicas**, las actividades en Redes Integradas de Servicios de Salud incluyeron: a) el seguimiento de los avances en redes de los estados piloto que participaron en el Modelo de Atención Integral; b) el inicio de la colaboración con la Comisión Nacional de Seguridad para conocer y acceder a representaciones geográficas de seguridad; c) la estructuración y entrega de bases de datos de la infraestructura existente y características locales de cada entidad para su validación y actualización, y d) el inicio de la elaboración de un manual para realizar estudios de regionalización operativa.

La DGCHRAE ha trabajado en la determinación de la disponibilidad y las necesidades de servicios en los HRAE para favorecer el acceso a través de convenios de intercambio con las redes estatales, con instituciones nacionales. Esto ha conducido a que en promedio reciban 57% de los pacientes referidos por las instituciones públicas de las redes de servicios de salud estatales.

El HRAEB cuenta con 49 convenios de colaboración en materia de prestación de servicios, formación de recursos humanos y cooperación científica.

El CRAHEP 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 HRAECS mantiene participación activa dentro del comité estatal del sistema de referencia y contrarreferencia y mantiene apertura para la aceptación de pacientes desde primer nivel de atención sin tener que pasar por un segundo nivel de atención. De 2016 a 2017 incrementó la consulta externa de 25,340 a 29,460 y la preconsulta de 975 a 3,630, así como las referencias captadas de 3,891 a 4,973 y el número de cirugías realizadas de 2,165 a 2,674.

El HRAEO forma parte de 10 redes de servicios de salud instaladas por los SESA, las cuales permiten el intercambio de intervenciones entre todas las instituciones del sector, con lo que favorecen la oportunidad de atender a los pacientes que requieren servicios médicos de alta especialidad a través del sistema de referencia y contrarreferencia.

El HRAEPY participa a través del sistema de referencia y contrarreferencia en el intercambio y prestación de servicios de salud con la finalidad de favorecer la disponibilidad de servicios de salud de tercer nivel a la población de la región.

El HRAEV ha desarrollado un manual operativo para identificar las mejores prácticas en la indicación de transfusión

sanguínea y desarrolló una auditoria sobre el cumplimiento de los estándares internacionales en la materia a fin de prestar la mejor atención a los pacientes.

Con el objetivo de **reforzar las redes de servicios y procesos para la detección oportuna, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos** se han realizado acciones dirigidas a impulsar la Estrategia Nacional para el Control del Dolor y Cuidados Paliativos, que se enfoca en tres ejes:

1. Trabajo interinstitucional con apoyo de laboratorios, distribuidoras y farmacias para asegurar el acceso a medicamentos opioides.
2. Difusión de aspectos regulatorios relacionados con la comercialización de sustancias controladas a través de guías y lineamientos.
3. Apoyo a diferentes instituciones (CSG, DGCE, ONUDD) en el desarrollo de programas y proyectos relacionados con la implementación de cuidados paliativos en los tres niveles de atención.

En el ámbito del Programa Nacional de Cuidados Paliativos, de septiembre de 2016 a junio de 2017 se han realizado las siguientes acciones:

- Se publicó el Programa Nacional de Capacitación en Cuidados Paliativos para Equipos de Primer Contacto en Atención Primaria, a partir de lo cual se han realizado 28 cursos en cuidados paliativos en 25 entidades federativas, en los cuales se han capacitado 3,201 profesionales de la salud de Secretaría de Salud, Programa IMSS-PROSPERA, PEMEX, SEMAR e IMSS ordinario.
- Se realizó la Encuesta Nacional de Recursos y Funcionamiento de Servicios de Cuidados Paliativos, a través de la cual se estableció el diagnóstico de la situación actual de estos servicios.
- A través de un convenio bilateral con Uruguay y el apoyo de la Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo de la Secretaría de Relaciones Exteriores, se realizó la implementación en México del Proyecto ECHO en Cuidados Paliativos (Proyecto de Extensión a la comunidad para Obtener Resultados en la Atención Médica).

Con respecto al objetivo de **consolidar las herramientas para la operación de redes integradas de servicios interinstitucionales**, se recibió la confirmación de enlaces de 17 Servicios de Salud estatales. Sin embargo, a partir de la reformulación de la estrategia de implanta-

ción del Modelo de Atención se dio continuidad al trabajo de gabinete al interior de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), donde se desarrollaron capas de información para la planeación de infraestructura con visión de redes integradas de servicios.

En el periodo del 1 septiembre de 2016 al 31 agosto de 2017, la DGPLADES impulsó el desarrollo de políticas interculturales para **fomentar una perspectiva intercultural y de género en el diseño y operación de programas y acciones de salud**, a través de las siguientes acciones:

- Seguimiento a los Programas Estatales de Salud Intercultural. Los Servicios Estatales de Salud han designado a 24 enlaces de interculturalidad y reportaron la actualización de nueve programas estatales de interculturalidad en 2017 con cursos, conferencias, reuniones y encuentros. Se capacitó a 3,354 personas, promotores de salud, psicólogos, médicos, enfermeras, personal administrativo y de trabajo social de hospitales y unidades de salud.
- En apoyo al proceso de acreditación de unidades de salud con criterios de interculturalidad se realizaron cursos vía Internet desde la plataforma del Campus Virtual en Salud Pública de la OPS. Se inscribieron 2,223 personas de diferentes unidades de salud e instituciones públicas y privadas.
- Se realizaron actividades de capacitación y sensibilización intercultural y de formación de replicadores en el tema, con personal de instituciones de sanidad militar de la Unidad de Especialidades Médicas de SEDENA (30 oficiales), de la Cruz Roja Mexicana del Estado de México y del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (104 personas).

Con el propósito 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 787 unidades médicas móviles federales que dan cobertura a 722 municipios y 11,632 localidades, en beneficio de 1.637 millones de personas.

Asimismo, en el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se transfirieron a las entidades federativas 328,062.70 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 unidades médicas móviles.

Para continuar ampliando la cobertura de atención a la población que habita en regiones de gran dispersión

geográfica que difícilmente puede acceder a los servicios de salud y localidades cuya concentración de población indígena es superior a 40%, de septiembre de 2016 a marzo de 2017, en colaboración con la CDI, el Programa IMSS-PROSPERA adquirió 50 Unidades Médicas Móviles para sumar 139 unidades de este tipo en su infraestructura.

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.

En la línea de acción destinada a **fortalecer la red de atención de telemedicina en regiones de alta marginación y dispersión poblacional**, el CENETEC capacitó a profesionales de la salud mediante el curso “Modelo Operativo para la teleconsulta en Telemedicina”, mismo que se proporciona en la plataforma del campus Virtual de Salud Pública de la OPS/OMS.

Por otro lado, se realizó la evaluación de indicadores de gestión de los programas de Telesalud implementados para conocer el desempeño y comportamiento de los mismos, para definir mejoras a los subsecuentes programas en el país.

Con la finalidad de **promover la implementación del modelo de atención prehospitalaria para la homologación de la atención de emergencias en salud** la Secretaría de Salud participó con la Secretaría de Gobernación, en la realización de las Bases Generales de colaboración, para consolidar la implementación del número 911, como número único armonizado a nivel nacional para la prestación de servicios de emergencia.

La SS coadyuva en la implementación del Sistema 911 a través del desarrollo del modelo de atención médica prehospitalaria a nivel nacional. Contempla la existencia de los Centros Reguladores de Urgencias Médicas (CRUM) como modelo operacional que de acuerdo con la NOM-034-SSA3-2013 y en coordinación con el Centro de Atención de Llamadas de Emergencia será la instancia técnico-médico-administrativa responsable para la recepción, despacho y atención de las llamadas de emergencia médica. La Secretaría participó en el desarrollo del sistema por medio de la revisión y validación de los 12 protocolos que utilizan los operadores telefónicos de los centros de atención de llamadas telefónicas para la atención de emergencias médicas.

En aras de **consolidar las acciones en materia de calidad, autosuficiencia, cobertura y acceso efectivo de sangre, componentes sanguíneos y células troncales**, se elaboró el PROY-NOM-260-SSA1-2017, que ya se publicó para recibir comentarios. Concluida esta fase, se realizará la segunda etapa del proceso, con lo que se obtendrá una mejor regulación sanitaria de los establecimientos que realicen dichas actividades.

Para aseguramiento de abasto efectivo de sangre y sus derivados se pondrá en marcha el banco de sangre del HRAEO, en el segundo semestre de 2017.

El HRAEPY, en apego a la NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre y sus componentes con fines terapéuticos, realiza la promoción por parte de personal de trabajo social, a la población general sobre las características que debe cumplir un donante de sangre para garantizar la seguridad en medicina transfusional. Asimismo, se les informa sobre la importancia de la donación voluntaria que represa captación más segura por las características de este tipo de donador.

El HRAEV mantiene los convenios de intercambio de prestación de servicios con todos los hospitales de la localidad. De 2016 a 2017 ha sostenido una vigilancia estrecha y realizado una auditoría clínica sobre las indicaciones para transfusiones sanguíneas. Se ha elaborado una guía rápida para la toma de decisiones clínicas y el cuidado de medicina transfusional, que ha incrementado la seguridad de los pacientes.

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 2016 al 30 de junio de 2017 se tamizaron 1,432,690 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 su inventario de unidades de sangre de cordón umbilical.

Se entregaron ocho unidades para trasplante en pacientes con enfermedades oncohematológicas a instituciones nacionales.

El CNTS cuenta con un equipo irradiador autoblandado 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, que es mortal en 95% de los casos. En el periodo, el total de componentes sanguíneos irradiados fue de 803.

Entre las acciones relevantes que realizó el CNTS durante el periodo se encuentran las participaciones en los siguientes congresos:

- 18th International Conference on Stem Cells and Regenerative Medicine con la ponencia “Genetic Diversity of Cord Blood of the National Center of Blood Transfusion, México. Londres, Gran Bretaña, septiembre de 2016.
- XIV Congreso de la Asociación Mexicana de Medicina Transfusional con las ponencias “Efecto bactericida de la radiación con 137cesio en concentrados plaquetarios” y “Diversidad genética de las unidades de sangre de cordón umbilical para trasplante del banco de cordón del CNTS”. Guanajuato, septiembre de 2016.

Otras actividades de organización y participación del CNTS son:

- Recertificación bajo la Norma Mexicana NMX-CC-9001:2015/ISO 9001:2015 Sistemas de gestión de la calidad.
- Tres reuniones gerenciales de coordinación con los CETS: la 27° Reunión Gerencial en Nuevo León en noviembre de 2016, la 28° Reunión en la Ciudad de México en abril de 2017, y la 29° Reunión en junio del 2017 en Yucatán. Se informa de la participación de México en el programa de Gestión de Donantes para la América Latina y el Código de Ética Relativo a la Medicina Transfusional del Sociedad Internacional de la Transfusión Sanguínea.
- Colaboración del CENAPRECE en la integración del “Manual de la Enfermedad de Chagas” y en la elaboración del dossier para la erradicación de tracoma.
- Participación en el Programa de Evaluación Externa de Desempeño en Serología-OPS en Brasil. Resultados satisfactorios al 100 por ciento.

CUADRO III.2.5 ACTIVIDADES DEL BANCO DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL ACEPTADAS EN EL PERIODO

Unidades de sangre de cordón umbilical aceptadas en el periodo	10
Solicitudes de búsqueda de unidades con fines de trasplante.	58
Unidades de sangre de cordón umbilical entregadas para trasplante.	8

FUENTE: Base de datos de Informes mensuales de cordón umbilical.

CUADRO III.2.6 INSTITUCIONES QUE RECIBIERON EL SERVICIO DE IRRADIACIÓN

Unidades hospitalarias	Cantidad
Nuevo Sanatorio Durango	114
Hospital Star Médica	11
Secretaría de Marina	81
Instituto Nacional de Pediatría	305
C.E.T.S. Hidalgo	8
C.E.T.S. Querétaro	17
C.E.T.S. Tlaxcala	5
PEMEX	61
Centro Médico Dalinde	9
Hospital General Gustavo Baz Prada	4
Hospital Infantil Pedátrico	27
Servicios Hematológicos	6
Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca	4
Hospital Infantil de México Federico Gómez	151

FUENTE: Base de datos del Departamento de Evaluación y Seguimiento de la Normatividad de la Sangre.

- Colaboración con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para la integración del “Manual de Atención Integral de Hemofilia”.
- Colaboración con la Unidad de Análisis Económico para realizar el estudio y evaluación del costo-beneficio de la implementación de la sustitución del sistema de reposición por el sistema de donación voluntaria y de repetición.
- Participación en el Foro Interinstitucional sobre Gestión de Innovación en el Manejo Integral de Hemofilia. Cámara de Comercio Británica y Grupo de Salud y Ciencias de la Vida.
- Participación en la reunión Blood Supply Partnership Training Workshop on Leadership’s Role in Advancing GMP in Blood Centers organizada por el Foro de Cooperación Económica Asia-Pacífico (APEC, por sus siglas en inglés).
- Participación en el Foro Políticas Públicas para un Cambio en el Sistema de Captación de Unidades de Sangre en México. Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, LXIII Legislatura, México.
- Participación en el Primer Foro de Cánceres Invisibles Guanajuato. Congreso de Guanajuato.

Investigación

- Renovación del Registro Nacional de Instituciones y Empresas Científicas y Tecnológicas de CONACYT.
- 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 Platelets Transfusion-Relevant Bacterial Reference Strains”.

Publicaciones

Bello-López J.M., Hernández-Rodríguez F., Rojo-Medina J. Bactericidal effect of radiation with ¹³⁷Cesium in platelet concentrates. “Transfusion and Apheresis Science” vol. 55, núm. 3, pp. 347-352, 2016.

Salazar P.M., Bucio M., Cabrera M., Rojo Medina J. y colaboradores. Enfermedad de Chagas. “Revista de la Academia Mexicana de Ciencias”, vol. 68, núm. 1. p. 26, 2017.

Bello-López J.M., Rojo-Medina J. Detection of antibiotic resistance genes β -lactamics in bacterial strains isolated from Umbilical Cord Blood Units for transplant. “Revista Médica del Hospital General de México”, vol. 81, núm. 1, pp. 31-36, 2017.

Bello-López J.M., Ibáñez-Cervantes G., Rojo-Medina J. y colaboradores. Genetic diversity of Umbilical Cord Blood Units for transplant of the National Center of Blood Transfusion (Mexico). “Revista Médica del Hospital General de México”, vol. 81, núm. 1, pp. 16-23, 2017.

Rojo-Medina, J., Bello-López, J.M. National prevalence of hepatitis C and B viruses in Mexican blood donors, 2000-2012. “Revista Médica del Hospital General de México”, vol. 81, núm. 1, pp. 37-44, 2017.

Bello-López J.M., Trejo-Urióstegui I., Rojo-Medina J y colaboradores. Identification and molecular characterization of *Roseomonas* genomospecies 5 isolated from Umbilical Cord Blood Unit “Revista Médica del Hospital General de México”, vol. 81, núm. 1, pp. 24-30, 2017.

Rojo-Medina J., López-Herranz G.P. y Quezada-García D. Use of red blood cells concentrates at the General Hospital of Mexico. “Revista Médica del Hospital General de México”, vol. 81, núm. 1, pp. 45-50, 2017.

Estrategia 2.4

Fortalecer la atención integral y la reinserción social de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento

Los trastornos mentales aumentan el riesgo de padecer enfermedades transmisibles y no transmisibles, además de contribuir a las lesiones no intencionales e intencionales. También, muchas condiciones patológicas aumentan el riesgo de padecer trastornos mentales; esta comorbilidad no solo complica la búsqueda de ayuda y de tratamiento, sino que influye en el pronóstico; por otro lado, muchas de esas condiciones podrían evolucionar favorablemente si se abordaran de manera adecuada los aspectos de salud mental. Pero más allá de la ausencia de enfermedad, concebimos la salud mental como un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva, y aporta algo a su comunidad.

Con objeto de **priorizar la implementación de modelos comunitarios y familiares de atención integral de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento**, del 1 de septiembre de 2016 al 31 de agosto de 2017 el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental ha trabajado en conjunto con la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud para la construcción del Modelo de Villas de Transición Hospitalaria como la alternativa a la construcción de hospitales psiquiátricos con base en el Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, con lo que se busca la reinserción de los usuarios a la sociedad.

Para **reforzar el diagnóstico y la atención integral de los trastornos mentales y del comportamiento en todos los niveles de atención**, de enero de 2013 a junio de 2017, basados en la Guía de intervención del Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP por sus siglas en inglés) para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada, se capacitaron 2,646 médicos de centros de salud.

Entre las tareas destinadas a **fortalecer la cobertura de atención a los trastornos mentales con enfoque familiar, comunitario y respeto a los derechos humanos** se cuentan las siguientes acciones realizadas entre septiembre de 2016 y agosto de 2017:

Se otorgaron 230,400 consultas, en los 45 centros integrales de salud mental distribuidos en el país. Asimismo, el centro integral de salud mental de la Ciudad de México brindó 96 mil intervenciones. Los 32 hospitales psiquiátricos cuentan con una capacidad de atención continua hospitalaria para cuatro mil personas.

En el HRAEB, los servicios de psicología y psiquiatría son servicios de apoyo para los pacientes del Hospital y tienen el objetivo de atender interconsultas de todos los pacientes que cumplan con los criterios establecidos para la atención psicológica o psiquiátrica.

El CRAEHEP se capacita en forma continua al personal de salud del primer y segundo nivel de atención en la prevención de riesgo suicida y la detección de las alteraciones del neurodesarrollo en la población infantil y adolescente. Asimismo, en colaboración con el primer y segundo nivel de atención se agiliza la inserción social y se garantizan los derechos individuales de los pacientes.

El HRAEPY cuenta con la especialidad de psiquiatría en la modalidad de atención de consulta externa, a través de la cual se pueden detectar padecimientos que requieren atención hospitalaria y se cuenta con la vinculación con el

hospital psiquiátrico del estado. En este periodo se otorgaron 2,350 atenciones de este tipo.

El HRAEV continúa con la atención a grupos de apoyo para pacientes que requieran de atención en salud mental por parte del área de Psicología.

En materia de derechos humanos, en los SAP se impartieron 393 cursos, talleres, conferencias o pláticas a familiares, usuarios y público en general, los cuales tuvieron 5,990 asistentes. Se realizaron también 22 eventos para personal de salud, en los que hubo 744 asistentes.

Con el propósito de **impulsar la atención integral de enfermos con trastornos mentales para lograr su reinserción social y productiva**, al 30 de junio de 2017, en la Ciudad de México, Hidalgo, Jalisco y el Estado de México se contó con las denominadas “Casas de Medio Camino”, que son unidades abiertas no solo para personas egresadas de hospitales psiquiátricos sino también para personas con enfermedad mental que viven en situaciones familiares inestables o de conflicto grave. Son unidades de permanencia voluntaria y en ellas, se apoya al usuario en su proceso de reintegración social prestandose a su vez el servicio de acompañante terapéutico; la casa es un espacio físico donde pueden tener pertenencias y desarrollar actividades individuales o grupales al interior de la comunidad.

Con la meta de **incorporar gradualmente los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica con la red de servicios de salud**, el Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental pretende homogenizar la calidad de atención, a través de la red existente y el incremento de los servicios de salud mental, integrando la red de servicios, a la red general de servicios de salud. El fortalecimiento de la cobertura, se desarrolla a través del establecimiento de servicios de salud mental al interior de los servicios de salud. Al 30 de junio de 2017, las 32 entidades federativas cuentan con módulos de salud mental en los centros de salud; asimismo, se dispone de 45 centros integrales de salud mental, 32 hospitales psiquiátricos, 54 villas de transición hospitalaria y 19 entidades federativas cuentan con 10% de hospitales generales con al menos una cama de psiquiatría.

Para 2017, se transfirieron 15.5 millones de pesos por Ramo 12, a los estados de Hidalgo, Jalisco, Estado de México y Yucatán. Lo anterior, para la correcta operación de los Programas de Rehabilitación Psicosocial e Invierno Sin Frío, al interior de los hospitales psiquiátricos. Ambas acciones están destinadas a **impulsar modelos de atención no institucionales de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento**.

Estrategia 2.5

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

A fin de **establecer acciones de comunicación de riesgos de neoplasias malignas**, el HRAEB cuenta con un programa de acceso directo, de modo que mediante una línea telefónica el paciente que tiene sospecha de padecer alguna neoplasia pueda ser atendido y, en su caso, dirigido al servicio tratante con prioridad para su atención oportuna.

En 2016 se estableció convenio de colaboración entre el HRAEO y el INCAN, con fines de atención médica especializada e investigación, así como formación de recursos humanos para la salud.

El HRAEPY a través de las actividades de promoción y difusión de las especialidades que se otorgan en este caso de oncología, difunde las principales características de los padecimientos, así como su forma de presentación en la población para la detección oportuna. Atendiendo un total de 2,348 consultas de oncología médica y 1,868 consultas de oncología quirúrgica.

Se mantiene una campaña para realizar mastografías y pruebas de Papanicolaou en el HRAEV para diagnosticar este tipo de enfermedades en la localidad, se brinda de manera gratuita, lo que facilita la labor preventiva e incrementa la oportunidad del tratamiento en los casos identificados.

El Instituto Nacional de Cancerología realiza diversas campañas de concientización sobre el cáncer infantil, de piel, de ovario, de próstata, de testículo, de mama y de pulmón. Para ello, tanto en el sitio web www.infocancer.org.mx como en sus redes sociales se difunden noticias e información sobre la prevención y detección oportuna; así como infografías y material alusivo a los distintos tipos de cáncer.

Para **promover la detección temprana de neoplasias malignas**, en octubre de 2016 se impulsó el Mes de la Lucha contra el Cáncer de la Mujer con el lema *#DateUnaMano* en medios de comunicación y unidades de salud, destinado a la promoción de la detección temprana del cáncer de mama y de cuello uterino en las 32 entidades federativas.

Con el propósito de **focalizar acciones de prevención y detección de cánceres, particularmente cérvico-ute-**

rino y de mama, del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se realizaron las siguientes acciones:

- Se realizaron 648,676 mastografías a mujeres de 40 a 69 años de edad.
- Se realizaron 1,376,741 procedimientos para detectar cáncer de cuello uterino a mujeres de 25 a 64 años de edad distribuidas de la siguiente manera: (766,164 citologías cervicales y 610,577 detecciones biomoleculares del virus del papiloma humano).
- Se han realizado actividades para la detección oportuna de cáncer de cuello uterino en 92 Centros Femeniles de Readaptación Social, distribuidos en las 32 entidades federativas.
- Se han realizado actividades de para la detección oportuna de cáncer de cuello uterino en mujeres viviendo con VIH en 28 entidades federativas.

El HRAECS mantiene de manera permanente la Campaña de mastografías con el fin de realizar la detección y tratamiento oportuno de Cáncer de Mama, con el beneficio de la población que lo requiera sin costo alguno al utilizar los programas implementados por el Gobierno como es el programa CAUSES.

El HRAEI está certificado para la atención de la emergencia obstétrica del embarazo, parto y puerperio, en los tres niveles de atención, además de considerar en todo momento el estado nosológico que pueda poner en peligro la vida de la mujer durante la etapa grávido- puerperal y/o el producto de la concepción que requiere de atención médica y/o quirúrgica inmediata.

En octubre de 2016, el INCAN, realizó la campaña de tamizaje orientada a identificar pacientes de alto riesgo para cáncer de mama., los resultados de dicha campaña fueron orientados a identificar factores de riesgo.

Para fortalecer la prevención y atención al cáncer cérvico-uterino en población femenina de comunidades rurales, de septiembre de 2016 a junio de 2017 IMSS-PROSPERA efectuó 484,085 citologías (Papanicolaou) a mujeres de 25 a 64 años, lo que permitió identificar a 5,198 pacientes que presentaban algún tipo de lesión premaligna del cuello uterino o infección por el virus del papiloma humano, quienes fueron referidas a módulos de salud ginecológica de los hospitales rurales para su estudio complementario y tratamiento.

En relación con la detección oportuna del cáncer de mama, entre septiembre de 2016 y junio de 2017,

1,449,241 mujeres de 25 años y más fueron exploradas por personal de salud del Programa, lo que permitió identificar y derivar a aquellas a quienes se les detectaron lesiones iniciales.

Con el propósito de **fomentar la revisión rutinaria para detectar factores de riesgo de enfermedad prostática, cáncer de próstata y otras neoplasias malignas**, el HRAEO tiene proyectado para el segundo semestre 2017 cumplir con los criterios de acreditación en algunos catastróficos, dentro de los que se incluyen cáncer de ovario, cáncer de próstata y leucemias.

Además, se incorporó la detección integral, compuesta por la aplicación del cuestionario de sintomatología prostática, tacto rectal y prueba de antígeno prostático, al 30 de junio de 2017, se realizaron 779,675 detecciones en población masculina de 45 años.

Uno de los objetivos del Programa de Acción Específico Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, es **fortalecer la detección temprana y referencia oportuna para el tratamiento adecuado de pacientes oncológicos en menores de 18 años**. En esa tarea, del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se llevaron a cabo diversas acciones:

- Se realizaron 1,063 supervisiones a unidades médicas de primer nivel de atención y 37 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 3,590 médicos pasantes de servicio social, 3,290 médicos generales, familiares y pediatras y a 3,846 enfermeras (os) de primer nivel de atención y de Unidad Médica Acreditada.
- Las acciones a nivel nacional de búsqueda intencionada de casos con sospecha de cáncer en menores de 18 años; contemplaron, la aplicación de 1,622,211 cédulas de detección a menores de 18 años de primera vez en el año, de ellas se obtuvieron 2,687 casos con sospecha, los cuales fueron referidos a unidades médicas y 10% (270 casos) fueron confirmados en unidades de hospitalización.
- Al 30 de junio existen 59 Unidades Médicas Acreditadas para la atención de estos menores. El número de unidades puede fluctuar año con año y depende del proceso de acreditación de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

- Las acciones de búsqueda dirigidas a la población, se apoyan en una campaña permanente de difusión sobre los signos y síntomas de sospecha de cáncer en menores de edad con la finalidad de concientizar a la población sobre el tema y que acudan a los servicios de salud, volviéndose coparticipes de su salud y la de sus hijas (os), en ese sentido se otorgaron pláticas a 994,547 padres o tutores.
- En septiembre de 2016, se realizó la segunda edición del concurso de pinta de barda con el tema “Pintando el futuro de niñas, niños y adolescentes con cáncer”, en el que participaron 22 entidades federativas.
- Durante febrero de 2017, se realizaron 8,126 actividades alusivas al Día Internacional del Cáncer Infantil, tales como: jornadas, cursos, pláticas y talleres, 1,725 actividades de difusión (entrevistas en medios masivos y distribución de materiales impresos), 647 actividades lúdicas, deportivas o de entretenimiento.

En el marco del Mes de la Sensibilización sobre el Cáncer Infantil, el 29 de septiembre de 2016 la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social, a través de la Dirección General Adjunta de Coordinación de Proyectos Estratégicos y en coordinación con autoridades del municipio de Tecámac, Estado de México, llevó a cabo el evento conmemorativo denominado “Lazo Dorado 2016”. Se contó con la participación de 8,500 niños y niñas, a quienes se les brindó información en busca de sensibilizar para la oportuna detección de la enfermedad en los infantes.

La Secretaría de Salud, a través de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social, firmó un convenio de concertación de acciones con Grupo Editorial Porrúa con el propósito de promover y difundir estilos de vida saludables en beneficio de la salud de la población. Con base en este convenio se realizó el Tercer Concurso de Cuento Infantil y Juvenil Porrúa 2017 “Por un grito de vida”. La convocatoria se realizó en el marco del Día Internacional de Lucha contra el Cáncer Infantil, conmemorado el 15 de febrero. Este concurso se ha llevado a cabo con anterioridad en otras dependencias del Gobierno Federal, en colaboración con Editorial Porrúa. Para esta Tercera edición se sumaron los esfuerzos del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA).

El Convenio consistió en convocar a escritores mexicanos radicados en el país o en el extranjero, así como los autores extranjeros que radican en México, redactando una historia dirigida a la población infantil, que para esta Tercera edición, los temas se enfocaron a la sensibilización sobre: Cáncer Infantil y Promoción de Estilos de Vida Saludables.

El objetivo de la Convocatoria fue promover la creación de una literatura para generar conciencia entre niños de seis hasta jóvenes 18 años de edad, así como influir en la sociedad, a través de la lectura, sobre la importancia que tiene una cultura de prevención de la enfermedad y promoción de la salud en beneficio propio.

Del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017, el ISSSTE aplicó 101,519 dosis de vacuna contra el virus de papiloma humano a niñas de quinto año de primaria y de 11 años de edad no escolarizadas, en la población de responsabilidad institucional.

Para **impulsar la atención oportuna de las neoplasias malignas**, el HRAEO tiene proyectado para el segundo semestre 2017, cumplir con los criterios de acreditación en algunos catastróficos, dentro de los que se incluyen cáncer de ovario, cáncer de próstata y leucemias.

Los profesionales de enfermería en las salas de espera interactúan de manera directa con las personas en donde se les realizan presentaciones de pláticas orientadas a patologías oncológicas, mencionando todas aquellas acciones preventivas que se pueden llevar a cabo así como de diagnóstico oportuno relacionados con estos padecimientos. El boletín electrónico del HRAEI también trata estos temas con el propósito de orientar a las personas.

El HRAEPY como parte de las acciones de atención oportuna durante en el mes de mayo se llevó a cabo una campaña para la realización de mastografías, logrando una buena participación de la comunidad y en el mes de junio se desarrolló una campaña con motivo del Día del Padre, para la detección de cáncer de próstata teniendo una respuesta muy activa de la población. A través de esta campaña se detectaron 14 casos de cáncer que se encuentran ya en tratamiento.

El INCAN, durante el tercer trimestre de 2016 implanto un programa de Cirugía Ambulatoria de Mama, con el cual se busca reducir los tiempos de estancia hospitalaria y tiempo de espera por turno quirúrgico.

Estrategia 2.6

Garantizar el acceso a medicamentos e insumos para la salud de calidad

Como parte de las acciones para **fortalecer la cadena de suministro de medicamentos e insumos en las instituciones públicas de salud**, en el HRAEB se im-

plementó un sistema de medicación segura que incluye barreras de seguridad en cada una de las etapas de medicación: selección y adquisición, almacenamiento, prescripción, transcripción, dispensación, administración y control mediante la implementación de farmacovigilancia y reporte y análisis de eventos adversos de medicación.

En el HRAEO al inicio de cada estudio de mercado se requiere a los proveedores de medicamentos e insumos su licencia sanitaria, control de calidad y se verifica que cada producto cuente con un registro sanitario.

En el HRAEV, a su vez, el subcomité de antibióticos sesiona y trabaja de manera activa para evitar el uso indiscriminado de estos medicamentos y favorecer su empleo razonable.

En el HRAEI se cuenta con un sistema informático que permite la recepción oportuna y directa de la prescripción médica, en donde el Centro Integral de Servicios Farmacéuticos valida su idoneidad. En cuanto al almacenaje, se aplica un sistema de abasto en el control de inventarios que está semaforizado y controla las existencias mínimas y máximas, por lo que se lleva una rotación oportuna de medicamentos. La preparación y dispensación a los diferentes servicios del hospital fue de más de 145,000 medicamentos preparados y más de 123,000 medicamentos sólidos.

En 2016, por sexto año se llevó a cabo un proceso de captación de datos de medicamentos a través del Centro Sectorial de Gestión Web de Información sobre Medicamentos. Se obtuvo respuesta de 61 de 73 instituciones consideradas.

Asimismo, se inició la transición a la nueva plataforma del Sistema de Información Básica en Materia de Salud, en la que en 2017 se espera sumar nuevas instituciones que lleven a cabo compra de medicamentos, a fin de aumentar la base de captación de datos que permita un mejor diseño de estrategias tendientes a mejorar el abasto de medicamentos en el sector público.

Fomentar el uso racional de la prescripción de medicamentos es otra de las tareas prioritarias para sustentar una salud de calidad. En este ámbito, en el HRAEB se creó un comité de vigilancia de antimicrobianos este mismo regula que la prescripción de cada antibiótico en cada paciente este indicada. Cada prescripción viene junto con un formato que revisa y autoriza el área de infectología con ello se pretende disminuir el uso indiscriminado de antibióticos.

El CRAHEP, se han revisado los patrones de prescripción en el comité de farmacia y terapéutica, donde se han for-

mulado políticas en revisión de medicamentos de prescripción variable, como la inmunoglobulina, antibióticos, entre otros, con el fin de optimizar los recursos terapéuticos. Asimismo, se ha diseñado mediante el Comité de Farmacia y Terapéutica (COFAT) y el área de informática, un proceso de redacción de recetas de medicamentos utilizando programas informáticos con el fin de maximizar la correspondencia de la prescripción médica con las solicitudes al servicio de farmacia, el cual está en proceso de implementación.

Con el Modelo del Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitarias que se realiza en el HRAECS para garantizar los esquemas farmacoterapéuticos por 24 horas permite a la institución tener un uso racional de los medicamentos, asimismo en apego a la normatividad vigente la farmacia intrahospitalaria a través de la hoja farmacoterapéutica por paciente, ayuda a mejorar el control e historia farmacológica de cada uno de ellos. Con respecto al uso racional de antibióticos se está realizando en coordinación con el servicio de Infectología el listado de antibióticos de uso restringido siendo autorizados únicamente por el servicio en comentario, con la finalidad de evitar y/o disminuir las resistencias antimicrobianas. Dentro de los proyectos en puerta, está la distribución en dosis unitaria del material de curación, de los cuales se tiene 70% de avance del proyecto. Se espera la consolidación del mismo a mediados de este año.

Para el aprovechamiento de los medicamentos en área de HRAEO, se realiza dispensación por la farmacia en unidosis.

Se encuentra sesionando y trabajando de manera activa el subcomité de antibióticos del HRAEV para evitar su uso indiscriminado y fomentar el uso razonable de los mismos. El subcomité de Farmacia se encuentra sesionando de manera calendarizada, así también lleva un control de máximos y mínimos.

En el HRAEI, el implementó la dispensación de medicamentos por dosis unitaria teniendo una cobertura terapéutica de 24 horas para cada paciente, otorgando tratamientos personalizados, con seguimiento farmacoterapéutico, de ahí se deriva la idoneidad de los procesos de medicación. Se recibieron más de 274,000 prescripciones de las cuales se surtieron más de 98 por ciento.

Para **fomentar el uso racional de la prescripción de medicamentos**, la COFEPRIS, 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 principales fases: 1) de 2013 a 2015 se realizaron visitas de fomento sanitario; se aplicaron siete mil Guías para las Buenas Prácticas Sanitarias en Farmacias y Consultorios, con una calificación promedio nacional de cumplimiento de la normatividad de 75%. 2) Vigilancia Sanitaria. En junio de 2015 concluyeron las visitas a las 32 entidades federativas; a junio de 2017 se habían realizado 10,061 visitas de verificación a consultorios anexos a farmacias, de las que se han derivado 430 suspensiones, lo que equivale a 4.3% de los establecimientos verificados. 3) Calidad en el Servicio. De abril de 2015 a junio de 2017, los médicos de los consultorios adyacentes a farmacias han aplicado 14,479,542 cuestionarios para determinar riesgos de padecer alguna enfermedad crónica 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 80% de los establecimientos.

En el mismo tenor, el Programa IMSS-PROSPERA dio seguimiento a la regulación de las acciones del COFAT en los hospitales. Dio inicio con aquellas unidades en proceso de certificación en el periodo previo y se extendió de manera paulatina a los 80 establecimientos con que cuenta en el segundo nivel de atención.

Estrategia 2.7

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

La SS, en aras de **fortalecer la detección temprana y el control de pacientes con ECNT**, del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 registró 26,669,377 pruebas para la detección de enfermedades crónicas, distribuidas de la siguiente manera: 8,338,933 para diabetes, 8,571,793 para hipertensión arterial, 8,108,353 para sobrepeso/obesidad, y 1,650,298 para dislipidemias.

A su vez, el HRAEV cuenta con un grupo de apoyo para pacientes con obesidad y en el área de Geriátrica promueve grupos de apoyo para pacientes diabéticos e hipertensos.

Para **instrumentar el Modelo Clínico Preventivo Integral**, del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017, en las UNEME-EC se incorporaron a tratamiento 36,080 pacientes, otorgando 696,750 consultas por

el equipo multidisciplinario. De los pacientes atendidos se logró el control glucémico en 33.2% de los pacientes con diabetes mellitus (evaluado con HbA1c); 69.3% de control de presión arterial en pacientes con hipertensión arterial; 18% de pérdida de peso de 5 a 10% en pacientes con obesidad; 30.7% de control en pacientes con dislipidemias. Es importante resaltar que en lo que va del año 63% de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 han reducido variables clínicas, con lo cual disminuye significativamente su riesgo cardiometabólico global.

Durante el último trimestre de 2016 y el segundo trimestre de 2017 se acreditaron 882 Grupos de Ayuda Mutua con un total de 19,492 integrantes. Asimismo, se establecieron nuevos lineamientos para la operación de la estrategia, lo que está implicando una reingeniería de la Plataforma del Sistema de Vigilancia y Estudios de Grupos de Ayuda Mutua. Al 10 de julio de 2017, a través del Sistema de Información en Enfermedades Crónicas, con el uso de un tarjetero de control digital se da seguimiento a más de 1.8 millones de pacientes atendidos con al menos una consulta, de los cuales 72.2% son mujeres y 27.8% son hombres. Del total de pacientes activos (acuden a consulta regularmente), 1,042,897 viven con diabetes; 1,184,572 tienen hipertensión; 649,857 tienen obesidad y 467,321 presentan dislipidemia. En 27 entidades se cuenta con Redes de Excelencia con 138 centros de salud y 25 UNEME-EC, en donde se atiende a 1,010,257 personas mayores de 20 años.

Con respecto al compromiso de **capacitar continuamente a los profesionales de la salud de primer con-**

tacto, cabe destacar experiencias como la del HGM, que a través de sesiones académicas semanales ofrece capacitación a sus médicos generales, psicólogos, trabajadores sociales y odontólogos que realizan acciones de primer contacto.

El HRAECS, a su vez, en colaboración con la Universidad Autónoma de Chiapas, desarrolló un curso a distancia para capacitar a médicos de primer nivel en la detección temprana de cáncer en la mujer.

En tanto, el HRAEV, como parte de sus actividades de educación continua, llevó a cabo en marzo de 2017 el Segundo Curso Anual de Medicina Interna.

En cuanto a la línea de acción que busca **asegurar el abasto oportuno y completo de medicamentos e insumos**, cabe señalar que uno de los puntos críticos 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 tiene varios componentes y muchos de ellos dependen de una gestión compleja. Al respecto, el 1 de febrero de 2016 se inició el proyecto módulo de farmacia con el objetivo de mejorar la cobertura de medicamentos. Al 30 de junio de 2017, este módulo se encuentra instalado en 35 unidades: Xochimilco, Guadalupe, Álvaro Obregón, Celaya, Irapuato, Tláhuac, Río Verde, Cuautitlán, Cuauhémoc, Pozos, Ticul, Santiago, León, Durango, Tlalpan, Rincón de Romos, Santa María del Río, Gómez Palacio, Chihuahua, San Luis Potosí, Ciudad Valles, Iztapalapa, Cuernavaca, Nezahualcóyotl, Tamazunchale, Iguala, Venustiano Carranza, Soledad, Acapulco, Pachuca, Tula, Bermejillo, Matehuala, Ciudad Juárez y Lerdo.





3. REDUCIR LOS RIESGOS
QUE AFECTAN LA SALUD DE
LA POBLACIÓN EN CUALQUIER
ACTIVIDAD DE SU VIDA

CABINA DE SEGURIDAD
BIOLÓGICA (CSB) II

VECO

VECO, S.A. DE C.V.
CALLE 10 A. No. 196 COL. CHAL
C.A. 40000 A.P. 20
ANTOPOLIS MICHOACÁN, MÉXICO
TEL. (01) 777 528 29 27
FAX (01) 777 528 29 71

MOTOR

Id. 07/18



Estrategia 3.1

Fortalecer la regulación y vigilancia de bienes y servicios para la reducción de riesgos sanitarios

En la línea de acción destinada a prevenir riesgos sanitarios, como las infecciones nosocomiales y la mortalidad materna, entre otros, resulta imperativo **fortalecer la supervisión de establecimientos y servicios de salud** a través de visitas de verificación sanitaria a hospitales, clínicas, consultorios, ambulancias y establecimientos que brindan servicios de hemodiálisis, laboratorios clínicos, reproducción asistida, trasplantes, bancos de sangre, transfusión sanguínea, puestos de sangrado y bancos de células parentales hematopoyéticas. Asimismo, servicios de atención psiquiátrica y en adicciones, medicina alternativa, centros de asistencia social, guarderías, asilos, y otros servicios como *spa*, acupuntura, cámara hiperbárica, medicina estética, o células germinales.

Para reforzar la supervisión de tales establecimientos y servicios, del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se han efectuado 787 verificaciones.

El CNTS realiza mensualmente el análisis estadístico de los bancos de sangre del país a través de los informes de ingresos y egresos de sangre. Se informa, a su vez, a la COFEPRIS de los incumplimientos a fin de aplicar las sanciones correspondientes con base a la normatividad vigente.

El CNTS en coordinación con la COFEPRIS cuenta con Bases de Colaboración para el intercambio de información de servicios de sangre, que permite a ambas instituciones ampliar coordinadamente la cobertura y supervisión, a fin de verificar la correcta aplicación de la normatividad vigente.

Con el objetivo de **modificar la regulación de los procesos de prevención, fomento, vigilancia y control de riesgos sanitarios para hacerla más efectiva** se publicó el 12 de diciembre de 2016 en el DOF el “Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se dan a conocer los trámites y servicios, así como los formatos que aplica la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Federal

para la Protección contra Riesgos Sanitarios, inscritos en el Registro Federal de Trámites y Servicios de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria, publicado el 28 de enero de 2011”. El propósito de este acuerdo es adecuar los formatos de trámite que aplica la SS a través de la COFEPRIS a fin de estandarizarlos con los formatos que aplica la Administración Pública Federal.

Para **fortalecer el cumplimiento de la normatividad con la consolidación del Sistema Federal Sanitario** al 30 de junio de 2017 se han establecido 17 Acuerdos de Coordinación de Facultades entre la COFEPRIS y las entidades federativas.

El HRAEV cuenta con un banco de sangre, en el cual desde agosto de 2016 se han realizado procedimientos relacionados con la movilización y recolección de células progenitoras hematopoyéticas con fines de trasplante a dos pacientes, un procedimiento complejo.

En el renglón destinado a **promover permanente y sistemáticamente todos los programas y acciones que permitan alcanzar una efectiva reducción de riesgos** se logró la publicación en el DOF del Estándar de Competencia 0686 del Programa 6 Pasos de la salud, con el cual se ha beneficiado a cerca de 2,950,780 personas. De igual forma, se ha llevado a cabo la formación de 26,208 capacitadores con 17 capacitadores bilingües. Actualmente se cuenta con 36,962 réplicas del curso en todo el país.

Estrategia 3.2

Garantizar el control de emergencias en salud, desastres y de seguridad en salud

El tema de la prevención y mitigación de daños ante las urgencias epidemiológicas y desastres de alto impacto ha tomado relevancia en la agenda de la salud pública del país, al reconocerse que es indispensable establecer estrategias y programas de largo alcance enfocados tanto a prevenir como a reducir los riesgos y daños en la salud.

Previendo coadyuvar con acciones en materia de protección civil a efecto de mitigar los efectos destructivos de

los fenómenos perturbadores, se llevaron a cabo las siguientes actividades:

Durante el segundo semestre del año 2016 se realizaron dos macrosimulacros con hipótesis de sismo y amenaza de bomba, los días 19 de septiembre y 29 de noviembre de 2016, en 33 inmuebles que integran las unidades administrativas (UA) y los órganos administrativos desconcentrados (OAD). En estos ejercicios se contó con la participación activa de brigadistas para enfrentar con éxito ambas hipótesis en sus respectivos escenarios. En total se evacuó a una población de 16,454 personas y 1,343 brigadistas, respectivamente, que pusieron en práctica los conocimientos aprendidos en las sesiones de capacitación. Paralelamente se difundieron volantes informativos sobre medidas de prevención.

Asimismo, el 9 de mayo de 2017 se llevó a cabo un macrosimulacro con hipótesis de amenaza de bomba, en el que se evacuaron 31 inmuebles y a una población de 7,652 personas, con la participación de 697 brigadistas.

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**, del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se emitieron ocho Avisos Preventivos de Viaje a los siguientes lugares: África y América por la situación del cólera; Arizona y Minnesota, Estados Unidos de América, por sarampión; Haití, Venezuela y República Dominicana por difteria; Brasil, Colombia, Perú, Ecuador, Bolivia y Surinam por fiebre amarilla y a la región de Europa por sarampión. Se realizó el monitoreo 24/7 de todos los eventos meteorológicos, volcánicos, sismológicos, y de eventos químicos, biológicos, radiológicos y nucleares ocurridos en el país, lo que permite aportar información oportuna para la realización de estrategias de prevención y control de enfermedades que pongan en riesgo la salud de la población mexicana en emergencias y desastres. Se mantiene la vigilancia epidemiológica de dengue, zika y chikungunya por el riesgo de reintroducción de nuevos serotipos virales de esta u otras arbovirosis.

Se participó en la Reunión Regional para la Estrategia de Vigilancia y Control de las Arbovirosis del 20 al 21 de octubre de 2016 en la Habana, Cuba, con el objetivo de identificar las acciones comunes para la implementación de una estrategia integral de vigilancia y control de arbovirosis y sumar esfuerzos para enfrentar la actual epidemia de zika. Del 14 al 18 de noviembre de 2016 se realizó el Primer Taller Internacional de Secuenciación de Virus Dengue, como parte del proyecto "Vigilancia Genómica de Dengue en las Américas (ViGenDA)", destinado a in-

corporar la vigilancia molecular a los sistemas de vigilancia integrados. Se contó con la participación de profesionales de laboratorio de Argentina, Brasil, Cuba, Colombia, Perú, Nicaragua, Panamá y Puerto Rico. Asimismo, del 28 de noviembre al 2 de diciembre de 2016 se llevó a cabo el Primer Taller para la Detección y Tipificación Molecular de *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Neisseria meningitidis* por PCR directa, organizado por OPS/OMS y los CDC, con participación de siete países de Centroamérica.

Los días 11 y 12 de abril de 2017, México estuvo presente en la reunión internacional del sector de salud pública y seguridad para preparación y respuesta ante el bioterrorismo internacional, celebrada Berlín Alemania. Finalmente, del 17 al 19 de julio participó en la Consulta Formal Regional sobre el Reglamento Sanitario Internacional en la reunión de Sao Paulo, Brasil.

Gracias al importante papel que ha desarrollado la DGE a través del InDRE en el diagnóstico de Chikungunya, el 28 de abril de 2017, esta dirección general adjunta recibió la invitación por parte de la OMS para ser Centro Colaborador en Arbovirosis y fungir como asesor técnico en la implementación del Sistema Integral de Vigilancia en Arbovirus con el Ministerio de Salud de Belice.

En el HRAEB el comité de vigilancia epidemiológica regula las acciones para la prevención y control de infecciones intrahospitalarias. La tasa de infecciones nosocomiales por mil días estancia se mantiene entre 11.4 y 12.5, lo que se ubica dentro de los parámetros internacionales.

Al contar con médicos especialistas y una Unidad de Epidemiología Hospitalaria, el HRAEV mantiene actualizado el protocolo de manejo de enfermedades transmisibles y de apoyo a la red de servicios regionales para atender complicaciones de padecimientos en tiempo y en forma en colaboración con la Secretaría de Salud estatal.

Con la finalidad de **consolidar la organización y coordinación de la preparación y respuesta ante emergencias en salud y riesgos sanitarios**, en el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se atendieron en el país 71 desastres y 2,012 brotes. 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, 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, así como la verificación de la existencia de insumos.

El HRAEV cuenta con un área de Epidemiología hospitalaria que mantiene actualizado el protocolo de manejo de enfermedades transmisibles informando en tiempo y forma a Secretaría de Salud Estatal.

Para sustentar el compromiso de **fortalecer los mecanismos de anticipación y respuesta ante enfermedades emergentes, reemergentes y las asociadas a desastres**, se llevaron a efecto las siguientes acciones:

En coordinación con la OPS y por tercer año consecutivo, se realizó el Curso de Certificación de Microscopistas para la región de las Américas, del 17 al 28 de octubre de 2016, en el cual personal de los Laboratorios Estatales de Salud Pública de Quintana Roo, San Luis Potosí y Yucatán obtuvieron la certificación como microscopistas. En marzo de 2017, el InDRE recibió la invitación por parte de la OMS para incorporarse como Centro Colaborador en el diagnóstico de malaria. Durante febrero de 2017 se participó en la reunión binacional cuyo eje central fue la vigilancia, prevención y control de la enfermedad por virus del Zika en México y Estados Unidos de América. En abril de 2017, se participó en la Reunión del Grupo de Trabajo Global de Manejo de Riesgos y Comunicación, de la Iniciativa Global de Seguridad en Salud, celebrada en el Instituto Roberto Koch en Berlín, Alemania, para hacer frente amenazas de terrorismo internacional.

Durante octubre de 2016 se realizó en Querétaro, Querétaro, la Reunión Nacional de Temporada de Frío, Prevención y Control de IRA, Influenza y otros Daños a la Salud 2016-2017, con el objetivo de actualizar, estandarizar y difundir los criterios de vigilancia, prevención y atención de daños a la salud durante la temporada. Asistieron 121 representantes de los tres niveles de gobierno, de distintas instituciones y áreas del Sector Salud. Asimismo, como parte de la atención y control de la influenza, se garantizó la disponibilidad de tratamientos con el antiviral oseltamivir a través de las reservas estratégicas estatales y federal. Al inicio de la temporada de frío se realizó la dotación a las 32 entidades federativas e instancias de salud federales para garantizar la atención de las personas que acuden a las unidades médicas.

El HRAECS continúa de forma permanente en vigilancia de enfermedades emergentes; en el primer semestre de 2017 no se reportaron casos de estas. Asimismo, participa activamente en el avance del conocimiento sobre estas enfermedades en colaboración con la CCINSHAE, el INCMNSZ e instituciones internacionales.

El área de Epidemiología del HRAEV, en colaboración con la Secretaría de Salud estatal, mantiene actualizado el

protocolo de manejo de enfermedades transmisibles y emergentes en la región a través de otorgar servicios de alta especialidad, como ocurre en la atención de complicaciones por dengue o influenza.

La DGCHFR promueve la participación de los HFR en las estrategias institucionales diseñadas para enfermedades emergentes, reemergentes y desastres.

En el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017, para **fortalecer la capacitación y actualización del personal involucrado en la preparación y respuesta ante emergencias y riesgos sanitarios**, en el marco de los Programas de Acción Específico Prevención de Enfermedades Diarreicas y Cólera y Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres, se participó en cuatro cursos, donde se abordaron temas referentes a la atención y respuesta ante emergencias en salud como cólera, urgencias epidemiológicas y desastres, así como la continuidad del Plan Regional Norte de Preparación y Respuesta para Emergencias en Salud.

Adicionalmente, en el plano internacional la SS participó en cinco eventos:

- Ejercicio de Revisión de la aplicación de la Convención de Armas Biológicas, en Santiago de Chile, del 30 de agosto al 4 de septiembre de 2016, con el objetivo de dar seguimiento a los acuerdos establecidos dentro del convenio.
- Taller de Respuesta Médica al Terrorismo Nuclear como Desafío Mundial, realizado en Panamá del 14 al 16 noviembre de 2016, con la finalidad de intercambiar experiencias en los ámbitos de gestión de emergencias y despliegue de capacidades relacionadas con la respuesta médica a incidentes de terrorismo radiológico.
- Reunión Regional de Coordinadores de Desastres de Salud, en Bogotá, Colombia, del 16 al 18 de noviembre de 2016, con el propósito de establecer las estrategias, acciones y recomendaciones para la implementación del Plan de acción de reducción del riesgo de desastres 2016-2021 y el Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria 2014-2019.
- Última sesión grupo de trabajo intergubernamental de expertos de composición abierta sobre indicadores y terminología relativa a la reducción del riesgo de desastres, celebrada del 14 al 18 de noviembre 2016, en Ginebra, Suiza, a fin de dar seguimiento a la implementación del Marco de Sendai.

- Reunión de la Quinta Plataforma Regional para la Reducción del Riesgo de Desastres en las Américas, del 7 al 9 de marzo de 2017, en Montreal, Canadá, destinada a intercambiar experiencias en los diversos temas de la plataforma, así como establecer el Plan de Acción Regional para la implementación del Marco de Sendai en la reducción de pérdidas de vidas, medios de subsistencia y salud causada por los desastres.

Del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se impartieron tres cursos de actualización a la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública: “Diagnóstico por laboratorio de *Bordetella pertussis*, *Haemophilus influenzae*, *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae* y pruebas de sensibilidad a los antimicrobianos”; “Diagnóstico de rickettsiosis por el laboratorio mediante inmunofluorescencia indirecta” y “Lineamientos para el uso de antisueros e interpretación en la serotipificación de *Salmonella spp.*, *Shigella spp.*, *E. coli* y *Vibrio cholerae*”.

Ante la contingencia generada por la asociación de infección materna por el virus del Zika y defectos al nacimiento, en marzo de 2017, se actualizó el Manual de procedimientos para la vigilancia epidemiológica de defectos al nacimiento, para incorporar la vigilancia de defectos craneofaciales.

Asimismo, se llevó a cabo la 11ª Reunión Nacional de Atención a Emergencias 2016, en La Paz, Baja California Sur, con la participación de 120 asistentes; entre ellos, los titulares y coordinadores de Atención a Emergencias de las entidades federativas, con temas concernientes a la atención de los eventos de emergencia.

En el CRAECS Se han realizado durante 2017 dos simulacros de evacuación y dos cursos sobre uso de extintores.

Dado que el estado de Oaxaca es una zona de alto riesgo para sismos y desastres, en el HRAEO se llevan a cabo simulacros de manera periódica de acuerdo con su calendario interno en coordinación con Protección Civil del estado.

El HRAEV cuenta con un comité denominado Seguridad y Atención Médica en caso de Desastres, el cual sesiona de manera calendarizada.

Para **consolidar la seguridad sanitaria nacional y la cooperación internacional mediante la correcta aplicación del Reglamento Sanitario Internacional**, entre septiembre de 2016 y junio de 2017 se llevaron a cabo las siguientes actividades:

Se gestionó la participación de la DGE y el InDRE en la Reunión Ministerial de la Agenda de Seguridad Global en Salud (GHSA, por sus siglas en inglés), que se celebró del 12 al 14 de octubre de 2016 en la ciudad de Rotterdam, Países Bajos. Ahí, México compartió su experiencia y las acciones desarrolladas en la atención del zika y señaló que fue referente en el monitoreo, la detección, el diagnóstico y la atención de virus epidemiológicos en una mesa redonda organizada por Estados Unidos, en la cual se señalaron las acciones desplegadas en la detección y atención de casos de zika con la intención de resaltar las fortalezas institucionales.

Se participó en la 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), que se llevó a cabo del 2 al 4 de noviembre de 2016, en Washington, D. C., con la finalidad de dar seguimiento a las actividades de los diferentes grupos de trabajo relacionados con el manejo y comunicación de riesgos, red global de laboratorios, influenza pandémica, incidentes químicos y amenazas radionucleares, así como para coordinar aspectos logísticos para la Reunión Ministerial de 2017.

La 17ª Reunión Ministerial de la GHSI se realizó el 24 de febrero de 2017 en Bruselas, Bélgica, y se enfocó en la necesidad de fortalecer el trabajo de la Iniciativa ante emergencias sanitarias considerando el nuevo programa de la OMS sobre el tema.

Se coordinó la participación de la DGE en la Reunión de Contraindicaciones Médicas que se efectuó los días 6 y 7 de abril de 2017 en Ginebra, Suiza, y en la Reunión de Salud Pública y de Expertos en Seguridad sobre la preparación y respuesta colaborativa para el bioterrorismo internacional de la GHSI, el 11 y 12 de abril de 2017 en Berlín, Alemania. Ambas reuniones se organizaron en el marco del grupo de trabajo sobre riesgos y comunicaciones, con la intención de fortalecer los marcos de trabajo.

México pertenece a la Iniciativa Global de Seguridad en Salud (GHSI por sus siglas en inglés) formada por los países del G-7 más la Unión Europea y la OMS. Por ello, del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 la SS participó en el grupo de trabajo de comunicación de riesgos mediante la asistencia a 51 teleconferencias semanales para vigilar los potenciales riesgos para la población y alertar así de forma temprana sobre los sucesos de relevancia para la salud internacional. En el Grupo de Alerta y Reporte Temprano (EAR) de la GHSI, México participó en cinco ocasiones como responsable del monitoreo de la plataforma de vigilancia basada en eventos. Asimismo, en diciembre de 2016 se participó

en la reunión regional para fortalecer la Red Internacional de Autoridades de Inocuidad de los Alimentos. Del 9 al 10 de mayo participó en la reunión de grupo de trabajo de presidentes y enlaces de la GHSI en la ciudad de Washington D.C.

Del 7 al 9 de junio de 2017, en Ottawa, Canadá, se reunieron los presidentes de grupos de trabajo, enlaces de delegación y oficiales superiores de la GHSI con la intención de retroalimentar las actividades de trabajo y revisar el cronograma 2017.

En acciones de cooperación referentes al RSI, a finales de 2016 se coordinó una consulta con el enlace nacional de esta Dependencia con el RSI, a cargo de la DGE, para responder un cuestionario de la OMS destinado a actualizar la información relacionada con requisitos vigentes de vacunación como condición de entrada o salida del país, situación de riesgo de paludismo y su prevención, y la correspondencia entre los requisitos de vacunación dados a conocer por Embajadas y Consulados con los establecidos por las autoridades sanitarias nacionales.

A principios de 2017, se coordinó la comunicación entre la Asociación Internacional del Propietarios Independientes de Buques Petroleros y el enlace nacional de la SS con el RSI para aclarar información sobre la admisibilidad de certificados de vacunación contra la fiebre amarilla de conformidad con las disposiciones actualizadas del RSI en 2016.

De igual forma, en abril de 2017, la OMS nominó al director general adjunto de Programas Preventivos del CENA-PRECE para que formara parte de la Lista de Expertos del RSI debido a su amplio conocimiento en materia de gestión de emergencias en salud, propuesta que fue avalada.

También se han difundido con la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud todas las alertas del Comité de Emergencia del RSI sobre el brote de virus del Zika y cualquier actualización sobre las declaratorias de ESPII.

Del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017, como parte del proceso de implementación de las capacidades básicas en puntos de entrada referidas en el RSI, se designó al Aeropuerto Internacional Lic. Adolfo López Mateos en Toluca, Estado de México, para desarrollar las capacidades necesarias destinadas a detectar, notificar y atender las ESPII.

Por otra parte, la DGE continúa siendo el Centro Nacional de Enlace de México para el Reglamento Sanitario Internacional de todo el territorio nacional y las instituciones dentro y fuera del sector salud mexicano.

Con el objetivo de **promover las acciones intersectoriales para controlar emergencias y desastres y de seguridad en salud**, del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 la COFEPRIS atendió en total 1,271 eventos, de las cuales 701 correspondieron a acciones preventivas por concentraciones masivas o eventos sociorganizativos; 334 fueron eventos por brotes de enfermedades infecciosas o emergentes; 131 por exposición a otros agentes (riesgos químicos); 89 por desastres naturales y 16 por infecciones nosocomiales. Estos eventos fueron atendidos a través del Sistema Federal Sanitario.

Como parte de las acciones de capacitación y mejoramiento en la preparación y respuesta intersectorial ante emergencias en salud, del 5 al 9 de diciembre de 2016 se realizó en Acapulco, Guerrero la Reunión Nacional de los 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 estos programas en las entidades federativas y de la coordinación de la respuesta. Del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se realizaron cuatro 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 estas enfermedades.

En el mismo periodo, la DGE a través de la UIES realizó el Perfil Nacional de Riesgos con información recopilada de múltiples fuentes de información, que tiene como objetivo identificar los factores climáticos, sismológicos, volcánicos, así como los componentes de riesgo químico, biológico, radiológico y nuclear.

Estrategia 3.3

Garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos, biológicos e insumos para la salud

Entre el 1 de septiembre de 2016 y el 30 de junio de 2017 se fortalecieron las acciones para **fomentar la farmacovigilancia y tecnovigilancia de insumos para la salud** por lo que se recibieron 35,863 notificaciones de sospecha de reacciones adversas a medicamentos y se realizaron las siguientes actividades: tres cursos de cuidados paliativos; 22 cursos sobre la modificación a la NOM-220-SSA1-2016, Instalación y operación de la

farmacovigilancia; 12 talleres de noti-reporta (para los estados e industria); dos talleres sobre planes de manejo de riesgos; tres videoconferencias para capacitar a los estados vía web; ocho ponencias de difusión de la farmacovigilancia; una ponencia en un congreso nacional sobre la elaboración de planes de manejo de riesgo; dos ponencias en congresos internacionales sobre Notificación de SRAM y elaboración de Planes de Manejo de Riesgo y tres participaciones en el diplomado “Ciclo de vida de los medicamentos”.

En cuanto a tecnovigilancia, durante 2016 se recibieron 666 notificaciones de incidentes adversos; se realizaron ocho talleres de tecnovigilancia dirigidos a la industria, profesionales de la salud y estudiantes; se presentaron dos ponencias de difusión en las Jornadas de Tecnovigilancia; se impartieron tres ponencias en congresos (dos internacionales y una nacional) y una capacitación presencial a los estados.

El HRAEB implementó un sistema de medicación segura que incluye barreras de seguridad en cada una de las etapas de medicación: selección y adquisición, almacenamiento, prescripción, transcripción, dispensación, administración y control mediante la implementación de farmacovigilancia y reporte y análisis de eventos adversos de medicación. Todas estas acciones son reguladas por el COFAT.

Se encuentra sesionando y trabajando de manera activa el Subcomité de Antibióticos del HRAEV para evitar su uso indiscriminado y el uso razonable de los mismos. El subcomité de Farmacia se encuentra sesionando de manera calendarizada, así también lleva un control de máximos y mínimos.

En el HRAEI se usa un sistema de evaluación de riesgos que permite identificar, evaluar y controlar eventos adversos en la medicación, garantizando la mejora continua de la calidad en la atención hospitalaria y es uno de los principales hospitales notificadores de reacciones adversas del país.

Con el propósito de **facilitar la liberación de nuevas moléculas de medicamentos y biológicos seguros, de calidad y eficaces** para ponerlos a disposición de la población, el 18 de abril de 2017 se presentó el noveno paquete de innovadores, compuesto de 63 nuevas moléculas. Con ello, de 2011 al 30 de junio de 2017 la COFEPRIS ha emitido 276 registros para medicamentos innovadores que atienden 23 clases terapéuticas distintas que representan 75% de las causas de muerte en la población mexicana. Cabe destacar que durante la actual administración se han introducido siete nuevas

moléculas cuyo primer país de comercialización ha sido México.

Asimismo, para **fomentar el ingreso de nuevos medicamentos genéricos y biocomparables seguros, de calidad y eficaces**, entre octubre de 2011 y junio de 2017 la Secretaría de Salud a través de la COFEPRIS liberó 15 paquetes de medicamentos genéricos compuestos por 39 sustancias activas que corresponden a 540 nuevos registros de medicamentos genéricos. Asimismo, con la liberación de este último décimo quinto paquete, la política de genéricos del Gobierno de la República ha permitido una reducción promedio de 55% en los precios de los medicamentos, lo que representa un ahorro de 1,446 pesos para el consumidor, en promedio.

De igual forma el CSG, a través de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos de Sector, elabora, actualiza y difunde el Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud, con la finalidad de que contribuir a mejorar la calidad, seguridad y eficiencia de la atención a la salud que otorgan las instituciones públicas del SNS.

El Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud es el documento en el que se agrupan, caracterizan y codifican todos los medicamentos, enmarcando que el Cuadro Básico de Insumos aplica en el primer nivel de atención y el Catálogo de Insumos en el segundo y tercer nivel.

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 insumos 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.

Referente al Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos del Sector Salud, en el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 31 de agosto de 2017 se recibieron un total de 110 solicitudes para su actualización.

Así se contribuye a la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos, biológicos e insumos para la salud.

Con el objeto de continuar con la reducción de la carga regulatoria y así contribuir a la liberación de recursos económicos, durante el primer semestre de 2017 se actualizó la lista de insumos para la salud desregulados del acuerdo por el que se da a conocer el listado de insumos para la salud considerados como de bajo riesgo

para efectos de obtención. Esta medida forma parte de la línea de acción dirigida a **promover el ingreso de dispositivos médicos seguros, de calidad y eficaces.**

En el ánimo de **promover el desarrollo de la farmacogenómica** el Instituto Nacional de Medicina Genómica lleva a cabo el curso de farmacogenómica en línea.¹⁷

Estrategia 3.4

Fortalecer el control, vigilancia y fomento sanitarios de productos y servicios de uso y consumo humano

En la tarea de **vigilar la calidad del agua para uso y consumo humano**, del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se realizaron 736,212 determinaciones de cloro residual en las 32 entidades federativas, de las cuales 471,724 resultaron dentro de la norma, con lo que se obtuvo 92.3% de eficiencia en la cloración del agua a nivel nacional. Del 1 de enero al 30 de junio de 2017 se realizaron 416,088 determinaciones de cloro residual en las entidades federativas, de las cuales 383,633 han resultado dentro de la norma, con lo que obtuvo un 92.2% de eficiencia de cloración del agua a nivel nacional.

Para **llevar a cabo el control, vigilancia y fomento sanitarios en la producción, almacenamiento, distribución y comercialización de alimentos**, durante 2016 se realizaron 137,356 visitas de verificación, y en el primer semestre de 2017 se llevaron a cabo 54,866 visitas de verificación sanitaria a los giros de productos y servicios, en las que se incluyen a: rastros, fábrica de alimentos, así como aditivos, 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, así como sus áreas de cosecha y otros alimentos, así como tiendas de autoservicio.

Como parte del compromiso para **vigilar y controlar los riesgos sanitarios en la prestación de los servicios de salud** se han llevado a cabo acciones de vigilancia sanitaria en los siguientes establecimientos que prestan servicios de salud:

- De noviembre 2013 a junio de 2017 se han realizado 10,061 visitas de verificación a consultorios anexos a farmacias, de las cuales 439 estuvieron a cargo de COFEPRIS, mientras las entidades federativas efectuaron 9,622, de las que derivaron 345 suspensiones de actividades.
- De 2010 a junio de 2017 la COFEPRIS junto con el SFS ha verificado 3,080 clínicas con prestación de servicios de cirugía estética; 211 de esas verificaciones han derivado en suspensión de actividades.
- De 2010 a junio de 2017 se han realizado 1,295 visitas a hospitales y clínicas, de las cuales 270 han derivado en suspensión de actividades.

Con la finalidad de **apoyar al proceso de exportación de alimentos fortaleciendo el proceso de certificación con base en un análisis de riesgo**, de agosto de 2014 a junio de 2017 se realizaron 312 visitas de verificación sanitaria con fines de certificación para la exportación. Con ello se cuenta con 226 plantas certificadas, lo cual permite mantener el flujo comercial de los productos mexicanos a las principales regiones comerciales, como Estados Unidos, la República Popular China y la Unión Europea, así como a más de 188 países.

En la línea de acción **controlar y vigilar la producción, importación y comercialización de productos de alcohol y tabaco**, en materia de combate a la ilegalidad, del 1 de enero de 2016 al 30 de junio de 2017 se aseguraron 1,872,548 litros de alcohol adulterado; 41,286,550 cigarrillos; 2,000,271 piezas de “productos milagro”; 77 toneladas de medicamentos y 7,151,632 dispositivos médicos irregulares.

La CONADIC coordinó la integración de la novena ronda de imágenes, leyendas, pictogramas, mensajes sanitarios e información que deberán figurar en todos los paquetes de productos del tabaco y en todo empaquetado y etiquetado externo, que tendrá por primera vez una vigencia de 24 meses, con imágenes totalmente nuevas. Se cumple así con lo establecido en la Ley General para el Control de Tabaco y con lo dispuesto en las directrices del artículo 11 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT-OMS) para informar sobre los riesgos del consumo de tabaco y desalentar y evitar su consumo.

Con el objeto de **consolidar y ampliar el esquema de terceros autorizados para el fortalecimiento de la capacidad operativa de la COFEPRIS** se lanzó una nueva convocatoria para terceros autorizados (Unidades de Verificación) para el predictamen del control

¹⁷ <<http://www.inmegen.gob.mx/ensenanza/cursos-virtuales/>>.

sanitario de la publicidad y se autorizaron a seis terceros autorizados con un personal de 28 dictaminadores certificados.

El esquema comenzó a funcionar a partir del 1 de junio de 2017, en el cual se analizará de manera consensuada y en una sola ocasión todos los proyectos de publicidad de manera electrónica reduciendo en 87.5% los tiempos de la emisión del permiso de publicidad, al pasar de 40 a cinco días. A la fecha se han autorizado siete permisos de publicidad de manera electrónica en un tiempo menor a tres días hábiles.

Se cuenta con 19 terceros autorizados (Unidades de Verificación) para el predictamen de trámites de medicamentos y dispositivos médicos; con este modelo, a partir del 27 de junio de 2012 se han aprobado 10,460 registros sanitarios en un periodo menor a 20 días hábiles. Dichos datos se desglosan de la siguiente manera:

- Dispositivos médicos: 7,814 registros aprobados.
- Medicamentos: 4,294 registros aprobados.

La aprobación de estos registros se ha logrado con un personal de 268 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 predictaminar protocolos de investigación clínica, actualmente se cuenta con 11 terceros autorizados para tal objetivo (Unidades Habilitadas de Apoyo al Predictamen), los cuales son centros de investigación pertenecientes a instituciones de educación superior en el país (IMSS, Universidad Autónoma de Nuevo León e INSALUD). Entre 2015 y 2017, COFEPRIS recibió 115 trámites de autorización de nuevos protocolos de investigación, de los cuales cinco fueron realizados en el IMSS, 101 en los INSALUD y la CCINSHAE y nueve en el resto de terceros autorizados. Estos terceros autorizados pueden predictaminar los protocolos con los mismos estándares y guías utilizados por la COFEPRIS para que esta pueda autorizarlos en tiempos reducidos.

Para **impulsar la vigilancia y control de los riesgos sanitarios de intoxicación por plaguicidas mediante una mayor prevención y capacitación** se han fortalecido las acciones de vigilancia sanitaria de nutrientes vegetales y plaguicidas. Durante 2016 y 2017 se han realizado 328 visitas de verificación, con 22 suspensiones de actividades y aseguramiento de 67,001 toneladas de plaguicidas.

Estrategia 3.5

Contribuir a disminuir las muertes por lesiones de causa externa

La inseguridad vial constituye un grave problema de salud pública que va más allá de los daños a la salud. También repercute en la calidad de vida y provoca pérdidas económicas. En México, los accidentes viales se ubican como la décima causa de muerte con una tasa para 2015 de 13.3 defunciones por cada 100 mil habitantes. Es importante considerar que 41.6% de las muertes por accidentes viales se concentran en el grupo de 20 a 39 años de edad, que 48% son peatones y que las defunciones de motociclistas se incrementaron considerablemente (78.4%). En las entidades federativas se observó una tendencia descendente, dado que la mayoría se ubica por debajo de la media nacional (13) y solo cuatro entidades tienen cifras por arriba de 20 puntos porcentuales.

Al considerar fundamental contar con evidencia estadística que dé cuenta de la magnitud y características de los accidentes ocurridos en el país, se ha impulsado la instalación de Observatorios Estatales de Lesiones (OEL). Hasta junio de 2017 ya 28 entidades federativas contaban con su correspondiente observatorio; 24 de ellos registran de manera periódica su información en la plataforma Registro de Accidentes Viales en México (RAVMex). Esta herramienta les permite disponer de información oportuna y georreferenciada sobre los accidentes viales de su localidad. Con base en ello, se busca **mejorar la calidad y oportunidad de información a través del fortalecimiento del Observatorio Nacional de Lesiones (ONL)**, dando continuidad al trabajo conjunto con diferentes instituciones, como el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la Secretaría de Comunicaciones y Transportes (SCT) y el Instituto Mexicano del Transporte, para contar con un registro único nacional en materia de accidentes viales.

Con la participación de actores del sector público y social se preparó el Informe Nacional de Seguridad Vial 2016 que presenta información estadística y las acciones más relevantes en materia de prevención de accidentes. Asimismo, se elaboraron el perfil nacional y los 32 perfiles estatales sobre las lesiones causadas por el tránsito, que incluyen datos sobre incidentes de tránsito, defunciones y lesiones correspondientes a dicha causa.

A partir del compromiso de **contribuir a mejorar el marco jurídico para la prevención de accidentes**

de tráfico con base en evidencia científica y con el objeto de procurar acciones precisas en materia de prevención de accidentes y seguridad vial es necesario contar con un marco legal integral para que puedan ser aplicadas las disposiciones y políticas públicas de forma efectiva y eficiente. En este sentido, del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se realizaron las siguientes acciones con los gobiernos de los estados y municipios:

- Seguimiento en 17 entidades federativas, con lo que se benefició directa e indirectamente a 97 municipios (49% del total de los municipios prioritarios), a la modificación y reforma de sus disposiciones jurídicas a fin de que regulan de mejor manera la seguridad vial y la prevención de accidentes.
- El 7 de marzo de 2017 se llevó a cabo una reunión de trabajo en la Cámara de Diputados para dar seguimiento a la iniciativa de la Ley General de Movilidad, con la asistencia de diputados de la Comisión de Movilidad, representantes de las secretarías de Salud, Comunicaciones y Transportes, Turismo, Desarrollo Agrario, Territorialidad y Urbano y Caminos y Puentes Federales, así como de la Policía Federal.

Con la finalidad de **fortalecer los mecanismos de colaboración multisectorial para la prevención de lesiones de causa externa intencionales y no intencionales**, el 29 de noviembre de 2016 se llevó a cabo la segunda sesión ordinaria del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes con el objeto de dar seguimiento a los acuerdos adoptados en materia de prevención de accidentes. Por otra parte, se ha trabajado muy de cerca con las entidades federativas a fin de concluir la instalación y operación de los Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes (COEPRA), quedando pendiente de instalar el de la Ciudad de México. A fin de acompañar y dar seguimiento a las actividades de los Consejos Estatales, se realizaron 11 visitas de supervisión a las siguientes entidades: Aguascalientes, Baja California, Colima, Chihuahua, Estado de México, Morelos, Nayarit, Puebla, San Luis Potosí, Tabasco y Yucatán.

Se trabajó de manera coordinada con la Policía Federal, particularmente con la División de Seguridad Regional, en la elaboración de un convenio de colaboración entre el Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (STCONAPRA) y la Comisión Nacional de Seguridad con el fin de coordinar mejor las actividades entre ambas instituciones como el apoyo y la asesoría para la implementación de puntos de control de alcohol para vehículos particulares en las carreteras

federales y las capacitaciones que se imparten para formar auditores en seguridad vial y en el desarrollo de habilidades en soporte básico de vida. Se dio continuidad a la Acción Estratégica de Alcoholimetría, dando asesoría técnica y capacitación, consolidando la instalación de operativos en las 32 entidades federativas, abarcando 148 municipios prioritarios, 50 no prioritarios y 16 entidades federativas con puntos de control de alcoholimetría en carreteras federales.

Como parte de las acciones de prevención de conductas de riesgo se promovió en las entidades federativas las mediciones de factores de riesgo con el objetivo de dar cuenta de la situación de la seguridad vial a nivel local, a fin de implementar acciones de prevención focalizadas a la población de mayor riesgo. De esta forma, se obtuvieron los siguientes resultados de 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017:

- Se capacitó a personal de 26 COEPRA, para el levantamiento de información sobre uso de distractores durante la conducción en 50 municipios. Se obtuvieron 41,563 registros y 15 entidades generaron su plan de acción para implementar a partir de 2017.
- Se capacitó a personal de 15 COEPRA para el levantamiento de información sobre uso de sistemas de sujeción en 23 municipios. Se obtuvieron 18,043 registros y seis entidades generaron su plan de acción para implementar a partir de 2017.
- Se capacitó a personal de tres COEPRA para el levantamiento de información sobre uso de factores protectores en usuarios de motocicleta en tres municipios. Se aplicaron 682 encuestas y tres entidades generaron su plan de acción para implementarlo a partir de 2017.
- Se capacitó a 8,216 nuevos promotores en seguridad vial, con lo que las entidades federativas pudieron sensibilizar a 1,183,529 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.
- Se impartieron seis cursos de capacitación en Auditoría de Seguridad Vial nivel básico de los cuales, dirigidos a dependencias de los tres niveles de gobierno de 10 entidades federativas, capacitando un total de 113 personas. Como producto de estas capacitaciones se realizaron 27 auditorías viales y se recibieron 74 más de los COEPRA para un total de 101, resal-

tando que en 18 de estas se logró concretar su implementación de las mejoras.

- Asimismo, se impartió el curso de Formador en Auditoría en Seguridad Vial en Chihuahua, con la asistencia de personal de las entidades de Baja California, Coahuila, Durango Nuevo León, Puebla y Sonora, logrando capacitar a 18 nuevos formadores.

En materia de comunicación social se difundió la campaña “Evita comportamientos riesgosos” a través de televisión, publicidad exterior, redes sociales y diferentes sitios web en 25 entidades federativas. Su propósito fue promover la forma correcta en que los peatones deben cruzar las calles, el uso de casco en motociclistas, el empleo de sistemas de retención infantil, el respeto de los límites de velocidad y el no uso de distractores durante la conducción.

En coordinación con el Gabinete Turístico y los consejos estatales se recabó evidencia de las acciones de comunicación sobre seguridad vial puestas en marcha en 29 entidades federativas para reportar las acciones realizadas durante las temporadas vacacionales de Semana Santa, verano e invierno.

Del 18 al 21 de octubre de 2016 se llevó a cabo la Reunión Nacional de Prevención de Accidentes, en la ciudad de Mérida, Yucatán, con la participación de 29 entidades federativas y la CNS con asistencia de elementos de la Policía Federal de toda la República Mexicana. La reunión tuvo como objetivo abordar temáticas relativas a las acciones de prevención de accidentes desde una perspectiva multisectorial e interdisciplinaria, nacional e internacional.

En abril de 2017 se realizó la Primera Reunión Nacional de Secretarios Técnicos de los COEPRA y Responsables de los Programas de Prevención de Accidentes, con representantes de 31 entidades federativas. Su objetivo fue fortalecer la vinculación con las entidades federativas y los actores involucrados en la seguridad vial y accidentes en grupos vulnerables.

Entre las actividades destinadas a **fortalecer los mecanismos de cooperación internacional para el mejoramiento de la seguridad vial** del 18 al 21 de septiembre de 2016, en Tampere, Finlandia, se llevó a cabo la 12^a Conferencia Mundial sobre Prevención de los Traumatismos y Promoción de la Seguridad, para la cual se gestionó la participación de funcionarios del STCONAPRA.

Durante la 70^a Asamblea Mundial de la OMS, realizada en mayo de 2017, los informes sobre los progresos

alcanzados abordaron los retos que plantea el Decenio de Acción de las Naciones Unidas para la Seguridad Vial (2011-2020), resultado de la Segunda Conferencia Mundial de Alto Nivel sobre Seguridad Vial: es hora de resultados (resolución WHA69.7, 2016), a fin de continuar con los esfuerzos internacionales en favor del mejoramiento de la seguridad vial.

La Secretaría de Salud junto con sus contrapartes del Sistema Mesoamericano de Salud Pública elaboró una propuesta para presentar a la convocatoria de Bienes Públicos Regionales del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) a fin de conseguir financiamiento adicional para la implementación del Plan Maestro Mesoamericano de Seguridad Vial.

El STCONAPRA dio continuidad a la participación de México en el registro de información de la Base de Datos Internacional de Accidentes Viales al proporcionar información en conjunto con el Instituto Mexicano del Transporte.

Entre las tareas para **establecer los mecanismos de comunicación permanentemente en los servicios de urgencias** resulta prioritario evaluar por competencia laboral los conocimientos teórico-prácticos del personal que presta servicios de atención médica prehospitalaria a bordo de ambulancias y que no realizó estudios formales. Con este propósito, del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se han realizado las siguientes acciones:

- Con el fin de avanzar en la integración del Modelo de Atención Médica Prehospitalaria se trabajó de manera coordinada con los COEPRA para la instalación y operación de Centros Reguladores de Urgencias Médicas y se ha logrado instalar 19 en un número igual de entidades federativas.
- Se impartió capacitación al personal de salud comunitario, como instructores para la formación de Primeros Respondientes en Atención Inmediata de Urgencias Médicas, en siete estados, para completar la capacitación a nivel nacional, con un total de 2,124 instructores.
- Los COEPRA forman primeros respondientes de acuerdo a los indicadores de Caminando a la Excelencia cerrando 2016, con un total de 35,054 capacitados con el objetivo de brindar una atención oportuna y de calidad al momento de ocurrir un accidente.

Para **promover la participación comunitaria, educativa, municipal y multisectorial para la prevención de accidentes en el hogar**, con el recurso financiero

transferido a las entidades federativas para implementar las acciones del Modelo Integral para la Prevención de Accidentes, de septiembre de 2016 a junio de 2017 se desarrollaron las siguientes actividades:

- Visitas domiciliarias en nueve municipios de siete entidades federativas a fin de identificar riesgos en los hogares y brindar consejería sobre cómo prevenir lesiones accidentales en estos espacios.
- Inspecciones de seguridad en 73 guarderías ubicadas en la Ciudad de México para identificar riesgos y brindar consejería a sus responsables con el fin de minimizarlos.
- Cuatro cursos de rescate acuático; dos en Nayarit y dos en Quintana Roo.
- Cuatro cursos de atención especializada del paciente quemado en cuatro entidades federativas: Aguascalientes, Chihuahua, Nuevo León y Sonora.
- En coordinación con la Fundación Michou y Mau I.A.P. se implementó una estrategia educativa Museo Camión Itinerante para sensibilizar a población infantil de cuatro entidades federativas (Aguascalientes, Jalisco, Nuevo León y Sonora). En Chihuahua se adaptó una ambulancia como “museo itinerante” para capacitar a la población infantil en este tema.
- Cinco pláticas de sensibilización sobre prevención de lesiones accidentales en personas adultas mayores, una en Aguascalientes y cuatro en Coahuila.
- En coordinación con la OPS, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, y con el apoyo financiero del estado de Baja California, se desarrolló el Curso Virtual: Principios para la Prevención de Lesiones Accidentales. Se han realizado tres cursos.

Estrategia 3.6

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

Con el propósito de **proporcionar información sobre los riesgos para la salud y los estilos de vida saludable en el entorno laboral**, de septiembre de 2016 a ju-

nio de 2017 se proporcionó asesoría, apoyo técnico e información a patrones y trabajadores de 7,912 empresas; se capacitó a 29,708 trabajadores en general, mandos medios, directivos, comisiones de seguridad e higiene, así como a integrantes de los servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo.

En la tarea de **promover mayor inspección a los lugares de trabajo**, de septiembre de 2016 a junio de 2017 se elaboraron 4,975 estudios de seguridad e higiene en el trabajo en empresas afiliadas de alta siniestralidad y centros laborales del IMSS. Esto permitió proporcionar recomendaciones y contribuyó a que se implementaran medidas de prevención de accidentes y enfermedades laborales, y se establecieran programas preventivos de seguridad e higiene en el trabajo.

Se llevaron a cabo 1,807 investigaciones de probables accidentes de trabajo y 5,295 de probables enfermedades de trabajo para la determinación y calificación del riesgo; también se desarrollaron 282 investigaciones de accidentes de trabajo con defunción o incapacidad permanente parcial, igual o mayor a 50% para determinar las mejores prácticas de prevención y evitar casos iguales o similares.

Se evaluaron 6,795 factores de riesgo de tipo físico, químico o ergonómico detectados en los ambientes laborales de las empresas de alta siniestralidad e intervenidas por el IMSS. Con estos resultados se precisaron recomendaciones y medidas que deben implementar los patrones para evitar la generación de enfermedades de trabajo.

Para **revisar el esquema regulatorio de salud ocupacional en coordinación con la STPS** se decidió la participación de la SS en siete 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**, la Secretaría de Salud a través de la UAE continuó su participación en el grupo de trabajo “Efectos en la salud de la disminución del consumo de alimentos y bebidas de alto contenido calórico” del OMENT. En este marco, con el propósito de apoyar la Estrategia con evidencia cuantitativa, la SS analizó el impacto del IEPS en precios y consumo de 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**, de septiembre de 2016 a junio de 2017 se han realizado 47 visitas a puntos de fabricación y 11 a puntos de venta para evaluar el cumplimiento del etiquetado frontal nutricional de alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasadas.

El etiquetado frontal le permite al consumidor lo siguiente:

1. Conocer las calorías del producto en cuestión para sumar una ingestión diaria total y por nutrimento.
2. Comparar productos con base en un indicador calórico.
3. Establecer una correlación entre el consumo de calorías y el cuidado de su salud.

Una medida decisiva en la estrategia para prevenir y controlar el sobrepeso, la obesidad y la diabetes desde las primeras etapas de la vida es **prohibir la publicidad di-**

rigida a público infantil de alimentos y bebidas que no cumplan con criterios científicos de nutrición. Con este propósito, de forma permanente se realiza el monitoreo de la publicidad dirigida a este sector de la población para verificar que cumpla con 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.

Un aspecto de la estrategia para la prevención y control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes es fomentar la reformulación de productos para hacerlos más equilibrados desde el punto de vista nutricional, en particular aquellos dirigidos a la población infantil. Al mismo tiempo, se ha fortalecido la vinculación con la SEP para la regulación de las cooperativas de los centros escolares.

A efecto de **vincular acciones con la Secretaría de Educación Pública para la regulación de las cooperativas escolares**, durante el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017, a través del Programa de Acción Específico Alimentación y Actividad Física en colaboración con la SEP desarrolló un proyecto para la supervisión de los Lineamientos Generales para el Expendio y Distribución de Alimentos y Bebidas Preparados y Procesados en las Escuelas del Sistema Educativo Nacional, que se realizó en 13 entidades federativas del país en alrededor de 600 escuelas de nivel básico. Con esto se busca conocer la infraestructura de comedores y cocinas escolares, la existencia y condiciones de bebederos en escuelas, la calidad nutricia de los desayunos y las comidas que se sirven a las y los alumnos, así como la venta de alimentos y bebidas que cumplen con los criterios nutrimentales establecidos por la SS. De los 13 nuevos productos registrados para su expendio y distribución en escuelas, solamente uno cumplió con los criterios nutrimentales establecidos.





4. CERRAR LAS BRECHAS EXISTENTES EN SALUD ENTRE DIFERENTES GRUPOS SOCIALES Y REGIONES DEL PAÍS



Módulo de Afiliación
y Orientación del
SEGURO POPULAR

Módulo de Afiliación
y Orientación

SEGURO POPULAR

SAÚDE

SEGURO POPULAR



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 el buen estado de salud de niños y jóvenes se fomenta el acceso efectivo de las familias (principalmente aquellas en pobreza extrema) a sus derechos sociales por medio de diversos programas. En este marco, la protección a la salud, concebida como un derecho constitucional, es un elemento prioritario.

A fin de garantizar la concurrencia y colaboración de la Federación, las entidades federativas, la Ciudad de México y los sectores social y privado para la promoción y fomento de la prestación de los servicios de asistencia social —que comprende acciones de promoción, previsión, prevención, protección y rehabilitación—, el SNDIF 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. Tienen prioridad 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.

En aras de **asegurar la participación de todos los actores para reducir la mortalidad infantil** y en el marco de la lucha contra el cáncer infantil, con el proyecto *Moviendo Corazones y Sonrisas* se buscó brindar un mensaje de apoyo a pacientes pediátricos internados en los hospitales e institutos públicos del Sector Salud en México. También detectar sus principales necesidades y contribuir al mejoramiento de los espacios de algunos nosocomios a través de la gestión de alianzas para atenderlas por medio de donaciones. Es el caso del Hospital Infantil de Tlaxcala, Tlaxcala y el Hospital Infantil Universitario, en Torreón, Coahuila, donde la empresa Helvex efectuó la donación de equipo hidrosanitario. Asimismo, se han entregado diversos apoyos, como juguetes, pañales, jugos, ropa, biberones, baberos, productos de higiene bu-

cal, entre otros. Durante el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 31 de agosto de 2017 han resultado beneficiados 1,115 niños y niñas con sus familias.

Con el propósito de **mejorar la calidad de la atención de la salud en recién nacidos y en menores de cinco años**, de septiembre de 2016 a junio de 2017 se dio continuidad a las acciones de prevención de enfermedades, tales como la profilaxis oftálmica con cloranfenicol, en la que se benefició a 88,818 recién nacidos; también se llevó a cabo la aplicación de vitamina A para 87,489 infantes y vitamina K para 88,105. Además, se dio atención a 3,836 recién nacidos con bajo peso y a 2,987 prematuros en los servicios de cuidados especiales del neonato en los hospitales rurales.

Adicionalmente, través de PROSPERA en su componente de Salud, durante 2016 se inauguraron y pusieron en operación 11 Centros Regionales de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana, mientras para junio de 2017 se inauguraron nueve Centros Regionales más. Así, se cuenta actualmente con 25 centros de atención enfocados a mejorar el desarrollo de la niñez mexicana en los ámbitos motor, cognitivo y socioemocional.^{1/}

Para **asegurar una cobertura efectiva en vacunación** se cuenta con 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 y tratamientos con medicamentos en el país. Esta empresa realiza actividades apegadas al PROSESA para garantizar una adecuada protección contra amenazas epidemiológicas. Además, fortalece la capacidad de respuesta ante emergencias de salud y asegura la producción nacional de vacunas y otros químicos farmacéuticos estratégicos para la seguridad nacional.

A fin de garantizar la oportunidad, calidad, seguridad y eficacia de los insumos para la salud, BIRMEX desarrolló las siguientes actividades del 1 de septiembre de 2016 al 30 de agosto de 2017:

^{1/} Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Chihuahua, Durango, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tlaxcala, Yucatán y Zacatecas.

En el Instituto Nacional de Higiene y el Instituto Nacional de Virología, que producen algunas de las vacunas que requieren los programas de inmunización y los antivenenos utilizados en los casos de mordedura de serpiente y picadura de alacrán, se llevaron a cabo diversas acciones para asegurar la calidad, seguridad y eficacia de los productos que fabrica BIRMEX. Estas acciones fueron certificadas por la autoridad sanitaria del país, COFEPRIS, por cumplir con los estándares establecidos por las Buenas Prácticas de Fabricación y por responder a la normativa establecida para tal fin.

Con esta certificación de planta, la obtención de los registros sanitarios correspondientes y un sistema de calidad funcional, durante este periodo en el Instituto Nacional de Higiene se fabricaron 155,547 dosis de faboterápicos y se tuvo una producción secundaria de 10.9 millones de dosis de vacuna para prevenir la influenza.

En el caso del Instituto Nacional de Virología, se realizó la producción de 10 millones de dosis de vacuna bivalente oral contra la poliomielitis (bOPV) para ser aplicados en la Tercera Semana Nacional de Salud 2016 y la Primera Semana Nacional de Salud 2017.

Con la finalidad de demostrar la funcionalidad, consistencia y robustez de los procesos para llevar a la población productos de calidad, las plantas de producción y el almacén de distribución han mantenido el estado validado. Adicionalmente, las actividades de mantenimiento y remodelación de plantas —entre las que se incluyen actividades a áreas y sistemas críticos, equipo de proceso, bioterios y áreas de control de calidad— se han realizado conforme a los programas establecidos. Todo ello ha permitido que el país esté alineado a políticas internacionales en materia de salud, como la establecida por la OMS para utilizar en los programas de vacunación, la nueva vacuna vacuna antipoliomielítica bivalente oral producida por BIRMEX y que cuenta con el soporte de las evidencias clínicas que demuestran su inmunogenicidad y seguridad y que en un futuro próximo contribuirá a la erradicación de la poliomielitis.

Asimismo, se realizaron las gestiones regulatorias necesarias ante la COFEPRIS para la renovación de los certificados de Buenas Prácticas de Fabricación en las plantas productoras de BIRMEX. Dicho reconocimiento avala la calidad de los productos que son fabricados por la entidad. Se obtuvo el registro para venta y distribución en México de la vacuna antipoliomielítica bivalente oral para un medicamento antirretroviral (efavirenz).

En materia de aseguramiento de la calidad se llevaron a cabo actividades encaminadas a garantizar la calidad de

los productos fabricados y distribuidos por BIRMEX, con un enfoque en el aseguramiento de la infraestructura. Se calificaron un total de 169 equipos y 31 sistemas, y se validaron 17 procesos utilizando recursos humanos y materiales propios.

Para garantizar la calidad y seguridad de las vacunas, en BIRMEX se cuenta con infraestructura de laboratorios que permite llevar a cabo rigurosos controles analíticos para verificar los estándares de calidad de los productos, así como un monitoreo permanente de los servicios críticos de planta. Durante el periodo se realizaron 5,397 pruebas analíticas y 63,498 evaluaciones a los servicios críticos utilizados durante los procesos de producción.

Por lo que se refiere a la comercialización, en el periodo que cubre este Informe se colocaron en el mercado nacional más de 76.7 millones de dosis, de vacunas tanto producidas por BIRMEX como provenientes de otros productores, además de medicamentos retrovirales. Estas dosis producidas y comercializadas, favorecen las políticas públicas a través del suministro oportuno de vacunas y medicamentos de calidad accesibles a la población mexicana a fin de prevenir y controlar enfermedades inmunoprevenibles.

En materia de investigación y desarrollo, BIRMEX continúa con la ejecución de diversos proyectos encaminados a la mejora de productos y procesos, así como para el desarrollo de nuevos productos. En el periodo de septiembre de 2016 a agosto de 2017 se ha buscado la vinculación con instituciones académicas y de investigación con la finalidad de suscribir convenios de colaboración que permitan de manera conjunta desarrollar proyectos para producir biológicos que respondan a las necesidades del país. Se trabaja en materia de 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.

De igual forma, se trabaja en el marco del plan estratégico de esta entidad con actividades encaminadas al fortalecimiento del área de investigación y desarrollo a través de un programa de trabajo alineado y enfocado al cumplimiento de nueve criterios principales, entre los que destacan el establecimiento de políticas en materia de investigación, el aprovechamiento de la capacidad instalada, así como la productividad científica.

Se formalizó un contrato de asociación público privada 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 contrato de asociación público privada, la planta, las obras que sean construidas, modificadas o instaladas de manera permanente por parte de Sanofi 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.

Con la finalidad de **proveer intervenciones de salud enfocadas en prevención y atención oportuna del menor de cinco años**, se aplica tamizaje a todo recién nacido en el HRAEV, lo que favorece la detección oportuna de padecimientos; además, se está generando una sólida línea de investigación al respecto.

El 22 de septiembre de 2016 se realizó en el HIMFG el primer implante en México para apoyo ventricular en niños con el dispositivo Excor. Se trata de un aparato mecánico que se utiliza para reemplaza principalmente la función de un corazón ya que permite detener el deterioro progresivo de pacientes cardíacos en lista de espera y mejorar sus condiciones para realizar un trasplante cardíaco con mejores resultados.

El Programa IMSS-PROSPERA realiza sistemáticamente la somatometría para establecer el estado nutricional en menores de cinco años. En el periodo se realizaron 2,494,669 de estos procedimientos, lo que permitió detectar y atender hasta su recuperación a 10,454 casos de desnutrición aguda.

Con un enfoque preventivo se suministró hierro profiláctico a 37,059 menores de un año. Esto se complementó con el diagnóstico y tratamiento oportuno de la anemia en todos los menores de cinco años. Para ello se realizaron 190,254 determinaciones de hemoglobina en sangre, con diagnóstico y tratamiento hasta su recuperación de 4,844 niños de este grupo de edad.

Respecto a la atención oportuna y efectiva de los cuadros de enfermedades diarreicas agudas se otorgaron 58,711 atenciones en menores de cinco años, y en 97.2% de los casos se instauró el Plan A de hidratación oral y se repartieron 199,022 sobres de Vida Suero Oral.

En materia de infecciones respiratorias agudas se otorgaron 381,316 atenciones, 99.3% de manera oportuna, sin signos de alarma, mientras en 56.2% se otorgó solo tratamiento sintomático para evitar el abuso de antimicrobianos. Personal de enfermería proporcionó 36,645 atenciones a menores con cuadros de infección respiratoria no complicados. Para fortalecer el manejo efectivo en el hogar se capacitó a 568,566 madres con respecto a enfermedades diarreicas agudas y a 760,384 en cuanto a infecciones respiratorias agudas.

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; en el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017, se estiman los siguientes resultados de los programas alimentarios, los cuales operan con recursos federales del Ramo 33 Fondo V.i:

- Programa Desayunos Escolares: los Sistemas Estatales DIF distribuyeron 733,982,225 desayunos, en beneficio de 5,228,077 niñas y niños, repartidos en 2,197 municipios.
- Programa Atención Alimentaria a Menores de Cinco Años en Riesgo no Escolarizados: se distribuyeron 65,171,780 raciones alimenticias, en 1,543 municipios, que beneficiaron a 321,810 niñas y niños.
- Programa Asistencia Alimentaria a Familias en Desamparo, se distribuyeron 1,276,436 despensas, con lo que se apoyó a 162,271 familias en 343 municipios.
- Programa Asistencia Alimentaria a Sujetos Vulnerables, los Sistemas Estatales DIF distribuyeron 7,171,314 despensas, en apoyo de 914,105 sujetos vulnerables en 2,021 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, la apertura y mejoramiento de Espacios Alimentarios.

Del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se impulsó a 1,255 Grupos de Desarrollo con 2,652 capacitaciones y con el otorgamiento de insumos para 239 proyectos comunitarios, la mayoría de estos proyectos

estuvieron orientados a la seguridad alimentaria y al fortalecimiento de la economía familiar y comunitaria. Se beneficiaron con capacitaciones y apoyo de insumos a 24,424 personas, integrantes de los Grupos de Desarrollo, en 1,243 localidades de alta y muy alta marginación, de 496 municipios.

En el marco de la Cruzada Nacional Contra el Hambre, el SNDIF, en coordinación con los 32 Sistemas DIF estatales, en el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 invirtió en la construcción, rehabilitación y equipamiento de 1,906 espacios alimentarios en 528 municipios, en beneficio de 196,885 personas.

La CNPSS, por su parte, en la tarea de prevenir y atender la desnutrición de la niñez mexicana, continúa promoviendo una mejor nutrición familiar a través del seguimiento, control y distribución de suplementos alimenticios. De septiembre de 2016 a junio de 2017 a través del componente de Salud de PROSPERA recibieron suplementos alimenticios 1,282,157 niñas y niños de entre seis y 59 meses de edad, así como 268,792 mujeres embarazadas y en periodo de lactancia beneficiarias de PROSPERA.

A su vez, el Programa IMSS-PROSPERA proporcionó suplementos alimenticios a 353,701 menores de seis a 59 meses de edad, y distribuyó suplementos alimenticios a 74,735 mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.

Durante el periodo comprendido entre el 1 de septiembre de 2016 y el 30 de junio de 2017 se dio capacitación a 879 profesionales de la salud de la SS en todas las entidades federativas con el propósito de **promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad**, y en forma complementaria hasta los dos años de edad. Estos profesionales se sumaron a los 811 capacitados en el periodo anterior.

Una de las acciones primordiales que realiza el IMSS-PROSPERA en cada consulta prenatal entre las beneficiarias embarazadas es el fomento de la duración y el apego a la lactancia materna durante el primer semestre de la vida. En ese sentido, de septiembre de 2016 a junio de 2017 se capacitó a 142,982 mujeres.

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, lo cual permitió que en el periodo 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se otorgaran capacitaciones de nivel básico a 422 responsables de las estancias y asistentes. En materia de capacitación

complementaria se impartieron talleres a 14,909 responsables y asistentes en los temas “Crecer con ellos”, “Crecer juntos”, “Alineación al Estándar de Competencia Laboral ECO435”, “Capacitación”, “Evaluación del Desarrollo Infantil”, “Alimentación” y “Lego”.

Adicionalmente, el SNDIF aplicó a 22,229 madres, padres o tutores inscritos en el programa, la Encuesta de Satisfacción a Beneficiarios a fin de conocer su opinión con respecto de los servicios ofrecidos en las estancias infantiles.

En el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se realizaron las siguientes actividades:

- Capacitación en temas de desarrollo infantil temprano a 969,672 madres y cuidadores de menores de cinco años de edad.
- Aplicación de la prueba de tamiz para la evaluación del desarrollo infantil a 436,876 niñas y niños. Se identificó que 385,478 niñas y niños presentan desarrollo normal (88%), 37,945 (9%) con rezago en el desarrollo y 13,453 (3%) con riesgo de retraso en el desarrollo. Lo que permite su detección temprana para brindar una atención oportuna.

Con el fin de **promover el tamiz neonatal metabólico, auditivo y de retinopatía**, del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se otorgó capacitación a 774 profesionales de la salud de la SS para la aplicación del tamiz neonatal metabólico, auditivo y oftalmológico, este personal se suma a los 480 profesionales capacitados en el periodo anterior. Durante 2017 se sumó la determinación de deficiencia de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa a las cinco pruebas básicas (hipotiroidismo, fenilcetonuria, galactosemia, hiperplasia suprarrenal congénita y fibrosis quística).

Para **reforzar la acción comunitaria en el desarrollo infantil y la educación inicial**, en el tema de las adicciones, del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 ocho Sistemas DIF de entidades federativas reportaron la aplicación de la Estrategia de Intervención para disminuir el Impacto de Factores de Riesgo Psicosocial en Niñas y Niños, a fin de favorecer el desarrollo de habilidades para la vida en edades tempranas y lograr su formación como personas resilientes, con lo cual se benefició a 200 grupos, con 1,957 niñas y 1,944 niños.

Durante el periodo de 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 con la finalidad de apoyar la labor que realizan los Sistemas DIF de las entidades federativas que atienden la problemática de niñas, niños y adoles-

centes en situación de calle, se impartieron dos videoconferencias para ofrecer herramientas didácticas que les permitan identificar las características y la evolución del fenómeno de la callejerización que experimentan niñas, niños y adolescentes. En estas videoconferencias participaron 28 servidores públicos de cinco entidades federativas.

En el mismo periodo y con el propósito de apoyar la labor que realizan los Sistemas DIF se impartieron dos cursos de inducción en la modalidad de videoconferencia sobre la prevención del abuso sexual a niñas, niños y adolescentes. Participaron 197 servidores públicos de 21 entidades federativas.

Se elaboró el Protocolo para la Prevención del Abuso Sexual a Niñas, Niños y Adolescentes, así como las herramientas didácticas para su capacitación presencial, dirigidos a los servidores públicos de las Procuradurías de Protección, Sistemas DIF de las entidades federativas, personal de OSC, dependencias gubernamentales e instituciones educativas.

Derivado del Convenio de Colaboración del SNDIF con el Consejo Nacional de Población se incluyó en la página del sitio institucional del SNDIF el promocional de la campaña contra el abuso sexual infantil.

Asimismo, los Sistemas DIF de 12 entidades federativas reportaron que con las acciones de prevención del abuso sexual a niñas, niños y adolescentes se benefició a 61,874 niñas, niños y adolescentes y 10,123 adultos.

Los Sistemas DIF de 27 entidades federativas realizaron a lo largo del mismo periodo acciones preventivas en materia de trabajo infantil, mediante las que se dio atención a 46,643 niñas y niños en riesgo de incorporarse a actividades laborales, así como a 92,607 niñas, niños y adolescentes incorporados en actividades laborales. Asimismo, se efectuaron dos videoconferencias con la participación de 27 Sistemas DIF estatales y tres conferencias, con las que se capacitó a un total de 177 servidores públicos.

En coordinación con el Instituto Nacional de Ciencias Penales se desarrolló el “Estudio comparativo de niñas, niños y adolescentes trabajadores” y se llevó a cabo la actualización de “Estudio de niñas, niños y adolescentes víctimas de la explotación sexual en México”.

Derivado del convenio firmado con Policía Federal, mediante la modalidad de videoconferencia se apoyó el lanzamiento de la campaña “Ciberseguridad México 2017”, con la participación de 125 servidores públicos. De igual

forma, la Policía Federal impartió pláticas para la prevención de delitos cibernéticos en los Sistemas DIF de Campeche, Chiapas, Durango, Hidalgo, Nayarit y Ciudad de México, con las que se dio capacitación a 1,232 servidores públicos, padres de familia y adolescentes.

En cuanto a las acciones de prevención de explotación sexual de niñas, niños y adolescentes y trata de personas, en el mismo periodo se realizaron 12 capacitaciones: nueve presenciales y tres videoconferencias, con la participación de 649 servidores públicos de 22 Sistemas DIF estatales. En la misma materia, los Sistemas DIF de las entidades federativas reportaron la participación de 47,831 niñas, niños y adolescentes.

Asimismo, en coordinación con el Instituto Interamericano del Niño, en el segundo semestre de 2016 se llevó a cabo el curso semipresencial “Explotación sexual de niñas, niños y adolescentes”, con la participación de 34 servidores públicos adscritos al SNDIF y siete Sistemas DIF de las entidades federativas.

En octubre de 2016 el SNDIF, en coordinación con las procuradurías de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes, llevó a cabo el 8° Concurso Nacional de Dibujo “Yo vivo sin discriminación”, en el cual se contó con la participación de 37,152 niñas, niños y adolescentes.

Con respecto a la estrategia de Promoción del Buen Trato a Niñas, Niños y Adolescentes, se impartió de manera presencial 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 20 servidores públicos de 11 Sistemas DIF estatales.

Se realizó en línea la reunión multipunto “Del maltrato al buen trato” con la participación de ponentes del Instituto Nacional Electoral y del Instituto Nacional de Pediatría, así como de los Sistemas DIF de Hidalgo, Nuevo León, Oaxaca y Puebla, a los que se sumaron 84 servidores públicos de nueve entidades federativas.

Asimismo, se impartió una videoconferencia de inducción a la promoción del buen trato a niñas, niños y adolescentes, con la asistencia de 47 servidores públicos de los Sistemas DIF de seis entidades federativas.

Derivado del Convenio de Colaboración SNDIF-PROSPERA/SEDESOL se impartió el “Taller para el Fomento de la cultura del buen trato en las familias” beneficiadas por PROSPERA, dirigido a 29 responsables delegacionales de las entidades federativas, quienes lo replicarán con los

promotores comunitarios que trabajan directamente con las familias.

A partir de los contratos de donación y de licencia de uso no exclusivo con el director general y fundador de Psicocartoon México, Por una Infancia Feliz, A. C. se integró al micrositio de Buen Trato alojado en el sitio institucional del Sistema DIF Nacional. Además, los multimedia de las ODAS “EL ciclo de la violencia” y “Las falsas creencias y las reacciones inadecuadas ante el abuso sexual infantil, así como el software de del juego educativo del DIF Nacional “Cuates y Re-cuates”. Con estas acciones se está dando cumplimiento a las actualizaciones de transparencia focalizada.

Con el propósito de apoyar la labor de difusión y fomento de la cultura del buen trato a nivel nacional, se realizó la reproducción y distribución de 10,040 carteles, dípticos, manuales de capacitación y materiales educativos beneficiando a los Sistemas DIF de 31 entidades federativas.

Asimismo, los Sistemas DIF de 21 entidades federativas reportaron que, con las acciones de Promoción de Buen Trato a Niñas, Niños y Adolescentes, beneficiaron a 101,091 niñas, niños y adolescentes, 33,556 adultos y 3,400 familias.

En materia de atención a la primera infancia se benefició a 37,322 niñas y niños en 486 Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil (CADI) en 185 municipios; y 74,857 niñas y niños en 1,749 Centros de Asistencia Infantil Comunitarios (CAIC).

Se tienen registrados 713 Clubes de Salud del Niño, distribuidos en 205 municipios, con un total de 28,484 niñas y niños socios, que beneficiaron a más de 24,749 padres y madres.

En los Centros Nacionales Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Cuna Tlalpan y Coyoacán dependientes del SNDIF, se otorgaron 12,510 atenciones pedagógicas para dar atención a la educación inicial de Niñas y Niños de tres a cinco años 11 meses de edad.

Para reforzar las acciones en Desarrollo Infantil Temprano, entre septiembre de 2016 y junio de 2017 IMSS-PROSPERA valoró a 23,127 menores de cinco años con la prueba Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI); realizó 32,753 sesiones de estimulación temprana y asesoró a 45,044 madres, padres y cuidadores primarios en desarrollo infantil. También se implementó el Modelo de Evaluación Psicológica para niños con riesgo de retraso en el desarrollo que incluye la prueba Inventario de Desarrollo Battelle, segunda edición.

Estrategia 4.2

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

La primera línea de acción en esta estrategia es **asegurar un enfoque integral y la participación incluyente y corresponsable en la atención del embarazo, parto y puerperio**. Al respecto, durante el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017:

- Se llevaron a cabo 41 talleres para fortalecer las redes comunitarias de apoyo a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio en 14 entidades federativas, con la participación de autoridades municipales y personal de salud.^{2/}
- Se brindó orientación telefónica a través de la línea 01-800-MATERNA a 19,034 usuarias(os) de las 32 entidades federativas. De estas, 3,173 llamadas fueron de primera vez y 18,911 de seguimiento hasta su resolución.

Por su parte, el HRAEI procuró la certificación para la atención de la emergencia obstétrica del embarazo, parto y puerperio, en los tres niveles de atención, además de considerar en todo momento el estado nosológico que pueda poner en peligro la vida de la mujer durante la etapa grávido-puerperal y/o el producto de la concepción que requiere de atención médica y/o quirúrgica inmediata.

Para cumplir con el compromiso de **mejorar la calidad de la atención materna en todos los niveles de atención**, se transfirió presupuesto del Ramo 12 a las 32 entidades federativas para contribuir a mejor la calidad de la atención materna y de las emergencias obstétricas, con lo cual se capacitó en el segundo semestre de 2016, sobre el lineamiento técnico triage, código mater y equipo de respuesta inmediata para la atención de la emergencia obstétrica, al personal de primer nivel de atención en atención pregestacional y control prenatal con 6,487 participantes; por otra parte se actualizó a personal médico especialista, médicos generales y personal de enfermería de primero y segundo nivel de atención, en

^{2/} Campeche, Chihuahua, Ciudad de México, Durango, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Querétaro, Sonora, Tlaxcala y Zacatecas.

emergencias obstétricas con la participación de 2,090 profesionales de la salud.

En mayo de 2017 IMSS-PROSPERA realizó el curso-taller “Manejo de las urgencias obstétricas” en el Hospital Rural de Ocosingo, Chiapas, que contó con 41 participantes de los ámbitos médico y de enfermería. Los temas que ahí se abordaron fueron: hemorragia obstétrica, estados hipertensivos del embarazo y sepsis en obstetricia.

El HRAEI ofrece servicios de atención materna en los tres niveles de atención, además de desarrollar protocolos de investigación y seguimiento en el Estado de México. Cuenta con médicos especialistas certificados para focalizar el embarazo de alto riesgo que pueda poner en peligro la vida de la mujer durante la etapa grávido-puerperal o el producto de la concepción que requiere de atención médica o quirúrgica inmediata. Además está certificado para la atención de la emergencia obstétrica.

Con el propósito de **fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad**, la DGPLADES participó en las siguientes acciones en el periodo del 1 septiembre de 2016 al 31 agosto de 2017:

- “Curso Internacional en Salud Sexual y reproductiva para adolescentes, con énfasis en la prevención del embarazo”, coordinado por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, la Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo y la Agencia de Cooperación Internacional de Japón para 10 países de América Latina: Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y México.
- Capacitación teórico-práctica a personal de 34 hospitales y Centros de Salud Ampliados de los Servicios Estatales de Salud en el “Modelo de atención a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, y seguro”, de los estados de Sonora, Tabasco, Querétaro, Chiapas y Tlaxcala. Se sensibilizó en este modelo a personal de dos hospitales de Jalisco y el Estado de México.
- Encuentro de Enriquecimiento Mutuo entre personal de salud y parteras tradicionales en septiembre de 2016 en Ciudad Obregón, Sonora, con la participación de 60 parteras mayos, yaquis y guarijios.
- En noviembre de 2016 se presentó en la Asamblea General de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, celebrada en la Universidad de Las Américas Puebla, el Modelo de Atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con

enfoque humanizado, intercultural y seguro, para difundir su enseñanza en las escuelas y facultades de medicina participantes.

El Programa IMSS-PROSPERA ha propiciado a través del Enfoque Intercultural en salud, la atención del parto y de la población recién nacida en un marco de respeto a las costumbres y tradiciones de las comunidades. Con la participación de las parteras voluntarias rurales se logró la atención de 3,967 partos y servicio a recién nacidos, cifra a la que se adicionan 526 partos atendidos de manera conjunta entre los equipos de salud y las parteras. Asimismo, las parteras voluntarias rurales derivaron a 8,747 recién nacidos para atención médica en establecimientos de salud del Programa.

En cuanto a **proporcionar consejería y el acceso a la anticoncepción para prevenir el embarazo no planeado** en niñas y adolescentes, los Sistemas DIF de las entidades federativas y municipios implementaron con la población objetivo las estrategias preventivas nacionales de talleres de “Prevención del embarazo en adolescentes” y “Prenatal y posnatal para adolescentes”. Se alcanzó una cobertura de 14,665 niñas, 87 niñas embarazadas o con hijos, 112,076 mujeres adolescentes, 10,114 adolescentes embarazadas o madres, así como 13,285 niños y 162,074 adolescentes hombres en 30 entidades federativas, a través de 3,382 grupos de estrategias nacionales y 5,715 talleres estatales, 6,630 pláticas y/o conferencias, 42 foros, 220 ferias, 16 desfiles, y 1,613 actividades varias.

Durante este periodo, el Sistema DIF Querétaro, a través de la Casa Ame Cadereyta, brindó refugio a mujeres en estado de gestación, puerperios fisiológicos y quirúrgicos, donde se atendió a 45 adolescentes embarazadas de 15 a 17 años, 346 mujeres embarazadas, 228 mujeres con hijos y 25 niños. A su vez, el “Centro Modelo de Atención de Niñas y Adolescentes” del estado de Jalisco, el Sistema DIF Jalisco reportó una atención a 16 adolescentes embarazadas, 31 adolescentes con hijos, cinco mujeres con hijos y 40 niños en el Centro.

Se realizaron dos reuniones virtuales una de sensibilización a cinco Sistemas DIF con la asistencia de 52 personas, y otra de seguimiento, a seis Sistemas DIF en la que participaron 35 personas, para la implementación del Modelo Nacional para la Prevención y Atención del Embarazo en Niñas y Adolescentes.

La consejería y el otorgamiento de métodos anticonceptivos forman parte del modelo de prevención de la muerte materna implementado por 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. De septiembre de 2016 a junio de 2017 se incorporaron 229,640 mujeres al uso de un método anticonceptivo; 70,697 de ellas durante el posparto y 5,333 durante el postaborto.

Integrantes de la red comunitaria del Programa IMSS-PROSPERA orientaron a 587,385 personas sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos. De igual forma derivaron a unidad médica a 320,412 personas, particularmente mujeres, para la adopción de algún método anticonceptivo.

Personas voluntarias derivaron a 111,300 adolescentes para su integración y participación en los Centros de Atención Rural al Adolescente y atendieron a 85,141 jóvenes en reuniones de módulos ambulantes coordinadas por el propio voluntariado.

Con respecto a la importancia de **vigilar el embarazo con enfoque de riesgo y referencia oportuna a la evaluación especializada**, de septiembre de 2016 a junio de 2017 se otorgaron a través de la SS 1,028,083 consultas prenatales de primera vez, de las cuales, a 756,929 mujeres embarazadas se les realizó la prueba de detección de VIH y sífilis, lo que representó una cobertura de 74%. Asimismo, se instrumentó y puso en operación el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Morbilidad Materna Severa (SISVEMMS) en donde participan 141 hospitales para la notificación de morbilidad severa y de 125 unidades de primer nivel para la notificación de embarazos de alto riesgo. Tenemos registrados 2,883 casos de Morbilidad Materna Severa y 1,824 embarazos de alto riesgo.

En el periodo que se reporta, el HRAEV ha fortalecido el control a pacientes con embarazo de alto riesgo, así como el de pacientes con problemas de fertilidad.

En el HRAEI se ha logrado establecer una excelente comunicación con la jurisdicción sanitaria de Amecameca, que comprende 14 municipios, 19 coordinaciones municipales, 75 centros de salud y ocho hospitales, por lo que hoy día 75% de los embarazos que atiende el HRAEI son de alto riesgo. De manera adicional, a través de la Dirección General se ha enviado a los directores médicos de la región la cartera de servicios y horarios de atención con los que cuenta el hospital.

En seguimiento del compromiso de **fortalecer la atención oportuna y de calidad en emergencias obstétricas, considerando redes efectivas interinstitu-**

cionales de servicios, el 7 de abril de 2016, se publicó en el DOF la 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. Esta norma se ha difundido de manera electrónica a las 32 entidades federativas y se vigila su correcta aplicación en los diferentes niveles de atención a través de las visitas de supervisión. En el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se elaboraron cédulas de seguimiento a 71 hospitales y 68 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 capacitó a 9,351 profesionales de la salud, que incluye primer nivel de atención y atención de la paciente en estado crítico, en el marco de la Estrategia de Salud Materna.

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 da un seguimiento puntual hasta la resolución de su embarazo y la complicación. De septiembre de 2016 a abril de 2017 fueron derivadas 840 mujeres complicadas o con emergencia obstétrica a hospitales del IMSS en su régimen obligatorio para recibir atención especializada.

El HRAECS pertenece a la Red Materna de Hospitales para la atención de emergencias relacionadas con muerte materna. Tiene la capacidad de atención a pacientes que una vez resuelta la atención obstétrica requieren un seguimiento oportuno para cualquier complicación del mismo embarazo o bien cualquier otra enfermedad que implique atención de tercer nivel.

En el HRAEI se creó el código MATER para la atención de emergencias obstétricas. Esto permite una atención inmediata de la paciente afectada a través de un grupo multidisciplinario conformado por obstetras, imagenología, banco de sangre, laboratorio, terapia intensiva, anestesiología y neonatología. El tiempo de respuesta máximo es de dos minutos. Se atendieron más de 20 casos relacionados con el código MATER y no hubo ninguna defunción de muerte materna por preeclampsia. Además, en este renglón, el HRAEI realizó cursos de capacitación para los médicos en Advanced Life Support Obstetric (ALSO).

Para **consolidar el proceso de vigilancia epidemiológica, búsqueda intencionada y reclasificación de muertes maternas**, se mantiene el cálculo de la Razón de Mortalidad Materna (RMM) reportado en 2015, que fue de 34.6 defunciones maternas por cada 100 mil nacidos vivos (778 defunciones maternas), lo que refleja una disminución de 4.3 puntos con respecto a la RMM de 38.9 defunciones maternas por cada 100 mil nacidos vivos que había en el año 2014 (872 defunciones maternas).

Por otro lado, la tasa de mortalidad neonatal en 2015 fue de 7.86 defunciones por 1,000 nacidos vivos (17,684 defunciones), lo que representa un incremento de 0.03 puntos con respecto a la tasa de 7.83 de 2014 (17,537 defunciones).

En cuanto a la información de defunciones, como resultado de la reingeniería que se realizó al Subsistema Estadístico y Epidemiológico de Defunciones (SEED), en 2016 la cobertura total alcanzó 95.4%, al contrastar con lo estimado por el CONAPO; asimismo, para 2016 la cobertura oportuna disminuyó 12% con respecto al 2015.

Es importante destacar que los resultados obtenidos son producto de las acciones realizadas para consolidar el procedimiento de recuperación de los registros de defunciones certificadas, a partir de la tercera copia del certificado de defunción, lo que permite disminuir el tiempo de acopio y recuperar la información de las muertes que no fueron inscritas en el Registro Civil.

El HRAEV cuenta con un protocolo de manejo obstétrico de prevención del riesgo en pacientes con enfermedades crónicas. Está certificado para la atención de emergencias obstétricas y no ha tenido muertes maternas. Cuenta con un área que analiza de manera permanente las condiciones epidemiológicas y comparte esa información con las redes del estado al participar en los diferentes comités y mantener comunicación con la Secretaría de Salud estatal.

El Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes realiza diariamente su procedimiento de vigilancia epidemiológica en pacientes hospitalizadas en área de adultas y terapias neonatales, a fin de reducir el número de muertes maternas.

Con el objeto de **promover la participación comunitaria para el apoyo a embarazadas y mujeres con emergencias obstétricas**, del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017, se realizaron las siguientes actividades:

- Se proporcionó albergue a 42,887 embarazadas, puérperas y familiares en 147 Posadas para el Apoyo

de la Mujer Embarazada en 21 entidades federativas, con lo que se favoreció el acceso oportuno a unidades de atención médica, principalmente en zonas de alta marginalidad.

- Se apoyó a 79,207 embarazadas y puérperas con la participación de 78,353 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 484 municipios de 18 entidades federativas.^{3/}

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 de 97% de las localidades donde el Programa tiene presencia, realizó más de 21 mil acompañamientos de embarazadas y/o puérperas a unidades médicas.

El Programa también operó 68 albergues comunitarios en 17 entidades federativas, con el propósito de contribuir a la atención oportuna de emergencias obstétricas, parto institucional y seguimiento al puerperio. En estos inmuebles, de septiembre de 2016 a febrero de 2017 brindó atención a 331,168 personas, 26% integrado por mujeres en periodo de embarazo o puerperio; otorgó 15,355 sesiones de educación para la salud, con 211,194 participantes y proporcionó 819,681 raciones alimenticias.

Estrategia 4.3

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

Para **incorporar el enfoque intercultural y de género en el diseño y operación de programas y acciones para la población**, en el marco del Programa de Acción Específico Promoción de la Salud y Determinantes Sociales, y en coordinación con el Instituto Nacional de Len-

^{3/} Campeche, Ciudad de México, Durango, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

guas Indígenas (INALI), de septiembre de 2016 a junio de 2017 se certificaron a 164 promotores de la salud, en el Estándar de Competencia EC0196 Promoción de los Programas Públicos de Salud en la Población Hablante de Lengua Indígena, abarcando 26 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 127 Ferias de la Salud Interculturales, es decir, 102 ferias más que en el periodo anterior.

En el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 31 de agosto de 2017, la DGPLADES, en coordinación con los Servicios de Salud de los estados de Puebla, Quintana Roo y Oaxaca, realizaron actividades de difusión y reuniones de capacitación al personal Directivo, a fin de establecer en los programas y proyectos estatales, la inclusión de lineamientos interculturales.

Estas acciones de capacitación a directivos se fortalecieron con el impulso a la formación de grupos estatales e interinstitucionales para la Atención a la Salud de Pueblos Indígenas y Afrodescendientes. En noviembre de 2016 se conformó el Grupo Interinstitucional en el estado de Jalisco y en mayo de 2017 los Grupos de Chihuahua y Guerrero, con lo cual suman 10 los grupos estatales constituidos.^{4/}

Adicionalmente, con el objetivo de difundir entre la población autóctona el conocimiento sobre sus derechos en materia de salud, la CONAMED cuenta en su página de internet con 11 folletos que contienen la traducción de los derechos generales de los pacientes. De igual forma, se cuenta con el audio de estos derechos traducidos a 21 lenguas indígenas. En este rubro, se realizó la traducción a 17 lenguas indígenas (en texto y audio) de los siguientes documentos: "Recomendaciones a la mujer embarazada para mejorar la comunicación con el personal de salud durante el embarazo el parto y la cuarentena (puerperio)", "Recomendaciones para mejorar la atención del adulto mayor dirigidas a los pacientes" y "Recomendaciones para mejorar la atención del adulto mayor dirigidas a los pacientes".

La CONAMED también realizó la impresión de 10 mil tarjetas con los derechos generales de los pacientes en sistema *braille*.

Por su parte, entre septiembre de 2016 y agosto de 2017 IMSS-PROSPERA realizó 181 cursos sobre inter-

culturalidad en salud, en los que se capacitó a 4,767 personas que laboran en el Programa, lo que permitió una cobertura de 19% del personal total en este periodo.

CRAEHEP, a su vez, se ha ocupado de fortalecer la interculturalidad con sesiones de actualización en temas de atención a pacientes con barreras culturales.

Derivado del proceso de acreditación en CAUSES del HRAEO se ha capacitado a personal médico, de enfermería y administrativo en diversos contenidos temáticos, incluido un módulo de interculturalidad. La evaluación para la acreditación se efectuó en julio de 2017.

En el HRAEV se llevó a cabo en junio de 2017 el Primer Congreso Nacional La Intervención Social con un Enfoque Intercultural.

Con la finalidad de **fortalecer la red de atención primaria a la salud con énfasis en unidades móviles de salud**, en el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se realizaron 9.98 millones de acciones incluidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud, de las cuales 1.99 millones corresponden a atenciones médicas y 7.99 millones a acciones de promoción y prevención de la salud.

Entre septiembre de 2016 y junio de 2017 a través de 89 Unidades Médicas Móviles en operación, IMSS-PROSPERA proporcionó 432,477 consultas. De estas, 23,998 fueron para embarazadas; 53,746 detecciones de diabetes mellitus; 85,865 detecciones de hipertensión arterial; 8,885 detecciones de cáncer cérvico-uterino y 29,161 detecciones de cáncer de mama. Se registraron 2,672 aceptantes de métodos anticonceptivos y se impartieron 12,843 sesiones de promoción para la salud, con 168,640 asistentes.

En otro ámbito, el CENETEC emitió siete dictámenes técnicos de telemedicina aprobatorios para la obtención de recursos. a fin de contribuir al propósito de **incorporar redes de telemedicina y uso de la telesalud en zonas de población que vive en situación de vulnerabilidad**.

Para **adecuar los servicios a las necesidades demográficas, epidemiológicas y culturales de los grupos en situación de vulnerabilidad**, de septiembre de 2016 a junio de 2017 se realizaron diversas acciones en materia de protección social en salud en beneficio de la población indígena, entre las que sobresale la afiliación en localidades con 40% o más población de habla indígena, que ascendió a 5,040,496 beneficiarios, cifra superior en 9.8% a los 4,588,655 registrados al inicio de esta administración.

^{4/} Ciudad de México, Chihuahua, Estado de México, Guerrero, Jalisco, Michoacán, Puebla, Quintana Roo, Sonora y Veracruz.

En coordinación con la CDI se realizaron 30 entrevistas a médicos especialistas del Sistema sobre temas diversos, las cuales fueron traducidas al náhuatl, maya, mixteco, zapoteco, otomí, entre otras lenguas. Se transmitieron en el programa “Ecos Indígenas” a través de 21 estaciones del Sistema de Radiodifusoras Culturales Indigenistas.

El HRAEO llevó a cabo acciones como la traducción de materiales de educación para la salud, cuidado de pacientes graves hospitalizados y uso de los servicios. Se cuenta con carteles de derechos de los pacientes traducidos en tres lenguas.

El HRAEI atiende prioritariamente a grupos vulnerables de la región. Para ofrecer la atención en las mejores condiciones a toda la población y garantizar la mayor calidad en los servicios que proporciona ha mantenido una estricta política de selección del personal médico y de la salud asegurando que cuenten con las certificaciones correspondientes, además de capacitar permanentemente al personal en temas de derechos humanos e interculturalidad.

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 periodo del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 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 1,363,682 herramientas de detección, de las cuales 308,264 mujeres resultaron positivas, lo que significó un incremento de 13.5% en la detección de casos con respecto al mismo periodo del año anterior.

En 2016 IMSS-PROSPERA puso en marcha la Estrategia de Prevención, Detección, Atención y Derivación de Violencia de Género en mujeres mayores de 15 años en establecimientos médicos del Programa. Entre septiembre de 2016 y junio de 2017 se realizaron 277,981 detecciones, de las que 1,893 resultaron positivas. En 979

casos se proporcionó orientación legal; en 368, plan de seguridad, y en 544 se hizo valoración del riesgo.

Con el objetivo de **coadyuvar en campañas promotoras del derecho de niños, adolescentes, adultos mayores y mujeres a una vida libre de violencia**, en la Ciudad de Taxco de Alarcón, Guerrero, se conmemoró Día Internacional por la No Violencia Contra las Mujeres y las Niñas con jornadas del 29 de noviembre al 1 de diciembre de 2016. En este evento se realizó la firma de Convenio Interinstitucional para referencia de personas a Grupos de Reeducción de Agresores de Violencia de Pareja; dos talleres de sensibilización a población abierta para trabajo grupos de prevención; dos talleres de actualización a profesionales de talleres de reeducación y una feria informativa dirigida a la población en general.

Por parte de IMSS-PROSPERA se logró la réplica del curso “Servidoras y servidores públicos como garantes de los derechos de niñas, niños y adolescentes” para 5,777 personas, 66% de las cuales labora principalmente en unidades médicas del primer nivel de atención, en tanto que el restante 34% trabaja en hospitales rurales del Programa.

Para **ampliar la cobertura de atención a las personas que viven violencia familiar y de género**, los Centros Nacionales Gerontológicos y Casas Hogar para Ancianos llevan a cabo acciones que se enmarcan en el Modelo de Intervención Gerontológica, que comprende cuatro macroacciones. Una de ellas es la atención integral; al respecto, en los cuatro Centros Nacionales Gerontológicos que tiene a su cargo el SNDIF se otorgaron servicios de atención médica, psicológica y de trabajo social, con lo que se benefició a 397 adultos mayores.

Otra de las vertientes es la modalidad de Atención de Día, con la cual las personas adultas mayores reciben servicios diurnos de alimentación, actividades recreativas, sociales, atención médica, psicológica y de trabajo social, entre otras. En esta modalidad se atiende un promedio de 52 adultos mayores.

Del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se atendieron 253,640 mujeres de 15 años y más que vivieron algún tipo de violencia familiar o de género. Se brindaron 439,121 servicios de consejería especializada, 112,321 atenciones médicas especializadas y 593,021 atenciones de apoyo psicoemocional a través de los servicios especializados de atención a la violencia. Asimismo, se coadyuvó en la alimentación, hospedaje y atención médica, psicológica y jurídica de 1,770 mujeres, 1,482 niñas y 1,532 niños a través de subsidios a 51 refugios (34 operados por las OSC y 17 por instituciones públicas) instalados en 29 entidades federativas.

Para promover la referencia de los casos de violencia a servicios especializados de acuerdo con lo establecido en el Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Sexual y Familiar, se realizaron 172,053 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, lo que significó un incremento de 23.3% con respecto al mismo periodo del año anterior.

Asimismo, a fin de **promover la referencia de los casos de violencia a servicios especializados** se atendieron y canalizaron 298 reportes de maltrato infantil; asimismo, se solicitaron ocho medidas de protección urgente a favor de niños, niñas y adolescentes.

Por otra parte, a fin de dar curso a las 1,893 detecciones de violencia positivas registradas entre septiembre de 2016 y junio de 2017 por el Programa IMSS-PROSPE-RA, 875 mujeres fueron referidas a servicios del segundo nivel de atención, 505 a servicios de psicología, 206 a trabajo social, 91 a ministerio público, y 151 a refugios.

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 2016 y el 30 de junio de 2017, como parte de las acciones a favor de la aplicación de la 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 para la atención de la salud de personas en situación de pobreza carentes de seguridad social, o bien cuyos padecimientos no están previstos en el CAUSES. Esto lo lleva a cabo mediante el otorgamiento de apoyos directos o a través de alianzas estratégicas con OSC 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 por 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 2016 al 1 de junio de 2017 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 OSC 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 los últimos cinco años pieza fundamental para la atención de la población objetivo. Para contribuir día con día a mejorar la tarea de otorgar ayuda a la población más necesitada, la Beneficencia Pública durante el 2017 ha firmado 28 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 mejorar su salud y calidad de vida. Durante 2016 y 2017 la APBP continuó desarrollando los programas denominados: Jornadas Protésicas, Para Oírte Mejor, Para Verte Mejor (lentes intraoculares y lentes de armazón), Para Sentirme Mejor, Para Comer Mejor y Mi Cuna PROSPERA.

El programa Jornadas Protésicas está diseñado para otorgar prótesis de cadera y rodilla a personas que sus condiciones socioeconómicas no cuentan con los recursos para hacerse de alguno de estos insumos. Gracias a este programa, 864 personas en diferentes estados del país y en hospitales federales e INSALUD recibieron las prótesis de cadera (233) y de rodilla (631) que requerían para estar en condiciones de 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 SESA garantizan la debida colocación de los insumos entregados mediante las intervenciones

quirúrgicas correspondientes, así como el seguimiento y rehabilitación de los beneficiarios.

Para Oírte Mejor tiene como finalidad mejorar la audición de quien lo necesita, labor que se realiza por medio de la entrega de auxiliares auditivos. Durante este periodo se entregaron 12,516 auxiliares en beneficio de 7,034 personas. Asimismo, se garantizó que recibieran las terapias de lenguaje requeridas que van asociadas con el programa y se llevó a cabo el seguimiento de los auxiliares entregados en 2014, 2015 y 2016 con la entrega de kits que contienen pilas para un año y renovación de moldes para quienes lo requerían.

El programa Para Verte Mejor tiene el objetivo de atender la discapacidad visual y otorga la posibilidad de recuperar la visión a las personas más necesitadas del país. Este programa se divide en dos vertientes; la primera consiste en el otorgamiento de kits de lentes intraoculares para cirugía de cataratas, con lo que se ha beneficiado a cerca de 3,332 personas por medio de la colocación de 3,284 lentes intraoculares. La segunda vertiente es la donación de lentes de armazón; ya se han entregado 19,198 en beneficio del mismo número de personas.

Una Rodada de Vida contribuye a la movilidad e independencia de personas con discapacidad motriz. Gracias a ese programa 8,271 personas se favorecieron al recibir sillas de ruedas estándar, todo terreno, PCI y carriolas PCI.

El programa Para Sentirme Mejor está destinado a la atención de mujeres de escasos recursos sobrevivientes de cáncer de mama a las que se les realizó una mastectomía. Con este programa, que funciona en coordinación con los SESA, el SNDIF se asegura de que las beneficiarias del Seguro Popular reciban las prótesis o expansores mamarios que requieren para que se les realice una cirugía reconstructiva, que forma parte integral de su tratamiento.

En octubre de 2016 se llevó a cabo la Primera Macro-campaña de Reconstrucción de Mama. A lo largo de esta campaña y durante el periodo sobre el que se informa, la Beneficencia Pública entregó 343 expansores al HGM y a distintos estados de la república. Asimismo, se han entregado 148 prótesis de mama, con lo que se ha beneficiado a más de 400 mujeres.

Para Comer Mejor es un programa destinado principalmente a personas de la tercera edad, a quienes se les brinda la oportunidad de contar con prótesis dentales completas, que les permiten tener una correcta función masticatoria, mejorar el habla y elevar su calidad de vida.

Durante este periodo se entregaron 4,620 dentaduras en diversas entidades federativas.

Mediante el programa Mi Cuna PROSPERA, el cual se realiza en conjunto con la Coordinación Nacional de PROSPERA, se llevó a cabo la entrega de 21,094 cunas de cartón en todo el país que contienen un colchón antirreflujo forrado en vinil, un mameluco, una funda de colchón y una sábana térmica. Es importante destacar que se suman a ese programa, además de la Dirección de Equidad y Género de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, el Instituto Nacional de Pediatría y el Hospital Infantil Federico Gómez, con lo que le otorgan su aval.

En adición a los programas mencionados, se entregaron 67 ayudas funcionales en especie que comprenden medicamentos, material de osteosíntesis, concentradores de oxígeno, equipos respiratorios, campana de vacío, procesador BAHA, una silla eléctrica y una silla semideportiva, material para cirugía de ortopedia y columna, entre otros insumos que se incluyen en el catálogo de ayudas de la APBP.

Además, en todo el país se distribuyeron 6,302 insumos consistentes en andaderas, muletas para adulto e infantil, bastones y pañales, entre otros.

Apoyo a hospitales e institutos

Gracias a la firma de convenios de colaboración y al trabajo conjunto con los hospitales e institutos nacionales se ha podido beneficiar a 367 personas de escasos recursos que son atendidas en esas instituciones. Se les hace entrega de endoprótesis biliares y esofágicas metálicas, kits cardiológicos (válvula mecánica o biológica, oxigenador, biobomba, hemoconcentrador y recuperador celular), amplatzer PCA, clavos gap, mangas y bypass gástricos, entre otros.

Además, se han donado diversos equipos médicos al HGM, al Hospital General Dr. Manuel Gea González, al Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, a las secretarías de Salud de los estados de Coahuila y Colima, y a los Servicios de Salud del Estado de Nayarit.

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 en los proyectos y programas que realiza en beneficio de los que más lo necesitan.

En el periodo de septiembre de 2016 a junio de 2017 se verificó la debida realización de 68 proyectos de coinversión presentados por OSC sin fines de lucro, así como el impacto que tuvieron y el buen uso de los recursos.

En marzo de 2017 se emitió la convocatoria pública anual para las OSC de todo el país, que presentaron proyectos de coinversión en materia de salud y asistencia social. Ingresaron 264 proyectos. El proceso incluyó la capacitación de 208 OSC y 12 beneficencias públicas estatales.

En agosto se realiza la entrega de los recursos para las OSC cuyos proyectos fueron evaluados satisfactoriamente en los aspectos tanto técnico como financiero por el Comité Externo de Evaluación.

Investigación

Durante este periodo se continuó con el seguimiento de las actividades del proyecto denominado “Neurohabilitación en lactantes menores de tres meses identificados con alto riesgo de daño cerebral: diseño e implementación de un modelo de intervención y tratamiento oportuno en tres hospitales de atención materno infantil de los Sistemas de Salud de tres Entidades Federativas”, que se lleva a cabo en coordinación con la UNAM en el Estado de México, Querétaro y Michoacán.

A fin de **promover la reducción de la incidencia de la discapacidad mediante acciones de prevención**, el CRAEHEP implementó protocolos de atención oportuna en la fase aguda de la enfermedad al momento del ingreso hospitalario, así como el seguimiento de pacientes por la consulta externa después de su egreso hospitalario. También realiza de forma constante exámenes de pesquisa en pacientes menores de seis meses para detectar alteraciones en el neurodesarrollo y tratarlas oportunamente.

Asimismo, en el área de rehabilitación pediátrica del CRAEHEP El participan activamente con la unidad de neuropsiquiatría infantil en la detección y prevención de trastornos en el desarrollo y con la clínica de hemofilia infantil en la detección y prevención de la artropatía hemofílica.

En noviembre de 2016, el INRLGII realizó en el estado de Sonora la primera campaña de cirugía de implantes de rodilla y cadera, en la que se valoró a 20 personas, seis de las cuales fueron operadas por personal del Instituto, así como por médicos del Hospital General Dr. Ernesto Ramos Bours.

Asimismo, la División de Rehabilitación Ortopédica del INRLGII es centro colaborador de la OPS-OMS para la Investi-

gación y Rehabilitación Médica. Mediante esta colaboración se busca alcanzar los siguientes objetivos: establecer un modelo médico de atención para la prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación basados en investigación, capacitación y desarrollo de recursos humanos; soporte técnico para implementar programas de promoción de la salud y prevención de la discapacidad; desarrollo de programas de atención para padecimientos musculoesqueléticos, y promoción de la investigación clínica y epidemiológica de las discapacidades musculoesqueléticas.

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. La evaluación y seguimiento de este grupo de pacientes permite diferenciar alteraciones transitorias propias del desarrollo o anomalías neurológicas mayores, y dar tratamiento para prevenir secuelas de aparición tardía, incluyendo trastornos de aprendizaje y conducta. De septiembre de 2016 a junio de 2017 se han atendido 2,888 pacientes; 417 de primera vez y 2,471 subsecuentes.

A fin de **establecer una red nacional de servicios de rehabilitación para mejorar el acceso a las personas con discapacidad**, en el marco del Programa Servicios de Asistencia Social Integral, el SNDIF cuenta con una red nacional de 21 centros de rehabilitación donde se brindan servicios integrales a la población con discapacidad y sus familias. Entre el 1 de septiembre de 2016 y el 30 de junio de 2017 se realizaron:

- 592,139 consultas médicas y paramédicas y se realizaron 25,748 estudios de diagnóstico, como audiometrías, potenciales evocados, electromiografías y rayos X. En materia de rehabilitación, se proporcionaron 1,855,490 sesiones de terapias en sus diversas modalidades.
- 4,776 pláticas para la prevención y detección de la discapacidad, a las que asistieron 71,146 personas con discapacidad y sin discapacidad, y donde se detectaron 35,329 personas en riesgo potencial de presentarla.
- 53,296 sesiones de estimulación múltiple temprana a 15,569 menores de cero a cuatro años de edad para estimular su desarrollo psicomotor e incidir en los factores de riesgo de daño neurológico.

Adicionalmente cuenta con una red de 16 talleres de órtesis y prótesis, a través de los cuales se fabricaron 10,640 piezas de órtesis y 843 piezas de prótesis con las que se beneficiaron 6,577 personas.

Con el Programa Nacional de Credencial para Personas con Discapacidad se logró la incorporación de 38,531 personas con discapacidad permanente, con quienes se obtiene un acumulado de 397,451 beneficiarios, los cuales reciben descuentos en bienes y servicios.

Por otra parte, a fin de brindar servicios de alta especialidad con los preceptos de calidad, calidez y seguridad del paciente conforme a los estándares nacionales e internacionales, entre septiembre de 2016 y marzo de 2017 en el INRLGII se otorgaron 20,721 preconsultas médicas, 15,010 casos nuevos, 162,159 consultas subsecuentes y 19,192 urgencias. Se realizaron, además, 11,086 cirugías. Asimismo, se brindaron 894,158 terapias físicas, ocupacionales y de lenguaje.

En el periodo que se reporta, el HRAEB ha trabajado para fortalecer la red nacional de registro CIF para la detección de la discapacidad. De igual manera el HRAEB pretende ser líder nacional en la instalación de dos proyectos: 1) clínica de salvamento de extremidad y 2) *stroke*, que permitirá disminuir la discapacidad a nivel nacional y detectar la necesidad de rehabilitación oportuna para aquellos que lo ameriten.

En el HRAEV se cuenta con el área de Medicina Física y Rehabilitación, la cual atiende a todo paciente que así lo requiera, incluyendo pacientes hospitalizados postoperados y/o en el área de Terapia Intensiva, con lo que se mejoran sus posibilidades de egreso y de reincorporación a la vida social.

Se capacitó a personal de todos los HRAE en la clasificación CIF y se proporcionaron cerca de 40 mil sesiones de rehabilitación de alta especialidad.

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 realiza acciones de inclusión laboral para personas con discapacidad. Durante el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 logró la incorporación de 1,813 personas con discapacidad al ámbito laboral.

En el INRLGII se llevan a cabo estudios de maestría y doctorado con el propósito de otorgar al personal médico la posibilidad de acceder a estos niveles académicos en las propias instalaciones del instituto.

Por otra parte, 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, con-

tinúa realizándose dentro de este instituto; entre septiembre de 2016 y junio de 2017 se atendieron 1,293 pacientes en este programa.

Adicionalmente, con el objetivo de brindar a la población mexicana con osteoporosis un tratamiento integral de excelencia, se ha implementado el programa Clínica de Rehabilitación en Osteoporosis que brinda servicios mediante la conformación de un equipo multidisciplinario. En este programa se ha atendido a 1,371 pacientes en el periodo de septiembre de 2016 a junio de 2017.

Asimismo, se cuenta con el programa Pacientes Amputados cuyo propósito es establecer esquemas de atención integral para las personas que padecen alguna discapacidad secundaria a la amputación. Esto se lleva a efecto mediante acciones que fomenten la detección de discapacidades, atención temprana y su rehabilitación. En el periodo señalado, este programa atendió a 1,451 pacientes.

Finalmente, para otorgar atención médica a pacientes de escasos recursos en las entidades federativas (especialmente a los de las comunidades marginadas y de grupos vulnerables) se creó el Programa de Cirugía Extramuros que de septiembre de 2016 a junio de 2017 realizó 349 cirugías.

Estrategia 4.6

Fortalecer las acciones para la prevención, promoción y atención de la salud de la población migrante

Con el propósito de **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 del Migrante Repatriado (ubicados en los cruces fronterizos de Tijuana, Baja California; Matamoros, Nuevo Laredo y Reynosa, Tamaulipas), se brinda atención a las necesidades de salud de los migrantes mexicanos que son repatriados de los Estados Unidos de América. Se proporciona orientación en prevención de enfermedades y promoción de la salud; se realizan detecciones oportunas de VIH, medición de presión arterial, niveles de glucosa e índice de masa corporal, entre otras, y en caso de ser necesario se canaliza a los migrantes a instancias de salud.

También se aplican vacunas contra la influenza (AH1N1), se realizan valoraciones psicológicas y se les estabiliza en

caso de crisis, además de que se hacen afiliaciones al Seguro Popular. De enero de 2013 a junio de 2017 se brindaron 205,753 servicios a 23,815 migrantes. Durante el periodo de septiembre de 2016 a junio de 2017 se otorgaron 52,265 servicios de prevención y promoción de salud a 7,076 migrantes.

La Dirección General de Relaciones Internacionales (DGRI), en coordinación con los Servicios Estatales de Salud, colabora con el Programa de Trabajadores Agrícolas Temporales México-Canadá para realizar los exámenes médicos a los trabajadores agrícolas que son seleccionados para ir a trabajar temporalmente a Canadá de manera sana y, en caso de que un trabajador sea diagnosticado con algún padecimiento, se le otorgue el tratamiento adecuado.

Actualmente se cuenta con 485 hospitales/clínicas de salud distribuidos en las 32 entidades federativas, que forman parte de la Red de Hospitales y Clínicas de Salud donde se realizan los exámenes médicos para los trabajadores. Estos esfuerzos fortalecen cada vez más el citado Programa de Trabajadores Agrícolas Temporales, así como a la relación bilateral que tiene México con Canadá en cuestiones de salud.

En el marco de la atención a la salud de la población migrante, IMSS-PROSPERA continuó la operación de nueve puntos de atención localizados en Baja California (uno), Chiapas (cinco), Oaxaca (uno) y Tamaulipas (dos). Entre septiembre de 2016 y junio de 2017 se otorgaron 22,915 consultas, predominantemente a hombres, con 88% (solo 12% a mujeres). Personas provenientes de Honduras, El Salvador y Guatemala son quienes demandan en mayor medida los servicios, con 55%, 15.4% y 14.7%, respectivamente.

En el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se otorgaron 335,466 atenciones integradas de línea de vida. Asimismo, con el propósito de empoderar a la población migrante en el cuidado de su salud, se realizaron 10,621 talleres de promoción de la salud beneficiando a 123,157 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 158 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 cinco albergues agrícolas como entornos favorables a la salud.

El HRAEB ofrece atención gratuita para pacientes afiliados al Seguro Popular con patologías cubiertas a través

de los programas de las carteras acreditadas garantizando la asistencia y protección a la salud de todos los mexicanos afiliados al Seguro Popular.

El CRAECS ha mantenido la política institucional de ofrecer atención a toda la población que lo requiera, en particular a los migrantes con problemas de alta especialidad. De agosto de 2016 a junio de 2017 ha atendido a 30 pacientes, a quienes se les ofrecen las mejores condiciones sin importar su condición social o laboral.

El HRAEV se encuentra en una zona de paso hacia la frontera norte y atiende a toda la población que lo solicite. En particular, se han realizado los ajustes necesarios para dar la atención oportuna y de calidad en las mejores condiciones a pacientes migrantes o mexicanos repatriados cuando así se requiera, con absoluto respeto a los derechos humanos. Cuando lo han requerido las autoridades migratorias, en el HRAEV se han evaluado pacientes en proceso de deportación.

Con la finalidad de **ofrecer asistencia y protección a la población infantil y adolescente migrante y repatriada no acompañada**, en el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 el SNDIF realizó diversas actividades, entre las que destaca la videoconferencia sobre habilidades de atención a niñas, niños y adolescentes migrantes que organizó el DIF Nacional a través de la Estrategia de Prevención y Atención de Niñas, Niños y Adolescentes Migrantes No Acompañados, en colaboración con la asociación civil World Vision. La finalidad de esta videoconferencia, en la que participaron 85 personas de 11 entidades federativas, fue proporcionar herramientas y elementos de apoyo al trabajo que realizan los servidores públicos de las Procuradurías de Protección, Sistemas DIF y de la Red de Módulos y Albergues.

En el Sistema DIF de Coahuila se capacitó a 14 personas en el Protocolo de Atención para Niñas, Niños y Adolescentes Migrantes No Acompañados o Separados que se encuentren Albergados.

En la modalidad a distancia se llevaron a cabo cuatro cursos sobre la metodología de formación de líderes comunitarios enfocada a prevenir la migración infantil y adolescente no acompañada y promover la permanencia en sus comunidades de origen. Se contó con la participación de 90 servidores públicos de los Sistemas DIF de 15 entidades federativas.

En trabajo coordinado con la Secretaría de Gobernación el SNDIF participó en seis Jornadas Sociales Itinerantes del Programa de la Frontera Sur en los municipios de Benemérito de las Américas, Suchiate, Frontera Hidalgo,

Unión Juárez y Metapa en Chiapas, y Othón P. Blanco en Quintana Roo. En esas ocasiones se impartieron pláticas sobre los temas de migración infantil no acompañada y formación de líderes comunitarios, y se contó con la asistencia de 18 adolescentes y 124 servidores públicos.

El SNDIF, en coordinación con el Centro de Derechos Humanos Fray Matías de Córdoba, A. C., llevó a cabo la mesa de intercambio “Experiencias en atención a la niñez migrante en contextos de frontera” con la participación de dos expertos de Marruecos y España. Asistieron representantes del Instituto Nacional de Migración, Instituto Nacional de Desarrollo Social, Secretaría de Relaciones Exteriores, Comisión Mexicana de Ayuda a los Refugiados y Procuraduría Federal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes del SNDIF.

Con base en el convenio de colaboración entre el SNDIF y el CONAPO se elaboró la publicación “Migración de niñas, niños y adolescentes: antecedentes y análisis de información de la Red de Módulos y Albergues de los Sistemas DIF, 2007-2016”, que fue distribuida en los Sistemas DIF de las 32 entidades federativas, dependencias gubernamentales, organismos internacionales, OSC e instituciones educativas.

Derivado de los trabajos de colaboración del SNDIF con la Organización Internacional para las Migraciones, se realizó la actualización del “Protocolo de Atención para Niñas, Niños y Adolescentes Migrantes no Acompañados o Separados que se Encuentren Albergados”, así como la distribución de 132 impresos y CD a los Sistemas DIF y a la Red de Módulos y Albergues de las 32 entidades federativas.

Como parte de los trabajos que se vienen realizando en coordinación con el Instituto Nacional de Migración, se participó en la preparación e impartición del curso de formación de personal de nuevo ingreso, con el apoyo de la Embajada de Estados Unidos de América.

En el periodo del 1 septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017, los Sistemas DIF estatales y municipales a través de su Red de Módulos y Albergues atendieron a 14,661 niñas, niños y adolescentes migrantes y repatriados no acompañados, tanto mexicanos como de alguna otra nacionalidad.

El CRAHEP ha atendido niños migrantes otorgándoles atención médica cuando así se le ha solicitado, por lo que están preparados para recibir las peticiones y la demanda que se genere en este sentido.

El HRAEV atiende a toda la población que así lo solicite, y de acuerdo con lo indicado a nivel nacional sobre los ser-

vicios de salud, el hospital se encuentra preparado para ofrecer atención oportuna a los pacientes migrantes con calidad de medicina de alta especialidad y facilitar su afiliación al Seguro Popular.

La SS cumple la tarea de **apoyar en las labores de la repatriación de connacionales enfermos graves** a través del Proceso de Repatriación de Connacionales Enfermos Graves, en coordinación con la Red Consular de México en Estados Unidos de América y los SESA. A través de la DGRI gestiona la asistencia médica necesaria para los connacionales enfermos graves que se encuentran en el extranjero y que serán repatriados a México; de preferencia se busca ubicarlos en su lugar de origen.

Con respecto al compromiso institucional de **ofrecer servicios de promoción y prevención de la salud en los Consulados, primordialmente en Estados Unidos de América**, se proporciona consejería, detección oportuna, referencia a servicios de salud y orientación sobre aseguramiento en los Estados Unidos de América a través de las 50 Ventanillas de Salud (VDS) ubicadas en los consulados de México en Estados Unidos y las dos VDS móviles en Nueva Jersey y Detroit.

Y en cuanto a **ofrecer servicios de promoción y prevención de la salud en los consulados móviles, primordialmente en Estados Unidos de América**, se organizan campañas de prevención y promoción de la 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 periodo de septiembre de 2016 a abril de 2017 se han atendido a 156,000 personas a través de los Consulados Móviles.

Otra tarea relevante en el ámbito de la migración es **proporcionar consejería, detección oportuna, referencia a servicios de salud y orientación sobre aseguramiento en Estados Unidos de América**. Al respecto, A través de las 50 VDS ubicadas en los consulados de México en los Estados Unidos de América y las dos VDS móviles en Nueva Jersey y Detroit 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, concentraciones de colesterol glucosa, entre otros indicadores. 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 Estados Unidos. De enero de 2013 a junio de 2017 se atendió a cerca de 6.3 millones de personas y se otorgaron 15.6 millones de servicios. Du-

rante el periodo de septiembre de 2016 a junio de 2017 se otorgó atención a cerca de 1,230,000 personas y se ofrecieron aproximadamente 3 millones de servicios.

En apoyo a las líneas de acción anteriores se ha establecido la importancia de **fortalecer las Semanas Binacionales de Salud**. En este sentido, en el marco de la Semana Binacional de Salud y Mes de la Salud Fronteriza México-Estados Unidos se llevan a cabo durante octubre talleres, ferias, pláticas, atenciones médicas y capacitaciones en materia de salud, que informan sobre acciones de prevención de enfermedades y promoción de la salud para los migrantes y sus familias en Estados Unidos de América y México. Esta labor la llevan a cabo las VDS de los consulados de México en Estados Unidos, las 10 oficinas de la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos y organizaciones asociadas.

Durante la Semana Binacional de Salud y Mes de Salud Fronteriza México-Estados Unidos en 2016, se atendieron a 340,334 personas. En ellas participan alrededor de 4,680 organizaciones encabezadas por consulados, realizando alrededor de 1,850 eventos con diversas actividades como talleres, ferias de salud y pláticas, entre otras, en favor de la salud de los migrantes que viven en la zona fronteriza con los Estados Unidos de América.

Estrategia 4.7

Intensificar las acciones de promoción, prevención y atención de la salud en las enfermedades desatendidas

Se han llevado o adelante diversas medidas **destinadas a consolidar las acciones interinstitucionales para la atención de las enfermedades en vías de eliminación**.

Con base en los estudios realizados sobre prevalencia de tracoma folicular en menores de 10 años en municipios vecinos a la zona endémica y a partir de los estudios de 2016 en otras entidades federativas que en algún momento fueron consideradas con transmisión local, se evidenció 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 fuera presentado ante la OMS para que una vez revisado se otorgara la validación como país que ha logrado interrumpir la transmisión de este padecimiento. En 2017, México se convirtió en el primer país de las Américas y el tercero en el mundo en certificar la eliminación del tracoma como un problema de salud

pública, causante de ceguera, lo cual fue validado por un grupo de expertos de la OMS y OPS.

Además, en el marco del Programa “6 Pasos de Salud con Prevención”, la COFEPRIS cuenta con cápsulas informativas que se transmiten en 17 lenguas indígenas a través de las radiodifusoras de la CDI. Para contribuir a prevenir la epidemia de sobrepeso, obesidad y diabetes dichas cápsulas también incluyen mensajes de prevención de sobrepeso, obesidad y diabetes para promover estilos de vida saludables.

También en el renglón de las enfermedades desatendidas, el Gobierno Federal se ha propuesto **fortalecer las medidas de prevención y promoción de la salud en enfermedades del rezago**. Por ello, del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se registraron 9,903 casos confirmados de dengue, lo que representó una disminución de 47.4% en comparación con el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, cuando se registraron 18,845 casos. 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.

Del 1 de septiembre de 2016 al 30 junio de 2017 se registraron 105 casos de lepra, lo que representó una disminución de 16.7% con relación a los 126 casos del periodo del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016. Además se efectuaron las siguientes actividades:

- Reunión de expertos en Lepra con sede en la OPS/OMS para la actualización de aspectos clínicos de la enfermedad/18 de octubre de 2016.
- Desarrollo de la segunda fase de implementación del Proyecto de Monitoreo de la Eliminación de la Lepra en los estados de Michoacán, Nayarit y Nuevo León, de octubre de 2016 a febrero de 2017.
- Participación de México en la Reunión de la Estrategia Mundial de Lepra de la OMS celebrada en Bogotá, Colombia, del 29 de noviembre al 1 diciembre de 2016.
- Conmemoración en Jalisco el 27 de enero de 2017 del Día Mundial de la Lucha contra la Lepra.

Del 1 de septiembre de 2016 al 30 junio de 2017, la vigilancia epidemiológica permanente ha aportado al país avances sanitarios importantes, se registró un caso de rabia humana transmitida por mordedura de murciélago en Tamaulipas, se registraron 63,645 personas agredidas o en contacto con animales sospechosos de padecer rabia, a quienes se proporcionó atención médica y valoración clí-

nico epidemiológica y se indicó iniciar el tratamiento anti-rábico en 8,434 (13.3%) personas agredidas. Asimismo, se llevaron a cabo las Semanas de Vacunación Antirrábica Canina y Felina y la fase permanente en los SESA, reportando la aplicación de 16.9 millones de dosis en perros y gatos y se realizaron 546 mil esterilizaciones quirúrgicas.

Con el propósito de incrementar coberturas de vacunación en las entidades donde persisten los casos de rabia canina, se apoya en la instrumentación del plan de contingencia de prevención y control de la rabia. Se realizaron operativos de vacunación antirrábica en barrido casa por casa en Chiapas (uno) y Yucatán (dos). Asimismo, se conmemoró en octubre de 2016, el Día Mundial Contra la Rabia con un foro sobre atención de personas agredidas por animales.

En ese mismo mes se llevó a cabo la ceremonia inaugural de la Primera Semana Nacional de Esterilización quirúrgica de perros y gatos en San Luis Potosí. En noviembre de 2016 se efectuó en Jalisco el “Taller regional de atención médica y antirrábica de la persona expuesta al virus de la rabia” con el fin de fortalecer y homogeneizar los criterios en la atención médica en el primer nivel de atención, así como la ministración de biológicos antirrábicos.

En relación con otras enfermedades transmisibles, del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se realizaron las siguientes acciones:

- Se registraron 653 casos de enfermedad de Chagas, lo que representó una disminución de 24.9% en comparación con el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, cuando se registraron 870 casos. El motivo del decremento ha sido el

fortalecimiento de la identificación y registro de los casos. El tamizaje en bancos de sangre se practicó a 2,170,002 donadores en 2015 (el registro anual 2016 se encuentra en proceso de validación). Para eliminar la transmisión connatal y controlar la transmisión intradomiciliaria, se continúa con las acciones de control del vector en los estados prioritarios: Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Puebla, San Luis Potosí y Veracruz, donde se benefició a 65,597 residentes de localidades menores de 10 mil habitantes. Se da continuidad al trabajo para una mejor estratificación de riesgo a través de identificar grupos vulnerables afectados, como los menores de 15 años de edad y las mujeres embarazadas.

- Se registraron 594 casos de leishmaniasis, lo que representó un aumento de 83.9% en comparación con el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, cuando se registraron 323 casos. Este avance fue posible gracias al reforzamiento en la notificación de casos por esta enfermedad. Todos los casos han sido tratados con el medicamento específico, adquirido con recurso federal radicado para su compra.
- Se registraron 238,915 casos de intoxicación por picadura de alacrán, lo que constituyó un aumento de 6.3% en comparación con el periodo del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, cuando se habían registrado 224,643 casos. Las acciones de promoción de la salud se llevaron a cabo en 88 localidades prioritarias de las 16 entidades endémicas del país. Actualmente, la producción nacional del antídoto para el veneno de alacrán es limitada, lo que ha ocasionado desabasto. No obstante, la letalidad se mantuvo con una reducción de 10 por ciento.





5. ASEGURAR LA GENERACIÓN Y EL USO EFECTIVO DE LOS RECURSOS EN SALUD



Cama 1
HOSPITAL GENERAL DE FOMENTO SOCIAL

Control panel with 8 buttons (4 red, 4 green) and associated wiring.

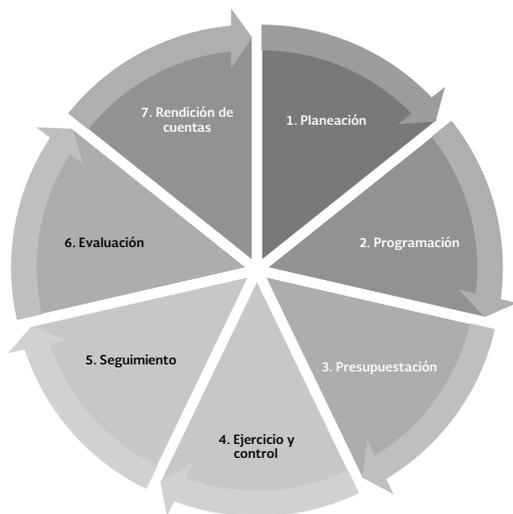
Control panel with 8 buttons (4 red, 4 green) and associated wiring.

Bed control panel with a small screen and multiple function buttons.

La Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto coordina el proceso programático, presupuestario y financiero de la Secretaría con el fin de procurar el adecuado funcionamiento de las unidades de nivel central (UNC), órganos administrativos desconcentrados (OAD) y organismos públicos descentralizados (OPD), responsables de cumplir con los objetivos y metas institucionales; asimismo, administra el proceso sobre estructuras organizacionales, manuales de organización y procedimientos.

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 SHCP para solicitudes y trámites en materia presupuestaria y contable, así como ante la Secretaría de la Función Pública en materia organizacional. Para su desempeño ha organizado su estructura en seis macro procesos sustantivos y uno de apoyo.

GRÁFICA III.5.1 EL CICLO PRESUPUESTARIO



FUENTE: Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Programación y presupuestación

En la formulación del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2017 se le dio continuidad a la estructura programática aprobada en el PEF 2016, toda vez que dicho instrumento define con precisión el amplio que-

hacer de la Secretaría. Asimismo, los objetivos, metas e indicadores determinados para evaluar el cumplimiento de los programas presupuestarios se revisaron en forma conjunta con las unidades responsables y se atendieron las recomendaciones de la Unidad de Evaluación del Desempeño de la SHCP, con lo cual se logró mejorar el contenido de las MIR del ejercicio fiscal 2017, fortaleciendo con ello los resultados de la Evaluación del Desempeño sectorial.

En este sentido, se actualizó y consolidó la información de 25 Matrices de Indicadores para Resultados, con un total de 249 indicadores, con base en los lineamientos correspondientes en la materia y en la “Estrategia de Mejora de la MIR 2017”, implementada por la SHCP y el CONEVAL.

En cuanto al proceso de Integración Presupuestal 2017, se mantuvo el impulso para continuar con la visión de incrementar la eficiencia del gasto público, otorgándole prioridad a los apoyos a programas sustantivos de la Secretaría, así como al cumplimiento de los objetivos del PND 2013-2018, conservando su cimentación en los siguientes aspectos:

En materia de servicios personales se mantuvieron los esfuerzos en términos de austeridad y mejora de eficiencia realizados durante el ejercicio 2016, mediante el desarrollo de diferentes estrategias tendientes a racionalizar y hacer más eficientes las estructuras orgánicas de las UNC, OAD y OPD de la Secretaría de Salud, en atención al artículo 4° transitorio del PEF 2016.

Se realizó un mayor esfuerzo en la optimización de recursos destinados al rubro de gasto de operación, con la reducción de 10.4 miles de millones de pesos comparado con el presupuesto autorizado del PEF 2016, sosteniendo niveles eficientes de operación. Los principales renglones de gasto en los que se aplicaron estas reducciones son alimentación, telefonía, asesorías y consultorías, viáticos, pasajes, materiales y suministros, impresiones, así como gastos de orden social.

A partir de las definiciones anteriores, se formuló el Proyecto de Presupuesto de Egresos 2017 considerando la premisa de un Presupuesto más restringido, debido al entorno económico mundial que afecta las finanzas públicas del país, principalmente por la disminución del precio

del petróleo y la incertidumbre sobre la paridad cambiaria con respecto al dólar.

El presupuesto autorizado a la Secretaría de Salud para el ejercicio fiscal 2017 fue de 121,817.53 millones de pesos en el Ramo 12, que considera 82,241.9 millones de pesos para el SPSS, de los cuales 75,241.5 corresponden al Programa presupuestario U005 Seguro Popular, mientras que el monto autorizado para los servicios de salud en las entidades federativas en el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) del Ramo General 33 fue de 87,686.4 millones de pesos. Así, el total de recursos autorizados en materia de salud para el ejercicio fiscal 2017 fue de 209,503.9 millones de pesos.

El monto autorizado a Salud para el ejercicio fiscal 2017 es inferior en 2.4% con relación al aprobado para 2016, donde el FASSA del Ramo 33 presenta un aumento de 6.36% (5,240.4 millones de pesos) mientras que en el Ramo 12 “Salud” considerando los recursos del Seguro Popular se registró una disminución de 7.87% (10,399.4 millones de pesos).

Como inicio de los trabajos del Proceso Integral de Programación y Presupuesto para el ejercicio fiscal 2018, la DGPOP trabajó de forma conjunta con la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud, la Dirección General de Evaluación de Desempeño, el Instituto Nacional de Cancerología y el Centro Nacional de Trasplantes con la finalidad de crear dos nuevos Programas presu-

CUADRO III.5.1 PRESUPUESTO FEDERAL AUTORIZADO PARA SALUD 2010-2017. RAMO 12 Y RAMO 33 (FASSA)
(MILLONES DE PESOS)

Ramo	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Variación %	TCMA ¹
										2009 - 2017	
Ramo 12 Salud	36,807.80	36,048.60	42,956.00	43,229.40	45,657.60	47,848.30	50,336.20	42,511.88	39,575.66	7.52	0.91
Seguro Popular de Salud	48,228.60	53,844.30	62,357.90	70,250.30	76,198.90	82,416.50	84,511.40	89,705.01	82,241.87	70.53	6.90
Ramo 33 FASSA	48,617.80	53,100.10	55,698.70	61,951.40	67,871.10	72,045.20	77,845.10	82,445.98	87,686.40	80.36	7.65
Total	133,654.20	142,993.00	161,012.60	175,431.10	189,727.60	202,310.00	212,692.70	214,662.86	209,503.93	56.75	5.78

FUENTE: Presupuesto de Egresos de la Federación.

^{1/} Tasa de crecimiento media anual (TCMA)=[(Vf / Vi) ^ (1 / T)] - 1. Donde Vf= variable final, Vi= variable inicial y T= tiempo.

CUADRO III.5.2 EJERCICIO DEL PRESUPUESTO AUTORIZADO PARA SALUD 2016-2017 (MILLONES DE PESOS)

Capítulo	Anual 2016		Sept.- Dic. 2016		Original 2017	
	Original	Ejercido	Original	Ejercido	Anual	Enero -agosto
Servicios Personales	24,650.3	24,406.3	10,976.4	8,854.6	25,666.5	14,539.4
Materiales y suministros	6,650.4	10,505.9	2,648.9	5,449.1	6,182.5	3,132.1
Servicios generales	6,999.9	8,415.1	2,535.0	3,841.8	5,642.4	3,748.3
Transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas	92,781.3	79,835.9	26,467.3	11,925.1	84,308.9	63,478.7
Bienes muebles, inmuebles e intangibles	640.2	577.4	269.7	534.0	17.2	12.0
Inversión pública	494.8	600.4	132.5	261.5	0.0	0.0
Total	132,216.9	124,341.0	43,029.7	30,866.2	121,817.5	84,910.5

FUENTE: 2016 Cuenta de la Hacienda Pública Federal. 2017 Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación.

puestarios, los cuales actualmente están siendo valorados por la SHCP, estos programas presupuestarios son:

- Programa Integral de Prevención y Control del Cáncer.
- Programa para el fortalecimiento de donación y trasplantes.

Con la incorporación de estos nuevos programas presupuestarios se incrementaría a 36 el número de los que se integraran al Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2018 en busca de fortalecer la rectoría en salud del sector. Esta estructura programática establece la esencia del quehacer de la SS e incluye los objetivos, metas e indicadores presupuestarios para evaluar su cumplimiento, alineados en 27 MIR.

Ejercicio, control y seguimiento

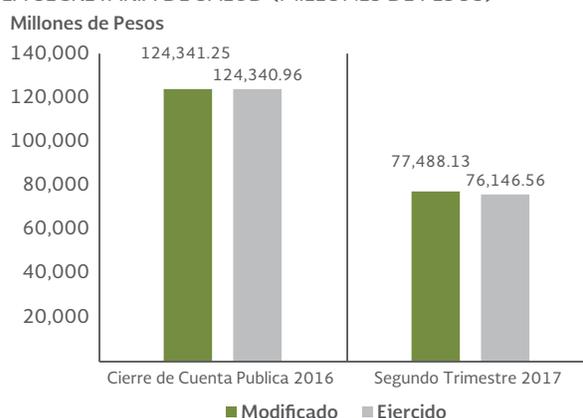
En materia presupuestaria y en relación con el PEF 2016, la Secretaría de Salud reportó un cierre anual de prácticamente 100% al ejercer 124,340.96 millones de pesos, de los 124,341.25 millones de pesos del presupuesto modificado autorizado por la SHCP.

En 2016 la Secretaría de Salud tuvo un recorte por 8,562.6 millones de pesos, lo que explica en gran medida la diferencia entre el presupuesto original y el modificado. En febrero se aplicó la primera reducción por un monto de 2,062.6 millones de pesos y en mayo se hizo efectiva una segunda reducción por 6,500 millones de pesos.

En relación con el Presupuesto 2017, del 1 de enero al 30 de junio se estimó el ejercicio de prácticamente la totalidad de los recursos programados en dicho periodo, tomando como base el avance registrado durante el periodo enero-junio, que corresponde a 98.2% de los recursos programados.

Lo anterior fue resultado de un seguimiento puntual con las unidades responsables de la Secretaría de Salud, mediante reuniones periódicas, situación que permitió

GRÁFICA III.5.2 PRESUPUESTO EJERCIDO 2016 Y 2017 DE LA SECRETARÍA DE SALUD (MILLONES DE PESOS)



FUENTE: 2016 Cuenta de la Hacienda Pública Federal. 2017 Modulo de Conciliación del Ejercicio Presupuestal.

CUADRO III.5.4 ADECUACIONES PRESUPUESTARIAS TRAMITADAS POR PERIODO PENDIENTE

Adecuaciones Presupuestarias	2016	2017	Total
Agosto-diciembre 2016	4,607	0	4,607
Enero-junio 2017	0	1,986	4,265
Total	4,607	1,986	8,872

FUENTE: Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto.

ordenar el presupuesto de acuerdo con las necesidades de la Dependencia a través de 8,872 adecuaciones presupuestarias y la emisión de 39,958 cuentas por liquidar certificadas.

En este contexto, se realizaron cuatro talleres de trabajo, para capacitar a las unidades responsables de la Secretaría de Salud sobre los cambios normativos en el flujo de trabajo de compromisos, en los que destaca la vincu-

CUADRO III.5.3 CUENTAS POR LIQUIDAR CERTIFICADAS PROCESADAS

Tipo de Unidad Responsable	Septiembre-diciembre 2016	Enero-marzo 2017	TOTAL
Unidades administrativas de nivel central	5,882	1,633	7,515
Órganos administrativos desconcentrados	5,354	1,319	6,673
Organismos públicos descentralizados	18,534	7,236	25,770
Total	29,770	10,188	39,958

FUENTE: Sistema de Administración Financiera Federal (SIAFF)

lación del Sistema de Contabilidad y Presupuesto con la plataforma COMPRANET y la solicitud de la firma electrónica para la autorización de los documentos de dicho flujo. Durante estos talleres se detalló la normatividad vigente aplicable a la Cuenta Única de Tesorería.

Es importante destacar los resultados del Comité Interno para el Uso Eficiente, Transparente y Eficaz de los Recursos Presupuestarios que se indican, el cual realizó 14 sesiones (siete ordinarias y siete extraordinarias), en las que desahogó 29 solicitudes de opinión para el ejercicio de partidas como consultorías, asesorías, estudios e investigaciones, congresos y convenciones, de las cuales fueron opinadas como viables 22 por un total de 25.3 millones de pesos y fueron rechazadas siete, que representan un monto de 5.6 millones de pesos.

Como resultado de las medidas establecidas por la SHCP y el Banco de México en materia de política fiscal, monetaria y gasto público, en febrero de 2017 se realizó una reserva presupuestaria de la Secretaría de Salud por 2,800 millones de pesos.

En materia organizacional y en atención al acuerdo mediante el cual se expide el Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal emitido por las SHCP y la SFP el 31 de mayo de 2016, se han valuado 2,829 puestos: 726 de estructura y 229 eventuales adscritos a unidades de nivel central, 718 de estructura correspondientes a órganos administrativos desconcentrados y 1,156 de estructura de organismos públicos descentralizados.

Se refrendaron ante la Secretaría de la Función Pública al cierre de agosto de 2017, 58 estructuras orgánicas, de las cuales corresponden 26 a unidades de nivel central, 14 a órganos administrativos desconcentrados y 18 a organismos públicos descentralizados; asimismo, se registraron 42 estructuras.

CUADRO III.5.5 REGISTRO Y REFRENDO DE ESTRUCTURAS ORGÁNICAS POR UNIDAD (2016 -2017)

Tipo de unidad responsable	Registro	Refrendo
Unidades administrativas de nivel central	27	26
Órganos administrativos desconcentrados	3	14
Organismos públicos descentralizados	12	18
Total	42	58

FUENTE: Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto.

En materia de Manuales Administrativos durante 2016 se operó el “Programa para la Actualización de Manuales de Organización Específicos y Manuales de Procedimientos”.

En el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 31 de agosto de 2017, se recibieron 46 proyectos de manuales de organización específicos, 21 correspondieron a unidades de nivel central, siete a órganos administrativos desconcentrados y 18 a organismos públicos descentralizados, así como 14 manuales de procedimientos para lo cual, como parte del Programa se proporcionaron 124 asesorías presenciales y por vía remota. Por lo que respecta a la actualización de los manuales de organización específicos, se presentaron a la DGPOP 100% de los proyectos y se continúa trabajando con los manuales de procedimientos.

Evaluación y rendición de cuentas

En cumplimiento de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, se revisaron, registraron y validaron en el Sistema de Contabilidad Gubernamental 1,831 pólizas con información extrapresupuestal. Con base en lo establecido en el Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y los “Lineamientos para la Conciliación de Cuentas Conectoras entre los Centros de Registro” se integraron 36 conciliaciones con la Tesorería de la Federación por concepto de Avisos de reintegros, Cuentas por liquidar certificadas y Ministraciones por acuerdo, así como 13 conciliaciones con el Servicio de Administración Tributaria (SAT) por concepto de recuperaciones de bienes inventariables. Asimismo, se dio seguimiento al registro contable de la información presupuestaria y patrimonial de unidades centrales y órganos desconcentrados y se realizó la coordinación sectorial de la información correspondiente a las entidades paraestatales sectorizadas con la finalidad de coordinar la integración la Cuenta de la Hacienda Pública Federal del Ramo 12 correspondiente al ejercicio fiscal 2016.

Se actualizó el Sistema de Seguimiento Contable de la dependencia para el ejercicio 2017 de acuerdo con el nuevo modelo y la normatividad contable vigente, y se realizó un taller de capacitación de la herramienta, adicionalmente se brindaron 672 asesorías en materia contable tanto a unidades centrales, órganos desconcentrados y entidades de la Secretaría.

Con la implementación del nuevo modelo contable, se regularizó el registro contable de 150 contratos por concepto de obra pública en la Secretaría, con la finalidad de reflejar información contable confiable y veraz.

Se concilió 100% el inventario físico con el registro contable de los bienes muebles e inmuebles de la Secretaría.

Se protocolizó con la Unidad de Contabilidad Gubernamental de la SHCP el acta de confirmación de saldos para los efectos de la información contable del Ramo 12, en donde se comunicó a la dependencia que no se determinaron observaciones en la revisión de la información contable de la Cuenta Pública 2016.

En materia de armonización contable y en cumplimiento al acuerdo 1 del CONAC, se actualizó la normatividad elaborada por la DGPOP y fue parametrizada en la plataforma tecnológica del proyecto Babel. Asimismo, se llevaron a cabo reuniones de trabajo con diferentes entidades para la asesoría en el cumplimiento de lo establecido en la Ley General de Contabilidad Gubernamental, el CONAC y la Unidad de Contabilidad Gubernamental de la SHCP.

En cumplimiento de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública se atendieron 310 solicitudes de información relacionadas con aspectos programáticos, presupuestarios y financieros. Se dio seguimiento a nueve auditorías realizadas por la Auditoría Superior de la Federación y el Órgano Interno de Control en las revisiones a la Cuenta de la Hacienda Pública Federal y se atendieron 33 requerimientos de información de órganos fiscalizadores.

Se realizaron 14,968 verificaciones, 18,734 digitalizaciones y se archivaron 17,561 cuentas por liquidar certificadas y su documentación comprobatoria.

Se atendieron cinco solicitudes de información de las unidades centrales de la Secretaría y se certificaron 376 documentos en resguardo del Centro de la Documentación de la Cuenta Comprobada.

Se presentaron los estados financieros del Fondo de Ahorro Capitalizable de los Trabajadores al Servicio del Estado a la Junta de Administración.

Se atendieron 641 solicitudes de comprobantes fiscales digitales por Internet por servicios de salud prestados por unidades centrales y órganos desconcentrados, solicitadas por personas físicas y personas morales. Se tramitó ante el Servicio de Administración Tributaria el otorgamiento de 10 encargos conferidos para diversos trámites aduanales.

Respecto del seguimiento del ejercicio del gasto público, entre el 1 de septiembre de 2016 y el 31 de agosto de 2017 se han reportado 11,944 informes sobre la situación económica de las finanzas públicas y la deuda pública, programas transversales, matriz de indicadores, programa especial concurrente, pueblos indígenas, pro-

gramas 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, información financiera y desarrollo.

CUADRO III.5.6 INFORMES PRESUPUESTALES DE LA SECRETARÍA DE SALUD

Concepto	Septiembre-diciembre 2016	Enero-agosto 2017	Total
Informes (información financiera)	108	153	261
Sistema Integral de Información (transmisión y monitoreo)	4,200	7,000	11,200
Informática y desarrollo	233	250	483
Total	4,541	7,403	11,944

FUENTE: Dirección General de Organización Programación y Presupuesto.

La Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales (DGRMySG) realiza, entre otras actividades, la contratación para la adquisición y arrendamiento de bienes y prestación de servicios de las UAC y OAD de la Secretaría de Salud 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 administración del almacén central de la SS.

Contrataciones públicas

Las contrataciones realizadas en materia de adquisiciones, arrendamientos y servicios se han realizado en estricto apego al artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, con eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez para satisfacer los objetivos de la Secretaría.

En este orden de ideas, conforme a lo dispuesto por los artículos 17 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 12 del "Decreto que establece las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos, y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público, así como para la modernización de la Administración Pública Federal" y demás relativos 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.

Asimismo, conforme a la normativa interna, a través de las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de la Secretaría de Salud en su numeral 2, se establece la consolidación al interior de la dependencia de los bienes, arrendamientos y servicios de uso recurrente y generalizado.

Por ello, durante el ejercicio fiscal 2016 se consolidó la contratación 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.

En relación con los procedimientos de contratación consolidados celebrados con carácter anticipado y plurianual (ejercicios 2017-2018), se encuentran vigentes los servicios de póliza integral de aseguramiento de bienes patrimoniales, servicio de reservación, adquisición y/o radicación de boletos de transportación aérea. Para los ejercicios 2017-2019 se encuentran los servicios de seguridad y vigilancia, servicio de suministro de combustible para el parque vehicular, servicio de arrendamiento de vehículos terrestres, seguro de responsabilidad profesional, seguro de responsabilidad civil y asistencia legal, seguro colectivo de retiro y servicio de limpieza.

Se realizaron 72 procedimientos de contratación para la adquisición de bienes y servicios, de los cuales 39 fueron licitaciones públicas, 29 invitaciones a cuando menos tres personas y cuatro adjudicaciones directas derivadas de contratos marcos.

Se suscribieron 90 contratos y 313 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 celebró 16 sesiones, en las que dictaminó 26 asuntos de excepción a la licitación pública. De los asuntos presentados, 25 fueron dictaminados favorablemente, con lo que se acumuló un monto total autorizado de 5,210.42 millones de pesos, de los cuales 2,728.03 millones de pesos comprenden la adquisición de medicamentos antirretrovirales con recursos autorizados por el Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema

de Protección Social en Salud, equivalente a 52.36% del total autorizado.

El Subcomité Revisor de Convocatorias de la Secretaría de Salud llevó a cabo 75 sesiones, con la revisión de 114 proyectos de convocatorias, de los cuales 105 fueron aprobados, lo que representó 92.1 por ciento.

Administración inmobiliaria

Se actualizó la información en el Sistema de Inventario del Patrimonio Inmobiliario Federal y Paraestatal que controla el Instituto de Administración y Avalúos de Bienes Nacionales (INDAABIN) de los 19 inmuebles federales en uso de la Secretaría de Salud, así como de los cuatro inmuebles que se ocupan bajo la figura de arrendamiento financiero, todos ellos con Registro Federal Inmobiliario.

Asimismo, fueron integrados al Registro de Inmueble en Uso de la Federación 15 inmuebles en comodato y 13 inmuebles bajo el esquema de arrendamiento puro. Cada uno de ellos cuenta con clave RIUF proporcionada por el INDAABIN.

Se formalizó la baja en el Sistema de Inventario del Patrimonio Inmobiliario Federal y Paraestatal de 89 inmuebles, los cuales fueron donados al estado de Yucatán.

Se realizó la entrega al INDAABIN del inmueble denominado Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, ubicado en calle Prolongación Manuel Carpio número 470, colonia Santo Tomas, demarcación territorial Miguel Hidalgo, Ciudad de México, controlado con el RFI 9-3448-5.

Suministros e inventarios

Se llevaron a cabo seis sesiones del Comité de Bienes Muebles, se autorizó la donación de papel y publicaciones hemerográficas obsoletos y en consecuencia carentes de utilidad, a la Comisión Nacional de Libros de Texto Gratuitos por la cantidad de 14,005 kilogramos y un monto de 5,739.92 miles de pesos. Se emitió la opinión favorable para celebrar la donación al Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California de 308 bienes muebles por un monto 815 mil pesos y un bien al Hospital Gea González por un monto de 151,524 pesos.

Se elaboró el Inventario Anual 2016 de Bienes Muebles y de Consumo y se realizó la conciliación de los mismos con la Dirección General de Programación y Presupuesto sin que se registraran faltantes; de las UAC y OAD, obteniéndose como resultado 310,176 bienes muebles; in-

formación que quedó asentada en el Libro de Inventarios y Balances de la SS.

Se llevó a cabo el procedimiento de invitación a cuando menos tres personas (Núm. DGRMSG-DS-INV-01/2016) para la venta de bienes muebles no útiles considerados como desechos. El lote se integró por 130,430 kilogramos de desechos provenientes de 12,558 bienes muebles, de los que se obtuvo un pago por 230,585.32 pesos.

Asimismo, se integró, autorizó y publicó el Programa Anual de Disposición Final de Bienes Muebles para el ejercicio 2017, con un estimado de 5,723 bienes muebles.

Estrategia 5.1.

Fortalecer la formación y gestión de recursos humanos en salud

La Dirección General de Recursos Humanos es la dependencia responsable de operar el Sistema de Remuneraciones y la Política Salarial de la Secretaría de Salud; integrar y ejercer los recursos presupuestarios de servicios personales; gestionar los cambios en la estructura de plazas ante la Globalizadora Hacendaria, así como administrar la contratación de personal eventual y por honorarios; 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 participar en la elaboración y revisión de las Condiciones Generales de Trabajo, así como supervisar su difusión y cumplimiento, entre otras.

Programa de Promoción por Profesionalización del Personal de Enfermería, Trabajo Social y Terapia Física y Rehabilitación.

A través del Programa de Promoción por Profesionalización del personal de Enfermería, Trabajo Social y Terapia Física y Rehabilitación, en 2016 se benefició a 3,006 trabajadoras y trabajadores de la Salud, que fueron promovidos a un nivel salarial superior al que ostentaban, mediante la acreditación de los estudios de Licenciatura y de Posgrado en las distintas áreas profesionales a las que va dirigido este programa.

Por segundo año consecutivo, las inscripciones al Programa se realizaron a través del uso de una herramienta informática, que consiste en un portal de autoservicio para los aspirantes, que permitió llevar a cabo el proceso de

manera transparente, ágil y sencilla, en todo el territorio nacional.

Revisión de las Condiciones Generales de Trabajo Suscritas con el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud

Las Condiciones Generales de Trabajo regulan la relación laboral con el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud y establecen las prestaciones y derechos de las trabajadoras y los trabajadores.

Su aplicación se extiende a los Servicios de Salud de las entidades federativas por virtud del Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud y los Acuerdos de Coordinación celebrados con cada una de ellas.

De ahí la importancia de que en 2016 se haya logrado la revisión de dicho instrumento jurídico en un plano de cordialidad y de respeto mutuo con la dirigencia sindical, privilegiando el diálogo y la negociación, lo que permitió la culminación de este proceso con un incremento promedio de 4% en el pago de las prestaciones económicas, en beneficio de más de 300 mil trabajadoras y trabajadores de la salud, en todo el país.

Con el propósito de **establecer los criterios para el crecimiento responsable y ordenado de los recursos humanos** se instrumentó la tercera y última fase del Proceso de Formalización Laboral de los Trabajadores de Salud en las Entidades Federativas, con una inversión inicial en 2016 de 909.2 millones de pesos y un costo anualizado para 2017 de 2,936 millones de pesos, logrando otorgar certeza jurídica y estabilidad laboral a 20,072 trabajadoras y trabajadores de Salud, en las 32 entidades federativas.

Con esta tercera fase se logró cumplir con la meta establecida al inicio de la presente Administración, al formalizar a 65,016 trabajadores de la Salud en todo el territorio nacional, en tres fases; quienes ahora reciben el pago de las diferencias de sueldos y prestaciones de Ley, 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.

La DGCHRAE ha coordinado la operación de los cursos de especialidad de los HRAE, con lo que ha logrado:

- Intensa actividad de intercambio académico a través de rotaciones de residentes de los INSALUD y HFR.
- La contratación de aproximadamente 300 egresados de INSALUD y HFR.

- Iniciar ya como sedes de maestrías.
- Iniciar en 2012 con 87 residentes. En la actualidad hay 327, incluidos 34 extranjeros.
- Las plazas de RI nacionales no han recuperado el nivel que tuvieron en 2012, incluido el HRAEI.
- Dos cursos en el Programa Nacional de Posgrados de Calidad del CONACYT. En otros HRAE se ha iniciado el proceso
- Se han graduado 150 especialistas (2012-2017), con una eficiencia terminal promedio de 95 por ciento.
- Se han avalado 13 cursos de alta especialidad por la UNAM en tres HRAE.
- Primer curso de trasplante renal de la UNAM en el HRAE del Bajío.
- En promedio se encuentran ocupados 76.7% de los campos clínicos disponibles. Quedan desocupados por falta de plazas 23.3 por ciento.

Las actividades de educación continua son en promedio 93 al año con 60 participantes por curso, para un total de 279 cursos y 16,749 participantes de las regiones.

En el CRAECS se tienen cinco programas de Residencia Médica de especialidades con alta demanda de atención en la región (Pediatria, Medicina Interna, Cirugía General, Anestesiología, e Imagen Diagnóstica y Terapéutica) teniendo en la actualidad 35 residentes en formación, ocho de los cuales son extranjeros; asimismo se impulsa el desarrollo de los médicos residentes recibiendo un promedio de 50 residentes de diversas especialidades para rotación complementaria. Se tiene también un curso de Posgrado de Alta Especialidad en Neuropsiquiatría Infantil.

El CRAECS ofrece educación médica continua adicional a sus cuatro programas de formación de especialistas.

El HRAEO contó con 30 médicos residentes en las especialidades médicas de Medicina Interna, Cirugía General, Anestesiología, Imagenología Diagnóstica y Terapéutica; egresaron cinco médicos formados en las especialidades de Medicina Interna (dos), Imagenología Diagnóstica y Terapéutica (dos) y Anestesiología (uno). Asimismo, ocho médicos internos de pregrado de la UNAM.

El HRAEO recibe el 1 de marzo de cada año a nuevos médicos residentes que inician su etapa de formación

en las especialidades médicas de Anestesiología, Cirugía General, Medicina Interna, Imagenología Diagnóstica y Terapéutica y egresa en este periodo a la segunda generación de médicos especialistas en Anestesiología, Medicina Interna e Imagenología. Continúan los convenios para rotación de campo de 21 médicos residentes procedentes del HGM y el INCMNSZ y se otorga campo clínico a médicos residentes procedentes del Hospital General de la Ciudad de Oaxaca. Se cuenta con 18 convenios de colaboración académica e investigación con Instituciones académicas y de salud. Además, 53 estudiantes realizaron su servicio social y 18 prácticas profesionales.

Por otro lado, en julio de 2017 egresó la primera generación de nueve enfermeras especialistas en Enfermería Oncológica del HRAEO, en colaboración con la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM y el INCAN.

En el HRAEV se dispone de las especialidades de residencias médicas como Cirugía, Pediatría, Radiología e Imagen.

El HRAEI imparte siete cursos de residencias médicas de entrada directa: Anestesiología, Cirugía General, Imagenología Diagnóstica y Terapéutica, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría, así como Ortopedia y Traumatología. Asimismo, se inició la impartición de la Residencia de entrada indirecta de Medicina Crítica. El total de residentes propios son 70, de los cuales tenemos 22 R1, 26 R2 Y 22 R3.

Se cuenta con seis programas de residencias y seis programas de posgrado de alta especialidad. Además de una especialidad en enfermería infantil, en el HRAEB.

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 Recursos Humanos del CRAE se elabora el Programa Anual de Capacitación para personal administrativo de las dos unidades del CRAE.

La DGCHRAE ha participado en los diversos comités de la CIFRHS para la determinación de indicadores, convocatoria, planeación y seguimiento de los cursos de especialidades de los HRAE entre otras acciones de rectoría.

En el HRAEI, los alumnos de posgrado de enfermería inician en agosto de 2016 y terminan el 31 de julio de 2017. Son 12 alumnos en especialidad de Enfermería del

Adulto en Estado Crítico y 13 alumnos en especialidad de Enfermería Perioperatoria.

En diciembre de 2016 el HM se estableció como sede para la impartición de cursos, licenciaturas y maestrías presenciales de diversas especialidades y el programa académico de Ginecología y Obstetricia amplía su temario con las asignaturas de Oncología y Uroginecología. Asimismo los médicos residentes reciben la formación y actualización en Investigación, Planificación Familiar, Salud Materno perinatal y Medicina Basada en evidencias.

El 1 de enero de 2017 en el Hospital Nacional Homeopático (HNN) arrancó el “Modelo de innovación curricular de excelencia para el 5° año de la Licenciatura de Médico Cirujano de la Facultad de Ciencias de la Salud con la Universidad Anáhuac”, consistente en que 33 alumnos asisten al Hospital como internos de pregrado en un esquema de guardias de ocho horas con una carga académica de horas teóricas/semana de revisión de temas específicos.

El 1 de marzo de 2017 el HNN se estableció como sede rotación de servicio social de residencias médicas de especialidades como medicina interna, cirugía, pediatría, ginecología y obstetricia y anestesiología.

En los SAP se logró la formación de 54 médicos especialistas en psiquiatría, psiquiatría infantil y de la adolescencia y cursos de alta especialidad (psicogeriatría, psiquiatría legal, neurobiología de la esquizofrenia y psicoterapia) durante el periodo que se reporta en este Informe.

A lo largo del periodo académico 2016-2017 se asignaron 9,975 campos clínicos para especialidades médicas en las 134 unidades hospitalarias autorizadas como sedes de residencias médicas, de los que egresaron 2,469 especialistas en febrero de 2017. En 32 unidades hospitalarias se encuentran actualmente 516 médicos extranjeros realizando cursos de especialización. Es importante mencionar que para fortalecer la atención médica especializada se programaron 1,523 residentes especialistas del último año de su formación para realizar rotación de campo de tres a cuatro meses en 145 unidades hospitalarias.

Adicionalmente, en el SNDIF, a través del Programa de Formación de Recursos Humanos y Educación Continua al Personal Médico y Paramédico a cargo del SNDIF, de septiembre de 2016 a junio de 2017 se impartieron tres cursos: uno a nivel de posgrado para la formación de 44 médicos especialistas en medicina de rehabilitación y dos a nivel licenciatura para la formación 395 estudiantes en terapia física y 24 en terapia ocupacional. en febrero de

2017 egresaron 15 médicos especialistas en rehabilitación y en agosto 111 licenciados en terapia física y 23 en terapia ocupacional.

Como parte de las acciones **para impulsar la actualización y capacitación continua de los recursos humanos con base en las necesidades nacionales de salud**, la DGCEC coordinó e integró los resultados de la capacitación en la Secretaría de Salud del área médica, que se realizaron en 29 estados de la República los cuales reportaron 6,002 eventos de capacitación institucional relacionados con los Programas de Acción Específicos, donde participaron 237,761 trabajadores de las ramas médica, paramédica y afín a nivel nacional.

Es importante destacar que se diseñó la plataforma Educación, Capacitación y Actualización a Distancia en Salud (EDUC@DS) a través de la cual las instituciones del Sector Salud comparten cursos, recursos de aprendizaje virtual, así como información para promover el conocimiento actualizado y las mejores prácticas de atención médica y mejorar las capacidades y competencias de los profesionales de la salud, principalmente en el primer nivel de atención. En junio de 2017 se encontraban operando siete cursos gratuitos de autoaprendizaje en línea sobre los temas prioritarios en salud, con 7,035 participantes inscritos de las diferentes Instituciones del Sector y de organizaciones privadas que ofrecen atención.

En el HRAEB se cuenta con seis programas de residencias y seis programas de posgrado de alta especialidad. Además de una especialidad en enfermería infantil.

En el CRAHEP se han realizado acciones de actualización y es sede permanente de los cursos de RCP neonatal para el personal de salud en el estado de Chiapas. Se ha impartido también el curso Stable Pediatric Advanced Life Support, y en el HRAECS el curso Advanced Cardiovascular Life Support, de los cuales se han desarrollado en conjunto 18 eventos y se han programado para concluir 12 cursos más. El programa anual de capacitación se ha enfocado a resolver las necesidades detectadas en materia de interculturalidad, actualización en cuidados a pacientes pediátricos oncológicos, manejo de la hemofilia hacia el objetivo de cero sangrados, trasplante renal y disminución de las IAAS. Se realizó el primer congreso del paciente prematuro y diversos talleres sobre cuidados de enfermería enfocados a la calidad y seguridad del paciente, con 736 asistentes.

De septiembre de 2016 a marzo de 2017 en el HRAEO se impartieron 16 cursos de capacitación avalados por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, en los que 282 servidores públicos obtuvieron el certificado correspon-

diente. Asimismo, durante el cuarto trimestre de 2016 se impartieron ocho réplicas del curso de interculturalidad, con lo que se dio capacitación a 255 servidores públicos del hospital y para agosto de 2017 se capacitó a 250 servidores públicos más.

Se cuenta con las especialidades de residencias médicas en este HRAEV como Cirugía, Pediatría, Radiología e Imagen.

En el HRAEI, se impartieron 17 cursos de educación médica continua tales como: Directrices de enfermería en hemodinamia, 3ras. Jornadas de pediatría, Bioética y Neuroética, Tópicos selectos de terapia intensiva, Psicopatología delictiva, Cuidado avanzado de heridas, Cuidados de enfermería en alteraciones metabólicas y endocrinas, Psicología, amor y pareja, Cuidado de enfermería basado en evidencia y Planes de Cuidados Estandarizados de Enfermería, Cuidado especializado en la atención a pacientes con insuficiencia renal, bajo terapia de reemplazo continuo, 1er. Curso de oncología pediátrica cáncer en la infancia: una lucha de pequeños guerreros, Actualidades en la terapia de infusión y accesos vasculares para el profesional de enfermería, en el paciente neonato y pediátrico, Orientación en los cuidados de enfermería para pacientes con cáncer.

Se realizó el 2º Congreso Nacional de Enfermería, “Gestión del cuidado, un gran reto para la praxis profesional de la enfermería actual”, en el que se abordaron los siguientes temas: Central de equipos y esterilización, eje fundamental para la atención de calidad y seguridad en los servicios hospitalarios, El paciente cardiovascular críticamente enfermo: un reto en la atención de enfermería, Innovaciones en el cuidado del paciente adulto críticamente enfermo en la unidad de terapia intensiva y 23 cursos de capacitación para el trabajo tales como Revisión de casos, Taller de arritmias, Capacitación de cohorte de investigación, Ciclo de conferencias enfocadas a la salud emocional de la mujer, Curso de obesidad, Módulo de alto riesgo, Diplomado de desarrollo humano, Curso de capacitación de evaluación de desempeño, Elaboración de proyectos sociales y de salud, Trabajo en equipo, Curso anual de reentrenamiento en seguridad y protección radiológica, Capacitación de sistema informático, Macrosimulacro.

Asimismo, curso de adquisiciones y arrendamientos, Capacitación del sistema seguro popular, Hospital seguro frente a desastres, Supervisión trabajo social, Seguimiento a los planes de muerte materna en la región Amecameca, Mortalidad materna, Comunicación asertiva para mandos medios, Sistemas de capacitación, Orientación a resultados operativos, Clima laboral.

A su vez, los SAP realizaron en el periodo reportado un total de 73 cursos de educación continua, en los cuales se contó con la participación de 2,770 asistentes.

La CONADIC llevó a cabo acciones de capacitación para la formación de recursos humanos, con el objetivo de incrementar las capacidades técnicas de los profesionales de la salud en las 32 entidades federativas. En este sentido, se desarrolló:

- El programa de capacitación para facilitadores que implementan los talleres psicoeducativos para niños, adolescentes, padres y maestros, mediante el cual se han capacitado 332 profesionales de la salud
- El programa de capacitación para la detección oportuna del juego patológico, con el que se han capacitado 80 profesionales de la salud
- La capacitación en el programa de tratamiento de la ludopatía, con la que se capacitó a 35 profesionales de la salud de las entidades federativas.

A fin de **promover la capacitación para mejorar los procesos de atención en salud, gerenciales y de apoyo administrativo:**

Durante los ejercicios 2016-2017 se trabaja el Diagnóstico de Necesidades de Capacitación, del cual emana el Programa Específico de Capacitación. Para el ejercicio 2016 se contó con un presupuesto de 623,534 pesos y para 2017 dispondrá de 1,200,000 pesos, que se enfocarán, entre otros rubros, a la certificación médica. Entre otros, seis cursos BLS y ACLS dirigidos al personal médico, los cuales han otorgado 175 certificaciones avaladas por la American Heart Association. Asimismo, cursos de “Medicamentos oncológicos, dosis, indicaciones y reacciones adversas” con un total de 37 asistentes y “Manejo de vía aérea difícil” con 22 asistentes.

En el HRAEB se realiza un programa anual de capacitación con base a una detección de necesidades específicas de capacitación para el desarrollo de competencias del personal.

A su vez, en el HRAEV se lleva a cabo la realización del PAC 2017 el cual incluye un consenso de todas las áreas de su necesidad de capacitación mismo que se plasma en el documento PAC 2017.

Se concluyó la Maestría en Salud Pública y Administración de Hospitales, con la titulación de 23 alumnos. También inició la Maestría en Gestión Directiva en el área de salud, impartida por la Universidad del Valle de México campus

Texcoco con sede en el HRAEI, dirigida a 11 alumnos además de seis cursos de certificación de soporte vital como ALSO, ATLS, BLS y ACLS, en el HRAEI.

En octubre de 2016, el HM impartió cursos de educación continua referentes a la administración y liderazgo; asimismo, se establecieron convenios con instituciones públicas de enseñanza superior para establecer como sede educativa a la unidad para la impartición de maestrías y licenciaturas y se capacita al personal médico para el manejo del expediente clínico electrónico y certificado electrónico de nacimiento.

El HGM al cierre del año 2016 contó con 132 alumnos de maestría y 34 de doctorado. Este año concluyeron y egresaron en total 76 alumnos: 74 de maestría y dos de doctorado. Los primeros se graduaron en las siguientes maestrías: Desarrollo Organizacional (20 alumnos), Alta Dirección (16), Educación con Especialidad en Docencia (23), Ciencias de la Salud (2) y Ciencias Médicas Odontológicas y de la Salud (13). En cuanto a los dos egresados de doctorado, uno correspondió al doctorado en Investigación Médica y el otro al doctorado en Ciencias Médicas Odontológicas y de la Salud. De los 76 egresados en 2016, cinco fueron alumnos externos que solo tomaron al Hospital General de México como sede para la impartición de la maestría (dos de la maestría en Desarrollo Organizacional y tres de la maestría en Alta Dirección), quienes no contaron con el apoyo por parte de la institución.

La DGCHFR realizó el Cuarto Encuentro Académico Hacia un Modelo de Gestión Hospitalaria en mayo de 2017, donde participaron los HFR e instituciones de salud de ocho estados de la República. El propósito fue 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.

Con el propósito de contribuir al desarrollo de las competencias de los trabajadores, así como de mejorar los procesos sustantivos de las unidades administrativas de nivel central, en el periodo de septiembre de 2016 a junio de 2017 el Subcomité de Capacitación Técnico Médico aprobó 25 eventos de capacitación con costo en los que participaron 524 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 gestionó ante OPS/OMS la incorporación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado como socio miembro del Comité Director, con lo que este Instituto podrá incorporar cursos de autoaprendizaje virtual para fortalecer la formación de los recursos humanos en salud.

Para mejorar la calidad de la atención de los servicios de salud e impulsar la capacitación en salud pública; de septiembre de 2016 a junio de 2017 se impartieron siete cursos sobre prevención del conflicto derivado del acto médico en la CONAMED, con 377 asistentes. El curso comprende los siguientes temas: acto médico y génesis de conflictos, ética y derecho sanitario, marco jurídico de la práctica médica, análisis de casos, expediente clínico y consentimiento informado, y comunicación en la relación médico paciente. Estos temas se derivan de la experiencia institucional en la atención de las quejas contra los profesionales de la salud.

Este curso se impartió en diversas entidades federativas e instituciones a través de videoconferencia con 16 estados, realizando enlaces desde la CONAMED y la Facultad de Medicina de la UNAM.

Por otra parte y con similares propósitos se diseñó el mismo curso en línea para la plataforma del Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM, dirigido a residentes de diferentes especialidades y subespecialidades, con 83 participantes.

Adicionalmente, se impartieron 83 conferencias en hospitales generales, regionales y de alta especialidad en los diferentes niveles de instituciones, como el ISSSTE, IMSS, PEMEX, hospitales privados, de las secretarías de Salud del Gobierno Federal y de la Ciudad de México, así como instituciones de educación tanto públicas –UNAM, IPN, Escuela Militar de Odontología, CONALEP– como privadas.

En el periodo de septiembre de 2016 a marzo de 2017 se desarrollaron en el Programa IMSS-PROSPERA tres cursos en Soporte Vital Básico (BLS, por sus siglas en inglés), Soporte Vital Cardiovascular Avanzado (ACLS), Soporte Vital Avanzado Pediátrico (PALS) y Soporte Vital Avanzado Neonatal (NALS) en los hospitales rurales de Tuxpan y Buenavista, Michoacán de Ocampo, en los que fueron capacitadas 40 personas en la disciplina de enfermería de los servicios de Urgencias, Toco-cirugía y Unidad de Cuidados Neonatales.

También se llevaron a cabo las siguientes actividades académicas: seminario Desarrollo Infantil Temprano. Prácticas de Crianza Saludables en convenio con la UNICEF, que tuvo 46 participantes de Enfermería y Psicología provenientes de hospitales rurales; curso “Desarrollo infantil temprano en el primer nivel de atención” con 132 participantes de las diferentes categorías, y curso “Modelo de evaluación psicológica para niños con riesgo de retraso en el desarrollo” con 33 participantes de Psicología y Enfermería de los estados de Oaxaca, Yucatán y Campeche.

Adicionalmente, entre el personal de enfermería se impartieron los diplomados “Seguridad del paciente” a 429 personas, “GPC en urgencias obstétricas” a 1,743; “Vacunología” a 79 personas y el curso taller “Vacunación segura” a 10,127 personas. En lo concerniente a la licenciatura en Enfermería, en 2016 egresaron 27 integrantes de la segunda generación y se encuentra en formación académica la tercera generación conformada por 70 alumnos.

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 2016 al 31 de agosto de 2017 la DGPLADES promovió el desarrollo de competencias interculturales en los profesionales en formación mediante pláticas, cursos y talleres organizados con personal de la Escuela de Enfermería del IMSS, la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, la Universidad Intercultural del Estado de México y el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey. Estas acciones se realizaron por iniciativa de estas instancias académicas para la inclusión del tema intercultural en la formación de sus alumnos.

Para **impulsar la capacitación en salud pública, salud ocupacional, gestión y calidad de servicios del personal de salud** se diseñó e impartió un curso dirigido a la población en general con base en un convenio firmado con la Dirección General de Televisión Educativa de la SEP por medio de su plataforma MOOC MéxicoX. El curso estuvo orientado a los usuarios de los servicios de salud y su objetivo fue propiciar una mejor relación entre el paciente y los profesionales de la salud, así como difundir las funciones de la CONAMED. Se registraron 946 personas interesadas en tomar este curso en línea.

Asimismo, se realizaron 14 sesiones de videodebate sobre seguridad del paciente para los servidores públicos de la CONAMED, con un promedio de 42 participantes en cada sesión. Los temas que ahí se abordaron estuvieron enfocados a analizar diversos aspectos relacionados con los riesgos de la atención médica y la seguridad del paciente. Algunos de los temas tratados fueron:

- Principales eventos adversos en la práctica de la ginecología.
- Infecciones asociadas a la atención de la salud.
- Principales eventos de mala praxis en Psiquiatría.
- Uso racional de antimicrobianos.

- El derecho a la salud de las personas con VIH.
- Principios éticos en la práctica médica.
- Eutanasia, suicidio asistido y la voluntad anticipada.
- La accesibilidad a los servicios de atención médica.
- Los efectos secundarios.
- Errores médicos: cuando la ciencia es ciega.

A fin de **consolidar los mecanismos interinstitucionales de colaboración para la formación de recursos humanos**, en septiembre de 2016 se realizó el XL Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) en cinco días y 14 sedes de aplicación distribuidas en siete estados y la Ciudad de México. Sustentaron 35,107 médicos mexicanos y 1,010 médicos extranjeros y fueron seleccionados 7,810 y 176, respectivamente. Se continuó con los 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 y el Centro Nacional de Respuesta a Incidentes Cibernéticos de la Policía Federal.

Con el apoyo de la DGTI se implementó una infraestructura tecnológica compuesta por:

- Más de 7,600 equipos laptop.
- 42 servidores configurados en alta disponibilidad.
- 14 redes de área local.
- Un sistema de videovigilancia 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 100 personas de soporte para aplicar el examen a 7,600 sustentantes promedio por día.

En relación con el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Estomatológicas, este se aplicó a 630 sustentantes en 14 sedes y fueron seleccionados 42 nacionales y un extranjero.

En el periodo académico julio de 2016-enero de 2017 en el Programa Nacional de Internado Médico en el SNS se abrió una oferta de plazas para 16,112 estudiantes de Medicina de pregrado. Asimismo, en el periodo académico agosto de 2016-febrero de 2017 del Programa Nacional de Servicio Social en el SNS se distribuyeron 6,953

plazas de Medicina, 386 plazas para pasantes de servicio social en investigación y 11,500 plazas para pasantes de carreras afines en atención médica (Enfermería y Estomatología). Es importante destacar que se inició el Modelo de Servicio Social Comunitario con enfoque en Medicina Familiar en el estado de Tlaxcala, con un programa académico de respaldo. Comparten responsabilidades la jurisdicción sede y la institución educativa, lo que permite crear condiciones más favorables para el pasante y dar mayor trascendencia a su labor en regiones específicas.

En febrero de 2017 el servicio social comunitario con enfoque en Medicina Familiar se amplió en los SESA de Campeche, Hidalgo, Morelos, Nuevo León, San Luis Potosí, Quintana Roo y Zacatecas para operar en 17 jurisdicciones sanitarias con 170 pasantes de 18 instituciones educativas.

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 Dirección General de Tecnologías de la Información apoyó a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud en el aprovisionamiento de una solución tecnológica para llevar a cabo la aplicación del ENARM 2016 proveyendo la infraestructura tecnológica necesaria para cada una de las sedes de aplicación.

El Servicio Integral de Infraestructura Tecnológica para el ENARM 2016 se realizó del 10 de agosto de 2016 al 30 de septiembre de 2016; se llevó a cabo la aplicación del examen durante cinco días, del 1 al 5 de septiembre de 2016, en 14 sedes, tres de las cuales estuvieron ubicadas en la Ciudad de México y el resto en diferentes estados. La erogación de recursos ascendió a 47,159,323.51 miles de 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 apoyar la tarea de **evaluar la aplicación de las políticas nacionales de formación y capacitación de recursos humanos** se cuenta con seis programas de re-

sidencias y seis programas de posgrado de alta especialidad, además de una especialidad en enfermería infantil de gran importancia en el HRAEB.

En el HRAEV se lleva a cabo el PAC 2017, el cual incluye un consenso de todas las áreas sobre su necesidad de capacitación.

Estrategia 5.2

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

Con la finalidad de **fortalecer la legislación para mejorar la transparencia, monitoreo y control de los recursos financieros del SPSS** de septiembre de 2016 a junio de 2017 se emitieron distintos instrumentos normativos relacionados con la operación de recursos del SPSS. Entre ellos: Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para la Integración de la Aportación Solidaria Estatal del Sistema de Protección Social en Salud; Acuerdo por el que se establece el porcentaje mínimo de los recursos federales correspondientes al Sistema de Protección Social en Salud a transferir a las entidades federativas mediante depósitos en sus respectivas cuentas en la Tesorería de la Federación; Aviso que establece los niveles de las cuotas familiares del Sistema de Protección Social en Salud para el ejercicio fiscal 2017, y Aviso por el que se da a conocer la 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, publicados en el DOF el 20 de septiembre y 16 de noviembre de 2016, y 16 de febrero y 20 de junio de 2017, respectivamente.

Con el propósito de **realizar las adecuaciones operativas necesarias para mejorar la transparencia, monitoreo y control de los recursos financieros del SPSS**, para la operación del SPSS en 2016 y en el marco del Plan Institucional de Tecnologías de la Información, se continuó con el desarrollo del Sistema de Gestión Financiera integrado por cinco módulos, de los cuales dos ya se han concluido, un tercero tiene 90% de avance y los otros dos están en construcción.

La Secretaría de Salud en la exploración de nuevas alternativas para **impulsar la eficiencia en el uso de recursos para la atención de enfermedades, particularmente las de alto costo** participó en la actualización de varios protocolos de atención médica financiados por el SPSS, específicamente en aquellos padecimientos relacionados con los gastos catastróficos.

En el mismo renglón, 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 Trabajo Interinstitucional de Evaluación de Tecnologías para la Salud (GTI-ETES). Los resultados de la evaluación de la vacuna contra el neumococo se presentaron ante el Grupo de Expertos en Vacunación del Consejo Nacional de Vacunación.

En busca de **adecuar los modelos de atención para optimizar el uso de recursos para lograr el acceso efectivo con calidad**, el CENETEC contribuyó con el componente de equipamiento médico al documento; “Acuerdo secretarial por el que se establecen los criterios para el desarrollo de la infraestructura en salud”, con el cual se ratifican los requisitos indispensables para la presentación de proyectos en materia de equipamiento médico en el Sector 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, entre el 1 de septiembre de 2016 y el 31 de agosto de 2017 el CENETEC, realizó las siguientes acciones:

- Otorgó 58 asesorías sobre la eficacia, seguridad y costo-efectividad de medicamentos y dispositivos médicos a solicitud de autoridades del CSG.
- Realizó tres recomendaciones en materia de evaluación de tecnologías en salud, para la adquisición de la Vacuna contra el virus del papiloma humano y la adquisición de medicamentos antihipertensivos, a través de la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud.
- Presidió el GTI-ETES mediante tres reuniones, cuyo objetivo es promover entre las instituciones públicas del SNS, 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 robustecer el proceso de inclusión en los cuadros básicos interinstitucionales, la UAE, a solicitud del CENETEC desarrolló una propuesta de guía para la conducción de evaluaciones económicas aplicable a dispositivos médicos. La propuesta se presentó ante los miembros del GTI-ETES para su retroalimentación y posterior trámite de presentación ante el CSG.

Estrategia 5.3

Establecer una planeación y gestión interinstitucional de recursos (infraestructura y equipamiento) para la salud

Entre las tareas para **establecer los mecanismos para generar y conducir un plan maestro sectorial de recursos**, en el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 31 de julio de 2017, 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 71 obras de infraestructura en 21 estados de la República y la Ciudad de México, lo que representó una inversión total de más de 6,030 millones de pesos, con lo que se benefició a más de 48.351 millones de habitantes.

En este rubro es importante mencionar la conclusión de un compromiso de gobierno: el nuevo Hospital General de Ciudad Cancún, en el estado de Quintana Roo, inaugurado el 10 de marzo de 2017, con una inversión de más de 1,007 millones de pesos. Cuenta con 180 camas, 41 consultorios, área de diagnóstico y servicios generales para beneficio de más de medio millón de habitantes.

Asimismo, dentro de las obras concluidas en el periodo destacan por su relevancia y montos de inversión: la construcción del Hospital General de San Pablo del Monte, en Tlaxcala, con una inversión de 268 millones de pesos; la construcción del Hospital General de Tekax, en Yucatán, con una inversión de 211.5 millones de pesos; la construcción por sustitución de los hospitales comunitarios de Comonfort y de Purísima del Rincón, ambos en el estado de Guanajuato, con una inversión acumulada de 199 millones de pesos.

Además, la primera etapa de la remodelación del Hospital Metropolitano en el municipio de San Nicolás de los Garza, así como la ampliación del área de hospitalización del Hospital Regional Materno Infantil en el municipio de Guadalupe, ambos en el estado de Nuevo León, con una inversión conjunta de 191 millones de pesos; la construcción y equipamiento del Centro Oncológico en Tula de Allende, Hidalgo, con una inversión de 88 millones de pesos; la construcción y equipamiento del nuevo Hospital General de Acapulco, en Guerrero.

En la Ciudad de México destacan la construcción y equipamiento de tres unidades de especialidades del HGM: la unidad de cardioangiología y neumología, la unidad de

medicina física y rehabilitación, y la unidad de patología, genética y genómica.

CUADRO III.5.7 ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA CONCLUIDAS. SECRETARÍA DE SALUD, 1 DE SEPTIEMBRE DE 2016-31 DE JULIO DE 2017

Tipo de acción/ Tipo de unidad	Total	Consulta externa	Diversas unidades médicas	Hospita- lización
Total	71	37	10	24
Obra nueva	27	13	5	9
Sustitución	20	17	0	3
Ampliación y fortalecimiento	24	7	5	12

FUENTE: Secretaría de Salud, información con corte al 31 de julio de 2017.

Por su parte, la Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física ha venido realizando diversas acciones para el fortalecimiento de la infraestructura federal.

En materia de conservación y mantenimiento se llevaron a cabo obras de renovación de impermeabilizante en todas las azoteas, aplicación de pintura vinílica en interior y exterior, así como modernización de luminarias por led y mantenimiento a cisterna en el Centro Comunitario de Salud Mental (CECOSAM) Iztapalapa, con una inversión de 834,241 pesos.

Se realizaron obras de mantenimiento al edificio de la Dirección General Adjunta de Epidemiología, entre las que destacan: renovación de cancelería de aluminio, impermeabilización en azotea, sustitución de luminarias, cambio de puerta de acceso principal, aplicación de pintura en interiores y exteriores, así como renovación de firmes de concreto en imprentas y cambio de alfombras en auditorio con una inversión de 6.457 millones de pesos.

En el HIMFG se efectuaron obras de sustitución de puertas de quirófano por automáticas de alta eficiencia, modernización de luminarias por leds en interiores, colocación de paneles solares en luminarias exteriores en el edificio Mundet, así como impermeabilización, cambio de plafones y pisos y aplicación de pinturas en interiores en el edificio Federico Gómez con una inversión de 18.920 millones de pesos.

Para el CECOSAM Zacatenco se invirtieron 589.9 miles de pesos en la renovación de impermeabilizante en todas las azoteas, renovación de instalaciones sanitarias, cambios de piso de loseta cerámica, sustitución de muebles sanitarios, fabricación de cancelería y techumbres de polícarbonato, así como aplicación de pintura en herrería.

Se invirtieron, también, 19.196 millones de pesos en el Instituto Nacional de Rehabilitación destinados a obras de mantenimiento en área de hidroterapia, así como restauración de cantera en fachadas que incluye el desmontaje de la existente y fijación de nuevas placas mediante sistemas epóxicos.

En el HJM se realizaron obras de mantenimiento en edificio de consulta externa, consistentes en la sustitución de muro colindante y aplicación de pintura en interiores; en el Centro de Capacitación y Educación Médica se realizó el cambio de pisos, plafones, cancelerías y luminarias en aulas, así como renovación de núcleos sanitarios y trabajos de impermeabilización y pintura en auditorio magno (templo), con una inversión de 4.789 millones de pesos.

También se llevaron a cabo obras de mantenimiento a la casa de máquinas del Instituto Nacional de Cardiología a efecto de sustituir los tanques de agua, cuadro de válvulas, sistema de tuberías y silletas de apoyo por un monto de 4.910 millones de pesos.

En la Dirección General de Calidad y Educación en Salud se efectuaron obras de modernización del vestíbulo de acceso, cancelería exterior, adecuación de acceso principal, cambio de pisos, plafones, luminarias y módulo de atención en el edificio administrativo, así como mantenimiento a tres niveles del edificio, cambio de plafón, luminarias, instalación eléctrica, pintura y muros divisorios por la cantidad de 5.238 millones de pesos.

Para el Centro Documental Institucional de la Secretaría de Salud se restauraron plafones y pisos, se modernizaron las instalaciones eléctricas, se efectuaron obras de pintura en muros, restauración de puertas y ventanas de madera, adecuación de sistemas de informáticos, divisiones para oficinas, adecuación de núcleos sanitarios, así como adecuaciones hidráulicas y sanitarias con una inversión de 11.709 millones de pesos.

Se invirtieron, asimismo, 813,453 pesos en el Archivo de Concentración de la Secretaría de Salud en obras de mantenimiento a la instalación eléctrica que incluye principalmente la renovación de luminarias obsoletas por leds de alta eficiencia, cambio de conductores y renovación de tableros eléctricos.

Se llevaron a cabo para la Subsecretaría de Integración y Desarrollo de la Secretaría de Salud obras de modernización de oficinas plafón, luminarias, pisos, muros divisorios y cancelerías en las instalaciones, así como renovación de sistemas de iluminación para el cumplimiento de metas del programa ambiental Programa Universitario de Es-

trategias para la Sustentabilidad por un monto de 6.913 millones de pesos.

En el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán se realizaron obras de impermeabilización de azoteas de los edificios de investigación, hospitalización, administración y urgencias, así como renovación de losetas por piso vinílico conductivo de alta calidad en áreas de hospitalización y terapia intensiva con una inversión de 7.055 millones de pesos.

En el INER se invirtieron 7.376 millones de pesos en la modernización del área de urgencias consistentes en cambio de plafones, mantenimiento y colocación de piso de mármol, renovación de central de enfermeras, renovación de espacios en piso, pinturas, instalaciones eléctricas e hidráulicas y pintura en general.

Para el CECOSAM Cuauhtémoc se realizaron obras de renovación de muros colindantes, modernización de instalaciones eléctricas, cambio de luminarias, cambio de puertas, mantenimiento integral a núcleos sanitarios, muebles, pintura, pisos, mamparas, así como mantenimiento a herrería y puertas de acceso por la cantidad de 1.153 millones de pesos.

Se realizaron también obras de mantenimiento para el Hospital General Dr. Manuel Gea González, donde se invirtieron 13.922 millones de pesos en la adecuación de laboratorios, baños, vestidores, pasillos y consulta externa.

En el Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno se realizaron obras para la construcción de la acometida, alimentación y conexión eléctrica para los edificios existentes, así como la continuación del muro perimetral del hospital con una inversión de 8.133 millones de pesos.

Se invirtieron también 7.284 millones de pesos en el Instituto Nacional de Geriátrica para la adecuación de laboratorio, bioterio, núcleos sanitarios y consulta externa.

Se invirtieron 5.066 millones de pesos en acciones de mantenimiento mayor a elevadores de instalaciones centrales y administrativas de la Secretaría de Salud.

En el Hospital de la Mujer se realizaron obras de mantenimiento consistentes en cambio de plafones, mantenimiento y colocación de piso cerámico, luminarias, instalaciones eléctricas, hidráulicas, así como pintura en general con una inversión total de 5.920 millones de pesos.

En cuanto a las acciones normativas y de planeación de la infraestructura, entre octubre de 2016 y abril de 2017 se han emitido cinco certificados de factibilidad para los estados de Morelos, Baja California, Yucatán y Nayarit.

Para **desarrollar la infraestructura física y equipamiento en salud alineada con las necesidades demográficas, epidemiológicas, de desarrollo económico y culturales**, en el ejercicio 2016 el Comité Técnico del Fideicomiso del Fondo de Previsión Presupuestal aprobó el financiamiento de 46 acciones de inversión para obra y/o equipamiento en 17 estados de la república hasta por un monto de 2,611.4 millones de pesos. En 2017, al mes de junio el Comité ha aprobado el financiamiento de ocho proyectos de obra y/o equipamiento en siete estados, con un monto de 941.7 millones de pesos.

Con el deseo de poner en práctica un uso eficiente y racional de los recursos, entre el 1 de septiembre de 2016 al 31 de agosto de 2017, el CENETEC generó 44 dictámenes de validación de equipo médico por un valor de 982 millones de pesos y emitió Certificados de Necesidad para 33 equipos médicos de alta tecnología por más de 200 millones de pesos destinados a la atención a la salud.

Para apoyar en las tareas de la gestión de equipo médico en el SNS, el CENETEC publicó el “Glosario de Gestión de Equipo Médico”, documento que contiene más de 140 términos, cuya homologación de definiciones permitirá un mejor entendimiento entre los actores involucrados.

Con el propósito de fomentar la colaboración interinstitucional en esa materia, CENETEC presidió el grupo de trabajo interinstitucional con participación del IMSS, ISSSTE, SEDENA y SEMAR, en el que se lograron acuerdos para homologar criterios y establecer estrategias que permitirán mejorar los procesos de planeación e incorporación 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 SESA. La inclusión de acciones de infraestructura al PMI está respaldada por la emisión del Certificado de Necesidad, resultado de un análisis técnico, epidemiológico y demográfico, así como de demanda y oferta de servicios de salud, principalmente, en las áreas de influencia de las unidades médicas. En el periodo de septiembre de 2016 a junio de 2017, la Secretaría de Salud a través de la DGPLADES recibió y analizó a petición de los SESA 235 solicitudes de Certificado de Necesidad, de las cuales 20 fueron dictaminadas favorablemente. por lo cual se emitieron los certificados correspondientes: 12 sustituciones, dos obras nuevas, dos ampliaciones y cuatro fortalecimientos de unidades médicas.

En el mismo periodo fueron reportadas como concluidas por los SESA 195 acciones (obra y equipamiento) registradas en el PMI: 28 obras nuevas, 69 sustituciones, 39

ampliaciones, 10 fortalecimientos y 49 equipamientos de unidades médicas.

Para **mejorar la calidad de la infraestructura establecida en unidades de primer y segundo nivel**, del 1 de septiembre de 2016 al 31 de agosto de 2017 IMSS-PROSPE-RA mejoró la capacidad resolutive en los hospitales rurales de Huejutla de Reyes e Ixmiquilpan, Hidalgo, a través de la ampliación de cuatro consultorios respectivamente, obras ejecutadas con recursos de la CDI.

En el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017, el IMSS concluyó 19 acciones de obra: seis de infraestructura nueva, dos nuevas por sustitución y 11 ampliaciones y/o remodelaciones, desarrolladas con una inversión física total de 391.9 millones de pesos, en beneficio de más de 2.2 millones de derechohabientes. Además, una acción relacionada con obra pública (demolición), ejecutada con una inversión física de 7.3 millones de pesos.

En el desarrollo de la infraestructura médica nueva destaca la construcción de la Clínica de Mama ubicada en la Ciudad de México, primera en su tipo en el IMSS y en el país, creada para identificar en etapas tempranas el cáncer de mama y aplicar tratamiento especializado, adecuado y oportuno, a fin de reducir la mortalidad en la población derechohabiente femenina. Asimismo, las unidades de medicina familiar localizadas en Villa Coapa, Ciudad de México, con 14 consultorios; María Cecilia, en San Luis Potosí, con 10 consultorios, y Pachuca, Hidalgo, con seis consultorios.

En lo referente a obras nuevas por sustitución sobresalen las unidades de medicina familiar número 12 en San Marcos, Guerrero, y número 1 en Zacatecas, Zacatecas.

Con la infraestructura médica nueva y nueva por sustitución, se incrementa la capacidad instalada en el IMSS en 31 consultorios censables en beneficio de casi 0.8 mi-

llones de derechohabientes misma que se desarrolló con una inversión física 201.6 millones de pesos.

Por otro lado, ocho ampliaciones y/o remodelaciones consistieron en mejorar áreas como urgencias, quirófanos, aula de usos múltiples, tococirugía, unidad de cuidados intensivos, reestructuraciones de los inmuebles y reforzamiento de la estructura en general, esta infraestructura se realizó con una inversión física de 168.5 millones de pesos, en beneficio de más de 1.4 millones de derechohabientes.

Es importante resaltar la construcción nueva del Sub almacén, en Querétaro, Querétaro y la bodega de la Subdelegación en Tepic, Nayarit.; diseñados para el manejo adecuado de materiales y medicamentos almacenados, así como para el resguardo de bienes institucionales; los cuales se desarrollaron con una inversión de 4 millones de pesos.

En este contexto, con una inversión de 25.1 millones de pesos se llevó a cabo la infraestructura siguiente: ampliación y remodelación de la barda perimetral de la sede delegacional en Veracruz, Veracruz; ampliación y remodelación de las oficinas delegacionales en Morelia, Michoacán; reestructuración del Centro de Investigación Educación y Formación Docente de Querétaro, Querétaro.

No menos importante es la demolición del HGZ No. 26 ubicado en la Colonia Hipódromo Condesa en la Ciudad de México, a efecto de que se trató de un inmueble de más de 50 años de antigüedad, con daño estructural a consecuencia del sismo ocurrido el 20 de marzo de 2012; lo que representó riesgo vital para la población derechohabiente, el personal institucional que laboraba en ese inmueble, transeúntes y edificios colindantes.

Finalmente, se llevó a cabo la adquisición e instalación de dos casetas móviles en la Subdelegación núm. 3 de Monterrey, Nuevo León, que permitan atender a los cotizan-

CUADRO III.5.8 ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA REGISTRADAS EN EL PMI, REPORTADAS COMO TERMINADAS EN EL PERIODO SEPTIEMBRE DE 2016 A ABRIL DE 2017

Tipo de unidad	Tipo de acción				Total
	Obra nueva	Sustitución	Fortalecimiento	Equipamiento	
Consulta externa	8	33	2	10	60
Hospitalización	5	4	6	26	45
Establecimiento de apoyo	4	0	0	1	5
Diversas unidades médicas	0	0	0	2	2
Total	17	37	8	39	112

FUENTE: Secretaría de Salud, DGPLADES. PMI, abril de 2017.

tes de la zona de influencia, adquiridas con una inversión de 0.4 millones de pesos.

Para contribuir a **conformar los mecanismos sectoriales de planeación de recursos para la salud**, la DGPLADES integró el Documento de Planeación (DP) de Programas y Proyectos de Inversión (PPI) de la Secretaría de Salud, correspondiente al periodo 2018-2020, el cual se entregó a la SHCP vía DGPOP de la SS. Los proyectos fueron propuestos por las secretarías de Salud estatales, unidades administrativas, órganos desconcentrados y entidades coordinadas de la SS. En total, se presentaron 464 proyectos con una inversión de 83,299,477 miles de pesos. En el cuadro adjunto se muestra su distribución.

Si bien la incorporación de PPI en el DP tendrá que ser evaluada por diferentes instancias, representa el primer criterio para el procedimiento de Ventanilla Única según el Acuerdo por el que se establecen los Criterios Generales para el Desarrollo de Infraestructura en Salud, publicados en el DOF el 2 de marzo de 2017 (acuerdo tercero).

CUADRO III.5.9 TOTAL DE PROYECTOS PROPUESTOS A LA SHCP DEL DP-PPI, CORRESPONDIENTE AL PERIODO 2018-2020

Unidad responsable	Total de proyectos	Monto total de inversión (miles de pesos)
Estados	236	21,623,906
Organismos públicos descentralizados	176	50,724,202
Órganos desconcentrados	24	1,255,858
Paraestatales	12	2,236,701
Unidades Administrativas	16	7,458,810
Totales	464	83,299,477

FUENTE: Elaboración propia a partir del Formato 680 del Documento de Planeación 2018-2020.

CUADRO III.5.10 ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA REGISTRADAS EN EL PMI REPORTADAS COMO TERMINADAS EN EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2016 A JUNIO DE 2017 EN ZONAS DE POBLACIÓN EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD

Tipo de unidad	Tipo de acción agrupada				Total
	Obra nueva	Sustitución	Fortalecimiento	Equipamiento	
Consulta externa	2	0	0	1	3
Hospitalización	1	0	2	0	3
Establecimientos de apoyo	1	0	0	0	1
Diversas unidades médicas	0	0	0	1	1
Total	4	0	2	2	8

FUENTE: Secretaría de Salud, DGPLADES. PMI, junio de 2017.

Entre las acciones de infraestructura física en salud con registro en el PMI (obra y equipamiento) reportadas como terminadas por parte de los SESA hay ocho acciones con efectos directos en zonas de la población en condiciones de vulnerabilidad: mujeres, niños, adolescentes y adultos mayores. Con esto se avanza en el compromiso de **consolidar la infraestructura en salud con prioridad en zonas de población en condición de vulnerabilidad**.

De las acciones reportadas como concluidas dirigidas a población en condición de vulnerabilidad, cuatro corresponden a acciones de obra nueva: tres en el Estado de México (UNEME-DEDICAM de Huixquilucan, Centro Especializado de Atención a Personas con Discapacidad Visual de Naucalpan y Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Toluca) y una en Tamaulipas (UNEME DEDICAM de Tampico). Además, dos fortalecimientos: uno en Tabasco (Hospital de la Mujer de Villahermosa) y uno en Michoacán (Hospital de la Mujer), así como dos acciones de equipamiento: una en el Estado de México (UNEME-DEDICAM de Huixquilucan) y diversas unidades médicas en atención a grupos vulnerables en el estado de Morelos.

Estrategia 5.4

Impulsar la innovación e investigación científica y tecnológica para el mejoramiento de la salud de la población

Para **incrementar la inversión pública en investigación científica, innovación y desarrollo tecnológico en salud**, en la SS se llevan a cabo diversas acciones, entre las que se cuentan las siguientes:

El HRAEI sometió cinco prepropuestas de protocolos de investigación del Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social (FOSISS), los protocolos son los siguientes: “Evaluación del marcador CASPP para la identificación de especies de cándida en muestras de sangre de pacientes críticos”, “Correlación de la expresión de BCHE niveles séricos de grelina en pacientes con obesidad y trastorno de gesta compulsiva”, “Caracterización molecular de la microbiota (bacterias y hongos) ambiental potencialmente responsable de infecciones nosocomiales en un hospital del Estado de México”, “Evaluación de las complicaciones asociadas en leucemias agudas tratados con el Protocolo del Consejo Nacional para Prevención y tratamiento del cáncer en la infancia y adolescencia”, “Evaluación de la actividad anticancerígena de compuestos vinílicos y perfiles de expresión en líneas celulares y células provenientes de pacientes con cáncer gástrico”.

Pese a que el HRAEV no cuenta con plazas de investigador, la Subdirección de Enseñanza e Investigación realiza publicaciones en revistas indexadas de los niveles 5 a 7 de alto impacto internacional, por lo que la productividad en ese campo cumple las metas establecidas.

Con el objeto de incrementar la inversión pública en investigación científica, innovación y desarrollo tecnológico en salud, el 2 de agosto de 2016, el Comité Técnico y de Administración del FOSISS en su Trigésima Reunión ordinaria autorizó financiar 92 proyectos de la Convocatoria FOSISS 2016/01 y 2016/02 con un monto de 151.5 millones de pesos.

El 24 de febrero de 2017, se llevó a cabo la Trigésima Primera Reunión Ordinaria del FOSISS, en la cual se aprobó la Convocatoria 2017-01, 2017-02 y 2017-03 del Fondo, que tuvo en esta ocasión tres modalidades: la tradicional, una para jóvenes investigadores y la tercera para proyectos de Largo Aliento en el tema de Obesidad en niños y adolescentes. El monto estimado para financiamiento, en 2017, es de 105 millones de pesos. Los resultados se conocerán en septiembre de 2017.

Para **priorizar la investigación sobre temas relevantes, estratégicos o emergentes en salud**, se dispone de líneas de investigación actualizadas, alineadas a los problemas de salud del país: enfermedades oncológicas, crónico degenerativas, infecciones nosocomiales e ciencias quirúrgicas.

En el periodo del 1 de septiembre del año 2016 al 30 de junio de 2017 el ISSSTE contó con 19 investigadores que forman parte del Sistema Nacional de Investigadores (SNI), quienes desarrollan líneas de investigación en

cáncer, enfermedades crónicas degenerativas, enfermedades genéticas, entre otras. Del total de investigadores 73.7% son nivel C, 21% nivel 1 y 5.3% nivel 2.

En el CRAECS se tienen establecidas líneas de investigación acordes con los problemas de salud del país; entre ellas destacan las enfermedades oncológicas, las crónico degenerativas e infecciones nosocomiales. En el periodo se tienen programados el desarrollo de 16 proyectos de investigación lenmarcados en ocho líneas de investigación.

El HRAEO durante el año 2016 contó con tres investigadores en el SNI, que realizan investigación básica y clínica en las líneas de investigación acorde a la situación epidemiológica y demográfica del estado.

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 Predicamento de la CCINSHAE evaluó 48 trámites de protocolos de investigación en seres humanos. Los protocolos fueron sometidos a evaluación por cuatro diferentes patrocinadores de la industria farmacéutica internacional con representación en nuestro país. De acuerdo con ese procedimiento, 77% fueron evaluados como favorables para posteriormente someterse a autorización por la COFEPRIS en un periodo no mayor a 60 días. La evaluación del restante 23% los catalogó como no idóneos por lo que no pueden ser sometidos a autorización.

En aras de **promover financiamiento y cooperación internacionales para investigación científica y desarrollo tecnológico en el país**, se impulsó 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 el fortalecimiento de las competencias.

Se colaboró en la integración de información por parte del Sector Salud en la elaboración del Marco Programático Nacional 2016-2021 de México con la OIEA. Entre los temas destacados estuvieron la prevención y diagnóstico del cáncer, la detección temprana de enfermedades cardiovasculares, así como los mecanismos que permitan favorecer el desarrollo e innovación de la técnica del insecto estéril para contribuir al control y la prevención de enfermedades transmitidas por vectores, como dengue, chikungunya y zika.

Se coordinó la visita del Dr. Dazhu Yan, Director General Adjunto del Departamento de Cooperación Técnica del

OIEA, al Instituto Nacional de Cancerología, el 22 de febrero de 2016 para abordar proyectos relacionados con medicina nuclear oncológica y se coordinó con dicho instituto la colaboración de la Misión imPACT (Programa de Acción para la Terapia contra el Cáncer), que permitirá detectar áreas de oportunidad en los mecanismos nacionales contra el cáncer.

El HRAEV a pesar que no se ha visto favorecido con el otorgamiento de plazas de investigador tiene una importante productividad derivada de proyectos con financiamiento externo y en colaboración.

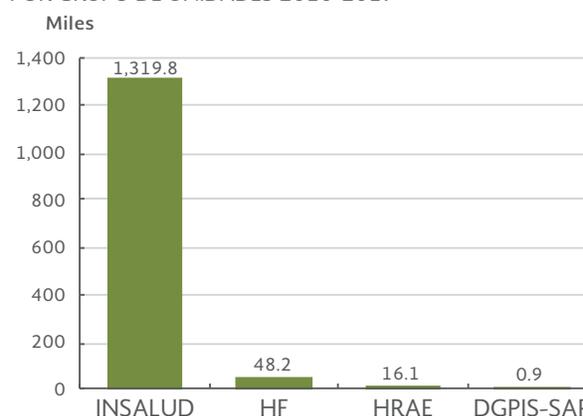
Con el objetivo de **gestionar convenios para compartir infraestructura entre instituciones e investigadores para aprovechar la capacidad disponible** y así fortalecer el intercambio académico y científico, el HRAEO mantiene convenios interinstitucionales, siendo uno de estos con el INCAN con la finalidad de realizar investigación en las líneas de interés mutuo.

El HRAEI, estableció convenio con la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, para compartir infraestructura entre instituciones e investigadores con el fin de aprovechar la capacidad disponible, por lo que se cuentan con tres protocolos: “Detección de inmunoglobulinas 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”, “RNA largos no codificantes como biomarcadores tempranos de preeclampsia”, “Presencia de biomarcadores supresores de la respuesta inmune en cáncer de cérvix”.

En abril de 2017, la Secretaría de Salud, el CONACYT y la UNAM firmaron la carta de intención de lo que será el Consorcio Nacional de Investigación en Medicina Translacional e Innovación (CONIMETI), primero en su tipo en América Latina, el cual reunirá a diferentes centros de investigación de las tres dependencias: INSALUD, centros de investigación e institutos de la UNAM.

Es un proyecto de vanguardia e impacto con características transexenales, cuyo sustento es la importancia para la proyección a futuro del desarrollo de la investigación para la salud ligado tanto a la pronta incorporación del nuevo conocimiento que imparte la calidad y eficiencia de la atención a la salud como a su constante generación, que incluye una visión de proyección económica. El CONIMETI apoyará proyectos de investigación en medicina translacional e innovación que lideren investigadores de alto nivel reconocidos por el SNI de las instituciones participantes. Se pretende que el CONIMETI inicie el desarrollo de proyectos a partir de agosto de 2017.

GRÁFICA III.5.3 DESCARGAS A TEXTO COMPLETO, POR GRUPO DE UNIDADES 2016-2017



Como resultado del convenio de colaboración establecido con el CONACYT, a través del Consorcio Nacional de Recursos de Información Científica y Tecnológica para el acceso a las bases de datos, revistas científicas, electrónicas y libros electrónicos a texto completo, en el periodo que se reporta, las entidades coordinadas realizaron 1,385,045 descargas a texto completo, distribuidas de la siguiente forma: INSALUD 1,319,840; HFR 48,166; HRAEs 16,128; DGPIS y SAP 911.

Para **promover la vinculación de las instituciones y centros de investigación con los sectores público, social y privado** y como parte de las actividades de capacitación en el tema de economía de la salud, la UAE continúa participando en el Diplomado de Formación de Coordinadores de Donación dirigido por el Centro Nacional de Trasplantes y la UNAM.

Asimismo, tuvo participación en dos foros realizados por el Senado de la República sobre el tema de Cáncer, específicamente el impacto económico de esta patología para el Sector Salud y la economía mexicana. Además asistió al taller “Acceso a tecnologías para la salud (medicamentos y dispositivos médicos)” organizado por la AMIIF, la AMID, la AMIS e instituciones académicas. También participó en la Cuarta reunión nacional de ISPOR Capítulo México.

Entre las actividades relevantes en este rubro se encuentran las relativas a la Red DGRI.

La Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos, a través de diversas acciones y acuerdos bilaterales, colabora con programas de capacitación continua, de investigación y de prevención de enfermedades y promoción de la salud en favor de los habitantes de la región fronteriza

entre México y Estados Unidos de América. 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.

Entre las actividades relevantes en este rubro se encuentran las relativas a la Red Binacional en Salud Fronteriza, proyecto financiado por tercer año consecutivo por el CONACYT. Esta Red 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 50 investigadores de universidades de los 10 estados fronterizos de México y Estados Unidos. De los 38 miembros investigadores de México, 25 pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores del CONACYT. Los miembros académicos de la Red están adscritos a 19 instituciones públicas y privadas, 11 de México y ocho de Estados Unidos, de las cuales son siete universidades mexicanas, ocho universidades estadounidenses, tres centros de investigación CONACYT y la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos.

La Red ha logrado constituir un espacio en el que interactúan investigadores de ambos lados de la región fronteriza, lo cual permite el intercambio de ideas y fortalece la cooperación académica entre ellos.

Ha favorecido la integración de múltiples esfuerzos individuales de académicos, organizaciones e instituciones que buscan incidir favorablemente en la salud de la región; ha auspiciado el contacto de instituciones e investigadores con menor experiencia con el trabajo de instituciones con mayor solidez e investigadores con carrera consolidada; ha contribuido a la definición del concepto de salud fronteriza; ha iniciado la ruta hacia una sólida cooperación multidisciplinaria e interinstitucional no solo para el desarrollo del trabajo académico, sino también para su difusión en relación al tema de la Red.

Por último, ha fomentado la creación de oportunidades de fortalecimiento de capacidades y formación de recursos humanos que incluyen a investigadores y estudiantes de los 10 estados fronterizos y ha potenciado la vinculación a lo largo de la región fronteriza.

Durante los dos años de operación de la red se ha logrado: a) establecer las bases para la integración de capacidades de individuos y de instituciones públicas y privadas interesadas en la salud fronteriza; b) favorecer

la articulación de las acciones de sus miembros mediante el uso de tecnologías de la información; c) contribuir a la difusión del conocimiento con la edición especial de un número sobre salud fronteriza en una revista especializada; d) apoyar el fortalecimiento de recursos humanos mediante el programa de estancias técnicas, la incorporación de estudiantes de pregrado y posgrado, el programa de capacitación de miembros de la red y el diseño de un programa de maestría en salud pública centrado en salud fronteriza.

De septiembre de 2016 a abril de 2017 la Red logró los siguientes productos: a) el diseño de su página web con alcance bilingüe; b) la publicación electrónica de los trabajos presentados en el Foro de Investigación en Salud Fronteriza llevado a cabo en 2016; c) la edición de un número especial sobre salud fronteriza en la revista especializada "Frontiers in Public Health"; d) el desarrollo e implementación de un programa de capacitación sobre operación de la Biblioteca Virtual en Salud Fronteriza; e) el diseño de un programa de atención a la salud de los migrantes mexicanos que son deportados en la frontera norte; f) la organización de un observatorio sobre accidentes y lesiones externas en la región fronteriza del norte de México para Tijuana, Baja California; g) el fortalecimiento del programa de incorporación de estudiantes universitarios y de posgrados a la Red; h) la organización de un taller de elaboración de propuestas de investigación dentro del Programa de Fortalecimiento de Capacidades para Profesionales de Salud y Académicos de la Red; i) el diseño del taller de verano de investigación en Salud Fronteriza para estudiantes de posgrado.

En septiembre de 2016 la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos y la Universidad de Arizona celebraron en la ciudad de Phoenix la segunda reunión anual de la Red. En esta reunión se capacitó a miembros de la Red en la elaboración de propuestas de investigación con financiamiento.

El HRAEO cuenta con proyecto de colaboración para investigación con estudiantes de postgrado de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca.

El HRAEB tiene convenios de colaboración con la Universidad Autónoma de Guanajuato, la UNAM, los Institutos Nacionales, con el propósito de fomentar la colaboración en la producción científica. Más de 80% de las publicaciones realizadas son en colaboración con otras instituciones.

En el HRAEO, se cuenta con proyecto de colaboración para investigación con estudiantes de postgrado de la

UABJO y su cuerpo de investigadores dirige tesis de posgrado en biología molecular.

Con el fin de proporcionar habilidades a los usuarios de las unidades coordinadas que les permitan optimizar la consulta a las bases de datos, las revistas y los libros electrónicos, y con ello fortalecer la publicación de sus trabajos de investigación, la CCINSHAE organizó jornadas de adiestramiento en siete sedes ubicadas estratégicamente para concentrar a los usuarios de los INSALUD y HFR. En total hubo 564 asistentes. En forma complementaria se impartieron tres capacitaciones: una virtual, dirigida a los usuarios de los HRAE (25 participantes), otra para los usuarios del INRLGII, con 50 participantes, y una más en el HJM, dirigida a los médicos residentes de nuevo ingreso, con 103 participantes.

Entre las tareas que lleva a efecto la SS **para fomentar que la investigación atienda a criterios éticos, de pertinencia e integridad científica y protección de los derechos humanos** están las siguientes:

El HRAEB cuenta con un Comité de Investigación y Ética en Investigación, donde se revisan los protocolos de investigación. Todos los proyectos son sometidos a una evaluación integral por los comités de Ética en Investigación e Investigación Científica. El número de proyectos de investigación sometidos ante los comités se ha incrementado aproximadamente 40 por ciento.

El HRAEO cuenta con el Comité de Investigación (renovado en 2016), el Comité de Ética en Investigación, y en mayo de 2017 se conformó el Comité de Bioseguridad.

El HRAEV ha establecido sus comités y mantiene una productividad con alto impacto internacional.

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 agosto de 2016 se revisaron los anexos estadísticos de 13 INSALUD, tres HFR y seis HRAE, para validar la información que presentan a sus respectivas Juntas Gobierno 2016.

Se realizaron 12 reuniones mensuales con la Comisión Externa de Investigación en Salud, conformada por

los directores de investigación de los INSALUD, HFR y HRAE, a efecto de coordinar las acciones sustantivas relacionadas con los programas de Estímulos al Desempeño y de Ingreso, Promoción y Permanencia de los Investigadores en Ciencias Médicas (ICM) de la Secretaría de Salud; 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 2016 se realizó el XXI Encuentro Nacional de Investigadores de esta Secretaría. Concuraron 148 trabajos, de los cuales se seleccionaron y presentaron 70 en forma oral, divididos en 22 del área clínica; 35 de biomédica, y 13 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.

En enero de 2017 se emitió la Convocatoria 2017 de ingreso, promoción y permanencia. Se inscribieron 374 investigadores: 86 para ingreso (de los cuales ingresaron 82), 78 para promoción (todos resultaron promovidos), y 197 para permanencia (lograron permanecer los 197). El número total de investigadores en el sistema institucional suman 1,548, de los que están vigentes 1,438 y no vigentes 110.

En mayo de 2017 se emitió la convocatoria para el estímulo al desempeño de los ICM de la SS para este año.

En el segundo semestre de 2016 se realizó la difusión de 2,000 ejemplares impresos y vía correo electrónico a 1,518 destinatarios; entre ellos, directores de escuelas y facultades de Medicina, lectores en el extranjero, suscriptores y autores correspondientes y colaboradores de la RIC. La difusión vía electrónica se ha robustecido, de tal forma que para 2017 se redujo considerablemente la impresión en papel. Así, se realizó la difusión de 150 ejemplares impresos y 3,614 por vía electrónica. Actualmente, el contenido de la revista es revisado en al menos 100 países; los principales, después de México, son Estados Unidos, El Salvador, Chile e India.

El Boletín Informativo de la CCINSHAE continua publicándose semanalmente en versión 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 50 publicaciones del boletín y se han realizado 19,589 visitas para consultarlo.

De septiembre de 2016 a mayo de 2017 en el sitio web del Observatorio Institucional de Investigación en Salud ya se aloja en el sitio www.gob.mx. Dispone de información relevante y confiable para analizar, medir, evaluar y encontrar alternativas de solución a problemas que enfrenta la investigación para la salud, así como retroalimentar a las organizaciones que participan en ella a fin de fortalecer y modificar la planeación de acciones en busca de investigación con calidad.

A través del Comité Hospitalario de Bioética, los HFR descentralizados evalúan en cada periodo los proyectos de investigación para determinar el cumplimiento de criterios éticos para su autorización.

La Secretaría de Salud tiene 1,318 investigadores reconocidos por el SNI, con lo que se ubica en el tercer lugar en este rubro, solo después de la UNAM y los centros de investigación del CONACYT, que registran, respectivamente, 4,598 y 2,168 investigadores adscritos al SNI.

Los 1,318 investigadores de la SS con reconocimiento en el SNI se distribuyen de la siguiente forma: 1,217 en los INSALUD, 74 en los HFR, 18 en los HRAE y nueve en otras unidades coordinadas, como los SAP y el CNTS, así como la CCINSHAE.

Entre las instituciones del Sector Salud, los investigadores de la SS ocupan el primer lugar en cuanto a número, seguidos por el IMSS y el ISSSTE, que tienen 324 y 19 investigadores, respectivamente.

Estrategia 5.5

Fomentar un gasto eficiente en medicamentos e insumos

La Secretaría de Salud continuó su tarea de **impulsar la compra consolidada de medicamentos e insumos entre las instituciones del sector público**. Para el ejercicio fiscal 2017 se contó con la participación de 17 INSALUD y HFR, y 18 secretarías de Salud estatales. Esta compra, que fue coordinada por el IMSS durante el último cuatrimestre de 2016, ascendió a más de 42 mil millones de pesos y se espera tener un ahorro aproximado de 3,350 millones de pesos al cierre del ejercicio 2017.

A fin de **fomentar la compra coordinada de medicamentos e insumos entre la federación y las entidades federativas**, por cuarto año consecutivo se realizó una de las compras consolidadas de medicamentos más grandes de la historia. En este esfuerzo interinstitucional participaron el IMSS, el ISSSTE, PEMEX, la SEDENA y la SEMAR, 18 entidades federativas^{1/} y 17 institutos de la SS.

En esta compra consolidada del sector salud, se adjudicaron 1,371 claves de medicamentos y material de curación y el monto ascendió a casi 42,000 millones de pesos.

Gracias a la consolidación, que permitió una disminución en los precios, los ahorros generados este año ascendieron a 3,352 millones de pesos que, sumados a los conseguidos en las compras realizadas en 2013-2014, 2014-2015 y 2015-2016 representan un ahorro total acumulado de 14,214 millones de pesos.

Con estas acciones de coordinación interinstitucional se obtienen mejores condiciones de calidad y precio en los

^{1/} Baja California, Baja California Sur, Chiapas, Chihuahua, Ciudad de México, Colima, Durango, Estado de México, Guerrero, Michoacán, Morelos, Nayarit, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora y Tlaxcala.

CUADRO III.5.11 CONSULTAS AL BOLETÍN INFORMATIVO DE LA CCINSAHE, 2016-2017

2016				2017							
Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
1,550	1,340	2,169	1,265	1,565	1,887	1,457	1,622	1,774	1,403	1,473	2,084

FUENTE: Análisis de consultas. Archivos DGPIIS. Sep 2016-Ago 2017.

medicamentos y material de curación de nuestros usuarios, pero sobre todo, estas acciones se ven reflejadas en mejoras en los servicios médicos que las instituciones participantes prestan para atender y cuidar la salud de más de 90 millones de mexicanos.

El IMSS lidera nuevamente la compra consolidada 2017-2018. En esta licitación participan 48 entidades públicas –ocho más que en la anterior–, de las cuales cinco son dependencias federales, 20 gobiernos estatales y 23 Institutos de Salud. En la segunda quincena de agosto de 2017 se publicaron los proyectos de convocatoria.

La compra consolidada de este año, la quinta desde que se inició este mecanismo en 2013, tiene un crecimiento de 13% con respecto a la de 2016 y un incremento de 20% en el número de participantes. Su transparencia está garantizada con la intervención, durante todo el proceso, de representantes de organizaciones sociales nacionales e internacionales, así como actores externos del sector público. Se tiene programado emitir los últimos fallos en octubre.

En la tarea de **consolidar el proceso de negociación de precios de medicamentos e insumos con patente vigente y de fuente única**, la UAE asumió el Secretariado Técnico de la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud para el bienio 2016-2018. Asimismo, continuó coordinando los trabajos del Comité de Evaluación Económica de la Comisión.

Por otra parte, para vigilar la eficiencia en el gasto asignado a la compra de medicamentos e insumos para la salud, el CSG enmarca 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.

Mediante el proceso de actualización del CBCISS se incluyen, modifican o excluyen los medicamentos, material de curación, instrumental, equipo médico, auxiliares de diagnóstico, osteosíntesis y endoprótesis. Este proceso se realiza en tres etapas: valoración, evaluación y dictamen.

En el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 31 de agosto de 2017 se recibieron un total de 150 solicitudes de actualización.

CUADRO III.5.12 PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE SOLICITUDES AL CBCISS, DEL 1 DE SEPTIEMBRE DE 2016 AL 31 DE AGOSTO DE 2017

Comité técnico específico	Solicitudes recibidas
Medicamentos	110
Material de curación	10
Instrumental y equipo médico	15
Auxiliares de diagnóstico	5
Osteosíntesis y endoprótesis	10
Total	150

FUENTE: Elaboración propia.

Se colabora así 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.

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 la finalidad de supervisar una adecuada utilización del gasto asignado para la compra de los medicamentos e insumos para la salud.





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

Del 1 de septiembre de 2016 al 30 de agosto de 2017, el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud (STCONASA) implementó cambios en el desarrollo de las reuniones del Consejo con el propósito de eficientar los vínculos de comunicación para que en apego a la instrucción presidencial el sector salud funcione como uno solo. Esto es, a través de la rectoría de la Secretaría de Salud y mediante el establecimiento de metas claras y compartidas entre todas las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud.

A través de estas acciones, en el Consejo Nacional de Salud, se ha logrado construir un extraordinario espacio de coordinación y de unidad en torno a los temas de la salud, en donde se escucha y se responde a las necesidades de atención a la población con gran calidad y profundo sentido humano.

En este foro también se comparten soluciones basadas en experiencias nacionales en relación con temas centrales que agobian a los mexicanos, como son la obesidad, el sobrepeso y la diabetes, así como padecimientos que preocupan enormemente, algunos emergentes, como el VIH/sida, otros reemergentes, como es el caso del dengue y las enfermedades transmitidas por vector, como el zika. Sin dejar de lado aquellos que son considerados como asuntos de extrema importancia, como el embarazo en las niñas y las adolescentes y el programa de Desarrollo Infantil Temprano, dos temas que para el futuro del país resultan indispensables. A estos se suman el cáncer en niños, adolescentes, mujeres y hombres; la donación y trasplantes de órganos y las compras consolidadas de medicamentos.

Todo esto es resultado del trabajo y de la articulación sectorial, que representa ahorro, transparencia y capacidad de rendición de cuentas en el sector.

Con el propósito de **afiliar o reafiliar al SPSS a la población sin seguridad social, especialmente aquella que vive en condición de vulnerabilidad**, de septiembre de 2016 a junio de 2017 el padrón general del SPSS registró

53.3 millones de beneficiarios, en tanto que la afiliación del Programa SMS XXI fue de 5 millones de niñas y niños.

A junio de 2017, 61.6% de la población beneficiaria de IMSS-PROSPERA (7,651,037 personas) contaba con afiliación al SPSS, y entre septiembre de 2016 y junio de 2017 se brindaron 6,978,511 consultas a población que contaba con dicho seguro.

Con el fin de **otorgar los beneficios del SPSS a la población cubierta por el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades**, IMSS-PROSPERA dio cobertura a 1.9 millones de familias beneficiarias de dicho programa social, lo que representa 26.2% respecto a los 6.1 millones de familias registradas en todo el país. A través del componente de Salud se proporciona de manera gratuita el Paquete Básico Garantizado de Salud y la ampliación progresiva a las 27 intervenciones de Salud Pública del CAUSES, respecto de la cual en 2016 se registró un avance de 83.3% a nivel nacional; se promueve la mejor nutrición de la población beneficiaria, y se hace entrega de suplementos alimenticios para niños y niñas, así como para mujeres embarazadas y en periodo de lactancia. Además se fomenta y mejora el autocuidado de la salud, mediante la comunicación educativa en salud (Talleres Comunitarios).

Para otorgar los beneficios del SPSS a la población cubierta por el Programa PROSPERA, de septiembre de 2016 a junio de 2017 el total de personas beneficiarias de este programa afiliadas al SPSS pasó de 18.7 a 19.7 millones, lo que significó una variación de 5.3 por ciento.

Con el objeto de **ampliar gradualmente las intervenciones cubiertas por el SPSS**, en el periodo de septiembre de 2016 a marzo de 2017 se mantuvo el catálogo del CAUSES, por lo que la cobertura contempla 287 intervenciones, mientras que los medicamentos asociados a las mismas se incrementaron a 660 (2%).

Por su parte, en 2016 el FPPGC mantuvo la cartera de 61 intervenciones y a junio de 2017 se habían autorizado recursos por 8,253.7 millones de pesos, que amparaban la atención de 129,837 casos validados. En tanto, para esa misma fecha se habían autorizado 1,167.4 millones de pesos para la atención de 97,752 casos validados.

Por su parte, el FPGC mantiene la cartera de 61 intervenciones; a junio de 2017 se autorizaron recursos por

8,253.6 millones de pesos, que amparan la atención de 129,837 casos validados.

A fin de **preparar al sistema para que la persona usuaria seleccione a su prestador de servicios de salud** es importante avanzar en la integración del SNS a través de la coordinación de sus instituciones. En este renglón, se concluyó la actualización del Manual de Lineamientos Generales para el Intercambio de Servicios, el cual contiene los procesos de atención médica y herramientas de trabajo estandarizados para la operación del intercambio de servicios a nivel nacional.

El Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica continúa siendo una de las estrategias que hace posible el intercambio de servicios no planificado para mujeres embarazadas que presentan una emergencia obstétrica y que a su vez, garantiza la atención inicial a sus recién nacidos con la finalidad de facilitar el acceso oportuno a los servicios médicos de distintas Instituciones del Sector Salud, sin importar su derechohabencia o afiliación.

La DGCHRAE ha participado en conjunto con los hospitales para actualizar los datos de sus carteras de servicios a fin de integrarlas a los sistemas que permitan agilizar la referencia y contrarreferencia de pacientes. En el proyecto de análisis y desarrollo de indicadores de medicina de alta especialidad, su aplicación y análisis, así como de las herramientas informáticas necesarias, ha mantenido aportaciones constantes. Ha realizado el análisis y evaluación para la modificación en la revisión de los indicadores destinados a la rendición de cuentas y los ha integrado a los informes presentados. También capacitó al personal directivo y operativo con respecto a la metodología de marco lógico.

La cartera de servicios de este HRAEV se difunde de manera permanente para que toda la población conozca las especialidades con las que se cuenta. Asimismo, con el procedimiento de ingreso de pacientes el cual se encuentra publicado en la página web del hospital.

Con el propósito de garantizar a los afiliados del SPSS la efectiva prestación de los servicios médicos en cualquier entidad federativa, de septiembre de 2016 a junio de 2017 se registraron 33,510 casos interestatales con un importe de 198.5 millones de pesos. La Ciudad de México, Estado de México, Guanajuato, Jalisco, Puebla, Querétaro, Tabasco y Zacatecas son las entidades federativas que brindaron mayor número de atenciones médicas.

Entre las tareas destinadas a **impulsar la salud en las políticas públicas a través de la planeación intersec-**

torial el HRAEV cuenta con un Plan Anual de Trabajo en el que se plasman todas las metas y objetivos a cumplir. Dicho documento se encuentra alineado al PND y al PROSESA. Se han logrado buenos resultados en el desempeño con los recursos disponibles.

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 (se compone de cuatro objetivos, 13 estrategias, y 44 líneas de acción) 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 anuales de trabajo, con una perspectiva de redes integradas de servicios en las regiones en las que se ubican, dando seguimiento al desempeño y cumplimiento de las metas establecidas. Además de participar en las reuniones directivas generales de la CCINSHAE, se realizaron las reuniones de directivos de los HRAE, en las que se comparten mejores prácticas y se analizan temáticas específicas que afectan la operación de los hospitales.

En abril de 2017, el titular de la Secretaría de Salud, el rector de la UNAM y el director general del CONACYT firmaron una carta de intención para conformar el Consorcio Nacional de Investigación en Medicina Traslacional e Innovación (MTI) que facilitará la transición de la investigación básica en aplicaciones clínicas que redunden en beneficio de la salud de los mexicanos. El Consorcio MTI, a través de la CCINSHAE, permitirá el desarrollo de proyectos de investigación para la salud realizados por científicos nacionales de los 13 Institutos Nacionales de Salud.

La Dirección General Adjunta para la Coordinación de los Sistemas Estatales de Salud diariamente recaba las noticias relevantes en materia de salud en el país. Se dio seguimiento a la actividad de los Congresos Locales para ubicar las iniciativas de Ley en materia de salud, y se mantuvo actualizada la base de datos de los principales actores involucrados en los Sistemas Estatales de Salud.

Estrategia 6.2

Fortalecer la regulación en materia de salubridad general

Para establecer los mecanismos para el manejo más eficiente de riesgos sanitarios, durante 2016 el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario incluyó en su programa 29 temas, uno

de los cuales para ser cancelado (PROYNOM-250). El estatus de los 28 temas restantes del programa al 16 de diciembre de 2016 se resume en el cuadro 1, donde se puede observar que aunque 10 temas, aproximadamente 36% fueron concluidos solo cinco han sido publicados como NOM definitivas en el DOF. Asimismo, se concluyeron como proyectos ocho temas, es decir, para 64% de los temas incluidos en el programa de normalización 2016 se dio cumplimiento a las etapas que son responsabilidad de las áreas técnicas.

Con la finalidad de apoyar al fortalecimiento del marco legal del SNS, la Secretaría de Salud realizó análisis técnicos sobre diversos documentos normativos, así como acerca de varias iniciativas de reformas discutidas en el Congreso de la Unión. Lo anterior, como parte de las acciones que buscan **actualizar el sustento jurídico para avanzar en el Sistema Nacional de Salud Universal**.

Se realiza de manera anual la evaluación al personal de mandos superiores y medios, y la información es emitida al CRAE. Asimismo, se evalúa de manera mensual al personal operativo mediante la cual el jefe inmediato evalúa su productividad. Adicionalmente se realiza la Cédula de Evaluación Anual (desempeño), herramienta que permite determinar la recompensa civil y los estímulos anuales.

En el HRAEV se realizan evaluaciones mensuales a personal operativo de manera permanente y durante todo el año.

Por otra parte en el CRAE a través del sistema implementado por la SFP se realiza la evaluación anual del desempeño del personal de mandos superiores y medios, de igual forma se continúa 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 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. Ha participado también en la integración de los documentos de rendición de cuentas, de comités y de Juntas de Gobierno.

El Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, al que pertenece el CNTS, aprobó por unanimidad la emisión a consulta pública el 2 de marzo de 2017, del Anteproyecto de PROY-NOM-260-SSA1-2017, Para la disposición de células troncales y progenitoras con fines terapéuticos y de investigación. Se continuará con el proceso correspondiente para su publicación en el DOF.

La NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, actualmente se encuentra en proceso de revisión para su actualización.

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.

La CONADIC lleva a cabo el proceso de actualización de la NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, mediante la revisión y análisis de contenidos de acuerdo al marco normativo y regulatorio vigente y a las exigencias actuales en el campo de la prevención, tratamiento y control del consumo de sustancias en nuestro país. Dichas actualizaciones se realizaron con la participación de instituciones públicas, privadas y de la sociedad civil, así como de los comisionados estatales contra las adicciones para fortalecer la visión integral.

Por otro lado, se trabajó una propuesta de medidas sobre los impuestos al tabaco para México, la cual resultó del taller sobre impuestos al tabaco que se organizó en colaboración con la OPS, en el cual participaron representantes de COFEPRIS, SE, SAT, SHCP, OPS y la DGRI.

Se realizó el taller Metodología para la Estimación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco en México en coordinación con la OPS y en el que participaron representantes de diversas instituciones (COFEPRIS, SE, SAT, SHCP, OPS, DGR, INSP), quienes se comprometieron a integrar la información para que el INSP pueda desarrollar el estudio al respecto.

También se trabajó con la Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal en la elaboración de los Lineamientos del Artículo 5.3 del CMCT-OMS, dando cumplimiento a lo que se establece ahí sobre la interacción de las dependencias gubernamentales con la industria tabacalera.

Para dar cumplimiento a la línea de acción destinada a **actualizar el marco legal para establecer una planeación interinstitucional única** el 6 de marzo de 2017 se publicó en el DOF el Acuerdo por el que se dan a conocer los modelos de formatos de certificados de defunción y de muerte fetal aprobados por la Secretaría de Salud, el cual tiene por objeto modificar y actualizar las variables a utilizarse en los certificados de defunción y muerte fetal, a fin de fortalecer la calidad de la información en salud que se genera con los mismos y que sirve en la toma de decisiones.

Con la finalidad de establecer una unidad administrativa que regule y verifique la calidad de los establecimientos de salud se realizan reportes trimestrales que se presentan a los grupos directivos y cuerpos colegiados sobre los resultados obtenidos de los indicadores presupuestarios (MIR) para dar seguimiento al desempeño de los HRAE, lo que ha permitido mejorar la planeación y el proceso de cumplimiento de metas anuales.

Se autorizaron por parte del Comité de Mejora Regulatoria Interna de la Secretaría de Salud (COMERI) los Lineamientos de Monitoreo y Evaluación del Desempeño Institucional, mismos que fueron integrados con los responsables de las área generadoras de información, en el cuál se establece el tratamiento de la información, proyección de metas, evaluación, implementación de estrategias entre otros puntos relacionados con la información hospitalaria. Para llevar a cabo la evaluación de los indicadores que integran la Matriz de Indicadores de Resultados se llevaron a cabo reuniones trimestrales para analizar los resultados de los indicadores, a través de un grupo de trabajo multidisciplinario, mismo que tomaba acuerdos e implementaba acciones de mejora.

En el HRAEV se llevan a cabo reuniones de planeación de metas y objetivos con todos los responsables del cumplimiento de los indicadores presupuestarios, así como retroalimentación mensual para monitoreo y ajuste o toma de decisiones con respecto del cumplimiento de los indicadores de los tres programas presupuestarios.

La DGCHRAE, ha realizado como parte de las acciones de rectoría, la revisión 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.

En colaboración con las entidades coordinadas se han creado nuevos indicadores que permitirán mostrar las acciones de alta especialidad en los diferentes órganos colegiados. Se trabajó con la DGCINS y entidades coordinadas en elaboración de los indicadores de enseñanza en medicina de alta especialidad, que se aplicarán en los diversos informes.

En la tarea de actualizar la regulación de las Instituciones de Seguros Especializados en Salud, los trámites de las Instituciones de Seguros Autorizadas para Operar el Ramo de Salud se incorporaron a la Estrategia Digital Nacional para la implementación de la Ventanilla Única Nacional, coordinada por la Secretaría de la Función Pública.

Se recibieron 27 informes cuatrimestrales de contralores médicos, a los que se les realizaron las observaciones res-

pectivas y se llevó a cabo el seguimiento para su atención a fin de que la información proporcionada permita efectuar una evaluación con mayor precisión de los servicios otorgados por las Aseguradoras. Asimismo se llevaron a cabo seis reuniones de trabajo con Contralores Médicos para la revisión y análisis de las actividades que llevan a cabo en las Instituciones de Seguros.

Durante 2016 se llevaron a cabo visitas de supervisión a las 9 Instituciones de Seguros autorizadas para operar el Ramo de Salud con las que se cuenta y se emitieron los dictámenes anuales correspondientes para continuar con su funcionamiento.

Para impulsar el propósito de **fortalecer la vinculación con las entidades federativas para el seguimiento de las políticas públicas y programas nacionales de salud**, del 1 de septiembre de 2016 al 31 de agosto de 2017 el STCONASA organizó y coordinó tres reuniones nacionales ordinarias del Consejo Nacional de Salud en los estados de Querétaro, San Luis Potosí y Sonora.

Durante el desarrollo de esas reuniones, las cuales fueron presididas por el titular de la Secretaría de Salud, estuvieron presentes todas las estructuras que conforman el sector: los directores generales del IMSS y el ISSSTE; representantes de SEDENA, SEMAR, PEMEX, Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas y SNDIF, el presidente en turno de la Red de Municipios por la Salud y los secretarios de Salud de las 32 entidades federativas. Junto a las estructuras públicas hubo presencia de la sociedad y de un organismo internacional a través del presidente de la Cruz Roja Mexicana y de la representante de la OPS/OMS en México.

En reuniones de esta naturaleza se da la oportunidad de que los integrantes del Consejo Nacional de Salud manifiesten las necesidades y problemas de la colectividad, que aborden aquellos asuntos y temas que son frecuentes y conocidos en las entidades y que pueden representar una amenaza para la salud de la población, como lo son aquellos que resultan de nuevas condiciones.

Esta responsabilidad obliga a integrar agendas completas para cada reunión con temas que transiten alrededor de las estrategias, problemática y resolución de acciones tendientes al cumplimiento de los objetivos de los programas de salud. Por ejemplo, los que tienen que ver con el sobrepeso, la obesidad y la diabetes como uno de los grandes problemas que afectan la salud de la población mexicana. También se abordan asuntos como las ventajitas de la compra consolidada de medicamentos para fortalecer la confianza de las instituciones; el Desarrollo Infantil Temprano y las experiencias que se han generado

hasta la actualidad; la revisión de las medidas destinadas a cubrir las necesidades de atención de los migrantes mexicanos por su repatriación; el incremento en la atención de pacientes con cáncer en las diferentes etapas de vida, entre otros.

De este trabajo colegiado se derivan acuerdos de aplicación nacional, como son:

- Atención del embarazo en niñas y adolescentes: se garantiza el acceso y la calidad de los servicios de planificación familiar y anticoncepción a mujeres en edad fértil con alto riesgo obstétrico, particularmente entre quienes tienen alguna enfermedad crónica (diabetes mellitus, hipertensión arterial o cardiopatía, neoplasias, inmunológicas y genéticas), lo anterior a fin de impactar en la reducción de la mortalidad materna por causas indirectas, mediante la prevención de embarazos de alto riesgo.
- Dentro del mismo tema se tiene este otro acuerdo que complementa al anterior: Se fortalecerán los servicios durante los meses de noviembre, diciembre y enero, principalmente en el periodo vacacional; asegurando los insumos estratégicos para la atención obstétrica y la adecuada operación de las redes de referencia y contrarreferencia.
- Implementación del 9-1-1 a Nivel Nacional y Centros Reguladores de Urgencias Médicas. Para dar cumplimiento a la instrucción Presidencial IP-452, las entidades federativas establecerán los CRUM que se requieran, dependientes de las áreas de atención médica, separando las actividades de prevención de accidentes y la atención prehospitalaria cuando sea el caso.
- Código de Seguridad en Hospitales: Se implementarán los códigos de colores e imágenes para la seguridad hospitalaria a nivel nacional.
- Educación y Capacitación de Recursos Humanos a Distancia: Se llevará a cabo la difusión permanente de la plataforma EDUCADS y se fomentará la capacitación y actualización del personal de salud que labora en las entidades federativas, sin importar su pertenencia institucional.
- Consolidación del Subsistema Nacional de Donación y Trasplantes: Se homologarán los esfuerzos en materia de promoción y difusión para la donación de órganos y realización de trasplantes.
- Situación actual de los Almacenes en las Entidades Federativas: Se establecerá un Programa permanente

de Revisión de Condiciones Sanitarias en almacenes, Farmacias y establecimientos Públicos en los que se gestionen insumos para la salud.

CUADRO III.6.1 REUNIONES ORDINARIAS DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD

Número de reunión	Sede	Fecha	Acuerdos asumidos
XV	Querétaro	3 y 4 de noviembre de 2016	7
XVI	San Luis Potosí	2 y 3 de marzo de 2017	8
XVII	Sonora	22 y 23 de junio de 2017	7

FUENTE: Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salubridad.

El STCONASA, en el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 31 de agosto de 2017, también participó en 145 reuniones de órganos de gobierno de los organismos públicos descentralizados de los SESA, 102 de carácter ordinario y 43 extraordinario; en 29 reuniones ordinarias de Junta de Gobierno de HRAE, 26 de carácter ordinario y tres extraordinario; en 34 reuniones de Consejos Estatales de Salud, 31 de carácter ordinaria y tres extraordinario; en ocho reuniones del Régimen Estatal de Protección Social en Salud; en 21 reuniones del Programa Hospital Seguro; en dos reuniones del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades y en 18 reuniones de diversas comisiones que son asignadas a ese Secretariado Técnico.

Para **fortalecer los mecanismos para integrar la información del Sistema Nacional de Salud al Sistema Nacional de Información en Salud**, en enero de 2013 entraron en vigor la Norma Oficial Mexicana NOM-035-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.

La primera tiene por objeto establecer los criterios y procedimientos que se deben seguir para producir, captar, integrar, procesar, sistematizar, evaluar y divulgar la información en salud.

En ese sentido, dicha norma prevé que la Secretaría de Salud de acuerdo a las disposiciones jurídicas aplicables, es el órgano normativo y rector del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) y del SINBA y, dentro sus atribuciones, tiene la facultad de fungir como el concentrador de toda la información que agrupan y difunden dichos Sistemas.

La coordinación de dichas funciones se ejerce por conducto de la DGIS y para la información de vigilancia epidemiológica, por conducto de la Dirección General de Epidemiología, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, impulsando la coordinación de los integrantes del SNS.

Derivado de lo anterior, actualmente la DGIS se encuentra en proceso de integración de la información correspondiente al año 2016 de los siguientes componentes que integran el SINAI: a) Población y cobertura; b) Recursos para la salud; c) Servicios para la salud; d) Nacimientos y e) Daños a la salud.

Asimismo, la DGIS tiene a su cargo la coordinación de los grupos institucionales: Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud (CTESS) y el Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades (CEMECE), ambos conformados por diversas instituciones del SNS y de otros sectores, con el objeto de promover la coordinación sectorial en materia 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

Para contribuir a **desarrollar un sistema nacional de evaluación en salud**, la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED) participó en el Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud, donde a lo largo de 2016 y el primer semestre de 2017 se ha trabajado en temas relacionados con la configuración del Plan de Trabajo para la Guía de Intercambio de información sobre pacientes pediátricos con cáncer. Asimismo, se ha trabajado sobre el cálculo oficial homogéneo para las tasas de mortalidad institucional, según afiliación y ocurrencia, mismo que en virtud de la disponibilidad de la información aplicará a partir de 2013 para afiliación y 2015 para ocurrencia.

Un tema crucial han sido los trabajos relacionados con el subsistema epidemiológico y estadístico de defunciones (SEED). De acuerdo con la NOM-035-SSA3-2012 se establece que la integración de la información de los certificados de defunción y de muerte fetal en su versión impresa y/o electrónica se deberá realizar en el SEED, de conformidad con los términos, procedimientos y protocolos establecidos por la Secretaría a través de la DGIS.

Los SESA y las demás instituciones del SNS, serán responsables de integrar oportunamente la información de todos los Certificados de Defunción y de Muerte Fetal expedidos bajo su jurisdicción en el SEED, así como de vigilar y asegurar la calidad de dicha información.

En la misma línea, la DGED también participó activamente en las reuniones mensuales del CEMECE, donde dio seguimiento a diversos temas, como la utilización de la lista GBD (Global Burden of Disease, carga mundial de morbilidad) y la lista mexicana para la presentación de Información en Salud, la implementación del SINBA y la actualización de los lineamientos para la presentación de mortalidad materna, por mencionar algunos temas relevantes para el trabajo técnico que lleva a cabo la DGED. De igual forma, se han llegado a acuerdos importantes como el compromiso de trabajo conjunto entre la DGIS y el INEGI para realizar la actualización sobre el código E23.0 para causas de mortalidad materna.

La DGCHRAE, participa con las demás áreas técnicas de la CCINSHAE en el diseño de indicadores para evaluar el desempeño institucional pero también la generación de indicadores para la medicina de alta especialidad que se lleva a cabo en las entidades coordinadas. Esto ha modificado la rendición de cuentas a los órganos de gobierno y en otros cuerpos colegiados, pues ha enfatizado las características particulares de este tipo de práctica médica.

En las unidades ha habido experiencias diversas, como la que se ha establecido en el CRAE como parte de la evaluación permanente. En el HRAECS la evaluación se realiza de manera anual al personal de mandos superiores y medios, y de manera mensual al personal operativo, cuya productividad es evaluada por su jefe inmediato. Adicionalmente se realiza la Cédula de Evaluación Anual (desempeño), herramienta que permite determinar la recompensa civil y los estímulos anuales.

Para establecer mecanismos de monitoreo y difusión de indicadores de calidad que permitan evaluar el desempeño de los servicios, se ha venido trabajando entre septiembre de 2016 a junio de 2017 en el marco del Proyecto de Mejora de la DGED ante la SFP, denominado "Implementación de un Modelo de Evaluación del Desempeño Hospitalario en el Sector Público de Salud". Los trabajos en este tema iniciaron en 2014 aunque formalmente el proyecto tiene vigencia de abril 2015 a marzo 2018. Actualmente está en fase III de seguimiento. En el segundo semestre de 2016 se estimaron 10 indicadores sectoriales por entidad federativa y por instituciones de salud. Los resultados fueron incluidos en el Informe sobre la Salud de los mexicanos 2016.

- Porcentaje de ocupación hospitalaria
- Intervalo de sustitución
- Índice de rotación
- Duración media de la estancia hospitalaria
- Duración media de la estancia hospitalaria por diabetes mellitus
- Duración media de la estancia hospitalaria por hipertensión arterial
- Tasa de mortalidad intrahospitalaria
- Tasa de mortalidad intrahospitalaria por enfermedades cerebrovasculares
- Tasa de mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo al miocardio

Adicionalmente a partir de febrero de 2017 se está trabajando en la clasificación de hospitales y la estimación de las series históricas (2013-2015) de los indicadores antes mencionados a nivel sectorial.

También en materia hospitalaria, de septiembre de 2016 a junio de 2017 la DGED elaboró fichas informativas de varios hospitales. La ficha hospitalaria es un documento ejecutivo que proporciona información relevante de temas como infraestructura, recursos humanos, desempeño hospitalario, certificación, y diagnóstico de intercambio de servicios, entre otros datos. Se elaboraron fichas de los siguientes HRAE: HRAECS, Hospital de Especialidades Pediátricas, Chiapas; HRAEI; HRAEPY, Y así como del Hospital General 450, Durango. Para la elaboración de las fichas se ha realizado un proceso de sistematización de información y un consenso entre las siguientes unidades: DGCEs, DGPLADES, CENETEC y DGIS, respecto al contenido de la misma.

En cuanto a los avances para evaluar el desempeño de los servicios de atención primaria, desde 2016 la DGED participa en el Proyecto PCAT (Primary Care Assessment Tools), cuyo principal objetivo es la adaptación de un conjunto de cuestionarios que permite evaluar la funciones de las Unidades de Atención Primaria a la Salud (UAPS) en el primer nivel de los sistemas de salud, sobre la base del modelo teórico desarrollado por la Universidad de John Hopkins, con la ventaja de poder obtener información desde la perspectiva de los prestadores de servicios y los usuarios de los servicios de salud. En el caso de México el equipo del IMSS coordina el proyecto

desde 2014 y participan, la Secretaría de Salud, el ISSSTE y la Facultad de Medicina de la UNAM.

De septiembre de 2016 a junio de 2017, como parte de las actividades programada del proyecto PCAT en México, la DGED coordinó el levantamiento Piloto de las versiones preliminares del cuestionario de prestadores de servicios y de usuarios, tanto en UAPS urbanas como rurales de los SESA de Querétaro y Veracruz, el cual tuvo como objetivo probar la comprensión de los instrumentos. Los productos obtenidos fueron un informe de resultados de levantamiento con recomendaciones puntuales dirigidas a mejorar el planteamiento de las preguntas para asegurar su correcta comprensión de los reactivos, así como las bases de datos de los cuestionarios aplicados. Durante el primer trimestre de 2017 se revisó la propuesta que envió el IMSS sobre las preguntas susceptibles de adaptarse de los dos instrumentos del proyecto PCAT y se continúa trabajando en las versiones finales de los instrumentos, con la finalidad de que todo el sector salud contemos con dos instrumentos estandarizados para evaluar las UAPS desde la perspectiva de los usuarios y los prestadores de servicios.

En el contexto del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica, la DGED presentó, en la primera reunión de 2017 que se llevó a cabo en marzo, el Plan de Trabajo para este año, lo referente al Grupo de Trabajo Estratégico para la Evaluación de la Aplicación de las Guías de Práctica Clínica. En dicho plan de trabajo se establecieron dos metas: 1) Consolidar el Grupo de Trabajo Estratégico en Materia de Evaluación de las GPC a través de la realización de dos reuniones ordinarias. 2) Proponer el Plan de Monitoreo y Evaluación de la Estrategia de Implementación de GPC, una vez aprobado en el Grupo Trabajo Estratégico y autorizado por el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica el documento "Plan Estratégico Sectorial para la Difusión e Implementación de las Guías de Práctica Clínica" y considerando los avances en la ejecución de su implementación por parte de la DGCEs. Asimismo, la DGED participó en 11 reuniones periódicas de los Grupo de Trabajo Estratégicos, de septiembre de 2016 a junio de 2017, a través de los cuáles se emitió opinión sobre el proceso de desarrollo y actualización de GPC, y se brindó asesoría en la definición de indicadores de seguimiento, así como en aspectos metodológicos del documento "Plan Estratégico Sectorial para la Difusión e Implementación de las Guías de Práctica Clínica" que son la base para desarrollar la etapa de evaluación.

La DGCHRAE mantiene un programa permanente de revisión y de difusión de buenas prácticas y la colaboración entre los HRAE, modelo que se ha compartido con los INSALUD y HFR.

La colaboración ha favorecido los procesos de acreditación y las experiencias hacia la certificación, en la que se espera que el HRAEB se evalúe en el segundo semestre de 2017.

El cumplimiento de los indicadores del desempeño de los HRAE en sus actividades sustantivas (atención médica, enseñanza e investigación) se ha trabajado por la DG-CHRAE logrando tener mejoras en la planeación de los mismos. Los resultados de estos indicadores se difunden para conocimiento de la sociedad.

En coordinación con la DGCINS se desarrollaron los indicadores de medicina de alta especialidad para abordar de mejor manera el seguimiento de la atención médica que se otorga a la población.

Entre las tareas dirigidas a **optimizar los procesos para la rendición de cuentas de los programas y recursos públicos invertidos en la atención**, la Dirección General de Evaluación del Desempeño elaboró la edición 2016 del “Informe sobre la salud de los mexicanos. Diagnóstico general del Sistema Nacional de Salud”. Este documento es fruto de un esfuerzo de la Secretaría de Salud para analizar los recursos humanos, físicos y financieros con los que cuenta el SNS en México.

El informe fue elaborado con el propósito de que se convierta en un instrumento que aporte elementos para analizar las fortalezas y debilidades del SNS. Para la construcción de este diagnóstico se acopió la mayor cantidad de información disponible y actualizada, por lo que se incluyeron datos de las principales instituciones públicas de salud, así como de las unidades médicas privadas que cuentan con área de hospitalización. En su mayoría, los datos fueron obtenidos de las bases que genera la DGIS, además de otras fuentes como el INEGI, la ANUIES, el Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica, A. C., el Consejo Mexicano para la Acreditación de Enfermería, A. C., entre otras.

Es importante subrayar que el “Informe sobre la salud de los mexicanos 2016” constituye una herramienta para los tomadores de decisiones, académicos y expertos en la salud de los sectores tanto público como privado. Fue preparado con el propósito de que su contenido sirva de acicate y punto de partida en el diseño, mejoramiento e implementación de políticas públicas que abonen al mejoramiento del sistema de salud mexicano.

En línea con la responsabilidad del Ejecutivo Federal de presentar un informe en el que se manifieste el estado general que guarda la administración pública del país, la DGED pone de manifiesto su atribución, pues es respon-

sable 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, Instituto Nacional de las Mujeres y la CDI.

Al respecto, en el segundo semestre de 2016 se realizó una encuesta electrónica con las áreas aportantes en busca de mejorar las estrategias de integración del Informe de Gobierno y las principales recomendaciones giraron en relación a mantener la reunión informativa, así como enviar información de apoyo del informe escrito y anexo estadístico, adicional a los lineamientos que la SCHP envía cada año. En 2017 la reunión informativa para la integración del 5° Informe de Gobierno fue el 7 de abril, los trabajos de integración se iniciaron formalmente el 2 de junio, se envió información de apoyo para agilizar la integración el 21 de junio, se entregó la aportación inicial y se finalizaría en agosto.

En cuanto los programas que reciben recursos federales, la DGED desde la puesta en marcha del SPSS ha venido coordinando evaluaciones específicas de diversos temas desde su diseño hasta su impacto. A más de ocho años de la última evaluación coordinada por la DGED, con la que se buscó conocer los efectos del Seguro Popular, y a 14 años de operación, la DGED coordina la realización del estudio “Análisis de fuentes secundarias para determinar su viabilidad para su uso en una evaluación integral del Sistema de Protección Social en Salud”. El objetivo general del estudio es realizar un análisis descriptivo de fuentes secundarias que permita identificar cambios en el gasto en salud (bolsillo y catastrófico), acceso y uso de los servicios de salud y estado de salud, así como su relación con características sociodemográficas y económicas por condición de aseguramiento (afiliados al Seguro Popular, seguridad social, privados y no afiliados a ninguna institución) de la población mexicana, en el periodo comprendido antes de la puesta en marcha del Seguro Popular y durante su vigencia.

Dicho análisis se realizará a partir de la exploración de los resultados de encuestas representativas de la población mexicana a nivel nacional, que cuentan con información prospectiva a nivel individual y de hogares, con datos recopilados antes de la puesta en marcha del Seguro Popular y durante su vigencia. Las fuentes de información que se usarán son la Encuesta Nacional sobre Niveles de Vida de los Hogares 2002, 2005 y 2009, y la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México 2001, 2003, 2012 y 2015. Con este análisis se explorará la viabilidad de emplear estas encuestas en la evaluación

del SPSS. El estudio inició el 18 de abril y para concluir el 7 de julio de 2017; sus resultados permitirán determinar la factibilidad de medir los efectos del Seguro Popular en el gasto de bolsillo y catastrófico, el acceso efectivo y el estado de salud de la población afiliada al Seguro Popular.

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 2016, publicado por el 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 2016 y 2017.

De acuerdo al Mecanismo para el seguimiento a los Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM) emitido en 2011 por CONEVAL, SHCP y SFP, el registro de los nuevos ASM se realizó en abril de 2017, por lo que la Dirección General de Evaluación del Desempeño gestionó reuniones con los encargados de los programas presupuestarios que fueron sujetos a evaluación en el PAE 2016 a fin de determinar las recomendaciones viables de incorporarse como mejoras, de esta manera se registraron 57 ASM determinados como específicos que son aquellos cuya solución corresponde a las unidades responsables y 5 Institucionales que son aquellos que para su solución se deberá contar con la participación de más de una dependencia de la Secretaría.

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 1 de junio de 2016 al 30 de agosto de 2017, fueron: SMS XXI (S201), Calidad de la aten-

ción médica (S202), Seguro Popular (U005), Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes (U008) y Vigilancia epidemiológica (U009), en julio de 2017.

Para dar seguimiento a las actividades del Programa Anual de Evaluación 2017, y derivado de la nueva estructura programática en 2017, se encomendaron 10 evaluaciones sobre la consistencia y los resultados de los siguientes programas presupuestarios: Programa de Atención a Personas con Discapacidad (S039), Fortalecimiento a la Atención Médica (S200), SMS 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), Seguro Popular (U005), Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes (U008), Vigilancia Epidemiológica (U009) y Fortalecimiento de los Servicios Estatales de Salud (U012). Estas evaluaciones se entregaron a más tardar el 29 de junio de 2018 a las diferentes instancias de coordinación. Adicionalmente se estableció una evaluación de procesos al programa denominado Prevención y Control de Enfermedades (P018); la cual se entregará a la instancia de coordinación a más tardar el 30 de noviembre. Todo lo anterior en coordinación con el CONEVAL y la Unidad de Evaluación del Desempeño de la SHCP.

En el mismo Programa Anual de Evaluación 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), SMS 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 Servicios Estatales de Salud (U012). Estas fichas de monitoreo y evaluación se entregan al Consejo Nacional de Evaluación del Desempeño para su revisión y aprobación para posteriormente hacerlas llegar la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados y la a SHCP a fin de apoyar el proceso de planeación del Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2017. El seguimiento a las anteriores evaluaciones a través de los ASM ocurrirá en abril de 2018.

En seguimiento a las actividades de coordinación con los responsables del FASSA de las 32 entidades federativas, se continúa con la asesoría de los enlaces en los SESA para el proceso de conceptualización, contratación y desarrollo de las evaluaciones. Se difundieron los TdR que emitieron la SHCP y el CONEVAL a finales del año pasado; asimismo, se han recibido peticiones para ser evaluados en este año 2017 y se tiene programado el diplomado de PBR 2017, que emite la SHCP en colaboración con la UNAM para las entidades que lo requirieron.

Con el fin de **incrementar el desarrollo de herramientas de evaluación para el diseño de políticas públicas**, la DGED continúa con el proceso de actualización del set de 57 indicadores de resultado. Dichos indicadores conforman una importante herramienta para la evaluación en salud que permite verificar cuantitativamente el nivel de logro alcanzado respecto a los objetivos intermedios y finales de los sistemas de salud a nivel nacional y estatal. Mediante esos indicadores se pueden medir las condiciones de salud (efectividad), disponibilidad y accesibilidad, calidad técnica e interpersonal, aceptabilidad, eficiencia, sustentabilidad y la capacidad de anticipación del Sistema Nacional de Salud.

Durante el segundo semestre de 2016, la Dirección General de Evaluación del Desempeño participó en el Comité Técnico Especializado en Información de Salud conformado por el Instituto Mexicano de la Juventud dentro del Subsistema Demográfico y Social, en el que se abordaron propuestas como la elaboración de cuatro indicadores clave que permitieran monitorear el estado que guardan los jóvenes en el ámbito social y demográfico.

El grupo de trabajo del Subsistema Demográfico y Social impulsó dicho proyecto para así someter durante el segundo semestre de 2016 a la consideración de la Junta de Gobierno del INEGI la propuesta de que sean adicionados al Catálogo Nacional de Indicadores los siguientes indicadores clave: a) porcentaje de población de 15 a 29 años que dejó de asistir a la escuela para formar una familia, en relación con la población de 15 a 29 años que dejó de asistir a la escuela; b) mediana del ingreso mensual real de la población de 15 a 29 años ocupada; c) población de 12 a 29 años con carencia por acceso a la seguridad social, y d) tasa de informalidad laboral de la población de 15 a 29 años.

Aunado a lo anterior, dicho comité trabajó en la actualización de los Indicadores clave de la población joven que pertenecen al Catálogo Nacional de Indicadores. Para ello se contó con el apoyo del INEGI y el CONEVAL,

lo que permitió actualizar los valores de los indicadores clave propuestos por el Comité.

Con el propósito de **fomentar el uso de herramientas de evaluación en el diseño de políticas públicas**, entre marzo y julio de 2017, la DGED dio seguimiento puntual a la actualización de los avances obtenidos en los 16 indicadores del PROSESA. Un elemento a destacar en dicha actualización es que, a un año de culminar la presente administración, las áreas responsables de los indicadores se dieron a la tarea de examinar la tendencia que los mismos han mostrado en los últimos años y subrayar los avances con miras a 2018. Dicha tarea ha abonado a mejorar la medición realizada, incluso actualizando las cifras de indicadores que, por la naturaleza del objeto de estudio, son susceptibles a mejorarse en retrospectiva. Tal es el caso del indicador 1.3 “Porcentaje de cambio entre el año base y el año de registro de casos nuevos confirmados de VIH por transmisión vertical”, a cargo de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, en el cual por la historia natural de la enfermedad y al retraso en la notificación de casos, se han registrado casos diagnosticados en años anteriores que no fueron reportados a la Dirección General de Epidemiología en su momento.

Otro caso a destacar es el cambio en la metodología de medición del indicador 5.1 “Porcentaje de gasto público en salud destinado a la provisión de atención médica y salud pública extramuros”, desarrollado a partir del mes de diciembre de 2015, donde el Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud acordó la conformación del “Grupo de Trabajo Técnico Especializado en Gasto en Salud”, integrado por personal de la Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, PEMEX e IMSS-PROSPERA, apoyado por especialistas de Cuentas de Salud de la OCDE.

La tarea principal del grupo técnico fue realizar una re-clasificación del gasto al máximo nivel de desagregación en todas las instituciones y para la junio de 2017, se han registrado los nuevos valores correspondientes a 2014 y 2015, además de a estimación a 2016.

Bajo esta línea, la actualización de los indicadores del PROSESA 2013-2018 incluyó la elaboración de una nota explicativa en lenguaje ciudadano para facilitar la comprensión de estos indicadores, así como su evolución.¹⁷

Para abonar a ésta línea de acción, la DGED integró informe de ejecución, que se elabora para dar cumpli-

¹⁷ La información puede consultarse en: <<https://www.gob.mx/salud/documentos/seguimiento-de-metas-del-prosesa-2013-2018?state=published>>.

miento con lo establecido en el artículo 6o. de la Ley de Planeación. Dicho Informe dio cuenta de las acciones realizadas y de los resultados obtenidos por el Gobierno Federal durante 2016, así como de los principales logros de los primeros cuatro años de la administración. Las acciones, resultados y logros se presentan con base en las tres Estrategias Transversales y las Cinco Metas Nacionales establecidas en el Plan.^{2/}

En esa misma línea, la DGED integró entre enero y marzo de 2017 el Informe de Logros 2016. Dicho informe reporta los avances en las acciones realizadas con la finalidad de alcanzar las metas establecidas en el PRO-SESA 2013-2018 y destaca las principales acciones llevadas a cabo en cada uno de los seis objetivos del programa sectorial.^{3/}

México, como país miembro de la OCDE, participa en el grupo de expertos sobre indicadores de calidad denominado Health Care Quality Indicators, cuyo objetivo es medir y monitorear la calidad de los servicios de salud desde la atención primaria hasta los servicios de alta especialidad. En marzo se realizó el reporte de nueve indicadores, cuyos resultados serán integrados en el informe denominado "Health at a Glance 2017" que publicará la OCDE en el cuarto trimestre de 2017 con la información disponible de sus países miembros.

De noviembre 2016 a marzo de 2017 la DGED estimó nueve indicadores con datos del año 2014 y 2015. Ocho indicadores son sectoriales. Tres de ellos pertenecen al grupo de indicadores de cuidado agudo donde se reportan las tasas de mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo al miocardio, evento cerebrovascular de tipo hemorrágico e isquémico. Sobre el grupo de indicadores de admisiones evitables se reportó la tasa de hospitalizaciones evitables por asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, falla cardíaca congestiva, hipertensión y diabetes; adicionalmente, en este año se estimó el indicador de tasa de hospitalizaciones evitables por amputación de extremidades inferiores por diabetes, con datos para la Secretaría de Salud únicamente, ya que no se dispone de la información suficiente para el resto de las instituciones del sector. Con la estimación de este último indicador se aportan más elementos sobre la magnitud de los efectos de la alta prevalencia de diabetes en la población mexicana y con ello se logra tener otro indicador estandarizado que será posible cal-

cular a nivel estatal para dar seguimiento y monitorear la atención de este padecimiento.

En cuanto al Proyecto de Cooperación Bilateral México-Uruguay ECHO Cuidados Paliativos, que coordina la DGCES, en febrero de 2017 la DGED fue convocada a colaborar para definir y coordinar la evaluación de la implementación del proyecto en México. Este proyecto consiste en la realización de sesiones clínicas de expertos, que son transmitidas mediante teleconferencia interactiva a especialistas en puntos de conexión específicos.

Derivado de lo anterior, la DGED participó en el taller impartido por la delegación de Uruguay y coordinado por la DGCES sobre el funcionamiento de la plataforma y la estrategia de evaluación que diseñaron. A partir de este acercamiento y la disponibilidad de información sobre el proyecto, la DGED ha desarrollado dos propuestas de cédulas de evaluación, las cuales son una adaptación de los instrumentos que actualmente se aplican en Uruguay para evaluar la calidad de cada sesión ECHO que se lleva a cabo, y otra dirigida a evaluar las habilidades y competencias adquiridas a partir de la participación en las sesiones ECHO. Las cédulas propuestas serán sometidas a comentarios y se realizará una prueba para identificar la comprensión de las preguntas. Se seguirá colaborando para definir el resto de los componentes de la evaluación de este proyecto durante el segundo semestre de 2017.

En el HRAEB se diseñó un cuadro de mando el cual permitirá la evaluación de los alcances en metas y el seguimiento al presupuesto a través del análisis del gasto por programa presupuestal. Se diseñó la herramienta para su implementación en el año 2017.

Se llevan a cabo reuniones de planeación de metas y objetivos con todos los responsables del cumplimiento de los indicadores presupuestarios, así como retroalimentación mensual para monitoreo y ajuste o toma de decisiones con respecto del cumplimiento de los indicadores de los tres programas presupuestarios. Se encuentran en revisión dos auditorías clínicas con sus responsables.

La DGCHRAE actualmente dentro de sus acciones de rectoría trabaja en la modificación de los indicadores de evaluación del desempeño y de matriz de indicadores para resultados de 2018, 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. En colaboración con la DGCINS se han implementado las auditorías clínicas en todos los HRAE y se presentaron los resultados en octubre de 2016 en la

^{2/} El informe puede consultarse en: <<https://www.gob.mx/shcp/documentos/cuarto-informe-de-ejecucion-del-plan-nacional-de-desarrollo-2013-2018>>.

^{3/} El documento se puede consultar en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/198084/SS_Logros_2016.pdf>.

Primera Reunión Institucional de Auditoría Clínica, celebrada en León Guanajuato.

El HRAEB y la DGCHRAE en colaboración organizaron el Segundo Congreso Nacional de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad, en el que se abordaron la cardiología intervencionista, epilepsia y los nuevos abordajes terapéuticos, cáncer, entre otros. Los siete hospitales fueron los actores principales al presentar sus avances en estas importantes temáticas.

Como parte de las actividades orientadas a **desarrollar indicadores de productividad de uso de los recursos**, la DGED participó en el diseño y revisión de indicadores en materia de recursos humanos en salud, en el seno del Comité de Estudio de Necesidades de Formación de Recursos Humanos en Salud (CENFRHS). Dichas actividades también incluyeron la revisión integral de los indicadores que se proponen en el documento Dimensiones y Criterios para la Medición de Indicadores en Materia de Detección de Necesidades de Recursos Humanos para la Salud, para los trabajos que se coordinan al interior del mismo.

En las reuniones de dicho comité durante 2017, se realizaron diversas recomendaciones metodológicas para el diseño y cálculo de los indicadores propuestos de diferentes dimensiones.

Con el objetivo de dar seguimiento a los indicadores del PROSESA 2013-2018 la Secretaría de Salud actualizó el indicador “tasa de hospitalización por diabetes no controlada con complicaciones de corto plazo” tanto a nivel nacional como estatal para el año 2015. Los resultados de la actualización forman parte de la Información de Interés Nacional e Indicadores Clave que publica la propia Secretaría de Salud.

En el HRAEB se realizan reportes trimestrales sobre los resultados obtenidos de los indicadores presupuestarios.

Se utilizará el cuadro de mando en el ejercicio 2017, mismo que permitirá hacer un cruce entre el alcance de metas y el gasto trimestral por programa presupuestal.

En el HRAEV se lleva a cabo la implementación de indicadores de control interno para monitoreo de los procesos prioritarios.

La DGCHRAE evalúa el desempeño de los HRAE en cumplimiento de las acciones de rectoría en áreas como el control interno, cumplimiento normativo y de ejercicio presupuestario con la presentación de análisis trimestrales para apoyar la toma de decisiones estratégicas y directivas.

Estrategia 6.4

Integrar un sistema universal de información en salud

Con la finalidad de **consolidar el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, el comité de vigilancia epidemiológica funciona regulando las acciones** para la prevención y control de infecciones intrahospitalarias.

El HRAEV de manera permanente, lleva a cabo sesiones y capacitaciones en técnica de lavado de manos para la prevención de infecciones en esta Unidad por parte del área de Epidemiología.

Con respecto al compromiso de **fomentar la adopción y uso de sistemas de información de registro electrónico para la salud (SIREs)**, la DGIS coordina la elaboración de guías y formatos, las cuales tienen por objeto orientar a los prestadores de servicios de salud para lograr el intercambio de información. Hasta junio de 2017 la DGIS ha publicado 10 guías de intercambio correspondientes a los siguientes temas: Padrón General de Salud-Beneficiarios, Egresos, Nacimientos, Profesionales, Resumen clínico, OID, Seguridad, Defunciones, Fetales y crónicas y, de manera preliminar, Consulta externa. El propósito de estas guías es orientar a los prestadores de servicios de salud que cuentan con SIREs para que adquieran la capacidad de intercambiar información.

Para **instrumentar el Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud**, la DGIS en colaboración con los integrantes del SNS, a través del CTESS y del CEMECE se encuentra incorporando información al SINBA, la cual se referirá a la gestión de la unicidad de la persona y el uso eficiente de la capacidad instalada.

En relación con el CTESS, a junio de 2017 se realizaron tres reuniones ordinarias y una extraordinaria, con lo que se dio apoyo a la integración sectorial y se lograron consensos en materia de información en salud para la toma de decisiones.

Por otro lado, en el marco del CEMECE, hasta junio de 2017 la DGIS realizó seis reuniones ordinarias, en las que se dio seguimiento a los planes de trabajo establecidos, tales como:

- Revisión de las afecciones reportadas en el Subsistema de Información sobre Nacimientos para el codificador automatizado (capítulos XVI y XVII).

- Desarrollo del material de capacitación para actualización 2016 de la CIE-10.
- Desarrollo del diccionario maestro para los sistemas de codificación automatizados.
- Logística de la reunión anual de la familia de clasificaciones internacionales (WhoFic).

A fin de **implementar los mecanismos para incrementar la oportunidad, cobertura, integridad, validez, veracidad y consistencia de la información en salud**, durante 2016 y el primer semestre de 2017 se realizó el análisis de 4,346 cuestionarios de verificación, con la finalidad de asegurar la calidad en la información y detectar aquellos establecimientos de atención médica que no reportan información o no cumplen con la NOM-035-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.

En ese sentido, se enviaron oficios de solicitud de confirmación de información a las siguientes entidades federativas: Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Ciudad de México, Colima, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, Sinaloa, Sonora, Tlaxcala, Tabasco, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

Para **fortalecer los mecanismos de difusión de información en salud alineados a una estrategia de datos abiertos** la DGIS continúa con gestión de la publicación de datos abiertos en salud. Se han actualizado los siguientes grupos de datos abiertos: Egresos Hospitalarios de la Secretaría de Salud (2010-2015), Mortalidad Materna (2002-2014), Nacimientos Occurridos (2008-2015), Recursos en Salud (datos y mapa georreferenciado, 2013-2015), Lesiones (2010-2015), Urgencias (2008-2015), Cuentas en Salud (SICUENTAS, 2003-2015), los cuales se encuentran publicados en la página electrónica de la DGIS.^{4/}

Con el objetivo de **fortalecer los mecanismos específicos para integrar, usar y explotar la información para la toma de decisiones**, en octubre de 2016, la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos concluyó la sexta cohorte del diplomado “Líderes a través de las fronteras”, programa avanzado de desarrollo

de liderazgo, centrado en la capacidad de liderazgo binacional en salud pública y destinado a fortalecer la colaboración binacional en temas de interés mutuo y apoyar la constante capacitación de los profesionales de la salud de la región fronteriza México-Estados Unidos. De 2010 a 2016, 100 participantes concluyeron el programa para contribuir a mejorar la salud en la región. En abril de 2017 se llevó a cabo el curso “Liderazgo de alto nivel”, dirigido a los egresados con la finalidad de incrementar sus habilidades de comunicación para lograr mejores resultados durante los procesos de negociación.

Ante los nuevos retos para los sistemas de información, que deben convertirse en herramientas inteligentes capaces de dotar tanto a la población como a los decisores nacionales, regionales y locales de los insumos necesarios para la toma de decisiones. La DGIS asume este reto mediante la recopilación, procesamiento, análisis y difusión de la información relevante y oportuna que permita conocer y comprender adecuadamente las condiciones y características del sistema de salud en México.

De esta gestión de la información se desprende el desarrollo de la aplicación móvil Radar Cisalud, creada para facilitar el acceso a los servicios médicos y acercarlos a la población. Esta aplicación oficial del Gobierno de la República fue lanzada en noviembre de 2015 y permite la consulta de todos los hospitales, consultorios, laboratorios, bancos de sangre, farmacias y establecimientos de asistencia social a nivel nacional, de forma georreferenciada de las unidades médicas de la Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, Cruz Roja, DIF, SEDENA, SEMAR o PEMEX. Es una aplicación gratuita y disponible en cualquier plataforma de teléfonos inteligentes, que además de contener la información sobre establecimientos, permite filtrar la atención médica por servicio y equipamiento, a fin de mejorar la atención del ciudadano. Actualmente se tienen más de 24 mil descargas.

Con respecto al objetivo de alcanzar la meta de **consolidar un Padrón General de Salud de derechohabientes, beneficiarios, asegurados, afiliados, pacientes, profesionales de la salud y padrones sustantivos**, cabe señalar que 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 abril de 2017 se captaron 117,407,688 registros provenientes de las principales instituciones de salud públicas federales.

^{4/} <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/Datos_Abiertos_gobmx.html>.

En cuanto al Padrón de Profesionales, a diciembre de 2015 la DGIS recibió información de 871,340 registros de 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 labora el profesional, así como las jornadas y días laborales de los este.

Para **establecer las bases para la gestión de la identidad en salud a través de un Padrón General de Salud**, a partir del establecimiento del PGS, se gestaron las bases para lograr la identidad en salud del ciudadano y se encuentra integrado por todas aquellas personas afiliadas a los Servicios Públicos de Salud. Así, por primera vez en el país, se ha avanzado hacia la identificación única de la persona como columna vertebral para garantizar el intercambio de servicios y la continuidad de la atención médica.

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 respecto al propósito **de avanzar en las herramientas que permitan la portabilidad y convergencia de la información básica en materia de salud** y como parte de las acciones para instrumentar el SINBA, actualmente la DGIS trabaja la modernización paulatina de las aplicaciones tecnológicas del Sistema Nacional de Información en Salud que permitan la portabilidad y convergencia de la información básica en materia de salud.

En ese sentido, la DGIS realizó la actualización del Catálogo de Establecimientos en Salud (Clave Única de Establecimientos de Salud, CLUES) de 2016. En ese sentido, al cierre de diciembre de ese año, se registraron 23,487 establecimientos de salud en operación, de los cuales 21,441 son de consulta externa, 1,391 son hospitales y 655 son establecimientos de asistencia social.

Asimismo, se ha incrementado en 58.4% en la validación de la georreferencia de todos los hospitales del sector público y privado en operación con equipamiento asociado, lo cual 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 otro lado, se actualizó 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 tiene por objeto integrar 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.

Durante se llevaron a cabo actividades para la reingeniería de procesos y captación de información nominal en la versión 2017 del Subsistema de Prestación de Servicios (SIS). Los temas nominales son: Consulta Externa, Detecciones, Atenciones de Planificación Familiar, y Control y Seguimiento del Estado de Nutrición en Niñas y Niños, así como para el Embarazo, Puerperio y Lactancia.

En noviembre se llevó a cabo la Reunión Nacional de Información en Salud 2016, donde se dio a conocer a los líderes de planeación y estadística estatal, la nueva aplicación electrónica con los procesos y contenidos del Subsistema de Información en Prestación de Servicios (SIS) 2017, 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 2017 del SIS, acordándose la eliminación de meses estadísticos quedando como naturales.

En 2017, se inicia la operación paulatina del SINBA para el SIS basado en la gestión de la identidad del establecimiento de salud que otorga la atención de los prestadores de servicio y de los pacientes; con detalle de la atención brindada que da respuesta a los requerimientos de información de los distintos Programas de Salud.

Este proceso busca establecer las bases para la gestión de la identidad única en salud y la trazabilidad de la atención brindada, así como contar con Morbilidad de la Consulta Externa con base al diagnóstico que motivó la atención de la población.

Por otro lado, de acuerdo a la 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 2015 para la Secretaría de Salud. Con un total de 2,970,813 egresos hospitalarios, 1,633,836 intervenciones quirúrgicas, 10,918,860 urgencias médicas y 648,865 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

La presencia de la bioética es cada vez más evidente en las acciones que se llevan a cabo en el SNS.

Se continúa con las labores de registro y seguimiento a los Comités Hospitalarios de Bioética (CHB, órganos colegiados de consulta que analizan y ofrecen recomendaciones ante los dilemas bioéticos que se presentan en la atención médica), a través de ampliar el número de establecimientos de salud que cuentan con este tipo de Comité. Asimismo, se mantienen las acciones relativas al registro y el seguimiento de Comités de Ética en Investigación (CEI, órganos colegiados que evalúan protocolos de investigación para asegurar la protección de las personas que participan en la investigación desde una perspectiva ética y de respeto a los derechos humanos), con base en la nueva normatividad en la materia. Se continúa con el apoyo a la capacitación para integrantes de CHB y CEI, privilegiando para este efecto el uso de las tecnologías de la información.

De la misma forma, se siguen promoviendo la actividades de vinculación, académicas y de capacitación con organismos e instituciones nacionales e internacionales afines a la bioética, para consolidar esta disciplina entre diversos sectores de la sociedad. Por otro lado el número de solicitudes de información especializada en bioética atendidas por el Centro del Conocimiento Bioético ha aumentado.

Es así que las acciones emprendidas responden al cumplimiento de los planes establecidos y también a coadyuvan a la atención de temas coyunturales y prioritarios para el Sector Salud.

Entre las acciones para **fomentar el respeto a la dignidad, la autonomía y los derechos humanos en la prestación de servicios de salud** se cuentan las siguientes:

Del 4 de agosto al 10 de noviembre de 2016 se llevó a cabo el curso-taller “Dilemas bioéticos en la práctica clínica” orientado a fortalecer la función consultiva de los CHB. Este taller, que se realizó por segundo año consecutivo, muestra de un enfoque innovador en cuanto al fomento de la bioética se refiere. Su metodología de trabajo consiste en discutir los fundamentos teóricos del tema y analizar 10 casos clínicos a lo largo de 13 sesiones. En esta segunda edición contó con 128 parti-

cipantes virtuales y 23 presenciales (miembros de CHB, personal sanitario e integrantes de la red oncopaliativa), provenientes de 40 instituciones de salud de 18 entidades federativas.

Se destaca también el Simposio “Bioética y Cirugía” realizado el 21 de marzo de 2017 en la Academia Mexicana de Cirugía, en el que se examinaron los principales dilemas relacionados con esta práctica y la importancia de los CHB para su análisis.

Durante el periodo se continuó con la capacitación a integrantes de los 712 de los CHB registrados al 31 de diciembre de 2016, mediante la distribución de material audiovisual de capacitación.

Para **fomentar que la investigación atienda a criterios éticos, de pertinencia e integridad científica y protección de los derechos humanos** se llevaron a cabo actividades como las siguientes:

Al 31 de diciembre de 2016 se había distribuido de manera electrónica material de capacitación a los 80 CEI registrados conforme a la normatividad en vigor desde enero de dicho año.

En junio de 2017, la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA) firmó un convenio de colaboración con la COFEPRIS con la finalidad de fortalecer el ejercicio de las acciones en materia de control y vigilancia sanitaria de los Comités de Ética en Investigación, a través de un esquema de participación, colaboración, capacitación continua y comunicación directa, pronta y eficiente, en el ámbito respectivo de sus competencias, con la misión de fomentar la protección y respeto de los derechos humanos en la investigación, así como proteger a la población mexicana contra riesgos sanitarios.

A fin de **incorporar el enfoque bioético en el diseño, análisis y evaluación de las políticas públicas, y asignación de recursos**, en el marco del XXV Aniversario de la CONBIOÉTICA, el 16 de febrero de 2017 se publicó en el DOF el Decreto por el que se reforman diversas disposiciones de la creación de este órgano desconcentrado. Esta actualización genera congruencia entre el marco jurídico de la disciplina y las funciones que le asigna la Ley General de Salud y sus reglamentos –en materia de prestación de servicios de atención médica y de investigación para la salud–, además de hacer posible la transición hacia un órgano actualizado que cumpla de manera eficaz con los importantes retos que presenta la bioética.

En aras de incluir la perspectiva bioética como tema de relevancia nacional e impacto para diversos sectores de la

sociedad, en particular en lo relativo a los debates sobre la regulación del uso de la marihuana, el 7 de septiembre de 2016, se llevó a cabo el foro “Bioética y reducción del daño en el consumo de marihuana en adolescentes”. Asimismo, con el apoyo del Conacyt el 19 de junio de 2017 la CONBIOÉTICA publicó el libro “Bioética y salud pública en la regularización de la marihuana”, que recoge las reflexiones de expertos en el tema.

Otra línea de acción en esta estrategia es **consolidar a las comisiones nacional, estatales de bioética, y los comités hospitalarios de bioética y de ética en investigación.**

Para ampliar la cobertura de establecimientos con CHB, en el periodo que abarca este Informe la CONBIOÉTICA registró 120 comités. Asimismo, se brindaron 225 asesorías a establecimientos de atención médica para fomentar el registro de su respectivo comité.

Por otro lado, con el objeto de conocer el funcionamiento de los comités ya registrados y proponer mejoras en su operación, la Comisión efectuó el seguimiento a 502 CHB.

En relación con los CEI, se cuenta ya con 157 registrados en todo el país, en establecimientos de atención médica, instituciones de educación superior y terceros autorizados para estudios de bioequivalencia del ámbito público, social y privado. Asimismo se llevaron a cabo 95 asesorías tanto presenciales como vía electrónica y telefónica para atender dudas relacionadas con el proceso de registro de estos Comités.

Para contar con información sobre el funcionamiento de dichos comités, al 31 de diciembre de 2016 se había realizado el seguimiento a 40 CEI registrados. Aunado a lo anterior, a partir de 2017 y con base en las atribuciones conferidas por las reformas al Decreto de Creación de la CONBIOÉTICA, se implementó un programa de visitas de seguimiento en sitio a los CEI. A la fecha se han realizado 24 visitas, lo que ha permitido fortalecer los mecanismos de seguimiento para promover el adecuado funcionamiento de los CEI.

El 18 de octubre de 2016 se efectuó en la Ciudad de México la 11ª Reunión Nacional de Comisiones Estatales de Bioética; además se han realizado 55 reuniones en modalidad tanto presencial como virtual para promover su consolidación y desarrollo.

A fin de **promover la observancia de criterios de bioética internacionales acordes con el interés y las políticas de salud del país**, la CONBIOÉTICA participó en la 10ª Sesión ordinaria del Comité de Bioética del Consejo de

Europa. También formó parte del comité organizador para la celebración del 20 aniversario del Convenio de Oviedo.

El 24 de febrero de 2017 organizó el Seminario “La ética en la investigación: Un imperativo en la sociedad contemporánea”, que contó con ponentes nacionales y extranjeros, y en el cual analizó a los CEI desde una perspectiva global y su papel preponderante para la salvaguarda de los sujetos de investigación.

Con el propósito de **difundir la cultura bioética entre la sociedad, impulsar capacitación del personal y la formación de profesionales en la materia** la CONBIOÉTICA participó en nueve eventos de capacitación presencial realizados en el Estado de México, Chihuahua, la Ciudad de México, Puebla y Yucatán. Asimismo, se llevaron a cabo 12 actividades de capacitación presencial en la Ciudad de México, Tabasco, Hidalgo, Jalisco, Morelos y Yucatán.

La atención a usuarios físicos y virtuales de la biblioteca sumó un total de 1,671 solicitudes de información. Además, fueron transmitidas al personal de salud y público en general 33* videoconferencias con temáticas relevantes en bioética, mismas que están disponibles para su consulta en el portal electrónico de la CONBIOÉTICA.

Con el apoyo financiero del Conacyt se desarrolló la Red de Expertos en Bioética, como parte de las redes temáticas promovidas por dicha agencia.

Se destaca también la publicación de la “Gaceta CONBIOÉTICA” con temas de relevancia para la ciudadanía y personal de salud, como: “Bioética global”, “Educación en bioética”, “La nutriología y salud desde un enfoque bioético”, “Enfermería y bioética” e “Investigación biomédica con seres humanos, los comités de ética en investigación”.

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**, nuestro país propuso su candidatura como Estado miembro de la Junta Coordinadora Común del Programa Especial UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanza sobre Enfermedades Tropicales), y en agosto de 2016 se confirmó su elección como miembro de la referida Junta, por un periodo de cuatro años, a partir del 1 de enero de 2017.

Las contribuciones económicas a organismos internacionales representan un compromiso para México con el ámbito multilateral, lo cual además 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.

En noviembre de 2016, México cubrió la contribución a la OCDE. Las contribuciones a la OMS y al CMCT-OMS, correspondientes a 2016 se pagaron durante el primer trimestre de 2017. En abril de 2017 se cubrió parte de la aportación total de México a la OPS referente al ejercicio 2017.

Dada la relevancia de México en la agenda de salud internacional, se le ha solicitado ser sede de la próxima reunión anual de la Red Mundial de Centros Colaboradores para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS en 2017, la cual tendrá lugar del 16 al 21 de octubre en la Ciudad de México.

El 8 de abril de 2016, en la Ciudad de México se reunieron el Secretario de Turismo, y el titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social con diversos actores de la industria privada para tratar asuntos de turismo médico y generar una estrategia conjunta para continuar los trabajos en la materia.

El 3 de junio de 2016, en la Ciudad de México, 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, Wang Yanling, para exponer los avances del país en materia de turismo médico. Se convocó también a la Secretaría de Turismo.

El 6 de abril de 2017, el Director General Adjunto para la Coordinación de los Sistemas estatales de Salud se reunió con la Subsecretaria de Planeación y Política Turística para tratar el asunto del seguimiento a los acuerdos de la delegación tailandesa.

El 10 de abril de 2017 se asistió a la reunión de trabajo del proyecto denominado Diseño de un Modelo Tipo para el Turismo Médico en México, apoyado y en seguimiento en el marco del Fondo Sectorial SECTUR-CONACYT.

Asimismo, la CONAMED, como Centro Colaborador de la OPS/OMS, publicó en su página web cinco ediciones del boletín del Centro Colaborador de Calidad y Seguridad del Paciente; en 2016, los números 8 (septiembre-octubre) y 9 (noviembre-diciembre), y en 2017 los números

10 (enero-febrero), 11 (marzo-abril) y 12 (mayo-junio). La versión electrónica de estos boletines 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; asimismo, se aseguró su distribución al interior del sector salud a través del correo electrónico.

Se avanzó en la conclusión de las taxonomías correspondientes a las categorías superiores propuestas por la Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente referentes a los factores contribuyentes de los eventos adversos y los factores atenuantes a estos. Ambos documentos enriquecen considerablemente el marco conceptual propio a dicha clasificación.

Adicionalmente se actualizaron las series estadísticas correspondientes a los asuntos atendidos por la CONAMED durante el periodo 1996-2016 en lo referente a cuadros e indicadores; también se integró información nacional proveniente de las comisiones estatales de Arbitraje Médico correspondientes al año 2016, mismas que se encuentran plasmadas en un documento técnico que incluye 17 cuadros por entidad federativa y 23 indicadores seleccionados y se continuó con el proyecto sobre la medición indirecta de la calidad de la atención a través de diversos rastreadores clínicos, utilizando para ello bases de datos como la de egresos hospitalarios.

Por su parte, la COFEPRIS, observando las mejores prácticas a nivel internacional como un tema estratégico para reducir las barreras técnicas al comercio, en materia de cooperación multilateral la COFEPRIS se vincula con diversos mecanismos de cooperación como el TLCAN y la Alianza del Pacífico, APEC y AELC, así como con organismos multilaterales como la OMS y la OPS/OMS, entre otros.

La participación en grupos de trabajo, en los que se promueve la colaboración técnica para el intercambio de mejores prácticas, la construcción de capacidades y la armonización regulatoria ha permitido por un lado mejorar el acceso de la población a bienes e insumos para la salud de calidad y eficacia y por otro, al intensificar el control y la vigilancia sanitaria bajo estándares sanitarios y fitosanitarios internacionales, se fortalece la actividad comercial de nuestros productos en el mercado internacional.

Con el objetivo de **ampliar la presencia de México en los foros internacionales de salud**, la participación en los cuerpos directivos de la OPS ha posicionado al país como uno de los más activos dentro de este organismo internacional. Durante 2016 y 2017, la Secretaría de Salud se incorporó al Grupo de Trabajo de los Países para

la elaboración de la Agenda de Salud Sostenible de las Américas 2018-2030, la cual es un llamado a la acción colectiva para lograr niveles más altos de salud y bienestar en la región de las Américas.

La SS mantiene una participación activa en foros multilaterales y reconoce la importancia de impulsar en las agendas de los organismos internacionales asuntos prioritarios de carácter nacional a fin de generar sinergias y alcanzar mejores resultados.

Entre octubre y noviembre de 2016 participó en las reuniones del Grupo de Trabajo de Negociaciones Internacionales de la Comisión Intersecretarial de Cambio Climático e integró y coordinó el documento con la posición del país rumbo a la 22^o Conferencia de las Partes (COP 22) de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre Cambio Climático (CMNUCC) que se llevó a cabo del 7 al 18 de noviembre de 2016 en Marrakech, Marruecos.

Del 21 al 24 de noviembre de 2016 en Shanghai, China, se llevó a cabo la 9^a Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud organizada por la OMS. En un evento paralelo en el marco de dicha reunión el titular de la Dirección General de Promoción de la Salud presentó las líneas principales de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.

La participación de México en los cuerpos directivos de la Organización Mundial de la Salud ha sido fundamental. En enero y mayo de 2017 se llevó a cabo la 140^a y 141^a reuniones del Consejo Ejecutivo de la OMS, en las cuales se dio seguimiento a temas como la reforma de la OMS (gobernanza), marco para la colaboración con agentes no estatales, nutrición, enfermedades no transmisibles, violencia, seguridad vial, Agenda 2030.

De igual forma, se participó en la 25^a reunión del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo de la OMS, conocido como PBAC por su nombre en inglés (Programme, Budget and Administration Committee of the Executive Board) del 18 al 20 de enero de 2017, y posteriormente en la 26^a reunión del PBAC, los días 18 y 19 de mayo de 2017. El objetivo de estas reuniones fue abordar cuestiones administrativas, financieras y de gobernanza de la organización, por lo que la asistencia por parte de la SS permitió posicionar los intereses del país en aspectos económicos y presentar las observaciones en materia de transparencia y rendición de cuentas.

Entre los temas de especial interés en las reuniones del PBAC estuvo la discusión sobre el presupuesto para la OMS para el bienio 2018-2019 y la escala de contribu-

ciones donde México manifestó la necesidad de establecer medidas de austeridad a fin de cumplir con las prioridades de salud mundial sin incrementar las aportaciones de los Estados Miembros. A partir de mayo de 2018, México es parte de los 14 miembros que conforman el PBAC por un periodo de dos años, lo cual permitirá tener una participación activa en las cuestiones presupuestarias y de impacto financiero.

En mayo de 2017, se participó en la 70^a Asamblea Mundial de la Salud, en la cual se lograron abordar temas relevantes para nuestro país como: resistencia a los antimicrobianos; Reglamento Sanitario Internacional; escasez mundial de medicamentos y vacunas y el acceso a ellos; promoción de la salud de refugiados y migrantes; enfermedades no transmisibles, problema mundial de las drogas, obesidad infantil y Reforma de la OMS.

Referente a la elección de Director General de la OMS, que tuvo lugar en el marco de la 70^a Asamblea Mundial de la Salud el 22 de mayo de 2017 en Ginebra, Suiza, la Secretaría de Salud tuvo una participación relevante durante todo el proceso, recibió y escuchó las propuestas de los candidatos, evaluó sus plataformas, competencias y perfiles, a fin de que las cualidades personales, experiencia y liderazgo del candidato apoyado, pudieran garantizar que se afanzara la labor de la OMS como autoridad directiva de la salud global y que su plataforma de trabajo concordara con los intereses y prioridades de nuestro país en materia de salud.

Se participó en una entrevista de PwC, a fin de conocer el seguimiento y la atención que se ha dado a la implementación de la reforma de la OMS, así como la percepción y las propuestas para enfrentar el camino que tendrá que seguir.

En cuanto a otras reuniones organizadas por la OMS, se coordinó la participación de México en la 7^a conferencia del CMCT-OMS, celebrada del 7 al 12 de noviembre en Delhi, India, con el objetivo de dar seguimiento a la implementación del Convenio y realizar un intercambio de experiencias sobre el abordaje del tema.

Entre los temas centrales de la reunión destacó la aplicación del artículo 5.3 del CMCT, relacionado con evitar la injerencia del sector privado en asuntos de salud pública y el proceso de adhesión de los países faltantes al Protocolo para la eliminación del comercio ilícito.

También se participó en el taller sobre impuestos al tabaco organizado por la OPS del 13 al 15 de diciembre de 2016 en la Ciudad de México, con la intención de diseñar una propuesta de modelo a la medida de las necesidades de México sobre los impuestos al tabaco, considerando

metodologías de estimación acordes con el sistema de administración vigente, el cual tuvo seguimiento en junio de 2017.

El 19 de abril de 2017 en Ginebra, Suiza, se llevó a cabo la Segunda Reunión Mundial de Asociados sobre Enfermedades Tropicales Desatendidas, para la cual se realizaron gestiones de acreditación para que el Director General del CENAPRECE participara en representación de esta dependencia a fin de presentar el tema “Eliminación de enfermedades infecciosas desatendidas en México” en el simposio sobre Avance de las Américas que se celebró el 20 de abril en la misma sede.

En abril de 2017, junto con la Sociedad Internacional de Nefrología y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión, en coordinación con la prestigiosa revista médica “The Lancet” se apoyó la coordinación del Primer Foro Global de Política Pública en Enfermedad Renal Crónica, el cual fue presentado durante el Congreso Mundial de Nefrología el 21 de abril de 2017 en el Centro de Convenciones y Exposiciones Banamex de la Ciudad de México.

Con relación al G20, se atendió la reunión del Grupo de trabajo de Salud, que se llevó a cabo del 28 de febrero al 2 de marzo de 2017, en Berlín Alemania, con el objetivo de preparar la Reunión Ministerial sobre Salud, que se llevó a cabo el 19 y 20 de mayo de 2017, y en donde los temas centrales fueron la resistencia a los antimicrobianos y la preparación ante amenazas sanitarias, bajo dos enfoques: la gestión de crisis sanitarias y el fortalecimiento de los sistemas de salud.

Respecto a la participación de México en actividades de la OCDE, la SS durante el primer trimestre de 2017 emitió la decisión favorable respecto al ingreso de Costa Rica al Comité de Salud de ese organismo.

Se atendió la reunión “Las personas en el centro: foro político de la OCDE sobre el futuro de la salud”, que se realizó el 16 de enero de 2017, en París, Francia, con el objetivo de generar una estrategia para el aprovechamiento de la tecnología digital, superar retos culturales, institucionales y técnicos; y reforzar la colaboración intersectorial e internacional respecto a la calidad en el servicio.

De igual forma, se acudió a la reunión ministerial del Comité de Salud de la OCDE, el 17 de enero, en París, Francia, cuyos temas centrales estuvieron enfocados en el análisis de los tratamientos de alto costo y la medicina personalizada; la reforma de los recursos humanos en salud y el papel de las bases de datos en la atención a la salud.

También 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 caso de la Reunión Técnica del Grupo de Economía de la Prevención, sobre Sistemas de Cuentas Nacionales y de Corresponsables sobre Información, que se realizaron en octubre de 2016 y en el grupo de trabajo sobre Indicadores de Calidad para la Salud, que sesionó el 3 y 4 de noviembre de 2016 y el 18 y 19 de mayo de 2017.

En lo referente a la participación en el APEC, la SS respaldó el proyecto del Ministerio de Salud de Chile sobre “El impacto económico del Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal”, que se presentó en el marco del Grupo de Trabajo de Salud de dicho organismo el 23 y 24 de febrero de 2017, en Vietnam.

Se gestionó la participación de la Unidad de Análisis Económico como ponente en el Taller sobre “Mujeres Saludables, Economías Saludables”, que se reunió el 11 de mayo de 2017 en Vietnam, en donde se compartió un programa de éxito respecto a la implementación de políticas públicas con enfoque de género.

Ante el riesgo que implica la resistencia a los antimicrobianos, que ha ido en aumento y representa una amenaza a la salud pública global, México ha participado en el tema desde los siguientes rubros:

- Participación en la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Resistencia a los Antimicrobianos, celebrada en Nueva York, el 21 de septiembre de 2016, en donde se coordinó un posicionamiento nacional que reconoció que la resistencia a los antimicrobianos es uno de los mayores desafíos que enfrenta la comunidad internacional y que requiere esfuerzos multisectoriales enfocados en cinco aspectos: 1) educación, capacitación y difusión; 2) regulación y vigilancia sanitaria; 3) prevención y control; 4) investigación; y 5) financiamiento.
- Asistencia a la Reunión de la “Alianza de Campeones contra la Resistencia a los Antimicrobianos”, que se llevó a cabo el 12 de octubre de 2016 en la Ciudad de Rotterdam, Países Bajos, en el marco de la Reunión de alto nivel de la Agenda de Seguridad Global en Salud, con el objetivo de trabajar de manera conjunta con la OMS para aprovechar los mecanismos existentes a fin de mejorar la supervisión, evaluación y vigilancia de los antimicrobianos.
- Participación en la 7ª Reunión del Grupo Asesor Estratégico y Técnico sobre Resistencia a los Antimicrobianos de la OMS, que se llevó a cabo el 2 y 3 de

noviembre 2016, en Ginebra, Suiza, con el objetivo de emitir recomendaciones sobre la implementación del Plan de Acción Mundial sobre la Resistencia a los Antimicrobianos y asesorar sobre las opciones para el establecimiento de un marco de rectoría y desarrollo.

- Respuesta a un cuestionario sobre el marco de seguimiento de la aplicación de planes nacionales sobre la Resistencia a los Antimicrobianos, elaborado por la OMS, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, por sus siglas en inglés), y la Organización Mundial de Sanidad Animal, durante el primer trimestre de 2017, así como de la Unión Europea que tenía como objetivo conocer el avance que tienen los países que no pertenecen a dicho bloque respecto a los planes nacionales.
- Elaboración de un Plan Nacional contra la Resistencia a los Antimicrobianos, durante el primer trimestre de 2017, a fin de dar cumplimiento al compromiso establecido por la 68ª Asamblea Mundial de la Salud en 2015, de contar con un plan de acción nacional con un enfoque multisectorial y transversal basado en los cinco objetivos del Plan de Acción Mundial, centrados en la comprensión con respecto a la resistencia a los antimicrobianos; reforzar los conocimientos a través de la vigilancia y la investigación; reducir la incidencia de las infecciones; utilizar de forma óptima los agentes antimicrobianos y asegurar una inversión sostenible.
- Elaboración de elementos de intervención para la participación de México en la reunión del grupo de enfoque del G/20-OCDE sobre resistencia a los antimicrobianos, que se realizó el 3 de febrero de 2017, en París, Francia enfocada en la investigación e incentivos que se requieren para promover el desarrollo de nuevos antibióticos.
- Asimismo, la Secretaría de Salud generó diversas reuniones a nivel interno con funcionarios técnicos en nutrición del recién nacido y lactancia materna, a fin de elaborar e integrar el posicionamiento de nuestro país para su participación en la 38ª reunión del Comité del CODEX sobre Nutrición y alimentos para Regímenes Especiales de la FAO, que tuvo lugar del 5 al 9 de diciembre de 2016 en Hamburgo, Alemania.

Se apoyó la participación de México en las reuniones 39 y 40 de la Junta Coordinadora del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, celebradas del 6 al 8 de diciembre de 2016 y del 27 al 29 de junio de 2017, respectivamente, a través de un representante del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/sida.

El 24 de abril de 2017 en la Ciudad de México, se llevó a cabo la Reunión Técnica de Mesoamérica sobre Salud y Migración, donde se contó con la participación de los representantes técnicos de Costa Rica, El Salvador, Honduras, Panamá, República Dominicana, Nicaragua, Guatemala, Belice y México. Dicha reunión tuvo como objetivos principales, intercambiar buenas prácticas entre los países de Mesoamérica, identificar áreas de oportunidad para mejorar la salud de las personas migrantes y establecer mecanismos de cooperación multilateral.

La reunión se desarrolló a través de distintos paneles de discusión, dirigidos y coordinados por expertos en el tema, los cuales concluyeron en retos, oportunidades y recomendaciones para la atención de la salud de los migrantes a nivel mesoamericano.

El 25 de abril de 2017, en la Ciudad de México se celebró la Reunión Ministerial de Mesoamérica sobre Salud y Migración, donde los Estados participantes se reunieron con el propósito de generar el diálogo e intercambio de buenas prácticas entre los países de Mesoamérica. La reunión estuvo orientada a desarrollar estrategias e iniciativas conjuntas bajo el principio de responsabilidad compartida, en busca de mejorar la atención a la salud de las personas migrantes y reducir los riesgos a la salud pública regional y local. Dicha reunión culminó con la firma de la Declaración de Mesoamérica sobre Salud y Migración.

En temas de epidemiología, a través del Centro Nacional de Enlace se enviaron informes semanales a la OPS sobre la situación epidemiológica del dengue, fiebre por virus chikungunya y enfermedad por virus del Zika en México. En total, del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 sumaron 304 informes. Con ello se fortalece la comunicación y participación binacional.

En diciembre de 2016 se participó en la Reunión de Atención de Casos de Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita y Taller de Respuesta ante Eventos por Poliovirus y Brotes por Poliomielitis en Bogotá, Colombia.

Del 6 al 7 de diciembre de 2016 se participó en la Reunión Subregional para una respuesta de Salud Pública a las hepatitis virales B y C, en la ciudad de San Salvador. El objetivo de la reunión fue consolidar información estratégica para una mejor respuesta de salud pública a las hepatitis B y C en los países de Centroamérica, además de identificar las necesidades de cooperación técnica para la expansión del acceso al diagnóstico, la atención y el tratamiento de las hepatitis virales. Participaron Belice, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Guatemala, Nicaragua, México y Panamá.

En marzo de 2017 se participó en el Primer Taller Internacional Asia-América sobre diagnóstico, manejo clínico y vigilancia del dengue, realizado en Brasil. En abril se asistió a la Cuarta Reunión de Erradicación de Poliomieltis en 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; evaluación integral de esquemas de incentivos orientados a incrementar la cobertura y calidad de los servicios de salud, mediante el INSP y estandarización de la búsqueda de eventos adversos considerando la Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente, a través de la CONAMED.

Brasil. Expertos mexicanos han sido capacitados en el fortalecimiento de la red mexicana de Bancos de Leche Humana.

Chile. En el marco del Fondo Conjunto Cooperación México-Chile, ambos países están intercambiando conocimientos y experiencias en el fortalecimiento de las políticas públicas de salud de migrantes internacionales mediante el INSP.

Estados Unidos de América. En octubre de 2016 la Oficina del Comando Norte ofreció al INDRE donar un equipo secuenciador de ADN, para la identificación de diversos virus. En enero de 2017 se llevó a cabo una ceremonia entre autoridades de la Secretaría de Salud, la embajada Estados Unidos de América y del Comando Norte para formalizar la donación. El secuenciador será de gran utilidad para la identificación y tratamiento de diversas enfermedades.

Del 13 al 15 de febrero de 2017, una delegación del Hospital Infantil de Filadelfia realizó una visita al Instituto Nacional de Pediatría, al Instituto Nacional de Perinatología y al HIMFG a fin de identificar áreas de colaboración bilateral.

En abril de 2017 se concluyó la negociación de un memorándum de entendimiento para la cooperación en materia de salud entre la Secretaría de Salud, a través de la CCINSHAE, el Hospital Infantil de Colorado y la Universidad de Colorado, Denver, en Estados Unidos de América, a través del Centro para la Salud Global del Campus de Medicina Anschutz. Se planea que el Memorándum se firme en el segundo semestre de 2017.

Uruguay. En el marco del Fondo Conjunto de Cooperación México-Uruguay, especialistas de ambos países han intercambiado conocimientos y experiencias en materia de cuidados paliativos mediante la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, así como en el fortalecimiento de la calidad de las estadísticas vitales y los registros para el desarrollo de políticas públicas adecuadamente orientadas, a través de la Dirección General de Información en Salud.

En el ámbito de la colaboración regional se han llevado a cabo las siguientes actividades:

Alianza del Pacífico. A fin de dar seguimiento a los acuerdos adquiridos en las Declaraciones suscritas por los países de la Alianza se han generado tres grupos de trabajo para los temas de medicamentos, calidad y humanización de los servicios de salud. Los grupos, que colaboran de manera virtual, han intercambiado información relativa a las experiencias que cada país tiene e identificado áreas de oportunidad común para generar actividades específicas. A partir de este trabajo se identificó la necesidad de mejorar la alineación con los trabajos que se llevan a cabo en la OCDE.

América del Norte. El Grupo Trilateral de Obesidad Infantil llevó a cabo reuniones técnicas durante el segundo semestre de 2016. Como resultado, en agosto de 2016 se publicó en la "Revista Panamericana de Salud Pública" de la OPS el artículo denominado "Colaboración trilateral entre Canadá, Estados Unidos y México en torno a la Iniciativa contra la Obesidad Infantil". En la misma edición se incluyó un editorial firmado por los tres titulares de salud de Canadá, Estados Unidos de América y México.

Programa Mesoamericano de Cooperación 2015-2016. El Instituto Nacional de Rehabilitación ha capacitado a expertos centroamericanos en el fortalecimiento de Capacidades Regulatorias en Medicamentos de las Agencias Sanitarias de Mesoamérica y en la Prevención de la Discapacidad, producto de las Enfermedades No transmisibles.

Unión Europea. Se negoció el Acuerdo de Asociación Económica, Concertación Política y Cooperación entre la comunidad europea y sus estados miembros y México. En lo relativo al tema de salud ha sido considerado para trabajar, entre otros aspectos, en el fortalecimiento del sistema de salud y cobertura universal incluyendo la prevención y promoción de la salud, tecnologías en salud, así como E-Salud.

Laboratorio de Cohesión Social II. Se llevó a cabo el arranque de la misión para la consultoría a corto plazo

de la Asistencia Técnica Internacional en los estados de Oaxaca y San Luis Potosí que brindará apoyo para la elaboración y coordinación de la agenda de diálogo de políticas públicas de salud con enfoque de equidad. La Secretaría de Salud Federal ha acompañado el proceso de la implementación del proyecto en los estados, facilitando información sobre los aspectos normativos y relevantes de los programas vinculados con los derechos sexuales y reproductivos. Se está trabajando de manera conjunta con los expertos de LCSII sobre el desarrollo del tema de inequidad a nivel municipal que ayude al fortalecimiento de los trabajos que desarrolla el grupo de trabajo del Observatorio Nacional de Inequidades en Salud.

Eurosocial. A partir de un encuentro con representantes del programa Eurosocial se presentó la propuesta de llevar a cabo un proyecto para el fortalecimiento del Observatorio Nacional de Inequidades en Salud.

Sistema Mesoamericano de Salud Pública. El 23 y 24 de noviembre una delegación de funcionarios mexicanos participó en el I Taller de Coordinadores Nacionales del Sistema celebrado en la ciudad de Bogotá, Colombia. A partir de este encuentro se han tenido reuniones periódicas virtuales a fin de avanzar en los aspectos de gobernanza e implementación del Sistema. Destaca el compromiso reflejado en la Cumbre de Tuxtla sobre la modificación del Reglamento del SMSP y la aprobación para presentar a la convocatoria del BID la implementación del Plan Maestro Mesoamericano de Seguridad Vial.

Con la región de Asia se llevaron a cabo las siguientes actividades:

Irán. El 16 y 17 de febrero de 2017 el Ministro de Salud y Educación Médica de la República Islámica de Irán visitó México, entrevistándose con el Secretario de Salud para discutir sobre posibles temas de cooperación bilateral entre ambos países.

Japón. A partir de la inauguración del Centro de Generalización de Técnicas Mínimamente Invasivas enfocadas en el método TRI en julio, se han celebrado dos Sesiones del Comité Conjunto de Coordinación en noviembre de 2016, marzo y junio de 2017 para dar seguimiento a los avances del proyecto. Se han brindado cuatro cursos de capacitación a personal del sector salud de México.

Del 13 al 24 de febrero, como parte de las actividades de colaboración conjunta México-Japón para América Latina, se llevó a cabo la segunda edición del “Curso Internacional en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, con énfasis en la prevención del embarazo” en el que se

capacitó a personal de 10 países de América Latina y el Caribe.

Filipinas. El 5 de abril de 2017 se recibió a una delegación de la República de Filipinas, encabezada por los viceministros de Salud y Finanzas, en la que había también un grupo de legisladores. El objetivo era conocer la experiencia de México en torno al impuesto a las bebidas azucaradas y los alimentos con elevada densidad calórica.

Con la región de Europa se llevaron a cabo las siguientes actividades:

Alemania. En el marco de la celebración del Año Dual México-Alemania que tiene lugar de junio de 2016 a mayo de 2017, se está trabajando con la embajada de la República Federal de Alemania en México en la realización de una campaña la cual tenga como principal enfoque la prevención en el sector salud, particularmente en enfermedades por transmisión sexual. Asimismo, el 18 de noviembre de 2016 se llevó a cabo el VI Simposio de Banco de Sangre de Cordón Umbilical y Medicina Regenerativa como parte de las actividades del Año Dual México-Alemania.

Suiza. En el marco de la visita a nuestro país del presidente de la Confederación Suiza, el 4 de noviembre de 2016 con motivo del 70 aniversario de las relaciones diplomáticas entre ambos gobiernos se firmó el Memorandum de Entendimiento entre la Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y el Departamento Federal de Asuntos Internos de la Confederación Suiza sobre cooperación en regulación de insumos médicos.

Italia. Se llevó a cabo el 11 de octubre de 2016 la firma del Memorandum de Entendimiento entre la COFEPRIS y la Agencia Italiana de Medicamentos sobre intercambio de información, en el marco de la 11ª Cumbre Internacional de Titulares de Agencias Reguladoras de Medicamentos.

Rusia. El sector salud recibió entre el 14 y 18 de noviembre de 2016 una delegación de funcionarios del Departamento de Salubridad del gobierno de Moscú para conocer la experiencia y mejores prácticas del sistema de salud mexicano en sus diferentes niveles de atención.

Francia. En el marco del Foro Franco-Mexicano tuvo lugar el 20 y 21 de febrero de 2017 el Seminario de Coordinación para el Segundo Foro Franco-Mexicano de la Salud 2017. Ahí se definieron las siguientes líneas de trabajo:

Investigación: el grupo técnico de expertos sostuvo encuentros de trabajo para continuar con la implementa-

ción de la Unidad Mixta de Investigación con el Instituto Pasteur.

Sistema de Atención Médica de Urgencia: se enfatizó la importancia de trabajar sobre los cuatro ejes marcados en los términos de referencia que incluye 1) asesoría de la parte francesa, 2) definición de estándares mínimos de operación, 3) formación de recursos humanos e 4) implementación del Plan Blanco.

Envejecimiento: se trabaja en la creación de un proyecto de intervención en fragilidad y desarrollo de una nueva cohorte para el estudio de la epidemiología de la fragilidad. Asimismo, se coordinó junto con el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado el desarrollo de un Modelo de Atención al Adulto Mayor, además de un curso dirigido a la formación teórica de los alumnos del curso y especialidad en Geriátrica con una estancia práctica en París. Se trabaja en el desarrollo de un curso para la formación de profesionales de la salud en contacto con cuidadores y se encuentra en proceso de negociación el Acuerdo de Cooperación para la investigación en envejecimiento, cognición y fragilidad mediante la creación de un Laboratorio Internacional Asociado el cual se prevé sea firmado en este año.

Cobertura universal: se acordó trabajar en la capacitación gerencial para personal de salud en coordinación con la UNAM y el INSP, además del intercambio de información sobre el programa de calidad seguridad del paciente y la implementación de GPC. Se trabajará en el proceso de acreditación de establecimientos médicos con el apoyo de la Alta Autoridad de Salud de Francia.

Nutrición: se trabaja en orientar la agenda de trabajo hacia la definición de acciones que ayuden en la estrategia y aplicación de políticas públicas de ambos gobiernos.

Cambio climático y enfermedades transmitidas por vectores: se trabajará sobre un proyecto de cooperación conjunta Francia-México para establecer medidas de mitigación ante el riesgo de incremento de las enfermedades transmitidas por vectores a causa del cambio climático.

Dinamarca. En seguimiento a los Acuerdos de Cooperación firmados en el marco del Memorando de Entendimiento entre ambos gobiernos se han llevado a cabo las siguientes actividades:

Fortalecimiento de la atención primaria: el 19 de septiembre de 2016 se realizó en la Ciudad de México el foro de arranque del Proyecto para el fortalecimiento de la atención primaria, con la presencia del Secretario de

Salud y la Ministra de Salud de Dinamarca. El foro permitió definir las estrategias para aprovechar las mejores prácticas de Dinamarca y dar continuidad a la implementación del Modelo de Atención Integral en México. De igual forma, una delegación de funcionarios de la Secretaría de Salud vinculados con el proyecto viajó a Dinamarca del 6 al 10 de marzo de 2017 con el objetivo de sostener encuentros con sus contrapartes técnicas y definir los siguientes pasos en la colaboración en tres líneas de acción: a) comunicación y mecanismos de referencia; b) sistemas de tecnología de la información y comunicación digital, y c) uso eficiente de equipos de datos de telemedicina. A su vez, apoyar en la creación de métodos e indicadores para la evaluación de cuatro problemas de salud (cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares y salud mental).

Capacitación en diabetes para personal de atención primaria: se llevó a cabo del 20 al 23 de febrero de 2017 el foro de lanzamiento del programa de capacitación para el personal del primer nivel de atención en diabetes. El objetivo fue establecer las líneas de acción para la implementación de un programa de formación en diabetes a nivel sectorial con el apoyo de la Universidad de Odense y la Universidad de Copenhague. Se han definido las necesidades de capacitación como áreas de oportunidad para la cooperación.

Curso de Especialización One Health: en diciembre de 2016 el Centro de Becas Danida en conjunto con la Facultad de Salud y Ciencias Médicas de la Universidad de Copenhague lanzó una convocatoria para el curso "One Health" que se impartió del 6 de marzo al 2 de junio de 2017.

Acuerdo de Cooperación Específico entre la Agencia Danesa de Medicamentos y la COFEPRIS: en el marco de la firma de este acuerdo se realizó la visita a nuestro país del Director de la Agencia Danesa de Medicamentos, Thomas Senderovitz. En esa ocasión se refrendó la disposición para promover el acceso a medicamentos seguros, eficaces y de alta calidad con el objetivo de proteger y mejorar la salud pública y la seguridad de la población.

En otros ámbitos, con recursos destinados a la atención de la salud limitados y necesidades de atención crecientes es ineludible establecer mecanismos para lograr los mejores resultados con los recursos disponibles. Uno de los principios del CSG es contribuir a un desarrollo humano, justo, incluyente y sustentable mediante la promoción de la salud como objetivo social compartido y el acceso universal a servicios integrales y de alta calidad que satisfagan las necesidades y respondan a las expectativas de la población. Al mismo tiempo, ofrecer oportu-

tunidades de avance profesional a los prestadores en el marco de un financiamiento equitativo, un uso honesto, transparente y eficiente de los recursos y una amplia participación ciudadana.

Por ello, a través del CSG México participó en el proyecto de cooperación técnica regional núm. 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 BID.

Debido a la tendencia creciente en el gasto de medicamentos por parte de los gobiernos de América Latina, en el año 2013, surge la iniciativa del BID de incorporar esta temática como un proyecto de cooperación dentro de la iniciativa a la promoción de bienes públicos regionales.

A través de dicha cooperación internacional en materia de salud, se generó información estratégica para la toma de decisiones informada. De igual forma, se desarrolló una metodología que permita llevar a cabo evaluaciones de tecnología sanitaria desde el punto de vista regional, y con base en esta desarrollaron dichas evaluaciones.^{5/}

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.

Con el objeto de **cumplir con los tratados internacionales en materia de salud en el marco de los derechos humanos**, se actualizó la información correspondiente a la Secretaría de Salud sobre el VI Informe Periódico que presentó nuestro país ante el Comité de Derechos Humanos de la ONU, referente al cumplimiento a las obligaciones internacionales de México derivadas del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

Se coordinó la participación de la dependencia en la visita a México del Subcomité para la Prevención de la Tortura de la Organización de las Naciones Unidas del 12 al 21 de diciembre de 2016, conforme a las facultades que le confiere el Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, del que nuestro país es Estado Parte. El

Subcomité realizó una visita al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Asimismo se ha participado activamente en dos mesas de trabajo para dar seguimiento a las recomendaciones del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (GT-CRPD), mediante la preparación del informe a presentarse ante el referido Comité en enero de 2018, Mesa 1: Indicadores y Datos Estadísticos, referente a la recopilación de datos de salud mental, salud reproductiva, atención materna y accesibilidad; y Mesa 4: Salud, reporte de accesibilidad, situaciones de riesgo y emergencias humanitarias, protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, protección de la integridad personal, libertad de desplazamiento y nacionalidad y salud, acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad.

Cabe registrar también la participación en la reunión de instalación y primera sesión de la Comisión para el Seguimiento de las Recomendaciones del Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas, la cual tuvo lugar en la Secretaría de Relaciones Exteriores el 26 de octubre de 2016. En dicha reunión se realizó la instalación de la Comisión conforme lo establecido en los Lineamientos Generales para la Integración, Organización y Funcionamiento de las Comisiones del Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes.

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 Informe del Segundo Agrupamiento de Derechos, las acciones que se han llevado para dar cumplimiento a los mandatos del Protocolo.

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, esta Dependencia participó durante el último trimestre de 2016 y en enero de 2017, en una serie de diálogos denominados “Hacia una nueva estrategia internacional de drogas: instrumentación de las recomendaciones UNGASS 2016”, con el objetivo de dar seguimiento a los compromisos generados por la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas en abril de 2016.

También, a partir de noviembre de 2016, México ocupa la Vicepresidencia de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, y el 17 de febrero de 2017 se atendió una reunión con el Embajador Adam Namm ,

^{5/} Resultados disponibles en: <<http://www.omaif.org>>, a través de informes de evaluación de tecnologías regionales.

quien fue designado como Secretario Ejecutivo de la CICAD de la OEA el 1 de diciembre de 2016, a fin de reforzar los lazos de comunicación y colaboración.

De igual forma, se dio seguimiento a la participación de esta Secretaría en la 60ª Reunión de la CICAD que se llevó a cabo del 2 al 4 de noviembre en 2016, en Nassau, Bahamas y a la 61ª Reunión ordinaria, que se celebró del 24 al 26 de abril de 2017, en Washington, D. C., en donde se realiza el seguimiento regional a las recomendaciones de UNGASS 2016, se comparten experiencias exitosas en materia de reducción de la demanda y se dan a conocer nuevas tendencias de opioides y sistemas de alerta temprana.

A fin de impulsar una política de cooperación internacional y regional en salud pública, la CONADIC fijó la posición de México en la esfera de reducción de la demanda en los siguientes foros y reuniones internacionales:

- XVII Reunión de Expertos en Reducción de la Demanda de Drogas de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas.
- Encuentro de países de la Región de las Américas acerca de Políticas sobre Uso de Sustancias Psicoactivas y la Salud Pública. SS/OPS.
- 61º periodo de sesiones de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas.
- Sesión Especial de la Asamblea General de la Naciones Unidas sobre el Problema Mundial de las Drogas.
- Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.
- Reuniones bilaterales México-Estados Unidos de América. Comisión Nacional contra las Adicciones-Oficina Nacional de Política de Control de Drogas.
- Diálogos hacia una Nueva Estrategia Internacional de Drogas. Instrumentación de las recomendaciones de la UNGASS (SRE/CICAD).
- Diálogo de América del Norte México-Estados Unidos-Canadá sobre Políticas de Drogas.
- Reunión Técnica sobre el Abordaje de la Problemática de las Drogas desde la Perspectiva de la Salud Pública (ONUDD/CICAD).

Por otro lado, CONADIC encabeza las acciones en materia de reducción de la demanda de drogas ilícitas, enmar-

cadadas en el pilar 4 denominado “Construir Comunidades Fuertes y Resilientes” del esquema de cooperación bilateral entre México y Estados Unidos. A este respecto, realizó acciones de seguimiento a los siguientes proyectos:

- Expansión de las Coaliciones Comunitarias
- Programa Mexicano de Capacitación, Evaluación y Certificación de Consejeros en Adicciones.
- Campaña Nacional del Centro de Atención Ciudadana contra las Adicciones.

En lo que respecta a los compromisos derivados del CMCT-OMS:

- La CONADIC participó en la Conferencia Oficial de las Partes 7 (COP7) del CMCT-OMS en Nueva Delhi, India, donde se adoptaron decisiones sobre el papel creciente del control del tabaco en las áreas de desarrollo y derechos humanos, así como la salud pública.
- Se integró el Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, en el cual se destacan los avances, pendientes y retos en la lucha contra la principal causa de muerte 100% prevenible en el mundo.
- Se presentaron los resultados del cuestionario diagnóstico de los servicios de cesación en México, que fue realizado con apoyo de la Fundación Interamericana para el Corazón México y de la agencia internacional Global Bridges. De estos resultados se desprende que nuestro país cuenta con amplia infraestructura de servicios de salud para apoyar el abandono al consumo de tabaco.

Por su parte, en el marco de la OCDE la UAE participó en la Reunión Ministerial 2017 realizada en enero. Igualmente continuó su participación como delegado del Comité de Salud y como Presidente de la Red Latinoamericana y del Caribe sobre Sistemas de Salud, oficialmente creada en julio de 2016. Asimismo, participó en el Grupo de Expertos en Economía de la Prevención, el cual preside para el periodo 2016-2018. También colaboró en talleres específicos sobre política farmacéutica organizados por dicho organismo.

Adicionalmente la Secretaría de Salud participó en la Séptima Reunión del Grupo Asesor Estratégico y Técnico de la Organización Mundial de la Salud sobre el tema de Resistencia Microbiana realizado en Ginebra, Suiza a finales de 2016, así como en el grupo técnico revisor del proyecto de estimación de los costos del Objetivo de Desarrollo Sostenible sobre salud en el mismo organismo. Y

culminó su participación en el proyecto “El costo de la doble carga de la malnutrición” auspiciado por el Programa Mundial de Alimentos y coordinado por la CEPAL.

Como parte de las actividades con organismos internacionales la SS participó junto con la delegación mexicana en la Expo Health and Care Innovation realizada en Reino Unido. También tuvo presencia en el Foro de Salud México-Alemania 2017, que se llevó a cabo en la Ciudad de México en el marco del Año Dual México-Alemania.

La UAE participó en el diálogo “Mejorar las condiciones de vida de las personas, mediante la coherencia y coordinación de políticas nacionales” organizado por la Secretaría de Relaciones Exteriores; asimismo, participó en el marco de APEC en un taller sobre mujeres saludables y economías saludables, en el que se presentaron experiencias sobre programas que inciden en la salud y la participación de las mujeres en el mercado laboral.

México, por conducto de la CONBIOÉTICA, participó en las reuniones convocadas por el Comité Intergubernamental de Bioética de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) que se llevaron a cabo en París del 14 al 16 de septiembre de 2016: Sesión conjunta entre el Comité Internacional de Bioética y el Comité Intergubernamental de Bioética, Sesión extraordinaria del Comité Intergubernamental de Bioética, 9° Sesión extraordinaria de la Comisión Mundial de Ética del Conocimiento Científico y Tecnológico.

Entre las actividades de difusión del Premio Manuel Velasco Suárez a la Excelencia en Bioética, que tiene la finalidad de estimular a los jóvenes expertos de Latinoamérica en el desarrollo de sus capacidades de análisis e investigación en esta disciplina, del 10 al 14 de octubre de 2016 la CONBIOÉTICA coordinó el desarrollo de una Semana Académica con la ganadora de la edición 2015 del mencionado galardón, que incluyó talleres y conferencias organizadas en conjunto con diferentes instituciones de la Ciudad de México y los estados de Hidalgo, Morelos, Querétaro y Tlaxcala.

En agosto de 2017 se participó en el III Seminario Regional de Comités Nacionales de Bioética de América Latina, organizado por la UNESCO en Montevideo, Uruguay. Asimismo, en el 12th Summer Institute on Migration and Health, con la ponencia “Consideraciones bioéticas en las políticas de migración con enfoque en el contexto mexicano”. El evento fue organizado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de California-Berkeley.

En la tarea de **reafirmar el compromiso del país con la política internacional de propiedad intelectual**, México mantiene un compromiso constante con los asuntos de propiedad intelectual vinculados al ámbito de la salud. Por lo tanto, da seguimiento a las reuniones y actividades de la OMS y OPS alineados al Mecanismo de Estados Miembros sobre productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación, el cual se reunió del 23 al 25 de noviembre de 2016 en Ginebra, Suiza. Posteriormente se presentó una actualización del trabajo realizado durante las sesiones de trabajo de la Asamblea Mundial de la Salud, que se reunió del 22 al 31 de mayo de 2017, en el mismo país.

De igual forma, se compartió en octubre de 2016, con las áreas técnicas de esta Secretaría competentes con el tema de medicamentos, un informe sobre el Panel de Alto Nivel que distribuyó la Organización de las Naciones Unidas, en donde se establece un grupo de trabajo interagencial sobre innovación y acceso a tecnologías de la salud, que se coordinara con la estrategia y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual de la OMS.

Para **promover la armonización regulatoria en el contexto internacional apegada a criterios éticos** se gestionó la participación de esta Dependencia en la 13^a Conferencia de las Partes del Convenio sobre la Diversidad Biológica COP-13, que se llevó a cabo del 2 al 17 de diciembre de 2017, en Cancún, Quintana, Roo, en donde 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.

En dicha reunión se solicitó fortalecer la comunicación con la OMS respecto al contenido del Protocolo de Nagoya en materia de salud pública y en específico al tema de intercambio de vacunas, muestras y patógenos de manera expedita.

De igual forma, durante el primer semestre de 2017, se han organizado reuniones internas y de carácter intersecretarial para la revisión de un Reglamento que permita la implementación del Protocolo de Nagoya a nivel nacional, el cual se firmó en 2011 y se ratificó en 2012.

Con objeto de **promover el reconocimiento de la COFEPRIS como autoridad sanitaria por parte de organismos internacionales y otras autoridades nacionales reguladoras**, en 2012 año en que COFEPRIS obtuvo el reconocimiento internacional como Autoridad Reguladora Nacional de Referencia Regional en medicamentos

y vacunas por parte de la OPS convirtiéndose en la primera agencia reguladora de Latinoamérica en obtener el reconocimiento Nivel IV para medicamentos y vacunas en la región; y en 2014 año la OMS acreditó a la COFEPRIS como Autoridad Reguladora Nacional Funcional en el proceso de vacunas para el periodo junio 2014-junio 2017.

A partir de entonces, la COFEPRIS, como agencia sanitaria ha continuado fortaleciendo su liderazgo internacional y ha alcanzado el reconocimiento de otras autoridades nacionales reguladoras gracias a la estricta observancia de las mejores prácticas para verificar la calidad, la seguridad y la eficacia de los insumos para la salud que los mexicanos usan y consumen, así como la población de países con las que el nuestro mantiene relaciones comerciales.

De esta forma COFEPRIS forma parte del grupo de agencias de regulación sanitaria con mayor reconocimiento internacional lo que a su vez nos ha permitido como país, estrechar lazos de colaboración con otras naciones logrando el reconocimiento de sus procedimientos regulatorios como los Certificados de Buenas Prácticas de Fabricación e incluso Registros Sanitarios de medicamentos e insumos para la salud.

A la fecha 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, así como análisis internos para determinar la viabilidad de entrar al grupo ICH, el cual es el grupo más de armonización a nivel mundial.





ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN TRANSVERSALES



El Gobierno de la República definió en el PND 2013-2018 tres estrategias de carácter transversal para avanzar en los siguientes aspectos fundamentales: democratizar la productividad, lograr un gobierno cercano y moderno, e impulsar una visión con perspectiva de género. Al interior de cada estrategia transversal se establecieron líneas específicas que guían las acciones de todas las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal para el logro de esos objetivos.

Perspectiva de Género

Para promover la perspectiva de género, entre septiembre de 2016 y junio de 2017, 247 personas que laboran en el Programa IMSS-PROSPERA realizaron cursos en línea en materia de igualdad y no discriminación impartidos por el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.

El HRAEB atiende estos compromisos capacitando al personal sobre equidad de género.

Durante el ejercicio 2016, el HRAEO ha trabajado en cuestiones de difusión de la normatividad de esta entidad a través del Sistema Intranet, difusión de correos electrónicos masivos a correos institucionales, concluyendo que toda la normatividad vigente de esta Entidad, se encuentra disponible en la Normateca del Intranet del Hospital.

Se publican en página web oficial los resultados de la MIR de los tres programas presupuestarios, así como de la carpeta de la Junta de Gobierno del Director General para su difusión.

La DGCHRAE ha promovido la capacitación del personal en temas de equidad de género y derechos humanos; una parte del personal directivo y operativo se capacitó en temas referentes. Además, se ha organizado el Día Naranja, se elaboró el Protocolo para la atención sin discriminación a la población LGBTTTI, y se ha realizado la difusión en los HRAE para llevar a cabo estas acciones, con muy buena respuesta, ya que se han organizado actividades en todos los hospitales.

En el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017 se realizaron las siguientes actividades:

- Capacitación a 16,131 profesionales de la salud, de los niveles directivo y operativo de los SESA, a través

de talleres de sensibilización y conferencias en materia de género en salud y no discriminación en el marco de los derechos humanos.

- Acompañamiento a siete programas de salud federales que incluyeron acciones con perspectiva de género; se brindó monitoreo y seguimiento a 29 SESA con unidades de atención que implementan acciones con perspectiva de género.
- Fortalecimiento y operación de 33 Centros de Entrenamiento Infantil, en apoyo a las mujeres que acuden a consulta para atender su salud, en 20 entidades federativas.
- Capacitación a 1,299 personas que laboran en la SS, así como entrega de 547,567 materiales informativos para la promoción y difusión del Programa de Cultura Institucional para la Igualdad, dirigidos a este personal.
- Con la finalidad de avanzar en las acciones de promoción de la Cultura Institucional para la Igualdad de Género en la SS, se fortaleció la Red de Enlaces de Género, logrando consolidar a 68 enlaces; además, se colaboró con las personas encargadas de la capacitación en cada una de las dependencias de la SS, teniendo un total de 24 personas. Finalmente, se llevaron a cabo 16 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 Secretaría de Salud.

La afiliación total del padrón general del SPSS con corte a junio de 2017 es de 53.3 millones, de los cuales 54.2% (28.9 millones) corresponde a mujeres.

A través de su componente de Salud, PROSPERA desarrolla diferentes acciones orientadas a la construcción de una cultura de equidad de género. En este sentido, de septiembre de 2016 a junio de 2017 se estima que el número de mujeres embarazadas y en periodo de lactancia que recibieron atención médica gratuita, así como talleres educativos en materia de alimentación, prevención de la salud y salud reproductiva ascendió a 268,792.

Se concluyó el diseño del proyecto “Estudio de Brechas en la formación de especialistas para el 2do y 3er niveles de atención”, que se realizará en 2017 lo que permitirá

integrar una visión completa sobre las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, especialistas en medicina y enfermería, para fortalecer la política pública y la gestión de la calidad de la atención médica que ofrece el Sector Salud.

Gobierno Cercano y Moderno

En el Comité de Mejora Regulatoria Interna de la Secretaría de Salud, presidido por Coordinación General de Asuntos Jurídicos, se convocó a 30 sesiones de trabajo en las que se generaron 40 acuerdos, que derivaron, entre otros aspectos, en la aprobación de 35 instrumentos normativos, así como en la actualización de la Normateca Interna.^{1/}

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 Programa para un Gobierno Cercano y Moderno 2013-2018.

En términos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, esta Coordinación General atendió 68 solicitudes de acceso.

El Comité de Transparencia convocó a 12 sesiones ordinarias y 900 extraordinarias, emanando 975 acuerdos. Se atendieron 90 recursos de revisión, ante el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales. 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.

Asimismo, la Unidad de Transparencia que se encuentra a cargo de la Coordinación General brindó asesoría continua a las unidades administrativas y órganos desconcentrados de la Secretaría en la atención a las solicitudes de información, a fin de fortalecer el derecho al acceso a la información y que las respuestas a las solicitudes

de acceso cumplieran con los requisitos de consistencia, compleción, confiabilidad, oportunidad, exhaustividad y congruencia, a fin de dar cumplimiento oportuno a las obligaciones que en esas materias establecen las disposiciones jurídicas aplicables, lo cual se tradujo en la obtención de una calificación satisfactoria del Indicador de “Tiempo de respuesta a solicitudes de información y calidad de las mismas” de la estrategia “Gobierno Cercano y Moderno”, la cual fue de 90.72 por ciento.

Se dio seguimiento al proceso de recepción, análisis y trámite de las 4200 solicitudes de información, para lo cual se coordinaron las gestiones correspondientes con los enlaces designados por las unidades administrativas y órganos desconcentrados de la Secretaría, a fin de dar respuesta a las mismas en términos de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y demás normativa aplicable, dándose respuesta en tiempo a todas las solicitudes ingresadas en dicho periodo.

Se brindó asesoría al interior de la Secretaría y del sector coordinado a esta en materia de transparencia focalizada, para el cumplimiento de las acciones que en dicha materia se desprenden del Plan Nacional de Desarrollo, donde se obtuvo por parte de la Secretaría de la Función Pública una calificación de 100% sobre las acciones comprometidas en la guía de acciones de transparencia focalizada 2016.

Se gestionaron diversas reuniones de capacitación para solventar las obligaciones de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, en particular las del artículo 70, relacionadas con el Sistema de Portales de Obligaciones de Transparencia (SIPOT). Al momento, se cuenta con 100% de la carga de los formatos por parte de la Secretaría de Salud y de los Órganos Desconcentrados que se coordinan en esta materia, así como del Instituto Nacional de Geriátrica.

Se lograron capacitar a cerca de 8,500 servidores públicos en materia de transparencia, con lo cual se cumplieron los requisitos establecidos por parte del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, para ser acreedores al reconocimiento de institución 100% capacitada, al igual que el refrendo del reconocimiento del Comité de Transparencia en materia de capacitación.

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.

^{1/} En <<http://www.comeri.salud.gob.mx>>.

En el marco del Programa de Gobierno Cercano y Moderno (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.

Durante el periodo de diciembre de 2016 a marzo de 2017 se realizaron acciones de desarrollo para establecer una nueva versión del sistema de registro de los compromisos del PGCM 2013-2018, por lo que en marzo de 2017 se realizó una reunión para presentarlo a todos los enlaces de los OAD y OPD, así como los de UAC, esta versión ayuda a interactuar totalmente en línea y permite un registro más ágil y controlado, reduciendo tiempos de respuesta tanto en operación como en comunicación de hasta 50% respecto del sistema anterior, con esta nueva versión se integró el primero y segundo informe trimestral 2017.

De este modo, la Secretaría de Salud cumplió con el envío del informe anual correspondiente al ejercicio 2016 y los dos trimestrales de 2017, tanto del sector central como de los OAD y de los OPD ante la SHCP.

Con la finalidad de estandarizar la revisión técnico - funcional de las estructuras orgánicas de la dependencia y que estas se encuentren alineadas a los objetivos estratégicos, se implementó la estrategia de revisión mediante el diseño de cinco formatos de nominados: DGPOP-DDDO-SDO-01 "Análisis Jurídico de Funciones", DGPOP-DDDO-SDO-02 "Análisis Organizacional de Funciones", DGPOP-DDDO-SDO-03 "Identificación de Duplicidades", DGPOP-DDDO-SDO-04 "Asociación del contenido del Manual de Organización a los puestos de los Titulares" y DGPOP-DDDO-SDO-05 "Procesos conforme a Estructura Orgánica" consolidando la información de las 65 estructuras orgánicas y reportándose en los informes trimestrales de julio a diciembre de 2016.

Durante el periodo comprendido del 1 de septiembre al 31 de diciembre de 2016 se completaron y cerraron en el portal del Sistema de Información de Proyectos de Mejora Gubernamental 19 proyectos institucionales de mejora: seis de UNC, tres de OAD y 10 de OPD. En el periodo del 1 de enero y el 31 de agosto de 2017 se completaron y cerraron 16 proyectos institucionales de mejora: tres de UNC, tres de OAD y 10 de OPD. Se registraron ocho nuevas iniciativas de proyectos de mejora: tres de UNC y cinco de OAD.

Durante los tres trimestres de 2017 se actualizó la información de las 65 estructuras orgánicas de la dependencia conforme a la plantilla autorizada por la SHCP con vigencia 1 de enero de 2017.

La DGCHRAE cumplió sus obligaciones al respecto y coordinó y dio su apoyo a los HRAE para que cumplieran con las actividades de este programa; en particular en lo referente a transparencia focalizada se cumplió 100% de las actividades.

Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

La Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos representa y defiende los intereses institucionales en los asuntos en los que la Secretaría de Salud tenga un interés jurídico. Asimismo, asesora y orienta a las unidades administrativas y órganos desconcentrados en el ámbito legal para procurar la salvaguarda de los distintos derechos tutelados.

Acerca del periodo comprendido del 1 de septiembre de 2016 al 31 de agosto de 2017, se informa lo siguiente:

En total, ingresaron 13,733 a la Coordinación General, los cuales corresponden a los siguientes rubros:

- 451 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 y minutas que en materia sanitaria formuló el H. Congreso de la Unión. Como resultado de estas acciones, se publicaron en el DOF 73 ordenamientos jurídicos consistentes en dos reglamentos, cinco decretos, 28 acuerdos, un lineamiento, 16 avisos, cinco normas oficiales mexicanas, 11 proyectos de normas oficiales mexicanas, cinco respuestas a comentarios.
- 53 instrumentos consensuales (nacionales e internacionales), diversos a los contratos y a los fideicomisos, en los que la Secretaría de Salud fue parte.
- 120 consultas en materia sanitaria, formuladas por las unidades administrativas, órganos desconcentrados y entidades del sector coordinado de la Secretaría de Salud.
- 145 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 esta Dependencia del Ejecutivo Federal; elaboración de designaciones ante órganos colegiados y registros de firma ante la Secretaría de Gobernación.

A continuación, se destacan los principales temas trabajados y resultados obtenidos en este periodo.

Ordenamientos publicados en el Diario Oficial de la Federación:

- Decreto por el que se adicionan diversas disposiciones al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. DOF 19-XII-2016.
- Decreto por el que se reforman diversas disposiciones del diverso por el que se crea el órgano desconcentrado denominado Comisión Nacional de Bioética, publicado el 7 de septiembre de 2005 DOF 16-II-2017.
- Decreto por el que se crea el Consejo Nacional de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. DOF 26-IV-2017.
- Reglamento Interior de la Comisión para el Análisis, Evaluación, Registro y Seguimiento de las Enfermedades Raras. DOF 24-III-2017.
- Reglamento Interior de la Comisión para Definir Tratamientos y Medicamentos Asociados a Enfermedades que ocasionan Gastos Catastróficos. DOF 27-III-2017.
- Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Comunitario Comunalidad DIFerente, para el ejercicio fiscal 2017. DOF 28-XII-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 2017. DOF 28-XII-2016.
- Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, para el ejercicio fiscal 2017. DOF 29-XII-2016.
- Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad, para el ejercicio fiscal 2017. DOF 29-XII-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 2017. DOF 29-XII-2016.
- Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación de PROSPERA Programa de Inclusión Social, para el ejercicio fiscal 2017. DOF 29-XII-2016.
- Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Calidad en la Atención Médica, para el ejercicio fiscal 2017. DOF 30-XII-2016.
- Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico Siglo XXI, para el ejercicio fiscal 2017. DOF 30-XII-2016.
- Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos en el Paciente Pediátrico. DOF 14-XII-2016.
- Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se dan a conocer los trámites y servicios, así como los formatos que aplica la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, inscritos en el Registro Federal de Trámites y Servicios de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria, publicado el 28 de enero de 2011. DOF 12-XII-2016.
- Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos de Afiliación y Operación del Sistema de Protección Social en Salud. DOF 20-IX-2016.
- Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para la Integración de la Aportación Solidaria Estatal del Sistema de Protección Social en Salud. DOF 20-IX-2016.
- Acuerdo por el que se crea la Comisión para el Análisis, Evaluación, Registro y Seguimiento de las Enfermedades Raras. DOF 19-I-2017.
- Acuerdo por el que se emiten los lineamientos que contienen el procedimiento y los criterios a los que deberán sujetarse los licenciados en Enfermería, así como los pasantes en servicio social de las carreras referidas en los numerales 1 a 5, del artículo 28 Bis, de la Ley General de Salud, para la prescripción de medicamentos. DOF 08-III-2017.
- Acuerdo por el que se establecen los Criterios Generales para el Desarrollo de Infraestructura en Salud. DOF 02-III-2017.
- Acuerdo por el que se dan a conocer los modelos de formatos de certificados de defunción y de muerte fetal aprobados por la Secretaría de Salud. DOF 06-III-2017.
- Acuerdo por el que se determinan los servidores públicos de la Comisión Nacional de Protección Social en

Salud que quedan sujetos a los ordenamientos jurídicos que en el mismo se señalan. DOF 16-III-2017.

- Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se regula la integración y el funcionamiento del Consejo Interno de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública de la Secretaría de Salud, publicado el 25 de junio de 2013. DOF 16-III-2017.
- Acuerdo que fija los lineamientos que deberán ser observados por las dependencias y organismos descentralizados de la Administración Pública Federal, en cuanto a la emisión de los actos administrativos de carácter general a los que les resulta aplicable el artículo 69-H de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo. DOF 8-III-2017.
- Modificación a los Lineamientos para la adquisición de medicamentos asociados al Catálogo Universal de Servicios de Salud 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 Sistema de Protección Social en Salud, publicados el 7 de julio de 2016 DOF 17-XI-2016.
- Manual para la acreditación de establecimientos y servicios de atención médica. DOF 06-XII-2016.
- Aviso que establece nuevos supuestos para considerar a familias afiliadas o por afiliarse al Sistema de Protección Social en Salud en el régimen no contributivo. DOF 20-IX-2016.
- Aviso por el que se dan a conocer las cifras que corresponden a promover la equidad en los servicios de salud, para el ejercicio fiscal 2017. DOF 18-I-2017.
- 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 2017, así como la fórmula utilizada para la distribución de los recursos, las variables empleadas y la fuente de información de las mismas. DOF 31-I-2017.
- Aviso que establece los niveles de las cuotas familiares del Sistema de Protección Social en Salud para el ejercicio fiscal 2017. DOF 16-II-2017.

Normas Oficiales Mexicanas publicadas en el Diario Oficial de la Federación:

- Norma Oficial Mexicana NOM-231-SSA1-2016, Artículos de alfarería vidriada, cerámica vidriada, porce-

lana y artículos de vidrio-Límites máximos permisibles de plomo y cadmio solubles-Método de Ensayo.

- Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales.
- Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA3-2016, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica.
- Norma Oficial Mexicana NOM-125-SSA1-2016, Que establece los requisitos sanitarios para el proceso y uso de asbesto.
- Norma Oficial Mexicana NOM-138-SSA1-2016, Que establece las especificaciones sanitarias del alcohol etílico desnaturalizado, utilizado como material de curación, así como para el alcohol etílico de 96° G.L. sin desnaturalizar, utilizado como materia prima para la elaboración y/o envasado de alcohol etílico desnaturalizado como material de curación.
- Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-220-SSA1-2015, Instalación y operación de la farmacovigilancia.

Temas legislativos relevantes impulsados:

- Iniciativa con proyecto de decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones de la Ley General de Salud y reforma el párrafo tercero del artículo 195 del Código Penal Federal, en materia de cannabis.
- Iniciativa con proyecto de decreto que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de registro nacional de cáncer.
- Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforma y adiciona los artículos 6º, 27, 61, 70 bis, 70 ter y 70 quáter de la Ley General de Salud, en materia de embarazo adolescente.

Instrumentos consensuales relevantes:

- Bases Generales de Colaboración entre la Secretaría de Educación Pública y la Secretaría de Salud, para desarrollar, ejecutar y promover de manera conjunta, acciones orientadas a fortalecer la prevención, la promoción y el cuidado de la salud de los estudiantes de los planteles educativos del tipo básico y medio superior que se aprueben.

- Convenio por el que se establecen las Bases de Colaboración para prevenir la comisión de delitos electorales federales por servidores públicos.

Metas y objetivos:

La proyección de volantes por recibir durante el periodo que abarca del 10 de mayo al 31 de agosto del año en curso es de 911, asimismo, se espera participar en la publicación en el DOF de 22 ordenamientos jurídicos.

Asimismo, 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 cuatro demandas y se promovieron dos demandas, se desahogaron 3,040 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 207 vistas, se consultaron 550 acuerdos relacionados con los juicios en trámite, se asistió a 60 audiencias, se dio cumplimiento a tres sentencias firmes y se brindaron 60 asesorías.

En materia penal se presentaron 82 denuncias, se obtuvo una consignación ante el juez penal de la causa, han sido atendidos 2,437 requerimientos ministeriales, se brindaron 154 asesorías y se compareció ante el Ministerio Público de la Federación en 12 ocasiones para la atención de diversos requerimientos.

En el rubro laboral se atendieron 1,132 juicios, ingresaron 181 demandas nuevas y ocho actas administrativas, se atendieron 1,445 audiencias y se emitieron 64 consultas. Se notificaron 82 laudos, de los cuales 26 fueron absolutorios, 19 condenatorios y 37 mixtos. Se atendieron 16 requerimientos realizados por la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, así como tres requerimientos de la Junta Local.

En el aspecto contencioso administrativo, se atendieron 84 juicios; 52 derechos de petición, se desahogaron 306 requerimientos por parte del Tribunal Federal de Justicia Administrativa y uno del Servicio de Administración Tributaria. Asimismo, se tramitaron cuatro números internacionales ISSN (International Standard Serial Number, Número Internacional Normalizado de Publicaciones Seriadas), siete registros de obras, 10 dictámenes previos,

10 reservas de derechos, y tres reservas electrónicas, todos ante el Instituto Nacional del Derecho de Autor.

En materia de amparo, se concluyeron 345 juicios, de los cuales 341 fueron resueltos en sentido favorable y cuatro en sentido desfavorable, se rindieron 434 informes de ley, de los cuales 315 informes justificados y 119 informes previos, que corresponden a 209 demandas de amparo; asimismo se interpusieron 121 recursos, 14 de queja, 52 de revisión, 62 de revisión adhesiva y cinco de reclamación; se atendieron 45 requerimientos relacionados con el otorgamiento de la suspensión de plano; se desahogaron 32 informes relacionados con incidentes innominados; y se atendieron 4982 requerimientos de Juzgados de Distrito y Tribunales Colegiados.

En su carácter de enlace de esta Secretaría de Salud ante la Auditoría Superior de la Federación (ASF), se atendieron 16 requerimientos de información, de los cuales 3 se relacionan con la fiscalización superior de la Cuenta Pública 2015 y 13 corresponden a la revisión de la Cuenta Pública del ejercicio 2016.

Se brindó seguimiento al inicio y ejecución de 30 auditorías practicadas por la Entidad Superior de Fiscalización a diversas unidades administrativas y órganos desconcentrados de esta Secretaría de Salud; asimismo, fueron atendidas 34 reuniones para la presentación de los resultados derivados de las revisiones ejecutadas.

De igual manera, se llevó a cabo el seguimiento de la atención brindada por las unidades administrativas y órganos desconcentrados competentes, respecto de las 76 acciones formuladas por la ASF, con motivo de la fiscalización de la Cuenta Pública 2015; así como del estado de trámite de las acciones emitidas por el Órgano Fiscalizador, con motivo de la revisión y fiscalización superior de la Cuenta Pública correspondiente a los ejercicios 2011, 2012, 2013 y 2014.

En materia de derechos humanos, con la finalidad de dar cumplimiento a los tratados internacionales en materia de salud en el marco de los derechos humanos, esta Dependencia del Ejecutivo Federal reportó acciones de cumplimiento al Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, que integrarán el quinto y sexto informe periódico de México que pueden resumirse en lo siguiente:

Se adoptaron medidas para asegurar la accesibilidad y disponibilidad de información y servicios de salud sexual y reproductiva para todas las mujeres y adolescentes en todas las entidades federativas; se publicó la NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el em-

barazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida; se cuenta con Servicios Amigables para Adolescentes, donde se otorgan servicios de salud sexual y reproductiva a mujeres y hombres en un ambiente de privacidad y confianza.

Derivado de las reformas constitucionales en materia de derechos humanos se implementaron medidas para favorecer en la práctica el disfrute y la realización del derecho a la salud, así como para crear mecanismos que garanticen su exigibilidad. Para ello se trabajó en la institucionalización de la figura del Aval Ciudadano con el objeto de identificar necesidades y expectativas de mejoras de calidad de los servicios de salud a fin de ofrecer una mejor atención a los usuarios y así contribuir a generar transparencia de la información y resultados en materia de trato digno emitidos por las instituciones de salud.

Se solucionaron controversias a través de mecanismos alternativos como la conciliación y el arbitraje, atendiendo de forma imparcial y objetiva las inconformidades de los usuarios de los servicios de salud, con lo que se evita la judicialización de los conflictos médicos. Estos mecanismos alternativos a las sentencias judiciales permiten solucionar los conflictos con mayor rapidez disminuyendo tiempo y costos, tanto para el sistema de justicia como para las partes involucradas.

Se reportaron los recursos presupuestarios destinados al gasto social en salud, así como su ejecución durante los últimos cinco años.

Se llevaron a cabo acciones de capacitación y sensibilización al personal que brindan servicios de atención médica en materia de discriminación, tales como: cursos, talleres, conferencias, pláticas, obras de teatro a favor de la no discriminación y de la no violencia contra las mujeres y las niñas, finalmente se transmitieron mensajes de radiodifusión que abordan la prevención de enfermedades, el derecho de los afiliados a contar con un expediente clínico, a tener un trato digno y respetuoso, atención de calidad, recibir servicios integrales de salud y acceso igualitario a la atención.

Se brindaron servicios de manera prioritaria a niños migrantes, principalmente en establecimientos que se encuentran en estados de la República que constituyen puntos de internación, impartiendo talleres educativos sobre salud sexual y reproductiva para prevenir el embarazo adolescente y disminuir el riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual; se actualizaron las políticas de cobro institucionales con relación al manejo y atención de pacientes migrantes conforme a lo que establece el artículo 8, de la Ley de Migración.

Se implementaron medidas para favorecer la accesibilidad, disponibilidad y calidad de los servicios de salud, especialmente en las zonas rurales y remotas y entre los grupos más desfavorecidos y marginados, incluyendo las personas con bajos ingresos y las personas mayores.

Se diseñó y distribuyó para personal directivo de los SESA el documento “Modelo de atención intercultural a la salud de los pueblos indígenas y afrodescendientes”. Asimismo, se acreditaron establecimientos de salud para recibir recursos del CAUSES y del FPGC, lo que permite tener una captación mayor de usuarios de los servicios de salud, así como ampliar el catálogo de servicios que se prestan.

Se adoptaron medidas para garantizar la accesibilidad y disponibilidad de servicios de salud mental con las cuales se busca garantizar los derechos humanos de las personas que tienen padecimientos mentales, entre las cuales se encuentra la adecuación al marco jurídico, así como la implementación de políticas públicas en esta materia, destacándose el proyecto denominado “Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental”.

Se efectuó una evaluación exhaustiva sobre los efectos que tiene la contaminación del aire, el agua y el suelo en la salud, y como parte de las medidas adoptadas para prevenirla se actualizaron las Normas Oficiales Mexicanas aplicables en la materia.

En materia de adquisiciones, arrendamientos, servicios, obras públicas y bienes, se realizaron las siguientes acciones:

Se proporcionaron diversas asesorías en materia de adquisiciones, arrendamientos, servicios, obras públicas y bienes, de las cuales se destacaron las siguientes:

Opinión jurídica respecto del proyecto contrato para la prestación del servicio de organización y logística para la aplicación del XL Examen Nacional para aspirantes a Residencias Médicas en tres sedes de la Ciudad de México.

Opinión jurídica sobre el proyecto de contrato para la prestación del servicio de difusión de la campaña prevención de enfermedades transmitidas por vectores, zika, chikungunya y dengue.

Opinión jurídica sobre diversos proyectos de contratos relativos a la campaña prevención del embarazo en adolescentes, versión embarazo no deseado.

Asesoría jurídica brindada respecto al proyecto de acuerdo de autorización para que la APBP otorgara donativos

a OSC sin fines de lucro a fin de que lleven a cabo proyectos de coinversión que atiendan problemáticas en materia de salud para mejorar las condiciones y calidad de vida de grupos de escasos recursos en situación de vulnerabilidad, primordialmente aquellos sin cobertura de seguridad social. Estas tareas se llevan a cabo a través de acciones de promoción, prevención y atención.

Asesoría jurídica sobre el proyecto de Convenio Conciliatorio a suscribirse por la empresa Hospital de León Bajío S. A. de C. V. y el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío.

Participación en diversas reuniones de trabajo para brindar asesoría jurídica respecto a la situación jurídica del terreno para la edificación del Nuevo Hospital General de León, a fin de que el Gobierno del estado de Guanajuato cuente con un Hospital General que, tenga la capacidad y espacios más amplios y suficientes para atender con dignidad la demanda de servicios que existe en dicho estado.

Opinión jurídica sobre diversos proyectos de contratos de arrendamiento de los distintos inmuebles que ocupan las unidades administrativas y órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud.

Participación en 170 sesiones de diversos órganos colegiados, tales como:

- 102 sesiones en la DGRMySG, dentro de las cuales se incluyen el Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, el Comité de Bienes Muebles y el Subcomité Revisor de Convocatorias.
- 12 sesiones en la Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física relativas al Comité de Obras Públicas.

- 12 sesiones del Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud.
- 10 sesiones del Consejo Interno de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública.
- 22 sesiones del Comité Interno para el Uso Eficiente, Transparente y Eficaz de los Recursos Presupuestarios.
- Ocho sesiones del Comité de Control y Desempeño Institucional de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública.
- Dos sesiones del Comité Interno para el Uso Eficiente de la Energía de la Secretaría de Salud.
- Dos sesiones del Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Nacional de Geriátrica.
- Para las sesiones de los referidos órganos colegiados, se analizaron un total de 565 asuntos.
- Por otra parte, se atendieron 299 volantes de trámite relativos a solicitudes de opinión a diversos instrumentos jurídicos, volantes que implicaron el análisis de 640 instrumentos consensuales.
- Adicionalmente, se emitieron aproximadamente 75 opiniones jurídicas derivadas de las consultas formuladas por diversas áreas.

En síntesis, el resultado alcanzado, en términos absolutos durante el periodo comprendido del 1 de septiembre de 2016 al 31 de agosto de 2017 es de 530 volantes de trámite, lo cual implicó alrededor de 1,280 asuntos atendidos por esta Dirección.





SIGLAS Y ACRÓNIMOS

APBP	Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública
APEC	Foro de Cooperación Económica Asia-Pacífico
ASF	Auditoría Superior de la Federación
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BIRMEX	Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México S. A. de C. V.
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CBCISS	Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud
CCINSHAE	Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
CDI	Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas
CECIADIC	Centro de Atención Ciudadana contra las Adicciones
CECOSAM	Centro Comunitario de Salud Mental
CEETRA	Centro Estatal de Trasplantes
CEI	Comités de Ética en Investigación
CEMECE	Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades
CENAPRECE	Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
CENATRA	Centro Nacional de Trasplantes
CENSIA	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia
CENSIDA	Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida
CEREDI	Centro Regional de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana
CETS	Centros Estatales de la Transfusión Sanguínea
CHB	Comités Hospitalarios de Bioética
CICAD	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas
CIE	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades
CIE-10	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión

CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud
CIJ	Centros de Integración Juvenil, A. C.
CMCT OMS	Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
CNDH	Comisión Nacional de los Derechos Humanos
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
CNTS	Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea
COEPRA	Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes
COETRA	Consejo Estatal de Trasplantes
COFAT	Comité de Farmacia y Terapéutica
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
COMERI	Comité de Mejora Regulatoria Interna de la Secretaría de Salud
CONAC	Consejo Nacional de Armonización Contable
CONACYT	Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
CONADIC	Comisión Nacional contra las Adicciones
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONAVE	Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica
CONBIOÉTICA	Comisión Nacional de Bioética
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
CRAE	Centro Regional de Alta Especialidad
CRAHEP	Centro Regional de Alta Especialidad del Hospital de Especialidades Pediátricas de Chiapas
CRAECS	Centro Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud de Chiapas
CRUM	Centros Reguladores de Urgencias Médicas
CSG	Consejo de Salubridad General
CTESS	Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud
DGCES	Dirección General de Calidad y Educación en Salud
DGCHFR	Dirección General de Coordinación de Hospitales Federales de Referencia

DGCHRAE	Dirección General de Coordinación de Hospitales Regionales de Alta Especialidad
DGCINS	Dirección General de Coordinación de Institutos Nacionales de Salud
DGE	Dirección General de Epidemiología
DGED	Dirección General de Evaluación del Desempeño
DGIS	Dirección General de Información en Salud
DGPIS	Dirección General de Políticas de Investigación en Salud
DGPLADES	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
DGPOP	Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto
DGRI	Dirección General de Relaciones Internacionales
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
DP	Documento de planeación
ECNT	Enfermedades crónicas no transmisibles
ENAPEA	Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes
ENARM	Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ESPII	Emergencias de Salud Pública de Importancia Internacional
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FASSA	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud
FOSISS	Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social
FPGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
GEPEA	Grupos Estatales para la Prevención del Embarazo en Adolescentes
GHSI	Iniciativa de Seguridad Global en Salud
GIPEA	Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes
GPC	Guía de Práctica Clínica

GTI-ETES	Grupo de Trabajo Interinstitucional de Evaluación de Tecnologías para la Salud
HFR	Hospitales Federales de Referencia
HGM	Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga
HIMFG	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
HRAECS	Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud de Chiapas
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
IAAS	Infecciones asociadas a la atención de la salud
ICM	Investigadores en Ciencias Médicas
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INC	Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
INCAN	Instituto Nacional de Cancerología
INCMNSZ	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
INDAABIN	Instituto de Administración y Avalúos de Bienes Nacionales
INDICAS	Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud
INDRE	Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos Dr. Manuel Martínez Báez
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INER	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas
INGER	Instituto Nacional de Geriátrica
INNN	Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
INP	Instituto Nacional de Pediatría

INPRF	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
INRLGII	Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra
INSALUD	Institutos Nacionales de Salud
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
IPN	Instituto Politécnico Nacional
IRA	Infecciones respiratorias agudas
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LGS	Ley General de Salud
MIR	Matriz de indicadores para resultados
NOM	Norma Oficial Mexicana
OAD	Órganos Administrativos Desconcentrados
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos
OEA	Organización de los Estados Americanos
OMENT	Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUDD	Oficina de las Naciones Unidas para el control de las Drogas y la Prevención del Delito
OPD	Organismos públicos descentralizados
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organizaciones de la sociedad civil
PBR	Presupuesto basado en resultados
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PFA	Parálisis flácida aguda
PGCM	Programa para un Gobierno Cercano y Moderno
PGS	Padrón General de Salud
PMI	Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud

PNAVS	Premio Nacional de Acción Voluntaria y Solidaria
PND	Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018
POT	Portal de Obligaciones de Transparencia
PPI	Programas y proyectos de inversión
PROSESA	Programa Sectorial de Salud 2013-2018
RIC	Revista de Investigación Clínica
RMM	Razón de Mortalidad Materna
RNLSP	Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública
SAP	Servicios de Atención Psiquiátrica
SAT	Servicio de Administración Tributaria
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social
SEDIF	Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia
SEED	Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones
SEGOB	Secretaría de Gobernación
SEMAR	Secretaría de Marina
SEP	Secretaría de Educación Pública
SESA	Servicios Estatales de Salud
SFP	Secretaría de la Función Pública
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SINAC	Subsistema de Información de Nacimientos
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SINBA	Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud
SINERHIAS	Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud
SIRES	Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud
SIS	Subsistema de Prestación de Servicios

SMS XXI	Seguro Médico Siglo XXI
SNDIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
SNI	Sistema Nacional de Investigadores
SNS	Sistema Nacional de Salud
SNTSA	Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SRE	Secretaría de Relaciones Exteriores
SREO	Sistema de Registro de Emergencias Obstétricas
SS	Secretaría de Salud
STCONAPRA	Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes
SUG	Sistema Unificado de Gestión
TAR	Tratamiento antirretroviral
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil
UAC	Unidades Administrativas de Nivel Central
UAE	Unidad de Análisis Económico
UAPS	Unidades de Atención Primaria a la Salud
UCVPS	Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social
UIES	Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
UNC	Unidades de Nivel Central
UNEME	Unidades de Especialidades Médicas
UNEME-CAPA	Unidades de Especialidades Médicas-Centros de Atención Primaria en Adicciones
UNEME-CISAME	Unidades de Especialidades Médicas del Centro Integral de Salud Mental
UNEME-DEDICAM	Unidades de Especialidades Médicas Dedicada a la Detección y Diagnóstico de Cáncer de Mama
UNEME-EC	Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas
UNGASS	Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

VDS	Ventanillas de Salud
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
WFAD	Federación Mundial contra las Drogas



ANEXOS ESTADÍSTICOS

CUADRO I. ESPERANZA DE VIDA AL NACER
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2016

ENTIDAD FEDERATIVA	ESPERANZA DE VIDA AL NACER		
	Total	Hombres	Mujeres
Nacional	75.2	72.6	77.8
Aguascalientes	76.0	73.7	78.4
Baja California	74.2	71.1	77.5
Baja California Sur	76.2	73.6	78.8
Campeche	75.4	72.6	78.3
Coahuila de Zaragoza	76.0	73.9	78.1
Colima	76.1	73.7	78.6
Chiapas	73.0	70.1	76.0
Chihuahua	73.5	70.6	76.5
Ciudad de México	76.2	73.9	78.6
Durango	76.0	73.5	78.6
Guanajuato	75.6	73.4	77.97
Guerrero	73.1	69.9	76.5
Hidalgo	74.6	72.3	77.1
Jalisco	75.7	73.2	78.3
Estado de México	75.4	73.0	77.9
Michoacán de Ocampo	74.9	72.4	77.6
Morelos	75.9	73.4	78.5
Nayarit	75.4	72.9	78.0
Nuevo León	76.7	74.5	79.0
Oaxaca	73.2	70.4	76.2
Puebla	75.0	72.1	78.0
Querétaro	75.5	73.0	78.2
Quintana Roo	75.8	73.4	78.3
San Luis Potosí	74.9	72.3	77.6
Sinaloa	75.8	73.1	78.7
Sonora	75.5	72.9	78.3
Tabasco	74.9	72.3	77.7
Tamaulipas	76.0	73.6	78.5
Tlaxcala	75.4	73.0	78.0
Veracruz de Ignacio de la Llave	74.2	71.7	76.9
Yucatán	75.6	73.1	78.2
Zacatecas	75.5	73.0	78.1

FUENTE: CONAPO, 2013. Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

CUADRO II. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2015

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA ^{1/}	CÓDIGO CIE-10 ^{2/}	DEFUNCIONES	TASA ^{3/}
1	Enfermedades del corazón	A00-Z99 I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	654,593	541.0
2	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	87,915	72.7
3	Diabetes mellitus	E10-E14	98,444	81.4
4	Tumores malignos	C00-C97	79,415	65.6
	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	36,909	30.5
	Accidentes de tráfico de vehículos de motor	V02-V04 (1., .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9	15,906	13.1
5	Enfermedades del hígado	K70-K76	35,685	29.5
	Enfermedad alcohólica del hígado	K70	11,859	9.8
6	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	34,065	28.2
7	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	J44	21,045	17.4
8	Agresiones (homicidios)	X85-Y09	20,679	17.1
9	Neumonía e influenza	J09-J18	18,879	15.6
10	Insuficiencia renal	N17-N19	13,294	11.0
Mal definidas			10,988	9.1
El resto			41,060	33.9

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/} Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.

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

^{3/} Tasa por 100 mil habitantes.

FUENTE: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2015.

CONAPO, 2013. Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

CUADRO III. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2015

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA ^{1/}	CÓDIGOCIE-10 ^{2/}	DEFUNCIONES	TASA ^{3/}
1	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	A00-Z99	28,149	12.5
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	A33, P00-P96	13,998	6.2
3	Accidentes	Q00-Q99	7,067	3.1
4	Neumonía e influenza	V01-X59, Y40-Y86	1,159	0.5
5	Enfermedades infecciosas intestinales	J09-J18	1,018	0.5
6	Septicemia	A00-A09	494	0.2
7	Infecciones respiratorias agudas, excepto neumonía e influenza	A40-A41	426	0.2
8	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	J00-J06, J20-J22	305	0.1
9	Enfermedades del corazón	E40-E64	281	0.1
10	Insuficiencia renal	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	231	0.1
Mal definidas		N17-N19	157	0.1
El resto			709	0.3
			2,304	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) 2015.

FUENTE: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2015.
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/Methodologia.zip>>.

**CUADRO IV. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD PREESCOLAR ^{1/}
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2015**

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA ^{2/}	CÓDIGO CIE-10 ^{3/}	DEFUNCIONES	TASA ^{4/}
1	Accidentes	A00-Z99	5,722	64.8
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	V01-X59, Y40-Y86	1,277	14.5
3	Tumores malignos	Q00-Q99	959	10.9
4	Neumonía e influenza	C00-C97	452	5.1
5	Enfermedades infecciosas intestinales	J09-J18	423	4.8
6	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	A00-A09	312	3.5
7	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	E40-E64	177	2.0
		G80-G83	121	1.4
8	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	118	1.3
9	Septicemia	A40-A41	121	1.4
10	Agresiones (homicidios)	X85-Y09	112	1.3
Mal definidas			104	1.2
El resto			1,546	17.5

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 uno a cuatro 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 100 mil habitantes entre de uno y cuatro años de edad.

FUENTE: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2015.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050

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.gov.mx/descargas/zip/Metodologia.zip

CUADRO V. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD ESCOLAR ^{1/}
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2015

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA ^{2/}	CÓDIGO CIE-10 ^{3/}	DEFUNCIONES	TASA ^{4/}
1	Accidentes	A00-Z99 V01-X59, Y40-Y86 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	5,671 1,293	25.3 5.8
	Accidentes de tráfico de vehículos de motor		577	2.6
2	Tumores malignos	C00-C97	1,043	4.7
	Leucemias	C91-C95	555	2.5
3	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99	393	1.8
	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	Q20-Q28	199	0.9
4	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	G80-G83	291	1.3
5	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	X60-X84	236	1.1
6	Agresiones (homicidios)	X85-Y09	217	1.0
7	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco solo para mortalidad)	181	0.8
	Enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón	I26-I51 (excepto I46 paro cardíaco solo para mortalidad)	160	0.7
8	Neumonía e influenza	J09-J18	131	0.6
9	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	123	0.5
10	Epilepsia	G40-G41	119	0.5
Mal definidas			63	0.3
El resto			90	0.4

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 en edad escolar se tomó de cinco 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 100 mil habitantes de cinco a 14 años.

FUENTE: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2015.

CONAPO, 2013. Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

**CUADRO VI. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD PRODUCTIVA^{1/}
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2015**

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA ^{2/}	CÓDIGO CIE-10 ^{3/}	DEFUNCIONES	TASA ^{4/}
1	Diabetes mellitus	A00-Z99	240,277	302.99
2	Tumores malignos	E10-E14	36,981	46.6
		C00-C97	34,504	43.5
	Tumor maligno de la mama	C50	4,072	5.1
	Tumor maligno del estómago	C16	2,608	3.3
	Tumor maligno del cuello del útero	C53	2,512	3.2
3	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco solo para mortalidad)	29,874	37.7
4	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	20,580	26.0
	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	24,495	30.9
		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	12,749	16.1
5	Enfermedades del hígado	K70-K76	21,299	26.9
	Enfermedad alcohólica del hígado	K70	8,562	10.8
6	Agresiones (homicidios)	X85-Y09	18,305	23.1
7	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	7,834	9.9
8	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	X60-X84	5,695	7.2
9	Insuficiencia renal	N17-N19	5,194	6.5
10	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	B20-B24	4,510	5.7
Mal definidas			1,437	1.8
El resto			50,149	63.2

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 100 mil habitantes de 15 a 64 años.

FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2015. CONAPO, 2013. Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

CUADRO VII. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD POSTPRODUCTIVA ^{1/}
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2015

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA ^{2/}	CÓDIGO CIE-10 ^{3/}	DEFUNCIONES	TASA ^{4/}
1	Enfermedades del corazón	A00-Z99 I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	374,597	4,537.1
2	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	67,121	813.0
3	Diabetes mellitus	E10-E14	61,404	743.7
	Tumores malignos	C00-C97	43,367	525.3
	Tumor maligno de la próstata	C61	5,734	69.5
	Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	C33, C34	4,601	55.7
4	Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	C22	4,179	50.6
	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	25,960	314.4
5	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	J44	19,135	231.8
6	Enfermedades del hígado	K70-K76	14,021	169.8
	Enfermedad alcohólica del hígado	K70	3,247	39.3
7	Neumonía e influenza	J09-J18	12,980	157.2
8	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	8,302	100.6
	Accidentes de tráfico de vehículos de motor	V02-V04 (.1., .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9	1,922	23.3
9	Insuficiencia renal	N17-N19	7,830	94.8
10	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	5,554	67.3
Mal definidas			8,620	104.4
El resto			69,599	843.0

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/} 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 100 mil habitantes de 65 años o más.

FUENTE: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2015.
CONAPO, 2013. Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

CUADRO VIII. MORTALIDAD EN LA INFANCIA POR ENTIDAD FEDERATIVA ^{1/}
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2015

ENTIDAD FEDERATIVA	MENORES DE 1 AÑO		MENORES DE 5 AÑOS	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
Nacional	13.7	11.2	16.4	13.6
Aguascalientes	9.7	7.7	11.2	9.6
Baja California	14.3	12.8	17.7	15.2
Baja California Sur	12.2	10.1	14.9	12.1
Campeche	17.2	13.6	20.0	15.3
Coahuila de Zaragoza	13.0	11.0	15.0	12.4
Colima	11.0	8.5	12.9	10.2
Chiapas	14.3	12.6	19.5	17.5
Chihuahua	14.8	12.1	18.0	15.6
Ciudad de México	13.8	11.0	15.7	12.5
Durango	15.6	12.4	18.2	14.7
Guanajuato	12.0	9.5	14.6	11.3
Guerrero	14.7	12.3	18.6	16.6
Hidalgo	13.8	12.1	16.9	14.7
Jalisco	12.5	8.6	14.8	10.8
Estado de México	15.9	12.6	18.1	14.3
Michoacán de Ocampo	13.4	11.4	16.0	13.3
Morelos	13.1	10.3	15.5	12.1
Nayarit	11.2	8.2	13.4	10.8
Nuevo León	9.9	9.7	11.1	11.0
Oaxaca	14.3	11.4	19.1	17.0
Puebla	15.2	13.3	18.6	15.7
Querétaro	13.1	8.8	14.7	10.8
Quintana Roo	13.3	9.8	15.8	11.6
San Luis Potosí	12.0	11.9	14.5	14.4
Sinaloa	10.7	8.8	13.0	10.6
Sonora	10.2	9.9	12.7	11.8
Tabasco	17.0	12.3	19.2	14.0
Tamaulipas	14.0	10.8	16.0	12.1
Tlaxcala	13.8	13.0	16.2	15.0
Veracruz de Ignacio de la Llave	13.9	11.3	17.6	14.5
Yucatán	12.6	10.1	14.7	11.7
Zacatecas	11.4	12.1	13.5	14.0

^{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 1979-2015 y los nacimientos ajustados de la 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 IX. TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDAS) Y POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRAS) EN MENORES DE 5 AÑOS, TOTAL Y POR SEXO ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1995-2015 ^{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
2015	7.3	7.2	7.4	16.5	17.4	15.6

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 100 mil niños menores de cinco años.

FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de INEGI/SS 1995-2015. CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

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 X. MORTALIDAD POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDAS) Y POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRAS) EN MENORES DE 5 AÑOS, POR ENTIDAD FEDERATIVA, SEGÚN SEXO ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2015 ^{1/}

ENTIDAD FEDERATIVA	EDAS			IRAS		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Nacional	7.3	7.2	7.4	16.5	17.4	15.6
Aguascalientes	2.4	1.5	3.2	3.2	6.2	0.0
Baja California	3.3	3.3	3.4	9.7	10.4	8.9
Baja California Sur	0.0	0.0	0.0	2.9	2.8	3.0
Campeche	10.7	9.3	12.2	10.7	14.0	7.3
Coahuila de Zaragoza	0.0	0.0	0.0	4.9	4.4	5.4
Colima	6.3	9.6	3.1	7.9	12.8	3.1
Chiapas	36.8	38.1	35.5	52.2	48.7	55.8
Chihuahua	10.0	11.5	8.4	16.8	16.1	17.5
Ciudad de México	2.9	1.6	4.3	19.7	21.7	17.7
Durango	6.1	5.9	6.2	12.2	14.2	10.0
Guanajuato	3.6	3.5	3.7	12.0	16.7	7.0
Guerrero	10.1	10.4	9.7	14.2	14.2	14.3
Hidalgo	3.7	4.3	3.0	13.0	10.9	15.2
Jalisco	4.8	4.5	5.0	9.5	9.8	9.2
Estado de México	6.3	6.6	5.9	12.6	15.5	9.6
Michoacán de Ocampo	7.3	3.1	11.7	17.6	23.7	11.2
Morelos	3.5	3.4	3.6	4.7	5.7	3.6
Nayarit	6.9	11.8	1.8	10.4	10.1	10.7
Nuevo León	0.9	0.4	1.4	7.1	9.9	4.2
Oaxaca	18.2	18.8	17.6	30.3	30.6	30.0
Puebla	6.8	7.3	6.3	25.7	22.9	28.6
Querétaro	2.1	3.2	1.1	8.6	9.5	7.7
Quintana Roo	10.4	10.2	10.7	24.1	25.4	22.7
San Luis Potosí	7.2	6.0	8.6	16.8	17.2	16.4
Sinaloa	3.0	3.0	3.1	16.7	14.1	19.4
Sonora	4.5	3.7	5.4	12.8	12.5	13.1
Tabasco	3.6	4.4	2.8	16.5	14.8	18.4
Tamaulipas	1.6	0.6	2.7	6.8	5.7	8.0
Tlaxcala	4.0	3.1	4.9	16.1	17.3	14.8
Veracruz de Ignacio de la Llave	8.2	6.7	9.7	20.1	22.7	17.3
Yucatán	7.8	12.2	3.2	26.0	24.5	27.6
Zacatecas	1.3	1.3	1.4	6.0	5.2	6.8

NOTA: Se excluyen residentes en el extranjero.

^{1/} Tasas por 100 mil niños menores de cinco años.

FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2015. CONAPO, 2013. Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

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.dgjis.salud.gob.mx/descargas/zip/Metodologia.zip>>.

**CUADRO XI. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2015**

CAUSA	CÓDIGO CIE-10	DEFUNCIONES	RMM ^{1/}
Total	A34, B20-B24, D392, F53, M830, O00-O95 Y O98-099	778	34.6
Aborto	O00-O06	72	3.2
Hemorragia obstétrica	O44-O45, O67, O72	106	4.7
Infección puerperal	O85-O86	12	0.5
Edema, proteinuria, trastornos hipertensivos en embarazo, parto y puerperio (toxemia)	O10-O16	165	7.3
Parto obstruido	(O64-O66)	2	0.1
Causas obstétricas indirectas	O98-O99	229	10.2
Otras causas maternas	El resto de las causas	192	8.5

NOTA: No se incluyen las defunciones maternas tardías (O96 y O97).

^{1/} Razón por 100 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 2015.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050

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 XII. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA POR ENTIDAD FEDERATIVA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2015**

ENTIDAD FEDERATIVA	RMM ^{1/}
Nacional	34.6
Aguascalientes	25.8
Baja California	32.0
Baja California Sur	24.3
Campeche	46.5
Coahuila de Zaragoza	28.3
Colima	22.3
Chiapas	68.5
Chihuahua	43.1
Ciudad de México	44.3
Durango	31.1
Guanajuato	31.2
Guerrero	49.5
Hidalgo	32.3
Jalisco	24.7
Estado de México	30.9
Michoacán de Ocampo	34.3
Morelos	36.6
Nayarit	66.9
Nuevo León	23.5
Oaxaca	48.6
Puebla	32.3
Querétaro	14.9
Quintana Roo	20.7
San Luis Potosí	30.1
Sinaloa	22.1
Sonora	32.2
Tabasco	41.7
Tamaulipas	32.0
Tlaxcala	20.1
Veracruz de Ignacio de la Llave	29.9
Yucatán	32.6
Zacatecas	32.6

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 100 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 2015.

CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

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 XIII. MORTALIDAD POR CÁNCER CÉRVICO-UTERINO Y POR CÁNCER DE MAMA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1995-2015 ^{1/}**

AÑO	CÉRVICO-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
2015	11.5	18.0

NOTA: Se utilizaron los códigos CIE 10 C50-CAMA y CIE 10 C53-CACU. Se excluyeron residentes en el extranjero.

^{1/} Tasas observadas por 100 mil mujeres de 25 años o más.

FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 1995-2015. 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, 2015 ^{1/}

ENTIDAD FEDERATIVA	CÉRVICO-UTERINO	MAMA
Nacional	11.5	18.0
Aguascalientes	9.4	20.2
Baja California	10.7	22.0
Baja California Sur	9.2	16.0
Campeche	11.8	11.4
Coahuila de Zaragoza	11.6	25.7
Colima	17.7	22.0
Chiapas	17.6	10.8
Chihuahua	12.1	24.8
Ciudad de México	10.7	24.7
Durango	9.9	18.9
Guanajuato	10.5	17.0
Guerrero	15.6	12.5
Hidalgo	7.6	14.3
Jalisco	9.2	22.0
Estado de México	9.5	15.2
Michoacán de Ocampo	10.8	16.5
Morelos	14.2	17.1
Nayarit	14.8	13.3
Nuevo León	8.9	26.0
Oaxaca	15.2	11.1
Puebla	11.4	12.6
Querétaro	6.2	14.1
Quintana Roo	13.6	14.1
San Luis Potosí	12.5	14.9
Sinaloa	10.4	22.2
Sonora	13.2	28.6
Tabasco	9.6	14.7
Tamaulipas	13.3	20.7
Tlaxcala	10.3	11.7
Veracruz de Ignacio de la Llave	15.4	15.7
Yucatán	15.0	13.2
Zacatecas	8.9	20.0

NOTA: Se utilizaron los códigos CIE 10 C50-CAMA y CIE 10 C53-CACU. Se excluyeron residentes en el extranjero.

^{1/} Tasas observadas por 100 mil mujeres de 25 años o más.

FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 1995-2015. 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, 1995-2015^{1/}

AÑO	DIABETES MELLITUS			ENFERM. 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
2015	81.4	80.9	81.8	72.7	83.4	62.8	13.3	21.5	5.4

NOTA: Se excluyeron extranjeros en las defunciones por diabetes y enfermedades isquémicas del corazón.

^{1/} Tasas observadas por 100 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 1995 - 2015. 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, 2015^{1/}

ENTIDAD FEDERATIVA	DIABETES MELLITUS		ENF. ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN		ACCIDENTES DE TRÁNSITO DE VEHÍCULO DE MOTOR ^{2/}				
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Nacional	81.4	80.9	81.8	72.7	83.4	62.8	13.3	21.5	5.4
Aguascalientes	63.4	65.6	61.4	38.8	48.4	29.7	15.5	25.3	5.9
Baja California	58.5	60.8	56.1	61.3	79.8	42.7	13.3	20.1	6.2
Baja California Sur	47.1	49.2	45.0	63.9	80.1	47.1	17.1	26.0	7.2
Campeche	72.3	63.9	80.4	71.0	81.3	61.0	15.0	23.7	6.1
Coahuila de Zaragoza	91.0	88.3	93.6	74.0	87.1	61.1	10.5	17.0	4.0
Colima	92.9	100.1	85.9	83.6	97.3	70.4	18.2	29.8	6.5
Chiapas	65.2	57.9	72.1	51.1	58.7	43.7	12.7	21.4	4.1
Chihuahua	67.8	65.5	70.1	84.0	98.1	70.2	13.6	20.8	6.5
Ciudad de México	109.2	117.5	101.6	114.5	118.5	110.9	8.7	13.2	4.5
Durango	62.4	59.0	65.7	86.9	105.3	69.1	22.0	35.0	9.0
Guanajuato	89.6	90.7	88.5	73.8	84.1	64.2	16.1	27.1	5.7
Guerrero	87.9	84.2	91.5	64.0	72.9	55.6	12.8	20.6	5.4
Hidalgo	73.6	76.8	70.6	78.9	85.9	72.4	13.7	21.9	5.8
Jalisco	75.2	78.2	72.2	69.3	77.1	61.7	15.6	25.1	6.1
Estado de México	82.1	84.0	80.2	54.9	60.5	49.6	9.3	14.8	3.8
Michoacán de Ocampo	87.6	86.0	89.2	70.0	82.1	58.8	10.8	17.2	4.7
Morelos	95.0	92.6	97.3	71.5	81.6	62.1	12.4	19.4	5.4
Nayarit	64.8	69.3	60.4	66.8	78.0	55.7	17.4	26.0	8.4
Nuevo León	64.6	63.7	65.5	86.5	102.4	70.8	12.6	19.5	5.4
Oaxaca	82.1	76.7	87.1	62.3	69.4	55.7	13.5	22.4	5.3
Puebla	94.7	93.9	95.4	61.3	68.6	54.7	12.7	19.8	6.1
Querétaro	59.3	60.2	58.5	59.7	69.8	50.1	16.3	26.5	6.2
Quintana Roo	51.9	49.9	54.0	29.9	38.5	21.1	11.2	17.1	4.6
San Luis Potosí	65.6	64.1	67.0	67.0	80.6	54.1	16.3	25.5	7.4
Sinaloa	57.7	59.1	56.4	75.0	89.9	60.4	23.1	37.6	8.5
Sonora	63.0	62.3	63.6	96.8	119.9	73.7	16.4	25.2	7.2
Tabasco	95.8	89.7	101.6	66.4	80.2	53.0	27.4	47.4	7.7
Tamaulipas	84.4	85.0	83.8	82.0	98.6	65.9	17.3	26.6	7.9
Tlaxcala	87.6	87.8	87.4	41.5	49.8	33.6	15.6	25.9	5.8
Veracruz de Ignacio de la Llave	108.3	103.4	112.9	87.4	101.2	74.5	7.2	12.2	2.4
Yucatán	72.0	61.0	82.7	117.2	132.6	102.3	13.3	21.6	4.9
Zacatecas	70.7	70.4	70.9	66.1	78.5	54.3	23.7	38.5	9.5

NOTA: Se excluyeron extranjeros en las defunciones por diabetes y enfermedades isquémicas del corazón.

^{1/} Tasas observadas por 100 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 1995-2015. 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, 1995-2017

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	55.6	369,146	305.1
2016	16,913	13.8	551	0.5	41,907	34.3	368,069	301.0
2017 ⁴	8,904	7.2	296	0.2	4,552	3.7	211,574	171.3

^{1/} Tasa por 100 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 del 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 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/} De 2000 a 2011 las cifras pueden diferir de lo publicado en informes anteriores debido a que se actualizaron con apego a los cierres oficiales publicados en los Anuarios de Morbilidad del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE).

^{4/} Cifras preliminares de enero a junio de 2017.

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.

**CUADRO XVIII. ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN EN NIÑOS DE UN AÑO DE EDAD
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2013-2017**

ENTIDAD FEDERATIVA	ESQUEMA COMPLETO % 2013	ESQUEMA COMPLETO % 2014	ESQUEMA COMPLETO % 2015	ESQUEMA COMPLETO % 2016	ESQUEMA COMPLETO % 2017 ^{1/}
Nacional	85.3	91.8	96.7	89.5	91.2
Aguascalientes	98.4	94.4	113.6	98.9	98.0
Baja California	72.6	87.1	94.0	80.9	85.0
Baja California Sur	97.4	90.6	95.2	94.2	95.0
Campeche	99.0	95.5	104.1	96.4	95.0
Coahuila de Zaragoza	84.3	95.3	111.6	103.6	98.0
Colima	99.3	90.5	86.5	82.7	85.0
Chiapas	86.7	89.2	82.2	74.0	75.0
Chihuahua	76.1	91.4	96.5	86.5	90.0
Ciudad de México	99.5	96.0	101.5	95.3	95.0
Durango	91.6	93.7	106.0	92.9	95.0
Guanajuato	95.3	99.3	113.6	95.1	99.0
Guerrero	63.5	94.4	100.6	75.3	85.0
Hidalgo	74.2	90.0	109.4	90.5	91.0
Jalisco	81.6	89.3	95.9	85.6	85.0
Estado de México	73.2	84.3	86.8	88.1	85.0
Michoacán de Ocampo	96.5	98.4	101.3	92.5	90.0
Morelos	97.0	92.4	103.3	98.2	95.0
Nayarit	85.2	91.5	93.0	86.8	90.0
Nuevo León	89.9	98.9	114.1	99.2	95.0
Oaxaca	75.3	87.7	89.3	89.0	88.0
Puebla	91.5	92.6	97.1	85.4	85.9
Querétaro	98.9	96.5	114.2	102.0	98.0
Quintana Roo	81.7	84.1	96.3	84.7	85.3
San Luis Potosí	92.8	99.5	112.9	99.6	95.8
Sinaloa	88.7	95.4	106.8	95.0	95.3
Sonora	72.1	94.6	104.8	90.1	90.6
Tabasco	111.6	100.4	109.6	99.5	97.7
Tamaulipas	92.1	90.6	108.4	95.2	96.9
Tlaxcala	95.6	94.0	112.0	93.8	92.5
Veracruz de Ignacio de la Llave	83.0	87.6	61.3	82.7	85.3
Yucatán	74.9	86.2	70.6	84.6	81.9
Zacatecas	101.2	98.8	105.4	95.8	98.9

NOTA: 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.

^{1/} Cifras preliminares de enero a junio de 2017.

FUENTE: Secretaría de Salud. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

CUADRO XIX. PERSONAS AFILIADAS AL SEGURO POPULAR POR ENTIDAD FEDERATIVA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008-2017

ENTIDAD FEDERATIVA	DATOS ANUALES																	JUNIO		VARIACIÓN PORCENTUAL
	OBSERVADO																	2016 ^{1/}	2017 ^{1/}	
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	PROYECCIÓN 2017	2016 ^{1/}	2017 ^{1/}								
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	53,505,187	54,923,952	53,280,748	-2.99							
Aguascalientes	369,410	392,765	416,961	487,946	505,235	538,906	549,552	377,316	375,216	371,467	375,216	371,467	-1.00							
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	1,034,245	1,065,657	983,105	-7.75							
Baja California Sur	119,958	123,015	164,681	191,983	205,226	219,581	228,886	204,539	202,539	200,050	202,539	200,050	-1.23							
Campeche	327,980	362,705	416,328	457,529	477,046	498,097	509,853	509,853	482,607	469,601	482,607	469,601	-2.69							
Coahuila de Zaragoza	418,265	469,323	630,000	674,156	686,263	787,319	806,302	806,302	743,302	705,727	743,302	666,364	-10.35							
Colima	227,421	234,625	275,487	300,203	299,036	294,351	295,897	261,892	257,232	253,294	257,232	253,294	-1.53							
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	3,470,352	3,570,431	3,470,352	-2.80							
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	1,220,311	1,258,173	1,212,044	-3.67							
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	2,749,580	2,780,205	2,719,580	-2.18							
Durango	317,693	383,101	538,607	715,430	731,202	793,643	822,495	822,495	773,640	741,392	773,640	736,442	-4.81							
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	3,011,026	3,112,864	3,011,026	-3.27							
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	2,297,653	2,241,345	2,297,653	2,241,345	-2.45							
Hidalgo	922,157	1,072,325	1,403,601	1,569,901	1,580,326	1,658,778	1,722,933	1,722,933	1,710,807	1,666,164	1,710,807	1,666,164	-2.61							
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	3,015,350	3,072,948	3,014,388	-1.91							
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	7,180,487	6,998,151	7,180,487	6,998,151	-2.54							
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	2,309,934	2,369,058	2,309,934	-2.50							
Morelos	541,479	603,442	780,672	949,748	961,830	994,327	999,863	1,036,073	1,020,077	994,543	1,020,077	994,543	-2.50							
Nayarit	370,033	399,759	550,000	625,672	639,166	654,159	681,665	681,665	593,470	578,818	593,470	547,356	-7.77							
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	1,174,834	1,200,000	1,174,834	-2.10							
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	2,695,399	2,638,410	2,695,399	2,637,811	-2.14							
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	3,334,876	3,361,976	3,334,876	-0.81							
Querétaro	470,140	515,916	711,236	820,460	850,437	928,481	957,701	957,701	903,252	877,245	903,252	877,245	-2.88							
Quintana Roo	250,822	315,719	509,134	577,933	604,751	659,111	675,393	675,393	625,393	603,842	625,393	597,203	-4.51							
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	1,471,656	1,506,565	1,471,656	-2.32							
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	1,063,295	1,107,108	1,063,295	-3.96							
Sonora	537,033	511,152	689,720	834,753	858,320	941,029	955,196	955,196	894,435	868,526	894,435	844,151	-5.62							
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	1,472,876	1,515,503	1,472,876	-2.81							
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	1,293,501	1,344,603	1,286,900	-4.29							
Tlaxcala	492,949	533,082	725,497	766,283	855,136	906,796	930,877	930,877	865,929	827,944	865,929	807,863	-6.71							
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	4,166,186	4,031,802	4,166,186	4,031,802	-3.23							
Yucatán	549,666	618,059	783,368	886,809	931,743	1,003,182	1,024,331	1,024,331	979,071	949,987	979,071	949,987	-2.97							
Zacatecas	558,196	622,934	727,543	833,638	845,205	907,888	930,024	930,024	892,166	865,043	892,166	865,043	-3.04							

^{1/} Datos de frecuencia acumulada a junio de 2017.

FUENTE: Padrón Nacional de Beneficiarios del SPSS.

CUADRO XX. NIÑOS AFILIADOS AL SEGURO MÉDICO SIGLO XXI POR ENTIDAD FEDERATIVA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008-2017 ^{1/}

ENTIDAD FEDERATIVA	DATOS ANUALES												JUNIO		VARIACIÓN PORCENTUAL
	OBSERVADO												2016 ^{2/}	2017 ^{2/}	
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	PROYECCIÓN 2017					
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	5,207,192	n.a.	5,207,192	5,018,733	5,018,733	-3.62	
Aguascalientes	20,192	33,523	45,939	64,646	76,648	60,683	61,387	59,171	n.a.	n.a.	50,348	48,861	48,861	-2.95	
Baja California	33,030	53,296	67,245	105,109	120,786	86,005	88,291	83,045	75,264	n.a.	75,264	72,902	72,902	-3.14	
Baja California Sur	6,628	12,628	19,706	25,688	30,711	24,525	24,742	25,570	24,239	n.a.	24,239	23,576	23,576	-2.74	
Campeche	19,165	28,095	37,844	51,331	59,974	45,992	47,475	47,706	47,136	n.a.	47,136	46,774	46,774	-0.77	
Coahuila de Zaragoza	34,859	53,435	68,954	78,631	100,037	79,808	82,998	86,510	83,837	n.a.	83,837	79,143	79,143	-5.60	
Colima	14,181	20,411	26,117	33,681	39,296	31,547	31,061	28,797	26,940	n.a.	26,940	25,533	25,533	-5.22	
Chiapas	112,328	180,602	261,894	349,524	423,223	327,115	334,787	335,824	325,180	n.a.	325,180	311,379	311,379	-4.24	
Chihuahua	42,828	66,862	102,975	138,488	169,004	127,219	129,924	126,505	118,104	n.a.	118,104	116,141	116,141	-1.66	
Ciudad de México	92,395	160,670	182,917	229,659	255,921	231,789	239,751	240,777	215,329	n.a.	215,329	206,101	206,101	-4.29	
Durango	25,182	42,800	62,276	88,104	107,537	87,365	86,644	86,267	79,922	n.a.	79,922	78,119	78,119	-2.26	
Guanajuato	109,010	185,118	259,056	359,809	419,038	336,424	344,134	339,141	314,403	n.a.	314,403	303,814	303,814	-3.37	
Guerrero	62,247	88,301	146,395	220,365	265,111	221,107	235,903	232,260	228,905	n.a.	228,905	229,028	229,028	0.05	
Hidalgo	51,008	87,793	123,962	155,740	193,168	163,374	166,067	166,347	154,860	n.a.	154,860	152,820	152,820	-1.32	
Jalisco	120,649	192,239	248,446	382,048	444,075	336,960	374,485	372,183	322,429	n.a.	322,429	303,526	303,526	-5.86	
Estado de México	232,076	373,411	588,688	762,948	894,643	715,382	770,456	765,883	723,085	n.a.	723,085	657,309	657,309	-9.10	
Michoacán de Ocampo	58,785	105,922	176,651	238,592	278,256	211,451	228,570	229,042	213,827	n.a.	213,827	212,485	212,485	-0.63	
Morelos	33,009	44,156	64,786	97,625	113,983	88,337	94,616	96,320	92,844	n.a.	92,844	90,896	90,896	-2.10	
Nayarit	23,004	34,690	52,757	69,484	79,239	61,288	58,989	55,930	48,037	n.a.	48,037	46,815	46,815	-2.54	
Nuevo León	49,676	78,866	107,359	134,824	155,298	125,510	143,677	145,904	141,746	n.a.	141,746	142,375	142,375	0.44	
Oaxaca	68,926	122,612	184,261	260,840	315,624	248,199	251,995	241,200	219,609	n.a.	219,609	209,446	209,446	-4.63	
Puebla	108,227	157,113	225,378	335,771	371,752	312,363	366,150	374,441	353,576	n.a.	353,576	329,791	329,791	-6.73	
Querétaro	34,254	49,786	77,216	106,087	132,896	108,771	114,626	114,232	110,725	n.a.	110,725	107,053	107,053	-3.32	
Quintana Roo	20,747	42,258	71,706	84,367	97,979	67,167	64,262	57,433	51,944	n.a.	51,944	57,578	57,578	10.85	
San Luis Potosí	44,670	76,404	117,025	163,328	203,770	163,819	159,754	156,191	150,147	n.a.	150,147	144,445	144,445	-3.80	
Sinaloa	43,618	70,181	96,917	124,727	148,564	121,021	126,151	124,752	111,700	n.a.	111,700	106,351	106,351	-4.79	
Sonora	40,768	58,064	75,858	105,288	128,525	98,201	99,586	98,256	90,997	n.a.	90,997	89,846	89,846	-1.26	
Tabasco	54,218	84,066	120,772	163,714	196,581	145,435	152,951	150,565	144,309	n.a.	144,309	146,351	146,351	1.42	
Tamaulipas	59,027	88,965	124,876	155,781	176,839	128,268	135,000	135,040	123,797	n.a.	123,797	121,736	121,736	-1.66	
Tlaxcala	33,107	43,182	57,840	85,629	105,288	80,098	81,193	80,967	76,890	n.a.	76,890	70,612	70,612	-8.16	
Veracruz de Ignacio de la Llave	134,836	213,880	314,711	409,169	473,683	362,915	353,721	327,667	299,968	n.a.	299,968	306,070	306,070	2.03	
Yucatán	34,197	52,622	74,966	98,806	115,119	96,007	100,256	98,856	92,904	n.a.	92,904	90,226	90,226	-2.88	
Zacatecas	36,044	57,022	78,267	103,311	123,672	97,496	100,045	101,529	94,191	n.a.	94,191	91,631	91,631	-2.72	

FUENTE: Padrón Nacional de Beneficiarios del SPSS.

^{1/} Esta cifra es variable, toda vez que corresponde al número de niños que cumplen con el criterio de ser menores de cinco años.

^{2/} Datos de frecuencia acumulada al mes de junio de 2017.

CUADRO XXI. MUJERES EMBARAZADAS AFILIADAS AL SEGURO POPULAR POR MEDIO DE LA ESTRATEGIA EMBARAZO SALUDABLE ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008-2017

ENTIDAD FEDERATIVA	DATOS ANUALES OBSERVADO													JUNIO		VARIACIÓN PORCENTUAL
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	PROYECCIÓN 2017	2016 ^{1/}	2017 ^{1/}				
Nacional	188,913	568,264	1,407,863	1,755,610	1,818,298	2,070,703	2,230,882	2,383,227	2,130,863	n.a.	2,130,863	2,183,602	2.5			
Aguascalientes	1,930	5,012	15,588	20,210	21,945	25,203	25,005	25,504	14,412	n.a.	14,412	19,250	33.6			
Baja California	5,082	14,366	34,805	38,220	35,385	34,968	36,646	37,163	35,160	n.a.	35,160	36,005	2.4			
Baja California Sur	2,490	4,973	11,522	13,261	13,568	14,502	15,202	16,887	11,742	n.a.	11,742	12,399	5.6			
Campeche	1,339	4,119	10,562	13,819	15,295	18,191	21,711	23,635	22,180	n.a.	22,180	22,425	1.1			
Coahuila de Zaragoza	6,124	15,620	24,173	30,295	33,790	40,799	51,594	52,076	42,825	n.a.	42,825	41,471	-3.2			
Colima	795	2,042	7,120	8,808	9,760	10,429	10,253	10,039	8,968	n.a.	8,968	9,062	1.0			
Chiapas	9,694	28,867	69,156	80,938	81,837	92,810	99,171	104,659	96,438	n.a.	96,438	97,094	0.7			
Chihuahua	9,194	21,114	47,881	53,032	53,246	56,895	60,462	58,281	50,796	n.a.	50,796	50,587	-0.4			
Ciudad de México	3,311	22,360	41,187	49,785	41,143	56,132	59,626	76,098	74,133	n.a.	74,133	77,964	5.2			
Durango	4,351	11,924	22,297	28,221	30,738	33,827	35,191	37,032	30,410	n.a.	30,410	29,987	-1.4			
Guanajuato	12,367	33,997	84,909	101,483	100,648	111,964	121,548	129,929	125,216	n.a.	125,216	129,318	3.3			
Guerrero	11,426	32,865	66,362	84,292	82,996	93,226	93,598	97,377	87,027	n.a.	87,027	86,849	-0.2			
Hidalgo	5,593	16,241	43,964	50,574	52,463	62,551	51,921	60,007	55,675	n.a.	55,675	59,445	6.8			
Jalisco	14,039	37,453	103,000	137,201	143,446	162,488	183,925	197,507	157,933	n.a.	157,933	160,263	1.5			
Estado de México	7,573	48,394	133,170	178,333	188,259	212,482	242,189	267,087	251,445	n.a.	251,445	271,789	8.1			
Michoacán de Ocampo	10,680	32,353	83,485	100,883	100,248	103,113	102,197	99,678	78,786	n.a.	78,786	74,373	-5.6			
Morelos	3,373	9,297	25,553	33,233	34,465	40,234	43,500	48,555	46,839	n.a.	46,839	47,736	1.9			
Nayarit	2,651	6,058	14,348	17,757	17,702	21,164	22,038	23,901	22,859	n.a.	22,859	22,313	-2.4			
Nuevo León	4,354	14,958	42,975	51,786	54,285	62,714	70,563	80,302	69,917	n.a.	69,917	75,795	8.4			
Oaxaca	10,685	29,328	62,885	77,913	84,305	95,388	100,366	103,170	97,596	n.a.	97,596	99,554	2.0			
Puebla	9,379	28,800	73,507	98,583	100,035	123,821	144,221	160,523	130,645	n.a.	130,645	149,220	14.2			
Querétaro	2,241	8,129	21,599	27,199	30,284	35,138	42,252	47,672	38,828	n.a.	38,828	41,882	7.9			
Quintana Roo	3,197	8,865	23,394	28,716	32,271	36,419	39,806	42,900	38,930	n.a.	38,930	38,481	-1.2			
San Luis Potosí	2,839	10,080	30,576	37,978	42,721	47,315	51,463	53,080	49,398	n.a.	49,398	48,910	-1.0			
Sinaloa	7,019	16,700	45,028	53,752	55,881	62,995	69,124	73,977	65,606	n.a.	65,606	65,815	0.3			
Sonora	5,709	13,967	34,127	40,937	40,905	44,225	46,266	49,752	42,295	n.a.	42,295	41,129	-2.8			
Tabasco	5,261	16,304	38,206	51,665	60,564	74,844	85,845	93,219	90,969	n.a.	90,969	90,493	-0.5			
Tamaulipas	7,162	18,540	41,144	49,581	49,323	57,525	64,472	69,128	63,238	n.a.	63,238	56,440	-10.7			
Tlaxcala	3,673	8,260	17,404	24,508	28,244	33,010	35,637	38,626	37,555	n.a.	37,555	37,980	1.1			
Veracruz de Ignacio de la Llave	9,226	30,834	91,091	116,712	124,832	142,960	145,625	139,654	131,301	n.a.	131,301	127,375	-3.0			
Yucatán	2,223	6,996	19,278	22,671	22,500	25,812	29,429	31,422	29,661	n.a.	29,661	29,012	-2.2			
Zacatecas	3,933	9,448	27,567	33,264	35,214	37,559	30,036	34,387	32,080	n.a.	32,080	33,186	3.4			

FUENTE: Padrón Nacional de Beneficiarios del SPSS.
1/ Datos de frecuencia acumulada al mes de junio de 2017.

**CUADRO XXII. PRINCIPALES SERVICIOS PROPORCIONADOS POR LA SECRETARÍA DE SALUD
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2016-2017**

SERVICIOS	2016	2017 ^{4/}	VARIACIÓN PORCENTUAL
Consulta ^{1/}	120,188,902	118,672,429	-1.26
Externa general ^{1/,2/}	93,892,536	92,900,406	-1.06
Especializada ^{1/,3/}	17,057,237	16,386,446	-3.93
De urgencias	10,741,958	10,903,087	1.50
Odontológica ^{1/}	9,239,129	9,385,577	1.59
Consultas de planificación familiar ^{1/}	5,941,010	5,819,339	-2.05
Hospitalización			
Intervenciones quirúrgicas	1,613,931	1,594,628	-1.21
Egresos	2,987,285	3,076,904	2.91

^{1/} Respecto a 2016 se ha estimado en forma reservada debido al inicio de reportes nominales que se apegan a la prestación de servicios real.

^{2/} Se refiere a las consultas que otorgan los médicos generales, pasantes de medicina y las proporcionadas por las enfermeras.

^{3/} Se refiere a las consultas que otorgan médicos especialistas y residentes.

^{5/} Cifras estimadas al mes de diciembre.

FUENTE: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

**CUADRO XXIII. RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS POR ENTIDAD FEDERATIVA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2015^{1/}**

ENTIDAD FEDERATIVA	MÉDICOS ^{2/}	ENFERMERAS ^{3/}	CAMAS CENSABLES ^{4/}	UNIDADES DE CONSULTA EXTERNA ^{5/}	APORTACIÓN AL GASTO EN SALUD PARA LA POBLACIÓN NO ASEGURADA (MILES DE PESOS) ^{6/}	
					FEDERAL ^{7/}	ESTATAL ^{8/}
Nacional	1.8	2.4	0.7	17.7	221,102,935.5	41,395,647.3
Aguascalientes	2.0	2.9	0.7	10.1	2,060,701.1	689,806.4
Baja California	1.5	2.0	0.6	8.0	3,838,566.1	145,098.3
Baja California Sur	2.2	2.9	0.9	17.1	1,312,078.9	208,021.5
Campeche	2.1	2.9	0.9	24.0	2,209,756.6	587,295.0
Coahuila de Zaragoza	1.9	2.7	0.9	13.2	4,134,121.4	271,106.4
Colima	2.3	2.9	0.8	23.2	1,603,534.1	157,371.5
Chiapas	1.3	2.0	0.4	33.2	11,622,853.1	105,813.0
Chihuahua	1.5	2.6	0.8	14.7	4,961,970.1	2,241,604.1
Ciudad de México	3.9	5.2	1.8	6.6	20,487,989.9	6,465,135.1
Durango	2.0	2.5	0.9	27.7	3,262,634.5	333,473.5
Guanajuato	1.4	2.1	0.6	11.3	9,452,750.9	1,654,555.0
Guerrero	1.7	2.3	0.5	32.5	8,330,201.2	80,650.4
Hidalgo	1.6	2.2	0.5	31.6	6,095,094.3	193,401.3
Jalisco	1.9	2.4	0.8	12.9	9,736,278.9	3,368,968.6
Estado de México	1.3	1.8	0.5	9.0	30,989,504.9	9,168,367.5
Michoacán de Ocampo	1.6	2.0	0.5	22.7	8,333,127.8	391,550.1
Morelos	1.7	2.3	0.6	15.6	3,445,293.7	171,159.1
Nayarit	2.1	2.6	0.6	35.1	2,507,429.2	222,060.9
Nuevo León	1.7	2.3	0.8	12.7	4,388,061.3	303,026.8
Oaxaca	1.5	2.1	0.5	40.5	10,262,072.2	1,382,097.7
Puebla	1.5	1.9	0.6	19.0	11,058,127.9	1,285,482.6
Querétaro	1.6	1.9	0.4	15.9	2,939,637.6	482,222.3
Quintana Roo	1.5	2.2	0.6	14.2	2,384,228.4	525,011.0
San Luis Potosí	1.6	2.0	0.7	22.4	4,685,751.2	70,040.0
Sinaloa	1.9	2.4	0.7	17.6	4,134,926.8	801,297.2
Sonora	2.0	2.8	1.0	22.0	3,427,963.4	989,819.7
Tabasco	2.1	2.4	0.7	28.4	4,968,301.3	2,751,505.6
Tamaulipas	2.0	2.8	0.9	16.6	5,563,037.8	2,142,791.6
Tlaxcala	1.8	2.3	0.5	17.2	2,965,831.7	311,825.2
Veracruz de Ignacio de la Llave	1.6	2.1	0.6	20.7	14,412,159.4	1,937,480.4
Yucatán	2.1	3.1	0.9	15.3	4,005,723.4	1,580,046.2
Zacatecas	1.9	2.7	0.6	30.1	3,533,977.6	377,563.5

^{1/} Incluye datos de Secretaría de Salud, IMSS, IMSS-PROSPERA, ISSSTE, PEMEX, SEMAR, SEDENA, unidades médicas estatales, municipales y universitarias. Para los indicadores del gasto se incluyen cifras de la Secretaría de Salud, del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), Gasto Estatal e IMSS-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.

^{4/} Por mil habitantes.

^{5/} Por 100 mil habitantes.

^{6/} Información definitiva 2015.

^{7/} El Gasto Federal en Salud 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 7,989,248.8 miles de pesos.

^{8/} El Gasto Estatal en Salud es el aportado por los gobiernos de las entidades federativas.

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).

Catálogo CLUES (Clave Única de Establecimientos de Salud).



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

Héctor Hiram Hernández Bringas
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 Athie
Directora General de Recursos Materiales y Servicios Generales

Hilda Dávila Chávez
Directora General de Relaciones Internacionales

Luis Felipe Nemer Fernández
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

Arturo García Cruz
Secretario Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes

María del Socorro García Quiroz
Directora General de la Administración
del Patrimonio de la Beneficencia Pública

Eduardo Pesqueira Villegas
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

Patricia Uribe Zúñiga
Directora General del Centro Nacional
para la Prevención y el Control del VIH y el sida

Juan Luis Gerardo Durán Arenas
Director General del Centro Nacional
para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

Julio Sánchez y Tépoz
Comisionado Federal para la Protección contra
Riesgos Sanitarios

Onofre Muñoz Hernández
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Manuel Ruiz de Chávez Guerrero
Comisionado Nacional de Bioética

Gabriel O'Shea Cuevas
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Eduardo Ángel Madrigal de León
Director General de los Servicios de Atención Psiquiátrica

Máximo Alberto Evia Ramírez
Titular del Órgano Interno de Control
en la Secretaría de Salud



5^{to} Informe de Labores de la Secretaría de Salud
se editó en agosto de 2017



MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

