SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

Informe al Ejercicio Enero-Diciembre 2012

Índice

A) DIAGNÓSTICO. 3

B) INTEGRACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL ÓRGANO DE GOBIERNO Y DEL COMITÉ DE CONTROL Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL. 24

C) SITUACIÓN OPERATIVA Y FINANCIERA.

C.1- Situación Operativa 26

Aspectos Relevantes

Cumplimiento de resultados

Indicadores de Gestión

C.2- Situación Financiera. 96

D) INTEGRACIÓN DE PROGRAMAS Y PRESUPUESTOS.

D.1 Eficiencia en la captación de los ingresos. 97

D.2 Efectividad en el ejercicio de egresos. 97

D.3 Sistema de Evaluación del Desempeño. 103

E) ASUNTOS RELEVANTES DE LA GESTIÓN DE ALTO IMPACTO (EN SU CASO). 124

F) CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD Y POLÍTICAS GENERALES O SECTORIALES.

F.1 Plan Nacional de Desarrollo. 125

F.2 Programa Sectorial de Mediano Plazo.

F.3 Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. 138

F.4 Ley del Servicio Profesional de Carrera. 139

F.5. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público. 139

F.6 Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas. 141

F.7 Programa Especial de Mejora de la Gestión. 141

F.8 Programa Nacional de Rendición de Cuentas, Transparencia

y Combate a la Corrupción 2008-2012. 142
F.9 Programa Nacional de Reducción del Gasto Público (PNRGP). 145

G) EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO. 147
G.1 Evaluaciones obligatorias de Programas Transversales.
G.2 Informe del cumplimiento de los artículos 32 y 44 del Presupuesto de Egresos de la Federación 2012.

H) OTROS TEMAS. 158

El **Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades**, presenta el Informe correspondiente al Ejercicio Enero-Diciembre 2012.

A) DIAGNÓSTICO.

CÓLERA

Problemática

Desde la reintroducción del Cólera a México en 1991 y debido a las repercusiones en la salud individual, colectiva y los efectos económicos que conlleva, esta enfermedad representa para nuestro país una amenaza a la seguridad en salud.

A nivel mundial, las cifras reales de cólera son mucho mayores a las reportadas, como consecuencia de limitantes en insumos así como por subregistro, ya sean inconsistencias en las definiciones

operacionales o reportadas como diarreas agudas, sin olvidar el temor injustificado a recibir sanciones relacionadas con este hecho.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la salud (OPS) desde el inicio de la epidemia (Republica de Haití) en octubre del año 2010 y hasta el 7 de enero de 2013, se reportaron un total de 668,048 casos de cólera en el mundo, de los cuales 8,369 fallecieron (letalidad del 1.25%), en 48 países. El continente mas afectado es América donde se notificaron 638,511 lo que represento el 95.57% de los casos, ocurriendo 8,369 defunciones, de estas 7,943 pertenecen a la Republica de Haití lo que representa al 94.44% del total.

Los brotes reportados en el continente americano [Republica de Haití (2010), Cuba (2012)] y el riesgo de la diseminación del Vibrio Cholerae O139 (Bengala, 1992) que cuenta con potencial pandémico, constituyen una alerta permanente que no podemos pasar por alto.

La OMS apoya e insta a los países, para que exista una mayor capacidad de vigilancia a nivel nacional y subregional con el fin de detectar en etapas tempranas eventos de importancia internacional en materia de salud pública, incluyendo el cólera. Asimismo recomienda para el control de esta enfermedad, fortalecer los sistemas de vigilancia y notificación, estandarización en el tratamiento de los casos, la promoción de la educación en la salud e higiene además de la desinfección del agua para consumo humano.

En el caso de México, durante los últimos 2 años se han reportado 3 casos positivos a vibrio cólera en humanos [2011 (1), 2012 (2)], lo cual da la pauta a no bajar la guardia, persisten factores que incrementan el riesgo de casos aislados y/o brotes explosivos, ha sido demostrado la circulación de la bacteria del cólera y de otros vibriones toxigénicos en agua y alimentos.

Para mantener la situación bajo control es necesario continuar con las acciones de Vigilancia Epidemiológica Activa, seguir trabajando en forma interinstitucional así como atender de manera oportuna y eficaz los casos sospechosos, diagnosticar y ministrar el tratamiento adecuado. Así mismo, que las autoridades responsables del abasto suficiente de agua potable, garanticen su calidad microbiológica.

También se requiere buscar que las acciones preventivas contra el Cólera, se vuelvan verdaderos hábitos y costumbres de nuestra población y buscar nuevas estrategias, como ya sabemos:

- Lavarse las manos con agua y jabón, antes de comer y después de ir al baño
- Consumir pescados y mariscos bien cocidos o fritos
- Lavar y desinfectar frutas y verduras
- Tomar agua hervida o desinfectada con cloro o plata coloidal
- Estar capacitado en el hogar, en la preparación del VSO

Es de vital importancia que todas las unidades que conforman el sistema nacional de salud cuenten con el stock de cólera, medicamentos e insumos, formatos así como la guía para el diagnostico, manejo y tratamiento de los casos sospechosos o confirmados de cólera.

Calendarizar "Cursos y Capacitaciones" por parte de los servicios estatales de salud junto con el nivel federal, para que en todas las unidades de salud se cuente con personal altamente capacitado y que brinde un servicio de calidad.

Acciones previstas para la solución de la problemática planteada

1. Dar cumplimiento cabal a la normatividad del cólera
2. Intensificar la Vigilancia Epidemiológica Activa en la áreas de mayor riesgo (estados repetidores) para brotes o casos altamente sospechosos de cólera
3. Acudir inmediatamente a las áreas previamente analizadas y focalizar las acciones, controlar y prevenir con efectividad y rapidez
4. Supervisar que se cuente con los medicamentos e insumos necesarios
5. Enfatizar a la población de las acciones de promoción a la salud
6. Minimizar el tiempo de resultados, por parte de los Laboratorios Estatales

URGENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS Y DESASTRES

Problemática

En el 2012, el programa registro 2,214 emergencias en salud, que implica un incremento del 40.6% comparado con 2011, durante el cual se registraron 1,575 eventos. Por tipo de emergencia, los brotes de enfermedades son los eventos que registran un incremento del 56.7%, y en el caso de los desastres, se tiene un decremento del 36.8%.

Para 2012 el total de brotes registrados fue de 2,042, siendo los más frecuentes los de dengue, varicela, hepatitis A, pediculosis y diarreas; en cuanto a los desastres, se tuvieron 172, con los hidrometeorológicos como los más frecuentes, seguido de los geológicos y accidentes.

La dinámica actual de viajes por comercio, relaciones de gobierno y turismo, facilita la probabilidad de la transportación de agentes productores de enfermedad o la infección en los lugares de viaje, representa riesgos para la reintroducción o ingreso de nuevas enfermedades al país, para lo cual es primordial mantener un nivel de monitoreo para la detección oportuna y de preparación para responder ante estos riesgos. Como ejemplos, tenemos el riesgo del ingreso de la cepa de la bacteria *vibrio cholerae* que circula en Cuba, Haití y República Dominicana, otros riesgos por fiebre amarilla, Síndrome Agudo Respiratorio Severo (SARS), sarampión o por influenza aviar por el virus H5N1.

Todas las emergencias ocurridas en el país fueron atendidas bajo el marco operativo establecido por el Programa y en forma integral y organizada en las entidades federativas en donde se presentaron, y en algunos casos, con la participación del nivel federal.

Acciones previstas para la solución de la problemática planteada

1. En 2012 se realizo la capacitación y asesoría en 6 entidades federativas, y se mantiene el contacto electrónico y telefónico que ha permitido dar seguimiento y apoyo técnico a los Estados para los aspectos de preparación y respuesta.
2. Es importante mantener en funciones a los Comités para la Seguridad en Salud a fin de mantener el nivel de respuesta que se ha logrado en los Estados, buscando las mejoras en las áreas y procesos que se detecten para el caso.
3. Con respecto a los programas regionales del Sur-sureste y Norte, se continuaron los trabajos de implementación que se espera concluir en 2013.

4. Asimismo, es importante garantizar la disponibilidad de recursos financieros y su adecuado asignación y uso en el Programa a fin garantizar la seguridad en salud de la población con riesgos a la salud o afectada en ella, permitiendo evitar afectaciones mayores en salud pública.

Estrategias del programa de acción de Urgencias Epidemiológicas y Desastres

No.	Estrategia
1	Fortalecer la coordinación y la preparación para la atención oportuna de emergencias en salud, con base en los trabajos de los Comités Estatales para la Seguridad en Salud en las 32 entidades federativas.
2	Desarrollar un sistema de monitoreo para la identificación oportuna de riesgos y eventos de interés epidemiológico (emergencias en salud).
3	Fortalecer la capacidad de respuesta a nivel nacional y estatal ante una pandemia de influenza.
4	Fortalecer la capacitación y actualización continua del personal estatal del programa de Urgencias Epidemiológicas y Desastres en las 32 Entidades Federativas.
5	Conformar la Reserva Estratégica Nacional para Emergencias en Salud (brotes, desastres, influenza pandémica).
6	Asegurar la instrumentación de acciones de atención a emergencias en salud.

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR

Problemática

Las enfermedades transmitidas por vector son un grupo de padecimientos que afectan a más de la mitad del territorio nacional en donde viven más de 60 millones de habitantes, por ello siguen siendo un problema de salud pública en México, esto asociado con los intenso movimientos migratorios entre la población de áreas libres de algunas enfermedades y las que las registran de manera sistemática, originan que se presenten brotes importantes, así mismo la circulación viral y de

parásitos entre la población susceptible dispersan inmediatamente los casos, dichas enfermedades se encuentran principalmente en las regiones costeras del país y en los centros turísticos y de producción más importantes, por ello es importante considerar llevar a cabo acciones de vigilancia epidemiológica, entomológica, de promoción de la salud y de prevención y control con la finalidad de limitar los daños provocados por las ETV, en la actualidad se han logrado avances muy importantes en algunas de ellas, sin embargo para continuar con estos logros es necesario mantener de manera general los programas y acciones encaminadas a reducir las enfermedades a cifras que generen menor daño entre la población en riesgo de México.

DENGUE

Problemática

El dengue es una enfermedad infecciosa aguda de etiología viral, transmitida por mosquitos del Género A*edes* en donde el único reservorio del virus es el hombre. El agente etiológico es el dengue virus con cuatro serotipos: 1, 2, 3 y 4. La infección puede cursar desde un cuadro asintomático, fiebre indiferenciada, fiebre por dengue, fiebre hemorrágica por dengue y síndrome de choque por dengue.

La enfermedad por cualquiera de los cuatro serotipos puede ser autolimitada, como una manifestación no grave o de gravedad moderada, la cual concluye en recuperación del paciente de 5 a 10 días, después del inicio de la enfermedad. No obstante, la manifestación severa FHD se caracteriza por una permeabilidad vascular ocasionada por liberación de citocinas cuando los linfocitos T atacan las células infectadas con el virus del dengue. De no atenderse oportunamente las formas graves de la enfermedad, el paciente puede presentar un desenlace fatal. Las evidencias indican que aumentos en los anticuerpos neutralizantes o de reactividad cruzada contra los serotipos virales, regulan las epidemias de dengue y la severidad de los casos clínicos. El dengue hemorrágico y sus complicaciones son cada vez más frecuentes y pueden surgir a partir de respuestas secundarias de células T, es decir, cuando se presenta una segunda infección, no obstante es común observar dicha condición en infantes con bajas concentraciones circulantes de anticuerpos maternos. Ante esto, la circulación de los cuatro serotipos virales en las zonas de transmisión de México, han llevado al país a un mayor nivel de endemicidad, con presencia de casos de FD y FHD en diversas áreas, incluso en zonas sin antecedentes de casos confirmados de la enfermedad.

En México, el vector principal es la hembra del mosquito *Ae. aegypti,* originario de África, el cual ha alcanzado una distribución pantropical, que transmite el virus del dengue por medio de la picadura. Esto ocurre con predominancia en áreas con deficiencias de servicios públicos como el agua potable, lo que favorece la formación de criaderos y reproducción del mosquito por falta de cuidado en el almacenamiento.

El dengue es una enfermedad cada vez más frecuente en el sudeste asiático, el continente americano y otras regiones del mundo. En los últimos seis años, América Latina ha experimentado un aumento inusitado de casos de dengue y dengue hemorrágico. El número de casos se ha incrementado de 267 mil en 2003 a 1'112,846 casos en 2012. La mayor proporción correspondió a Brasil, país que ha llegado a contribuir con más de la mitad de lo notificado cada año, seguido en orden de frecuencia por México, Colombia, Venezuela y Bolivia. En cuanto a defunciones en 2012, se presentaron 694 defunciones, 41% corresponde a Brasil, 9%, 10% a República Dominica, 9% a México, 7% a Colombia y 6% por Perú.

En México, el dengue se encuentra presente desde la década de los años setenta con variaciones anuales en su incidencia y brotes epidémicos de diferentes magnitudes, principalmente en los estados de la región sur-sureste, Pacífico y Golfo de México. En esas regiones, la transmisión se presenta con mayor persistencia en ocho entidades federativas que concentran siete de cada 10 casos confirmados, lo que es atribuible a factores tales como la circulación viral, presencia y abundancia del vector, migración, densidad poblacional, intensificación de los fenómenos hidrometeorológicos y otros factores específicos que involucran la operación del Programa en los estados.

Dentro de los macro-factores que podrían explicar la presencia y aumento de los casos de dengue, destacan los relacionados con el cambio climático que influye en la intensidad y duración de las temporadas de lluvia y frecuencia de huracanes, deficientes servicios urbanos como dotación de agua e inadecuada disposición final de basura, así como falta de percepción de riesgos y nulas medidas de autoprotección y prevención de la población. Todo esto facilita la dispersión del dengue dentro y fuera de los países. Otros factores específicos dependientes de la población y los propios responsables de la aplicación de medidas antivectoriales, como fallas logísticas y operativas, cobertura insuficiente, falta de oportunidad y falta de una estrategia de manejo integrado de vectores, se relacionan también con la persistencia de la enfermedad.

El Dengue es una prioridad de salud pública nacional, debido a los efectos sociales y económicos inmediatos que puede ocasionar, por los daños a la salud en grandes grupos de población expuesta y, entre otras razones, por el exceso en la demanda de consulta y los costos de atención que conlleva la prestación de los servicios para las instituciones, las familias y la comunidad. La protección ante los riesgos de transmisión en la población es un factor importante para evitar su diseminación; sin embargo, es indispensable contar con la participación total y decidida de la sociedad, municipios y los propios servicios de salud de todas las instituciones del Sector, para operar los programas con mayor eficiencia y contener así la tendencia ascendente del dengue en México.

Las acciones de prevención y control de los programas estatales de dengue se llevan a cabo por las diversas instituciones del sector y otros organismos de salud que atienden a los distintos segmentos de la población, bajo un esquema de organización que se enmarca en el Programa de Acción. Si bien existen ejes rectores que definen la orientación y criterios para el funcionamiento del mismo en todos sus componentes, se requiere de un mayor nivel de integración de las instituciones de salud y otras dependencias públicas y privadas afines, en las que se reconocen rezagos para su incorporación efectiva a las acciones de lucha contra el dengue.

Las instituciones de Seguridad Social se encargan de atender entre cinco y seis de cada diez mexicanos, en tanto la Secretaría de Salud y otras instituciones de población abierta, brindan atención médica al resto de la población y sólo una proporción menor se atiende en instituciones privadas; a pesar de ello, los servicios de la Secretaría de Salud en los estados, son los que reciben la mayor demanda de consultas y hospitalización por dengue, aun de usuarios derechohabientes de otras instituciones, pero lo hacen con recursos e infraestructura insuficiente, que dista de las necesidades reales que implican las acciones de atención médica, prevención y control.

Las diferencias en la disponibilidad de recursos y en la eficiencia del gasto por las instituciones del Sector, sugieren la necesidad de incorporar intervenciones costo-efectivas innovadoras y mejorar el desempeño del programa de dengue en estados y municipios, así como poner en marcha medidas de intervención basadas en las mejores evidencias científicas, para atender con oportunidad las necesidades operativas, particularmente en las áreas con mayor riesgo de transmisión.

Las dificultades en la coordinación de las acciones y procedimientos normados, los problemas administrativos, deficiencias en la gestión institucional, la debilidad en los esquemas de desarrollo y la ausencia de incentivos institucionales, indiferencia de la propia población ante el problema,

propiciada por la falta de estrategias robustas de promoción, son retos adicionales que enfrenta el Programa para cumplir con sus atribuciones en materia de vigilancia, prevención y protección, ante el riesgo de exposición al virus del dengue. Al tratar de contender con todo lo anterior, los programas estatales confrontan problemas de naturaleza diversa que imponen mayores presiones ante la presencia de brotes epidémicos.

En suma y de acuerdo con lo anterior, el Programa de Acción deberá contar con suficiencia y oportunidad presupuestal, así como apoyarse en la vigilancia entomológica y epidemiológica, con capacidad de diagnóstico de los casos para una adecuada toma de decisiones, así como en la aplicación de medidas inmediatas ante situaciones de riesgo.

Se deben incluir, además de las acciones propias de los servicios de salud, campañas antilarvarias y aplicación de insecticidas dentro y fuera de las viviendas y, las relativas a la promoción de la salud, fomento de las medidas de protección personal y gestiones intersectoriales, para involucrar a los diversos actores sociales en la prevención y el control del dengue.

Acciones previstas para la solución de la problemática planteada

1. Manejo integrado del dengue. Las acciones sustantivas para 2012 incluyen principalmente:
    - Implementar la vigilancia entomológica con prioridad en 82 sitios centinela de 14 entidades federativas y la vigilancia entomológica inteligente en sitios demostrativos.
    - Llevar a cabo campañas antilarvaria y adulticida para el control de mosquitos vectores del dengue.
    - Incorporar la plataforma única del SINAVE al programa como base para toma de decisiones y fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica.
    - Convocar grupos de expertos y asesoría permanente.
    - Capacitar y re-adiestrar al personal operativo de Estados prioritarios.
    - Publicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2010.
    - Capacitación a médicos en el uso de la Guía Práctica Clínica en 28 estados.
    - Preparar planes de contingencia hospitalaria.
    - Activar los comités de seguridad en salud.
2. Consolidación de la Red Nacional de Laboratorios para el diagnóstico del dengue y fortalecimiento e innovación de la vigilancia epidemiológica. Los componentes de fortalecimiento de la red nacional incluyen:

- Capacitación, acreditación y mejora continúa de la red diagnóstica de laboratorios y de vigilancia epidemiológica.

3. Promoción de la participación social y de grupos organizados en la prevención y control del dengue en localidades prioritarias.
4. Regionalización operativa y definición de áreas con alto potencial de riesgo de impacto estatal, regional e internacional.
5. Gestión de la participación de ayuntamientos.
6. Participación del programa ante fenómenos naturales en áreas de riesgo de transmisión de dengue.
7. Coordinación intra e inter sectorial y respuesta estatal oportuna. Se gestionarán acuerdos entre los componentes del sector salud y otros sectores para aterrizar acciones de su competencia para reducir los riesgos de transmisión de dengue.
8. Sistematización de los mecanismos de control e indicadores.
9. Integrar la red clínica nacional de atención médica.
10. En 2012, el programa de acción reportó 50,368 casos confirmados, 223% más comparativamente con los 15,578 reportados en 2011. En relación con la forma clínica de fiebre por dengue en el período de referencia se registró un incremento 198% al pasar de 10,970 casos confirmados a 32,662, en tanto que para fiebre hemorrágica por dengue el incremento fue de 284%, esto es 4,608 en 2011 contra 17,706 de 2012. Lo anterior permitió tener una letalidad de 0.36% con un total de 64 defunciones en 2012, lo que representa un incremento del 28% con respecto a las 50 registradas en 2011. Finalmente, los estados pertenecientes a la Región Sur-sureste aportaron el 80% de los casos registrados.

PALUDISMO

Problemática

El paludismo o malaria es una enfermedad que ha afectado a los diferentes grupos de población en toda la historia de la humanidad. En la actualidad constituye un grave problema de salud pública mundial que afecta, de manera inaceptable, la salud y bienestar económico de las comunidades con mayor índice de marginalidad.

La persistencia de las enfermedades del rezago alcanza su mayor expresión en el caso del paludismo, ya que se encuentra asociado a la pobreza y a las precarias condiciones de vida de la población en riesgo, lo mismo que en centros de producción y turísticos del país ubicados en zonas geográficas con alto potencial de transmisión y presencia de movimientos migratorios que incrementan el riesgo de enfermar. Por ello, es indispensable contar con mejores políticas y programas que incluyan medidas de intervención innovadoras para lograr la interrupción del paludismo, entre ellas, la activa participación de la comunidad y municipios, integración efectiva del Sector Salud con otras instituciones públicas y privadas, y la sistematización de tratamiento a los enfermos nuevos y conocidos, además de la mejora continua de los sistemas de información y vigilancia epidemiológica con la incorporación de modernas técnicas de análisis y georreferencia de casos y factores de riesgo, en apoyo a la toma de decisiones.

La nueva visión del programa comparte estas perspectivas al considerar un modelo de atención integrada que conlleva el cuidado de los factores que inciden en la distribución y frecuencia del paludismo en México.

Es una enfermedad parasitaria causada por protozoarios del género Plasmodium que se transmite a los humanos por la picadura de las hembras infectadas de los mosquitos del género Anopheles. Las especies del Plasmodium causantes son: ovale, malariae, vivax y falciparum, estas dos últimas, las de mayor distribución en el mundo.

El impacto del paludismo en la salud y en el desarrollo económico de las poblaciones humanas es mayor en las regiones tropicales y subtropicales. La OMS estima que cada año ocurren entre 300 y 500 millones de casos nuevos y hasta 2.7 millones de muertes en todo el mundo. La mayoría de las muertes ocurren en África, al sur del Sahara; sin embargo, también hay una considerable carga de enfermedad en América Latina, principalmente en la Cuenca Amazónica. La enfermedad causada por P. falciparum provoca la muerte de 0.5 a 2 millones de personas cada año, en particular de menores de cinco años.

Los casos de paludismo se encuentran focalizados geográficamente y sus características epidemiológicas varían como resultado de las distintas formas en que los seres humanos, los vectores y las formas parasitarias se han adaptado a los diversos ambientes ecológicos y a las modificaciones

del medio. Debido a lo anterior las actividades de prevención y control para cada una de las regiones de riesgo de malaria en el país, se han definido de acuerdo con sus especiales características.

Es importante destacar que en la lucha contra el paludismo se han implementado estrategias que en su momento fueron eficaces, sin embargo, los altos costos de su aplicación impidieron su sistematización en las instituciones del Sistema Nacional de Salud. La revisión de la historia natural del paludismo, y del propio Programa de Acción ha llevado a la construcción de estrategias sustentables en las que la participación social adquiere un papel fundamental para consolidar los esfuerzos institucionales para la certificación de áreas libres de paludismo.

El paludismo en los últimos años registra las cifras más bajas en casos nuevos, después de haber registrado 25,034 casos en el último brote de 1998, se efectuó reingeniería del programa en 1999 y se creó la Estrategia de "Tratamiento Focalizado" con ello la transmisión se redujo inmediatamente y para el año 2011, solamente se registraron 1,124 casos por *Plasmodium vivax* que comparados con los 800 registrados se presenta un impacto favorable del 28.8% menos en 2012; los casos por *P. falciparum*, se han mantenido en cero casos autóctonos; se mantiene la vigilancia epidemiológica en los 32 estados del país, en el 1er Nivel de Atención, con el personal del programa y con los promotores voluntarios de las localidades con antecedentes de transmisión, se logró reducir la dispersión de la transmisión a localidades dispersas de difícil acceso en solo 449 localidades positivas de 10 entidades federativas, en comparación con las 570 localidades positivas en 2011, lo que representó un 21,2% menos que el año anterior.

El principal problema se registró en los estados de Chiapas (258) y Chihuahua (149), Nayarit (120) y Sinaloa (144) que en conjunto registran el 83.9% de la transmisión del total nacional, los movimiento migratorios son tan intensos que generan casos aislados y los llevan de unos estados a otros, lo mismo sucede en los estados de Tabasco, Campeche y Quintana Roo que además de ser estados que se ven afectados por movimientos migratorios intensos procedentes de otros países endémicos, así como de connacionales que por motivos de trabajo llevan su paludismo de estados endémicos a otros libres de la endemia.

La transmisión del paludismo en México no se distribuye aleatoriamente entre las localidades, viviendas y personas. Las características higiénicas de la vivienda y sus habitantes son factores que determinan la frecuencia y distribución del vector y la enfermedad. Lo anterior da origen al

concepto de "casa palúdica", es decir, aquella en la que se identifican riesgos de transmisión y que presentan casos de manera recurrente. Estas observaciones justifican la aplicación de estrategias específicas como el Tratamiento Focalizado, que consiste en la vigilancia y tratamiento de los casos confirmados y sus convivientes por un periodo mínimo de un año y medio (TDU $3x3x1^{1/2}$, lapso en el que se protege a las personas de reinfecciones y recaídas por *P. vivax* y EMHCA (Eliminación y Modificación de Hábitats y Criaderos de Anofelinos) con participación comunitaria.

El Programa de Prevención y Control del Paludismo se ha preocupado por eliminar el uso de plaguicidas e implementar acciones para la reducción de las poblaciones de los mosquitos vectores de la enfermedad. A ello contribuye la estrategia de Eliminación y Modificación de Hábitats y Criaderos de Anofelinos (EMHCA), la cual comprende el saneamiento de la vivienda para eliminar factores atrayentes de mosquitos, así como la limpieza de criaderos y sus entornos. La participación de la comunidad organizada, con la asesoría del personal de salud, ha hecho posible obtener ahorros sustanciales en la compra de plaguicidas y gastos de operación para su aplicación y, por tanto, acotar el paludismo persistente en Chiapas, Oaxaca, Tabasco y la región serrana de los estados de Sinaloa, Durango, Nayarit y Chihuahua.

La problemática específica del Programa de Paludismo en México, se enmarca en siete grandes rubros: insuficiencia de participación social y municipal en las acciones de control de criaderos; coberturas desfasadas de tratamiento antipalúdico; insuficiencia y falta de oportunidad en el abasto de medicamentos e insumos para la toma de muestras de sangre; presencia de movimientos migratorios que afectan a zonas fronterizas, turísticas y polos de desarrollo económico; limitada participación de las unidades de primer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud para promover de la detección y tratamiento oportuno de casos; inadecuada coordinación interinstitucional y gerencia e insuficiente supervisión y evaluación de las acciones de prevención y control, así como notificación tardía de casos y brotes en localidades cuya responsabilidad recae en otras instituciones.

Acciones previstas para la solución de la problemática planteada

1. Atención oportuna de brotes para evitar su diseminación con énfasis en los estados endémicos.
2. Garantizar la atención de los casos detectados y con sospecha de paludismo.
3. Fortalecimiento de las acciones de rectoría en 10 entidades federativas prioritarias.

4. Continuar con las acciones de certificación de áreas libres de paludismo.
5. Focalizar acciones de capacitación en estados prioritarios.
6. Mantener la vigilancia epidemiológica en las 32 entidades federativas, con las más de 19 unidades del primer nivel de atención, con los más de 35 mil notificantes voluntarios de las localidades con riesgo y con los 4,211 trabajadores del programa para efectuar visitas de búsqueda activa.
7. Dar seguimiento y apoyar la atención de brotes con la participación de los 3 niveles de gobierno.

TUBERCULOSIS

Problemática

La tuberculosis en México representa un serio reto para la Salud Pública al registrar en 2012 cerca 20,000 casos nuevos y casi 2,000 muertes por esta causa. Sin duda, el fenómeno de la fármacorresistencia a los medicamentos convencionales representa uno de los principales desafíos para su control, además del vínculo que actualmente se identifica de la enfermedad con el VIH y la diabetes mellitus.

En México, durante la administración 2007-2012 se evidencian avances significativos en el control de la tuberculosis, sin embargo persisten diversas limitaciones estructurales y de recursos institucionales, que inciden en el funcionamiento del Programa en los distintos niveles técnico-administrativos del SNS, particularmente en las localidades con mayor rezago, donde la cobertura de atención dista de ser la adecuada, por lo que deberán fortalecerse los componentes sustantivos con estrategias y líneas de acción concretas para su abordaje.

Acciones previstas para la solución de la problemática planteada

1. Fomentar la coordinación interinstitucional para la atención y seguimiento de casos en estados con mayor rezago, incluyendo las alianzas con los organismos de la sociedad civil, la medicina privada y la academia.

2. Capacitar al personal de primer contacto para el fortalecimiento de las competencias técnicas y operativas en detección, diagnóstico y tratamiento: médicos, paramédicos, microscopistas, promotores de salud y especialistas.
3. Actualizar la normatividad vigente.
4. Desarrollar talleres de capacitación dirigidos a coordinadores del Programa y personal operativo de unidades de salud y laboratorios, con énfasis en estados prioritarios.
5. Alinear procedimientos de atención de casos con los definidos a nivel internacional y difundirlos entre el personal de salud de los sectores público y privado de las entidades federativas, a través de los "Estándares para la Atención de la Tuberculosis en México".
6. Fortalecer a los responsables estatales del programa, a través de la supervisión y asesoría en servicio.
7. Fomentar el uso de la información y la plataforma única de información módulo tuberculosis en la toma de decisiones.
8. Vigilar los alcances de las metas establecidas por la OMS y los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) al 2015.
9. Mantener en operación la Red de Expertos en Tuberculosis Fármaco resistente para el fortalecimiento de la Estrategia Nacional de Tuberculosis con Resistencia a Fármacos.
10. Garantizar la adquisición de fármacos de segunda línea para la atención oportuna de casos de tuberculosis multifármacorresistente.
11. Fortalecer la coordinación con los programas con VIH-SIDA y Diabetes en todos los niveles de operación: federal, estatal, jurisdiccional, para la atención oportuna de personas con tuberculosis y co-morbilidades.

LEPRA

Problemática

México logró seis años antes de lo previsto, la meta establecida por la OMS para el año 2000 de eliminar la lepra como problema de salud pública al disminuir la prevalencia nacional a menos de 1 caso por cada 10 mil habitantes, es decir de 16,694 casos y tasa de 2.6 registrados en 1990, a 6,404 enfermos y tasa de 0.71, en 1994.

Desde entonces el enfoque fue lograr la reducción de la prevalencia en estados y municipios prioritarios que mantenían la tasa superior a un caso por 10 mil habitantes, a través del fortalecimiento de las acciones en las áreas con mayor riesgo de transmisión. La estratificación geográfica del padecimiento, la implementación de la PQT, la actualización permanente de los registros, la capacitación continua del personal de salud, además de un estrecho monitoreo y evaluación sistemática de las acciones, con base en indicadores epidemiológicos y operacionales establecidos de acuerdo a prioridades, son las estrategias fundamentales para acelerar la reducción de la prevalencia en cualquier región. Los problemas operativos que inciden en el programa se centran principalmente en la falta de presupuesto para operar el programa, persistencia de municipios con incidencias mayores a 1 por 10,000 habitantes, alta rotación del personal en los estados, recursos específicos escasos para la capacitación y supervisión, lo que incide en la falta de detección sistemática y oportuna de casos a nivel de las entidades federativas prioritarias.

Acciones previstas para la solución de la problemática planteada

1. Fomentar la coordinación interinstitucional para la atención y seguimiento de casos de lepra en estados con mayor rezago, a fin de actualizar oportunamente el sistema de información del seguimiento de casos nuevos y casos en vigilancia postratamiento.
2. Desarrollar talleres regionales de capacitación dirigidos a coordinadores del programa para estados prioritarios.
3. Fortalecer la supervisión y asesoría en servicio al coordinador del programa en los estados.

DIABETES Y RIESGO CARDIOVASCULAR Y ENVEJECIMIENTO

Problemática

El abordaje a estos problemas de salud pública, se hace por medio del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano. Programa que para lograr su objetivo apoya sus intervenciones en los tres Programas de Acción Específico 2007-2012 de responsabilidad, a citar: Diabetes, en el de Riesgo Cardiovascular y Atención al Envejecimiento

El Programa de Diabetes ha instrumentado dos estrategias: el modelo educativo denominado Grupos de Ayuda Mutua (GAM de Enfermedades Crónicas) y el modelo clínico preventivo de las unidades de especialidades médicas en enfermedades crónicas (UNEMEs EC).

Los GAM, son una estrategia que desde la década de los 90's se dirige a población de enfermos con enfermedades crónicas diagnosticados en las unidades médicas de primer nivel de la Secretaría de Salud, que de manera voluntaria participan en dinámicas de compartir entre pares las experiencias vivenciales en el control de la diabetes y otras enfermedades crónicas. Para su mejor seguimiento la operación del Sistema de Vigilancia y Estudio de los Grupos de Ayuda Mutua (SIVEGAM) ha permitido identificar oportunidades de mejora tanto para el usuario local como para el nivel federal. Sin embargo, a pesar de su avance y reconocimiento como estrategia efectiva, requiere que el personal de salud que coordina los GAM no rote con tanta frecuencia para que se logren los objetivos, así como gestión y apoyo para contar con espacios para la capacitación y actividad física.

Las UNEMEs EC, son una intervención innovadora que inició en la pasada administración, su objetivo fue contar con un modelo de atención institucional para atender a personas con padecimientos de Sobrepeso, Riesgo Cardiovascular y Diabetes Mellitus, otorgándoles un manejo integral interdisciplinario, basado en la evidencia científica, las mejores prácticas en las unidades y las expectativas del paciente. Estas unidades fueron evaluadas, reiterándose la eficacia del modelo en la atención de estos padecimientos así como la extensión de buenas prácticas hacia el primer nivel de atención.

El Programa de Riesgo Cardiovascular, las enfermedades crónicas degenerativas se tienen que tratar de forma integral y las acciones emprendidas para una, se observa un beneficio global, por lo que se apoya en la infraestructura señalada para diabetes y con ello se reduce el gasto de operación y se pretende lograr mayor eficiencia en la prestación de los servicios. Así en la operación de GAM y de UNEMEs EC se atiende de manera integrada a estos problemas de salud pública.

Resultado de la supervisión a los servicios estatales de salud, se identifica que ambos programas enfrentan problemas diversos que limitan su eficacia, destacan por su importancia: 1) el insuficiente abasto de medicamentos, 2) deficiencias en el registro de la información, 3) deficiencias en el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.

Los logros alcanzados hasta el 2012 permiten visualizar alternativas de cambio para la consecución del Programa, en el control de estas enfermedades no transmisibles (ENT).

Acciones previstas para la solución de la problemática planteada

Fortalecer la rectoría, seguimiento de compromisos y SIAFFASPE 2011 y 2012, para coadyuvar en el mejor avance de metas, con visitas a los estados con bajo desempeño en los indicadores establecidos, mismos que se verifican y revisa su avance, realizando supervisión presencial activa con participación de los responsables en el estado propiciando una retroalimentación efectiva. Así mismo durante las visitas se realizan talleres y capacitaciones con los responsables estatales, jurisdicciones y coordinadores de UNEMEs EC.

Fortalecer la coordinación con el Sistema de Protección Social en Salud para garantizar los recursos suficientes y oportunos en apoyo de las intervenciones establecidas por el programa en el CAUSES.
Fortalecer el registro de información de los diferentes sistemas relacionados con el programa (SIS, SUIVE, SIVEGAM, Informe trimestral UNEMEs EC) con la coordinación nacional y estatal de las diferentes áreas responsables para dar seguimiento a la normatividad y los acuerdos establecidos durante las supervisiones.

Consolidar la apertura de las Unidades que están en proceso de equipamiento y fortalecer con la referencia de pacientes a las Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas (UNEMEs EC), que están en función.

Fortalecer las actividades del modelo educativo preventivo que se desarrolla en la red de Grupos de Ayuda Mutua Enfermedades Crónicas e impulsar la Acreditación para el logro de metas de tratamiento y evitar la presencia de complicaciones así como fortalecer a las UNEMEs EC como Centros de demostración y capacitación al primer nivel de atención.

Continuidad en la contratación del personal para la estrategia contra el sobrepeso.

Coadyuvar al funcionamiento de la Red de atención para Enfermedades crónicas no transmisibles Unidad de Salud - UNEMEs EC - Hospital que permita contribuir a disminuir los altos índices de saturación y costos de operación a través de prevenir, detectar oportunamente o retrasar la aparición de complicaciones.

Difundir la normatividad vigente para Diabetes, Hipertensión y Dislipidemias, así como fortalecer la capacitación con materiales didácticos con que cuenta el programa como el DVD "Atención del pie de las personas con diabetes"; Distribución del kit de capacitación "Acción para el control", dirigido a fortalece la estrategia nacional de Grupos de Ayuda Mutua, manuales, protocolos y guías para pacientes de UNEMEsEC, para reproducción en los estados.

El Programa de Atención al Envejecimiento, El envejecimiento proceso que inicia con la vida donde se asocia a múltiples patologías que inician en etapas tempranas de la vida, con su mayor expresión clínica y social cuando el ser humano llega a la vejez, sin embargo no es sinónimo de enfermedad.

Para cumplir el objetivo de desarrollar un diagnóstico situacional de los adultos mayores para implementar modelos de atención que promuevan un envejecimiento activo y saludable en México, mediante intervenciones basadas en las mejores evidencias científicas, se plantearon dentro del programa 4 estrategias.

1.- Creación de mecanismos rectores del Sistema Nacional de Salud para abordar y modificar los entornos y los determinantes de las patologías más prevalentes en la población adulta mayor a fin de lograr un envejecimiento activo y saludable.
2.- Desarrollo de modelos de salud que brinden atención multidisciplinaria e integrada para un envejecimiento activo y saludable, que fortalezcan la infraestructura con la participación de los distintos sectores y órdenes de gobierno
3. Innovación en la prestación de servicios de salud, para la detección y diagnóstico oportuno de las enfermedades sujetas a programa que afectan a la población adulta mayor usuaria de los servicios del Sistema Nacional de Salud

4. Fortalecimiento del componente educativo (alfabetizar en el envejecimiento activo y saludable) dirigido a la comunidad, sus familias y la población en riesgo con énfasis durante las Semana de Salud para Gente Grande (con periodicidad anual)

ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso que inicia con la vida y que no es sinónimo de enfermedad; sin embargo, muchas patologías que inician en etapas tempranas, tienen su mayor expresión clínica y cuando se llega a la vejez, asociándose a poli-patologías y complicaciones.

Gracias a los avances tecnológicos, científicos y político-sociales, la esperanza de vida del mexicano se ha ido incrementando paulatinamente, resultado de las mejoras en el diario vivir, por lo que México va hacia el envejecimiento de su población

De acuerdo al Consejo Nacional de Población, nuestro país tiene, 110, 991,953 habitantes, donde 9, 256, 443 personas son mayores de 60 años, y se estima que para el año 2030, habrá más adultos mayores que jóvenes menores de 15 años y para el 2050, un 30% de la población tendrá más de 60 años, por lo que es importante promover una cultura del envejecimiento así como una política pública en materia de atención y desarrollo social de este grupo.

Cabe señalar que aunado a la transición demográfica de nuestro país se encuentra la transición epidemiológica la cual es de tipo polarizada, caracterizada por la coexistencia de enfermedades infecto contagiosas con enfermedades crónico degenerativas

SALUD BUCAL

Problemática

En el cierre de información del 2011, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales reportó una prevalencia de 74.7% de caries, en los usuarios de 2 a 19 años de edad, de los servicios de salud.

La prevalencia de caries dental de los usuarios mayores de 19 años de edad en los servicios de salud odontológicos fue de 95.5% y en promedio se registró que de 13.3 dientes afectados por caries dental, 50.4% no ha recibido tratamiento.

Otro padecimiento importante es la enfermedad periodontal, ya que la presenta el 53.8% de los adultos usuarios de los servicios y lo desconoce.

Un indicador de la utilización regular de los servicios odontológicos es la presencia de dientes permanentes en boca. Los adultos mayores de 80 años de edad presentan 17.4 dientes lo que representa menos del mínimo requerido por la OMS como indicador para una boca funcional.

En las conclusiones de la encuesta de "Escuela y Salud" de 2008 se registra que más de la mitad de los escolares consideraron su estado de salud de boca y dientes de regular a malo, independientemente del nivel educativo. La presencia de caries ha mostrado ser el problema más frecuente en población escolar, incluso con prevalencias de hasta el 90% o más. En la población estudiada las proporciones de caries fueron del 30% hasta un poco más de 60%, sin embargo este dato puede estar subestimado debido que deriva de la percepción de la población, más no de un diagnóstico odontológico.

La falta de continuidad de las estrategias enfocadas a grupos de riesgo específico, las acciones llevadas a cabo en los escolares donde la falta de promoción, la irregularidad en la aplicación del esquema básico de prevención y la escasa referencia a la atención curativa disminuyen el impacto en la salud bucal de la población.

El escaso presupuesto asignado para promover e implantar otras estrategias preventivas de mayor impacto en la población es otra de las limitantes para el crecimiento del programa, dado que nos es considerado programa prioritario.

El modelo de servicio vigente en los últimos años, basado en el empleo de equipo dental complejo, de alto costo, y para la atención individualizada, ha reducido la capacidad de cobertura de atención odontológica y la posibilidad de renovación y ampliación de los servicios de salud bucal, como se puede observar a continuación:

- Disponibilidad de un odontólogo con unidad dental por cada **9,789** habitantes de población "sin seguridad social" ó asegurada al Sistema de Protección Social en Salud.
- 6,127 unidades odontológicas en **3,847** consultorios dentales, lo que representa el 25.3%, con respecto a las **14,572** unidades de salud, con que cuentan los servicios estatales de salud.
- **4,125** consultorios dentales contra **20,161** consultorios de medicina general, lo que representa el **17.0**%.
- **5,275** cirujanos dentistas contra **29,453** médicos generales, lo que representa el **15.2**%.
- **2,226** pasantes de odontología que representan el **29.7** % de la fuerza de trabajo para la atención odontológica.
- **307** técnicos en odontología que presentan el **1.2**% del total de técnicos de los servicios estatales de salud y, el **5.8**% con respecto al número de cirujanos dentistas.

Fuente: Subsistema de Información en Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS-2011) de la Dirección General de Información en Salud.

El programa ha sido medido por el número acciones y no por su impacto en la salud de la población, la consolidación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales en el año 2011, permite conocer la situación de la salud bucal en nuestro país, así como las necesidades de atención que los usuarios de los servicios odontológicos demandan.

Los servicios odontológicos institucionales, no obstante haber alcanzado grandes avances, la calidad en la atención no cumple con la expectativa que la población espera, debido a la falta de actualización y capacitación del personal profesional, la falta de equipo e instrumental o su obsolescencia. En algunas entidades federativas el presupuesto asignado es insuficiente para cumplir con la demanda mínima de la población. Los recursos humanos, son insuficientes para atender la demanda de atención odontológica, se carece de personal auxiliar para desarrollar acciones y actividades de prevención y de promoción de la salud. Además, los odontólogos del Sector Salud han sufrido un retraso salarial histórico, debiendo trabajar en algunas unidades con técnicas y recursos obsoletos y que repercuten en la calidad y en la cobertura de la atención.

La rectoría del programa se ha visto afectada por no contar con la estructura administrativa suficiente en los niveles federal y estatal para cumplir con los compromisos de evaluación y supervisión necesarias para su buen funcionamiento.

Acciones previstas para la solución de la problemática planteada:

En relación al diagnostico se han realizado acciones e implementado estrategias para lograr los objetivos programados en salud bucal:

1. Avanzar en la consolidación del Programa Nacional de Fluoruración de la Sal, para la prevención masiva de la caries dental, con la cooperación del la Comisión Federal de Protección Contra Riesgos Sanitarios y de la Comisión Nacional del Agua, para llevar a cabo el monitoreo.
2. Promover que a los usuarios de los servicios de salud del primer nivel de atención se les aplique el Esquema Básico de Prevención de Salud Bucal, de acuerdo al grupo de edad.
3. Elaborar contenidos, materiales educativos y didácticos referentes a medidas de promoción de la salud bucal y prevención de las enfermedades bucales, adecuados a las necesidades, recursos e idiosincrasia de la población.
4. Difundir el material educativo y didáctico en las instituciones participantes en los estados y supervisar su uso y difusión.
5. Concluir con la 3ª Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis Dental, para evaluar el impacto de las acciones de salud bucal implementadas en el país durante los últimos diez años.
6. Extender, evaluar y asesorar el desarrollo del sistema de vigilancia epidemiológica de patologías bucales (SIVEPAB).
7. Capacitar a los responsables del programa en las 32 entidades federativas en las estrategias del programa para su seguimiento y evaluación.
8. Asegurar la aplicación del esquema básico de prevención y actividades curativas en zonas donde no se cuenta con unidades aplicativas realizando acciones de promoción.
9. Capacitar y actualizar al personal de salud con relación a los aspectos normativos y operativos del Programa Nacional de Salud Bucal.
10. Capacitar sobre la correcta aplicación del TRA a los responsables de programas y personal operativo responsabilidad de la Secretaría de Salud en las entidades federativas, con énfasis en los municipios con menor índice de desarrollo humano.
11. Sistematizar el seguimiento de casos en las entidades federativas seleccionadas y evaluar el desempeño de las acciones institucionales.
12. Establecer las bases para el manejo de buenas prácticas en el uso de la amalgama y el mercurio, a efecto de disminuir riesgos y daños a la salud de la población, del personal y del medio ambiente.

13. Fortalecer el programa de supervisión a los programas y servicios de salud bucal dependientes de los servicios estatales de salud, considerando las estructuras: estatal, jurisdiccional y aplicativa.
14. Replicar el curso de "Promotor de la Salud Bucal" a nivel jurisdiccional y operativo.
15. Llevar a cabo el curso de asistentes dentales en los estados que no participaron.
16. Actualizar la NOM-013/SSA2-2006.

ZOONOSIS

Problemática

A partir del inicio de las campañas masivas de vacunación antirrábica a perros y gatos, se observa una tendencia ascendente en el número de dosis aplicadas que ya rebasan los 18 millones para 2012. Este incremento se observa principalmente en áreas suburbanas marginales y asentamientos humanos en condiciones precarias. Campañas masivas de vacunación similares se ejecutan en Brasil.

Estas Campañas han contribuido a reducir los casos de rabia en perros y en población humana, sin embargo para el año 2012 se registraron 12 casos en perros, correspondiendo dos casos al Estado de México en donde persiste el brote afectando municipios con predominio de alta marginación y dispersión de la población; seis casos en Chiapas, tres más en Yucatán y sólo con un caso en Querétaro, lo que determina mantener el potencial riesgo de transmisión del virus entre esta especie por mínimas coberturas de vacunación antirrábicas.

En las entidades que en este año registraron casos de rabia canina se identifica como factor que lo favoreció la baja cobertura de vacunación antirrábica canina y felina en los lugares donde ocurrieron; así mismo se prevé puedan presentarse casos de rabia en perros en el mediano plazo en las entidades que comparten áreas de atención a la población con el programa IMSS Oportunidades, quien dejó de adquirir la vacuna antirrábica canina que aplicaba en su población derechohabiente aunado a que su personal de campo sólo participa en la difusión de las semanas de vacunación omitiendo colaborar en su aplicación en los perros como se hacía en años anteriores.

Por otro lado, el registro de personas agredidas por animales es cercano a 85 mil en 2012, observando en 15 entidades federativas un consumo elevado de biológicos antirrábicos en las

personas que se les indica inicio de tratamiento, en relación con la media aritmética nacional (26.5%).

En los últimos años se ha observado que seis entidades federativas (Baja California, Durango, Guanajuato, Jalisco, San Luis Potosí y Nuevo León) cumplen satisfactoriamente las actividades de vigilancia, diagnóstico y control de la rabia; por lo que han iniciado el proceso de certificación en la eliminación de la transmisión de la rabia canina; siendo el estado de Nuevo León quien cuenta con tres jurisdicciones sanitarias pre-certificadas. Así mismo en el estado de México se han otorgado reconocimientos a nueve municipios y en Tlaxcala a uno, que apoyan a la jurisdicción sanitaria en la eliminación de la transmisión del virus de la rabia canina. Cabe destacar que el estado de Tlaxcala se encuentra en proceso de re-certificación de este reconocimiento.

Respecto al diagnóstico de la rabia, cabe observar que en diez entidades federativas se carece de infraestructura para realizar dicho diagnóstico, por lo que dependen del InDRE. En siete entidades se lleva a cabo en laboratorios de otras instituciones como SAGARPA, asociaciones ganaderas y escuelas de veterinaria, lo que determina una falta de cobertura de diagnóstico y tipificación antigénica y genética adecuada por parte de los Servicios de Salud en los estados. El Programa de Salud Pública Veterinaria de la OPS/OMS recomienda realizar la caracterización monoclonal de todos los casos de rabia que se registran en la Región, con la finalidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica, actividad que se realiza en colaboración con los CDC de los Estados Unidos, recientemente se incorporan los estudios de secuenciamiento genético del virus.

La sobrepoblación canina representa un problema social y de salud pública que incrementa las agresiones a personas. Se debe en parte a la carencia de una cultura entre la población de dueño responsable de animales de compañía. Las medidas de control convencionales aplicadas por los municipios generan rechazo de la sociedad por el exceso de crueldad durante su realización. A este respecto, la Sociedad Mundial de Protección a los Animales, al igual que la OPS/OMS recomienda y promueven en los países de la Región el uso de nuevas tecnologías para la estabilización de animales de compañía y alcanzar el bienestar animal y en consecuencia el beneficio en la salud de la población. Destacan en este rubro medidas como la esterilización, donación voluntaria de animales no deseados y compromiso para el cuidado de los animales, principalmente.

En el caso de otras zoonosis, como la brucelosis, la teniasis-cisticercosis y las leptospirosis, se advierte una limitación de recursos en ese año en los estados e instituciones para atenderlas con

oportunidad y calidad y de acuerdo a la magnitud prevalente en el país. A esta falta de recursos se agrega la necesidad de uniformar los lineamientos para que el personal de salud lleve a cabo el diagnóstico, tratamiento y referencia de pacientes, así como, la interpretación de la normatividad vigente en el registro y notificación de casos. Es por ello que se concluyó la modificación del NOM-022-SSA2-2012, para le prevención y control de la brucelosis en el humano así como la elaboración de la "Guía para el diagnóstico y tratamiento del paciente con brucelosis. Organismos internacionales convergen hacia estos mismos propósitos al fomentar entre los países y sus instituciones de salud, la necesidad de una mejora en el diagnóstico de estas zoonosis.

En México, al igual que en otros países la cultura de prevención para estas patologías es limitada, lo que refleja la necesidad de fortalecer la coordinación interinstitucional entre las áreas afines dentro y fuera del Sector a fin de difundir los factores determinantes del riesgo y las medidas para evitarlas.

Acciones previstas para la solución de la problemática planteada

Semanas Nacional y de Reforzamiento de la Vacunación Antirrábica Canina y Felina.

- Ha sido una prioridad conocer el comportamiento de la rabia canina y su repercusión en el humano, determinado por qué históricamente la mayoría de los casos ocurridos han sido transmitidos por el perro, lo que llevó a la vacunación antirrábica canina, como una actividad masiva, intensiva y gratuita, con la instauración de las "Semanas Nacional y de Reforzamiento de Vacunación Antirrábica Canina y Felina", con incrementos sostenidos del total de perros y gatos vacunados en el país. El desarrollo de estas Semanas incluye:
- Elaborar el Plan de Medios. Permitirá establecer los contenidos de información en salud que serán difundidos a la población antes de la realización de las Semanas Nacional y de Reforzamiento de Vacunación Antirrábica Canina y Felina. Teniéndose acceso a la radio en tiempos oficiales y localmente con perifoneo y pega de carteles en sitios estratégicos.
- Disponer de los resúmenes de planeación y resultados de las SNyRVACF.
- Permitirá conocer el número de dosis de vacuna antirrábica a emplear (17.6 millones de animales de compañía a vacunar), así como, el personal participante en las Semanas (63 mil personas), además de los aspectos técnicos sobre los preparativos de estos eventos. Esta información se presentará desglosada por entidad federativa e Institución participante.

- Celebrar las Semanas Nacional y de Reforzamiento invitando a participar a las diferentes instituciones públicas y privadas del sector en las entidades federativas, ello permitirá la aplicación de vacuna antirrábica en perros y gatos incluyendo aquellos residentes en las áreas más apartadas del territorio nacional, siendo el principal propósito mantener coberturas de vacunación antirrábica en estos animales de compañía superiores al 95% (se aplicaron en 2012, 18.1 millones de dosis), con lo que disminuye el riesgo de transmisión del virus rábico.

Operativos de control de focos rábicos.

Tiene como propósito intervenir ante la persistencia de casos de rabia canina confirmada por laboratorio, determina focalizar las áreas afectadas considerando la cronología del caso, cobertura de vacunación previa y ubicación de éste, a fin de desarrollar acciones como son:

- Ejecutar operativos de barrido casa a casa (como lo establece la "Guía para el control de los focos rábicos") en las áreas donde se registraron casos de rabia canina. Esta actividad se realizó en Estado de México, Chiapas, Querétaro y Yucatán; una vez determinadas áreas específicas en donde la cobertura de vacunación antirrábica es baja y tienen como objetivo vacunar a animales de compañía para disminuir el riesgo de transmisión del virus rábico, además de recibir en donación voluntaria a perros y gatos no deseados y si fuese el caso retirar a perros en condición de calle, los cuales son estudiados por laboratorio para determinar que no están enfermos de rabia.
- Informar a la población residente de las casas censadas en áreas de control de focos rábicos sobre los riesgos de enfermedad de rabia. En coordinación con Promoción de la Salud en cada entidad definen los contenidos que son incluidos las campañas de información a la población para lograr las metas previstas.

Adquisición de la reserva estratégica de los biológicos antirrábicos de uso en humano.

El Gobierno Federal a través de la Secretaría de Salud tiene como objetivo primordial conservar la salud de la población, por lo cual en el caso de la rabia es fundamental disminuir el riesgo de

desarrollar la enfermedad en las personas agredidas por animales sospechosos. Para lograr este fin, se dispone en las unidades de salud de Vacuna Antirrábica Humana e Inmunoglobulina Antirrábica Humana, la cual es adquirida por los Servicios Estatales de Salud a través del Anexo IV del Seguro Popular y para 2012 correspondió a 60,104 dosis de VAH y 14,587 frascos de IgAH; las cuales son aplicadas a las personas agredidas que así lo requieran, siempre y cuando cumplan los criterios para su empleo (como lo establece la "Guía para la atención médica y antirrábica de la persona expuesta al virus de la rabia").

Empleo de esquemas de vacunación antirrábica en personas agredidas con apego a la normatividad.

Es importante analizar los registros disponibles en el Sistema de Información en Salud (SIS) por cada Jurisdicción Sanitaria relacionados con el inicio de tratamiento antirrábico (promedio 26.5% de tratamientos iniciados) y compararlos con los datos anteriores para evaluar los resultados de estas actividades; observándose 15 entidades por arriba de la media nacional. Debe tomarse en consideración que las acciones para prevenir la rabia hacen que cada vez los animales de compañía (perros y gatos) tengan menor riesgo de transmitir la enfermedad, con lo cual el número de tratamientos debe disminuir de manera paulatina tomando en consideración que el 90% de las agresiones a personas son causadas por perros.

Precertificación en las entidades federativas candidatas.

El avance en el control de la rabia canina en la última década es un éxito en la Salud Pública de algunas entidades federativas como resultado del trabajo planeado, sistematizado y continuo, coordinado entre las diversas Instituciones afines bajo la directriz de los Servicios de Salud, mismo que debe ser reconocido por el nivel federal en respuesta a la solicitud que hace la entidad; para ello debe cumplir con los requisitos que se establecen para la pre-certificación que incluye:

- Revisar, actualizar y difundir los lineamientos del procedimiento de Pre-certificación. Permitirá estandarizar el proceso de Pre-certificación de áreas libres de la transmisión del virus de la rabia en perros. Esta actividad es pilar fundamental para el cumplimiento de lo siguiente:

    - Supervisar y asesorar a los comités técnicos de los SESA sobre la aplicación del procedimiento. Actividad que consistirá en proporcionar asesoría técnica a los

Servicios Estatales de Salud que así lo soliciten para apoyarles durante el proceso de Pre-certificación, se llevaron a cabo reuniones de asesoría en los SESA de Baja California, Durango, Guanajuato, Jalisco, Nuevo León, Puebla, San Luis Potosí y Tabasco.

- Pre-certificar a los SESA candidatos. Actividad que es responsabilidad del CENAPRECE y consistirá en el análisis de la información técnica basada en los lineamientos del Proceso de Pre-certificación de las entidades federativas candidatas a Certificar, en este año se precertificaron tres jurisdicciones sanitarias del estado de Nuevo León.
- Presentar al Comité Nacional los estados precertificados, a fin de que lleven a cabo el análisis de las actividades realizadas por éstos y finalmente emitir un dictamen.

Apoyar el diagnóstico de rabia en entidades federativas que carecen de este servicio.

En México, el InDRE coordina la Red Nacional de Laboratorios Estatales de Salud Pública, cuyo control de calidad es heterogéneo, el resto (diez) de las entidades federativas realiza el diagnóstico con apoyo del InDRE con excepción de siete de ellas quienes lo hacen a través de laboratorios de otras Instituciones, por lo que es necesario:

- Procesar en el InDRE las muestras para diagnóstico de rabia de los estados que carecen de este servicio. Actividad de la cual será responsable el InDRE, que consistirá en disponer de un convenio de colaboración entre los Servicios Estatales de Salud (tres) en donde se carece de infraestructura para el diagnóstico de rabia y este Instituto con la finalidad de asegurar la realización de las pruebas necesarias para diagnosticar este padecimiento.
- Gestionar el fortalecimiento del equipo, material, reactivos y personal capacitado del InDRE para el desarrollo de técnicas de diagnóstico. Esta actividad se llevará cabo en este Instituto y tendrá como finalidad mejorar las técnicas diagnósticas así como la infraestructura existente para este fin.

Apoyar con responsabilidad compartida en el desarrollo de operativos de esterilización de animales de compañía en las entidades federativas.

El vínculo del perro con el hombre, y por extensión con su familia es ancestral, de ahí lo complejo que resulta intentar disociarlo con actividades relacionadas con su exterminio; no obstante, el

hombre mismo ofrece condiciones que favorecen su multiplicación indiscriminada, lo cual rebasa la posibilidad de una convivencia armónica entre ambos.

La abundancia de perros representa un reto para la salud pública y para la población en su conjunto, de ahí la necesidad de establecer una estrategia orientada a sumar la participación de diversas instancias de la sociedad, la cual reconozca que ya no es posible convivir con esta sobrepoblación canina. En este sentido, las actividades que se propongan tienen que reflejar los avances culturales y principios de respeto a la vida que el país ha alcanzado, lo cual queda expresado en la "estabilización de la población canina y felina", siendo las acciones principales:

- Adquirir por el CENAPRECE medicamentos y materiales de curaciones en el 50% (126 mil esterilizaciones) de las cirugías de animales de compañía programadas para este año en las entidades, estos insumos permitirán a los SESA movilizar con otras instituciones públicas y privadas en la entidad materiales en cantidades igual o mayor de la aportación recibida por la federación para cumplir su meta anual.
- Distribuir los medicamentos y materiales que representa la aportación federal para apoyar el desarrollo de operativos de esterilización en los SESA. Esta actividad tendrá como principal objetivo apoyar a los SESA adquiriendo parte de los medicamentos y materiales necesarios para realizar la esterilización de animales de compañía.
- Esterilizar masivamente a animales de compañía en las 32 entidades federativas; para el 2012 se realizaron 373 mil cirugías en el país. Actividad realizada por el SESA y que tendrá como principal objetivo contribuir a la estabilización de la población canina.
- Dar seguimiento al empleo de los medicamentos y materiales entregados a los SESA. Permitirá analizar el empleo de los medicamentos y materiales aportados por el CENAPRECE a las entidades federativas, para ello los SESA capturaron 109,804 esterilizaciones llevadas a cabo en 2012 con los insumos aportados en 2011, en la plataforma electrónica office live sky drive.

Información sobre sacrificio humanitario de animales de compañía en donación voluntaria.

El exceso de perros en la vía pública es un problema social del ámbito de competencia de autoridades municipales y que fomenta el incremento del número de agresiones a personas, situación atendida por los Servicios Estatales de Salud, sin embargo, el sacrificio humanitario de

animales de compañía en donación voluntaria es responsabilidad de los municipios con apego a la normatividad vigente, para lo cual es necesario:

- Promover el sacrificio humanitario de animales de compañía no deseados con apego a la normatividad, en 2012 se realizaron 564 mil sacrificios humanitarios.

Capacitación del personal de salud sobre la normatividad y lineamientos vigentes para unificar la aplicación de criterios y procedimientos para la prevención, diagnóstico y control de otras zoonosis.

Cuidar la salud de la población es un propósito central del Gobierno de la República. Es prioritario asegurar que a los enfermos se les trate con efectividad, calidad y calidez, para lo cual se debe asegurar que el personal operativo de salud se encuentre debidamente capacitado y realice las actividades de detección y tratamiento en forma oportuna. Es importante considerar que las Zoonosis de Interés en Salud Pública se presentan principalmente en algunas regiones del país, en donde es necesario:

- Se publicó en el DOF la NOM-022-SSA2-2012, para la prevención y control de la brucelosis en e humano; lo cual brindará al personal médico operativo información necesaria para la atención de personas enfermas por las Zoonosis de Interés en Salud Pública y con ello otorgar una atención con calidad y calidez basada en evidencia científica.

INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA EPIDEMIOLÓGICOS InDRE

Problemática

Una línea de acción dentro del Programa Nacional de Salud es "Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud a través de la investigación y el desarrollo tecnológico en salud. El Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE), adopta y plantea como estrategia el implementar un Sistema de Gestión de la Calidad que nos permita:

- ✓ Fortalecer el liderazgo
- ✓ Consolidar la función normativa del InDRE en apoyo a la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública, la vigilancia epidemiológica y los programas sustantivos.

Los principales problemas que se tenían en 2011 fueron:

1. Estructura organizacional insuficiente
2. Falta de insumos en cantidad y oportunidad
3. No contar con lineamientos claros para evaluar o verificar métodos de prueba

En el 2012 se logra ampliar la plantilla de personal 39 nuevas plaza, se elaboraron 11 lineamientos de los principales algoritmos y se costean, para adquirir los insumos en las cantidades y oportunidad requerida.

B) INTEGRACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL ÓRGANO DE GOBIERNO Y DEL COMITÉ DE CONTROL Y DESEMPEÑO INSITUCIONAL.

En el año de 2012 se realizaron cuatro Sesiones Ordinarias del Comité de Control y Desempeño Institucional en este Centro Nacional:

- Primera Sesión Ordinaria COCODI, 08 de marzo de 2012
- Segunda Sesión Ordinaria COCODI, 05 de junio de 2012
- Tercera Sesión Ordinaria COCODI, 22 de agosto de 2012
- Cuarta Sesión Ordinaria COCODI, 08 de noviembre de 2012

Sesión	Número de Acuerdos 2012			Problemáticas resueltas y beneficios obtenidos
	Emitidos	Concluidos	Pendientes	
1		1	4	

2	1	1	3	Acuerdo concluido: No. 08-03-01, "El Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, informara en la siguiente sesión del Comité de Control y Auditoría, sobre la supervisión a las transferencias de los recursos a los Estados" y se emite el nuevo Acuerdo para enfocarse a la recuperación de recursos más que a la supervisión: No. 12-02-01 "El CENAPRECE informará sobre la comprobación o reintegro de los recursos transferidos a los estados en el caso de los años 2009 y 2010".
3		1	3	Acuerdo concluido: "Establecer un grupo de trabajo interno para integrar la documentación necesaria para la preparación de la estructura orgánica del CENAPRECE", el beneficio obtenido es que queda registrada ante la Secretaría de la Función Pública la estructura de la nueva Dirección General de Epidemiología, siendo la unidad administrativa 316.
4		2	1	Acuerdo concluido: No. 01-07-03 "El Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, deberá informar el seguimiento a las demandas laborales por el personal eventual que integra las brigadas, debido a inconsistencias en su contratación, ocasionando una carga mayor en sueldos y salarios", se da por concluido ya que la forma de contratación ha sido mejorada, y se dará seguimiento en el apartado de pasivos laborales, debido a que únicamente se está dando seguimiento al estatus procesal de los juicios. Acuerdo concluido: No. 10-02-03 "El CENAVECE, informe en la Primera Sesión Ordinaria de COCODI 2011, sobre el estado que guardan las caducidades de los medicamentos de reserva que se tienen destinados para la influenza y su destrucción", se da por concluido por que ya se cuenta con un control establecido, que permite visualizar los productos que están próximos a caducar y promover su consumo o traspaso entre otras áreas que lo puedan utilizar.
Total	1	5	11	

C) SITUACIÓN OPERATIVA Y FINANCIERA.

C.1- Situación Operativa.

CÓLERA

Aspectos Relevantes.

- Se confirman dos o uno por lo de la cuenta pública hallazgos de cólera en humanos en el estado de Sinaloa.
- Se brindó asesoría y apoyo a los brotes que requirieron de atención en las entidades federativas.
- Se realizaron 4 reuniones trimestrales del Grupo Técnico Intersectorial de Cólera para el fortalecimiento en las medidas de vigilancia, promoción y control derivados de las distintas alertas emitidas durante el año. Se contó con la participación intra e inter institucional de diversas áreas y dependencias involucradas.
- El 23 de Octubre de 2012 se publica en el Diario de la Federación la "Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA2-2012, Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera", que tiene observancia a nivel nacional.
- Se desarrollo una nueva estrategia de supervisión enfocada a evaluar la estructura, el proceso y los resultados del programa, en los niveles estatal, jurisdiccional y local (Hospital/Centro de Salud).

Cumplimiento de Resultados.

Se realizó a las 32 entidades federativas cuatro evaluaciones trimestrales a través de la estrategia "Caminando a la Excelencia" con la aplicación de indicadores institucionales y sectoriales que permitieron apoyar los programas con bajo desempeño por parte de la federación.

Indicadores de Gestión.

Metas e indicadores 2011-2012	2011 Alcanzado	2012 Programado	2012 Alcanzado	% Alcanzado 2012 vs 2011	% Alcanzado 2012 vs programado
Indicador: Letalidad por Cólera **Meta 2011-2012:** Cero defunciones por Cólera en el país	**0**	**0**	**0**	**0%**	**0%**
Indicador: Búsqueda intencionada de casos de V. cholerae **Meta 2011-2012:** estudiar al menos el 2% de los pacientes que demanden atención médica por diarrea en las Unidades} Detecciones Tratamientos	**2.5%** **100%**	**2%** **100%**	**2.4%** **100%**	**-4%** **0%**	**20%** **0%**
Indicador: Reuniones de coordinación **Meta 2011-2012:** 4 reuniones (una por trimestre)	**100%**	**4**	**100%**	**0%**	**0%**
Indicador: Operativos preventivos **Meta 2011-2012:** 2 por año	**100%**	**2**	**100%**	**0%**	**0%**
Indicador: Cobertura de atención de brotes notificados **Meta 2011-2012:** 90%	**66.7%**	**90%**	**67%**	**0.3%**	**-23%**

Indicador: Capacitación **Meta 2011-2012:** 32 responsables estatales	**100%**	**32**	**35%**	**-65%**	**-65%**
Indicador: Evaluación **Meta 2011-2012:** 4 evaluaciones (una por trimestre)	**100%**	**4**	**100%**	**0%**	**0%**

URGENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS Y DESASTRES

Aspectos Relevantes.

En las 32 entidades federativas se atendieron brotes (2,042), siendo los estados de Querétaro, Nuevo León, Hidalgo, Oaxaca y Chihuahua, quienes registran el mayor número (54%), sin embargo, lo anterior no implica que tengan más riesgo sino una mejor notificación. Con respeto a los desastres (172), se registraron en 15 Estados, con Oaxaca a la cabeza con 75 eventos, seguido de Sonora (24) y Durango (15), concentrando el 66.2% del total. En especial, el nivel federal participo en 2 brotes de dengue, uno por influenza aviar H7N3, dos desastres y dos operativos preventivos para diarreas.

Se continúo con la asesoría a la región Norte para la implementación de su programa operativo para la atención de emergencias en salud, siendo necesario continuar los trabajos para completar la implementación.

Cumplimiento de Resultados.

La aplicación adecuada de las estrategias y componentes de acción del Programa, sobre todo en cuanto a la organización y coordinación para atender las diferentes emergencias en salud, ha permitido limitar los riesgo y daños a la salud de las poblaciones afectadas por las diferentes contingencias, evitando con ello, daños mayores a la salud de la población y epidemias.

Indicadores de Gestión.

Metas e indicadores 2011-2012	2011 Alcanzado	2012 Programado	2012 Alcanzado	% alcanzado 2012 vs 2011	% Alcanzado 2012 vs programado
Indicador: Red actualizada de enlaces estatales **Meta 2011-2012:** Mantener activa la red nacional de enlaces: 32 Entidades.	**100%**	**100%**	**100%**	**0%**	**0%**
Indicador: Comités estatales para la seguridad en salud activos **Meta 2011-2012:** Verificar el funcionamiento de los Comités Estatales para la Seguridad en Salud a los SESA: 32 Entidades.	**87.5%**	**100%**	**87.5%**	**0%**	**-12.5%**
Indicador: Atención de emergencias en salud **Meta 2011-2012:** Atender las emergencias en salud en las entidades federativas en donde se rebase su capacidad de respuesta: 100%	**100%** (10 operativos)	**100%**	**100%** (9 operativos)	**0%**	**0%**
Indicador: Atención oportuna de desastres **Meta 2011-2012:** Verificación de la atención oportuna (< de 48 hrs.) ante desastres: 100%	**99.3%**	**100%**	**100%**	**0.7%**	**0%**
Rectoría: **Indicador:** Capacitación en 32 Entidades. **Meta 2011-2012:** Capacitación de los 32 responsables del programa	**100%** (32)	**100%** (32)	**18.8%** (6)	**0%**	**-81.2%**

DENGUE

Aspectos Relevantes.

- Cuatro Reuniones Regionales en el primer y segundo trimestre del año donde se realizaron ponencias y foros de discusión de cada uno de los componentes del programa: control de

vectores, vigilancia epidemiológica y entomológica, laboratorio, promoción de la salud y atención médica.

- Se efectuó supervisión al programa dengue en 18 entidades federativas: Guerrero, Baja California Sur, Campeche, Colima, Chiapas, Guerrero, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Oaxaca, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora, Tamaulipas, Tabasco, Veracruz y Yucatán; se realizaron operativos preventivos por la visita del jefe de estado de Vaticano a Guanajuato, antes y durante el desarrollo de la Reunión G-20 en Baja California Sur.
- Se implementaron los nuevos lineamientos de vigilancia entomológica y acciones de control del vector.
- Se realizaron dos Jornadas Nacionales de Intensificación de Lucha contra el Dengue, 1 en el mes de marzo y 1 en el mes de agosto, en la que se efectuaron: Capacitación
  a personal médico y paramédico, sociedad de padres de familia de grupos escolares, pláticas a responsables de programas, acciones de prevención y control, acciones de nebulización en todo el país.
- Se realizó en la ciudad de Mérida la reunión de investigación operativa con epidemiólogos, responsables de vectores y académicos para identificar las determinantes ambientales y sociales que deben considerarse para la conformación del índice de riesgo para dengue.
- La Plataforma de Vigilancia Entomológica y Control Integral del Vector ya opera en las 32 entidades del país.
- Se instalaron 18 Comités Intersectoriales de lucha contra el dengue en los estados de Baja California Sur, Campeche, Colima, Chiapas, Guerrero, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Oaxaca, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora, Tamaulipas, Tabasco, Veracruz y Yucatán.
- Se ha implementado la vigilancia entomológica con ovitrampas en 30 entidades, 354 municipios y 488 localidades.
- Fortalecimiento a los programas de dengue en los estados prioritarios con recursos para contratación de personal, equipamiento e insumos diversos.
- Modificación a los Indicadores de Caminando a la Excelencia que permitirá evaluar al programa por las acciones de prevención y control realizadas y su impacto.

Cumplimiento de Resultados.

Las acciones del programa se han desarrollado bajo un esquema de manejo integrado del dengue lo que ha permitido reducir el crecimiento exponencial de los casos confirmados al haberse disminuido en 48% los casos confirmados, y mantener la letalidad en 1%, tal y como se ha programado para cada ejercicio presupuestal.

Indicadores de Gestión.

Indicadores y Metas 2011-2012	Resultados 2011	Resultados 2012
Indicador: Reducción de la transmisión de FD **Meta 2010-2011:** Disminuir la transmisión de Fiebre por Dengue, en un 10%. (10,970 en 2011)	**-53.8%** 10,970	**+197.7%** 32,662
Reducción de la incidencia por FDH **Meta 2010-2011:** Disminuir la incidencia por Fiebre Hemorrágica por Dengue en 10 %. (4,608 en 2011)	**-27.2%** 4,608	**+284.2%** 17,706
Letalidad por FDH **Meta 2010-2011:**Mantener por debajo de 1% la letalidad por Dengue Hemorrágico	**1.09%**	**0.36%**
Rectoría: **Meta 2010-2011:** Capacitar a 32 estados en la estrategia de Control Focalizado, plataforma de entomología y atención médica. **Meta 2010-2011:** Realizar 20 visitas de supervisión y evaluación a estados prioritarios. **Meta 2010-2011:** Atender 100% de brotes detectados de importancia regional	**96.8%** (31) **+310%**(62) **100%**(6)	**100%** (32) **-10%**(18) **100%**(18)

PALUDISMO

Aspectos Relevantes.

- Los logros más significativos fueron mantener a 22 de estados con eliminación del padecimiento para 2012, el fortalecimiento de la detección y diagnóstico ya que solo se registraron 800 casos por *P. vivax* y se mantuvieron ausentes los casos por *P. falciparum* que comparado esto con el año 2011 en donde se registraron 1,124 casos de *Plasmodium vivax* y cero casos de *P. falciparum*. Durante 2012 se lograron contener brotes en los estados de Chihuahua, Nayarit, Sinaloa y Durango logrando evitar dispersión de la enfermedad primero en las mismas entidades federativas sobre todo en localidades de difícil acceso y evitar la dispersión de los casos a otros estados, por ello durante 2012, se logró reducir la endemia un 28.8% con relación al año 2011 y se mantiene un año más con tendencia a la baja.
- Se realizaron 4 reuniones regionales de vectores (Sur-Sureste, Centro, Noreste y Pacífico), en las cuales se revisaron los temas sobre proceso de Certificación de Áreas Geográficas Libres de Paludismo y sobre Tratamiento Focalizado y evaluación trimestral del programa de acuerdo a las metas establecidas.
- Se atendieron los brotes que se presentaron en Chihuahua, Durango, Sinaloa y Nayarit, con asesoría permanente, apoyo de insecticidas y medicamentos.
- Se implementó la estrategia de distribución de pabellones para la población de las localidades positivas en los últimos tres años de las entidades federativas de la región noroeste (Chihuahua, Durango, Nayarit, Sinaloa, Sonora y Jalisco).
- Se instalaron 8 Comités Estatales de Áreas Geográficas Libres de Paludismo en los estados de Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Morelos, San Luis Potosí, Tamaulipas, Tlaxcala y Yucatán.
- Se atendió la emergencia epidemiológica ocasionada por el Huracán Carlota en la Costa de Oaxaca para los programas de Paludismo y Dengue.
- Se llevaron a cabo dos rondas de Reuniones Regionales en el primer y segundo trimestre del año, en las cuales se revisaron los temas sobre proceso de Certificación de Áreas Geográficas Libres de Paludismo y sobre Tratamiento Focalizado y evaluación trimestral del programa de acuerdo a las metas establecidas.
- Se llevaron a cabo cuatro Reuniones Regionales en el segundo semestre del año, en donde se capacitaron a los Jefes de Programa estatales, coordinadores jurisdiccionales de vectores, Jefes de distrito, Jefes de Sector, Jefes de Brigada y Entomólogos de los Programas de

Enfermedades Transmitidas por Vectores en los estados, en coordinación con el Sindicato Nacional.

- Se llevaron a cabo visitas de evaluación a las entidades federativas susceptibles de certificarse como libres de transmisión de paludismo Tlaxcala, Guanajuato, San Luis Potosí, Morelos.
- Se impartieron capacitaciones y cursos taller sobre el manejo del paciente malárico, sobre eliminación de criaderos de anofelinos a los estados prioritarios de Chihuahua, Sonora, Sinaloa, Nayarit, Jalisco y Durango.
- Se impartieron capacitaciones y cursos taller sobre el manejo, uso y evaluaciones a la estrategia de distribución de pabellones en Chihuahua, Sonora, Sinaloa, Nayarit, Jalisco y Durango.
- Se impartieron capacitaciones y cursos taller sobre la eliminación de criaderos de anofelinos en estado de México.
- Se visitaron los estados de Chihuahua, Guerrero, Durango, Sonora, Campeche, Sinaloa, Tabasco, Chiapas, Oaxaca, Jalisco, Quintana Roo, Estado de México y Nuevo León, para efectuar evaluaciones asesoría y supervisión de las actividades operativas.
- Participación en dos reuniones de la Región Sur-sureste en el taller de Salud Pública para dar seguimiento a los acuerdos y compromisos de las reuniones anteriores con énfasis al programa de paludismo en la región.
- Personal del programa de paludismo partición en forma conjunta en acciones de apoyo en la atención de brotes por Dengue y en operativos de emergencia por inundaciones, así como en apoyo por sismo acontecido en el Guerrero y Oaxaca y en el Componente de Rickettsiosis en las áreas de entomología y programación de actividades de control en BCS.

Cumplimiento de Resultados.

El paludismo registra las cifras más bajas en la historia de la enfermedad, y presenta una cobertura de tratamiento de 100% a casos y convivientes, para el año 2012 solo se registraron 449 localidades positivas y se mantiene el mismo número de exámenes de sangre que en los últimos años ha garantizado la cobertura total de la población en riesgo.

Indicadores de Gestión.

Indicadores y Metas 2011-2012	Resultados 2011	Resultados 2012
Indicador: Incidencia por Paludismo **Meta 20101-2012: Reducir los casos de paludismo en 10% cada año los casos confirmados:** ***P. vivax*** **Meta 2010-2011: Mantener por debajo de 20 casos de *P. falciparum* por año.**	**-8.3%** **1,124** **100%** **0**	**-28.8%** **800** **100%** **0**
Indicador: Reducción de la transmisión por paludismo **Meta 2011-2012: Reducir en 10% la transmisión de paludismo de 871 localidades activas.**	**-0-9%** **570**	**-21.2%** **449**
Indicador: Cobertura de tratamiento **Meta 2010-2011: Proporcionar tratamiento a casos detectados en los últimos tres años.**	**100%** **6744**	**100%** **4,753**
Indicador: Participación comunitaria en localidades endémicas **Meta 2010-2011: Localidades con participación comunitaria: 852 localidades en cada año como mínimo.**	**>100%** **3028 localidades**	**>100%** **3,017 localidades**
Indicador: Casos autóctonos **Meta 2010-2011: Mantener en cero casos autóctonos en 22 estados sin transmisión.** **Indicador: Certificación de comités:** **Meta 2010-2011: Instalar comités de certificación en ocho estados cada año.**	**100%** **22 estados** **100%** **8 estados**	**100%** **22 estados** **100%** **8 estados**
Rectoría: **Capacitar a 32 estados en la estrategia "Tratamiento Focalizado" y Certificación.** **Visitas de supervisión y evaluación: 60** **Atención de brotes: 5**	**96.9% (31)** **98.3% (59)** **100% (5)**	**100% (32)** **100% (48)** **100% (4)**

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR

Otras acciones para lograr contener la transmisión en otras enfermedades transmitidas por vector:

Rickettsiosis

- Apoyos a los estados de Chihuahua, Baja California Sur y Sonora con evaluaciones y asesoría en el componente de Rickettsiosis.
- Se atendió el brote de Rickettsiosis en Saltillo, Coahuila.
- SE atendió el operativo de G-20 para atender el problema de Rickettsiosis y paludismo en el estado de Baja California Sur.

Oncocercosis

- Reunión de evaluación y planeación de actividades 2012 (Huixtla Chiapas 18y 19 de Abril 2012). Participantes: México- OEPA-ISECH-SS Chiapas.
- Reunión Seguimiento de indicadores del rezago con los programas de Oncocercosis, Chagas y Leishmaniasis de Chiapas (Huixtla, Chis, 13 al 15 de agosto de 2012), CENAPRECE-OPS/OMS México- ISECH.
- Reunión con el programa de Eliminación de la Oncocercosis de Chiapas para la revisión y seguimiento del programa y la reunión de planeación, en 353 comunidades (Huixtla, Chis19 al 21 de septiembre 2012) CENAPRECE- Coordinador del programa en J.S. VII Huixtla (asistentes 75 integrantes de base y nueve de contrato).
- Supervisión al programa de Eliminación de la Oncocercosis de Chiapas (Huixtla, Chis, 19 al 21 de septiembre 2012), CENAPRECE- Coordinador del programa en J.S. VII Tapachula. (asistentes 5 integrantes del nivel estatal y jurisdiccional).
- Exposición del Tema Oncocercosis un programa exitoso de Salud Publica en ante las sociedad de Salud Publica el 28 de septiembre en Oaxaca, asistentes 80 personas.
- Reunión anual 2012 del Comité Coordinador del Programa de Eliminación de la Oncocercosis de las Américas, con sede en Tuxtla Gutiérrez, 22 y 23 de Octubre de 2012, Participantes: CENAPRECE- PAHO/WHO-OEPA-CDC-Carter Center, Lions Club International y representantes de los programas de los demás países con Oncocercosis en América (Colombia, Ecuador, Guatemala, Venezuela, Brasil).
- XXI Conferencia Interamericana sobre Oncocercosis. IACO 2012 del 24 al 26 de Octubre 2012, en Tuxtla Gutiérrez Participantes: CENAPRECE- PAHO/WHO-OEPA-CDC-Carter Center, Lions Club International y representantes de los programas de los demás países con Oncocercosis en América (Colombia, Ecuador, Guatemala, Venezuela y Brasil).

Enfermedad de Chagas

- Actualización en Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedad de Chagas. (Puebla 9 y 10 de Agosto) asistentes 50 personas.
- Taller sobre estimación de necesidades de medicamento antichagásico para países de la Región de las Américas. Brasil 25 y 26 de julio del 2012 asistentes 15 personas.
- Reunión para el seguimiento de indicadores del rezago con los programas de Oncocercosis, Chagas y Leishmaniasis de Chiapas (Huixtla, Chis, 13 al 15 de agosto de 2012), CENAPRECE- OPS/OMS México- ISECH.
- Actualización en Diagnóstico y Tratamiento de Intoxicación por Animales Ponzoñosos y Enfermedades transmitidas por Vector (Chagas). SESA Guadalajara. (Guadalajara Jalisco 20 al 23 de noviembre) asistencia de 40 personas.
- Actualización en Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades transmitida por Vector (Chagas). Tlaxcala 23 y 24 de noviembre) asistentes 60 personas.
- IV Curso Taller: Estrategias y Algoritmos de Diagnóstico de la Tripanosomiasis Americana. Con el trabajo: Tripanosomiasis Americana ¿Una Enfermedad Desatendida en México? (Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología: Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (17 de Octubre 2012). Con la participación de personal de los laboratorios estatales de varios estados (30 personas).
- 1ª Reunión Nacional regional de las Enfermedades Transmitidas por Vector. Con el trabajo: Tratamiento de la Enfermedad de Chagas en México. Secretaría de Salud (Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades). Sinaloa 6 al 10 de noviembre del 2012. Con la asistencia de responsables de vectores de los estados (90 personas).
- 2ª Reunión Nacional regional de las Enfermedades Transmitidas por Vector. Con el trabajo: Tratamiento de la Enfermedad de Chagas en México. Secretaría de Salud (Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades). Michoacán 15 al 16 de noviembre del 2012. Con la asistencia de responsables de vectores de los estados (90 personas).
- Reunión de Iniciativa de los países de América Central para la Interrupción de la Transmisión Vectorial y Transfusional de la Enfermedad de Chagas Belice 12 al 14 de Noviembre del 2012.
- 3ª Reunión Nacional regional de las Enfermedades Transmitidas por Vector. Con el trabajo: Tratamiento de la Enfermedad de Chagas en México. Secretaría de Salud (Centro

Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades). Veracruz del 27 al 30 de noviembre del 2012. Con la asistencia de responsables de vectores de los estados (90 personas).

Leishmaniasis

- Actualización en Diagnóstico y Tratamiento de Leishmaniasis. (Puebla 9 y 10 de Agosto) 20 al 23 de noviembre)
- Reunión Seguimiento de indicadores del rezago con los programas de Oncocercosis, Chagas y Leishmaniasis de Chiapas (Huixtla, Chis, 13 al 15 de agosto de 2012), CENAPRECE-OPS/OMS México- ISECH.
- 1ª Reunión Nacional regional de las Enfermedades Transmitidas por Vector. Con el trabajo: Tratamiento de Leishmaniasis en México. Secretaría de Salud (Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades). Sinaloa 6 al 10 de noviembre del 2012. Con la asistencia de responsables de vectores de los estados (90 personas).
- Actualización en Diagnóstico y Tratamiento de Intoxicación por Animales Ponzoñosos y Enfermedades transmitidas por Vector (Leishmaniasis). SESA Guadalajara. (Guadalajara Jalisco 20 al 23 de noviembre) asistencia de 40 personas.
- 2ª Reunión Nacional regional de las Enfermedades Transmitidas por Vector. Con el trabajo: Tratamiento de Leishmaniasis en México. Secretaría de Salud (Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades). Michoacán 15 al 16 de noviembre del 2012. Con la asistencia de responsables de vectores de los estados (90 personas).
- 3ª Reunión Nacional regional de las Enfermedades Transmitidas por Vector. Con el trabajo: Tratamiento de Leishmaniasis en México. Secretaría de Salud (Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades). Veracruz del 27 al 30 de noviembre del 2012. Con la asistencia de responsables de vectores de los estados (90 personas).

Intoxicación por Picadura de Alacrán

- 1ª Reunión Nacional regional de las Enfermedades Transmitidas por Vector. Con el trabajo: Vigilancia epidemiológica de Intoxicación por Picadura de Alacrán (Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades). Sinaloa 6 al 10 de noviembre del 2012. Con la asistencia de responsables de vectores de los estados (90 personas).

- Taller de Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de la Intoxicación por Picadura de Alacrán y Enfermedad de Chagas (Guadalajara, Jal., Guadalajara. (Guadalajara Jalisco 20 al 23 de noviembre) Asistencia del personal de vectores del estado (63 personas).
- 2ª Reunión Nacional regional de las Enfermedades Transmitidas por Vector. Con el trabajo: Vigilancia epidemiológica de Intoxicación por Picadura de Alacrán Secretaría de Salud (Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades). Michoacán 15 al 16 de noviembre del 2012. Con la asistencia de responsables de vectores de los estados (90 personas).
- 3ª Reunión Nacional regional de las Enfermedades Transmitidas por Vector. Con el trabajo: Vigilancia epidemiológica de Intoxicación por Picadura de Alacrán Secretaría de Salud (Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades). Veracruz del 27 al 30 de noviembre del 2012. Con la asistencia de responsables de vectores de los estados (90 personas).

TUBERCULOSIS

Aspectos Relevantes.

- Se realizó la ceremonia del "Día Mundial de la Tuberculosis" en la Ciudad de México, con participación de miembros del Comité "Alto a la TB" México, y replicación en cada entidad federativa y de manera simultánea en los estados con eventos de carácter social-informativo y de capacitación al personal de salud.
- Se garantizó el 100% de fármacos de segunda línea para casos en situación de fármacorresistencia en apoyo a los estados.
- Se evaluó de manera trimestral el desempeño, mediante la estrategia "Caminando a la Excelencia" y se entregó reconocimiento público a los primeros tres lugares en la ceremonia oficial del "Encuentro Nacional 2011, en manos del Secretario de Salud, Mtro. Salomón Chertorivski.
- Se realizaron 39 visitas de asesoría y supervisión a los servicios estatales, con la aplicación de una cédula creada exprofeso para la evaluación de los procesos de promoción, detección, diagnóstico y seguimiento de los casos de tuberculosis en las unidades aplicativas, así como evaluación de procesos de gestión estatal y jurisdiccional y cumplimiento de las recomendaciones y compromisos adquiridos.

- Se realizaron 3 reuniones de capacitación con carácter nacional en: Curso Nacional de Tuberculosis en el niño y el adulto en su 16ava versión en el Hospital General de México O.D. con asistencia de 507 participantes de las entidades federativas y todas las instituciones del Sector Salud; 2º Curso Nacional de Alta especialidad en TB con resistencia a fármacos y la Reunión anual de evaluación con participación de 32 coordinadores estatales del programa de tuberculosis y de la Red TAES de Enfermería, además de participar en múltiples foros de capacitación en los estados e instituciones.

Tuberculosis fármacorresistente

- Se realizaron cinco reuniones con el Grupo Asesor Nacional de Atención de Fármacorresistencia (GANAFAR) para la dictaminación de casos de los estados así como para establecer acuerdos para la operación de la estrategia nacional de fármacorresistencia.
- Se realizaron 10 visitas de supervisión y asesoría en servicio para el componente de fármacorresistencia y 3 visitas de seguimiento de compromisos para el estado de Baja California, además 3 reuniones de fortalecimiento programático para Guerrero, Veracruz y Chiapas.
- Participación en 2 cursos-talleres "Manejo Clínico Operacional de la TB con Resistencia a fármacos" en los estados de Guanajuato y Nuevo León.
- Construcción del Plan de fortalecimiento para la atención de la tuberculosis con resistencia a fármacos a solicitud del Comité Luz Verde regional (CLVr) vía la Representación de OPS/OMS en México.
- Se realizaron y atendieron 180 protocolos de estudio para ingreso al tratamiento con fármacos de segunda línea.
- Gestión para la adquisición de 266 esquemas de tratamiento para personas en situación de fármacorresistencia.
- Se realizó un curso nacional de atención de Reacciones Adversas a fármacos antituberculosis.
- Se diseñó, realizó, imprimió y distribuyó en apoyo a los estados el rotafolio de "Tuberculosis Resistente"

TB/ VIH y TB/Diabetes

- Se realizó un taller para la operación del componente de Tb y sus co-morbilidades en el marco del XVI Curso nacional de Actualización en Tuberculosis del niño y el adulto en el Hospital General de México.
- Una reunión con la Comisión Nacional de Derechos Humanos para implementar el trabajo de los derechos humanos de las personas que viven con tuberculosis y VIH/SIDA y de las personas con tuberculosis y diabetes mellitus a través de carteles, trípticos.
- Tres reuniones de capacitación a personas afectadas por el VIH en coordinación con Organizaciones de la Sociedad Civil.
- Instrumentación del proyecto de Implementación de un Modelo para el abordaje del binomio Tuberculosis/Diabetes en 5 jurisdicciones sanitarias: Guadalupe, Nuevo León, Cd. Juárez, Chihuahua, Zapopan, Jalisco, Reynosa, Tamaulipas y Tijuana, Baja California.
- Se realizó la Reunión Nacional de Expertos en Tb/VIH y TB/Diabetes para el consenso de recomendaciones para el abordaje de estos binomios y su inclusión en la modificación 2012 de la Normatividad oficial.

Control de la Infección por Tuberculosis en Establecimientos de Salud

- Se realizó un taller para la operación del componente de "Control de Infecciones por TB" en el marco del XVI Curso nacional de Actualización en Tuberculosis del niño y el adulto en el Hospital General de México.
- Se desarrolló una consultoría en materia de Control de Infecciones por TB por parte de México para Argentina auspiciada por la OPS/OMS.
- Se realizó capacitación y entrenamiento al personal de salud de los estados de Tabasco, Chiapas, Jalisco y Veracruz y D.F.
- Edición y difusión del "Manual para prevención de la transmisión de la tuberculosis en establecimientos de salud".
- Se incluyó la variable trabajador de la salud enfermo de TB, en la Plataforma Única de Información: Módulo Tuberculosis
- Se propuso la inclusión del tema Control de Infecciones por TB en el Anteproyecto de Modificación de la NOM-006-2012.

Cumplimiento de Resultados.

El alcance en las metas de diagnóstico para el cierre 2012 se rebasó en 3%, dado el fortalecimiento en las acciones de detección entre personas con VIH y DM. En cuanto al porcentaje de la curación de los casos sometidos a tratamiento, se alcanzó un 86.5% que representa 0.46 puntos porcentuales más que el año anterior de 85.1%, ello con datos preliminares debido a que la cohorte de casos 2012 se concluye en septiembre de 2013. Lo anterior ha contribuido a mantener la mortalidad bajo el estándar recomendado por la OMS en los Objetivos del Desarrollo del Milenio, a menos de la mitad de lo registrado en 1990, es decir, en México la mortalidad por tuberculosis pulmonar para 2011 (último cierre oficial INEGI) es de 2.0 X 100 mil habitantes, contra 6.5 que se registraba en 1990, lo que significa una reducción de 69.2% con base en ese año de referencia.

Indicadores de Gestión.

Indicadores de gestión	2011 Alcanzado	2012 Programado	2012 Alcanzado	% Alcanzado 2012 VS 2011	% Alcanzado 2012 VS programado
Diagnóstico de tuberculosis pulmonar Meta 2012: Diagnosticar 15,230 casos nuevos de tuberculosis pulmonar (TBP)	**15,457**	**15,230**	**15,918**	**2.9%**	**4.5%**
Curación Meta 2012: Curar 86.3% de los casos diagnosticados	**86.1%**	**86.3%****	**86.5%**	**0.46%**	**0.23%**
Disminución de la mortalidad por TBP Meta 2012: Disminuir en 3% la mortalidad por TBP respecto al año previo	**6.5***	**2**	**2****	**69.2%**	**100%**
Supervisión: Meta 2012: 40 visitas de supervisión y asesoría a los estados	**35**	**40**	**39**	**11.4%**	**-2.5%**
Capacitación: Meta 2012: Realizar 3 cursos nacionales	**3**	**3**	**3**	**100%**	**100%**

en TB					

* SEED/CUBOS, **Información 2011 SEED/CUBOS Tasa por 100,000 habitantes

LEPRA

Aspectos Relevantes.

- Se realizó la conmemoración del "Día Mundial de Lucha contra la lepra" en la Ciudad de México, con replica en las entidades federativas prioritarias.
- Se evaluó de manera trimestral el desempeño, mediante la estrategia "Caminando a la Excelencia" y se entregó reconocimiento público a los primeros tres lugares en la ceremonia oficial del "Encuentro Nacional 2011, en manos del Secretario de Salud, Mtro Salomón Chertorivski.
- Se realizó el curso-taller para actualización en lepra e Integración de un Plan de Acción para el estado prioritario de Chiapas.
- Se visitaron 9 entidades federativas prioritarias para supervisión y asesoría en servicio.
- Se gestionó y se obtuvo el 100% de esquemas de tratamiento para los enfermos de lepra 2012, a través de la Representación de OPS/OMS en México y se distribuyó entre las entidades federativas que lo requieren.

Cumplimiento de Resultados.

Las acciones de fortalecimiento contra la lepra han permitido consolidar la eliminación de este problema bajo el indicador establecido por la OMS de menos de un caso por cada 10 mil habitantes

a nivel estatal. Actualmente la meta se ha alcanzado a nivel nacional y solo resta focalizar las acciones en 24 municipios prioritarios.

Indicadores de Gestión.

Indicadores de gestión	2011 Alcanzado	2012 Programado	2012 Alcanzado	% Alcanzado 2012 VS 2011	% Alcanzado 2012 VS programado
Indicador: Prevalencia de casos Meta 2012: Reducir en 12% la prevalencia de casos respecto a 2006 (0.67 casos por 10,000 habs).	0.47	0.59	0.43	12.7%	-27%
Indicador: Municipios prioritarios con tasa de prevalencia menor a 1 por 10,000 habs. Meta 2012: Reducir los municipios con tasa mayor a 1 por 10,000 habs. respecto a 2006 (34 municipios).	23 municipios	22	24*	4.3%	9%
Indicador: Capacitación a personal de salud Meta 2012: Capacitar en lepra a técnicos microscopistas de estados prioritarios (10 en 2012).	10	10	10	100%	100%
Indicador: Eventos de capacitación a responsables del programa en estados prioritarios Meta 2012: Realizar 1 evento de capacitación en lepra en el año.	1	1	1	100%	100%
Indicador: Supervisión: Meta 2012: Realizar 10 visitas de supervisión y asesoría a estados prioritarios en el año.	10 visitas	10 visitas	9	90%	90%

* Información preliminar

DIABETES Y RIESGO CARDIOVASCULAR

Aspectos Relevantes.

Como respuesta a la situación epidemiológica prevalente en el país, que se caracteriza por la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles y como parte de de las acciones selectivas a corto y mediano plazo que este Centro Nacional llevó a cabo durante el año 2012 y que coadyuvan a modificar la evolución natural de las ECNT se encuentran las siguientes:

Se continuó con la implementación y puesta en marcha de unidades de especialidades médicas en enfermedades crónicas (UNEMEsEC), al cierre de este año se encuentras 100 unidades en función, que han logrado establecer un modelo de atención innovador de prevención clínica.

Dentro de sus actividades se realiza una evaluación integral, la educación del paciente sobre su salud, esquemas de seguimiento a largo plazo, la prescripción efectiva y personalizada de programas de alimentación y actividad física, la identificación de barreras para alcanzar la adherencia, la detección oportuna de las complicaciones así como la inclusión de la familia como población de alto riesgo.

Las intervenciones incluyen la participación de un grupo multidisciplinario entrenado ex profeso. Al cierre del 2012 se encuentran funcionando 100 unidades en 29 entidades federativas.

Como resultado de las actividades de mayor relevancia en los 20,903 pacientes, que recibieron atención en este año, se otorgaron 291,526 consultas por el equipo multidisciplinario, se logró el control glucémico en el 46 % de los pacientes con diabetes mellitus (evaluado con HbA1c); 67% de control de presión arterial en pacientes con hipertensión arterial, 36 % de pérdida de peso del 5 al 10% en pacientes con Obesidad; 44% de control en pacientes con Dislipidemias, es importante resaltar que aquellos pacientes que no alcanzaron las cifras de control, tuvieron disminución de su hemoglobina glucosilada del 1 al 3% o cifras de tensión arterial de 1 a 3 mm Hg con lo cual disminuye su riesgo cardiometabólico.

Una acción importante realizada fue la capacitación que brindaron estas unidades a los pacientes, sus familiares y personas que viven aledañas por lo que se realizaron 7,151 diferentes talleres (educación

para el cuidado de enfermedades crónicas, nutrición, actividad física y psicología), beneficiando a una población de 107, 179. Así mismo se realizan intervenciones de tipo no farmacológico a 2 341 personas de alto riesgo (personas con prediabetes, prehipertensión y obesidad G1 incorporadas en 149 grupos preventivos.

La Red Nacional de Grupos de Ayuda Mutua de enfermedades crónicas se ha consolidado de manera adecuada, reflejado en que sus integrantes consigan una autonomía personal y de grupo con responsabilidad del autocuidado de su enfermedad (es) y cambio de estilos de vida a saludables, que favorezcan el control y eviten la presencia de complicaciones para que logren una mejor calidad de vida. La estrategia se lleva a cabo en las 32 entidades federativas del país, a través de los 7,069 GAM de enfermedades crónicas que integran la red nacional y que están ubicados en unidades de salud de la Secretaría de Salud, que en total atienden a 172,595 integrantes.

A diciembre de 2012 se encuentran capturados y en monitoreo permanente en el Sistema de Información de Vigilancia y Estudio de Grupos de Ayuda Mutua (SIVEGAM) 2, 700 grupos, con un total de 64, 800 integrantes. Se han acumulado 2,116 GAM que lograron la "Acreditación" que consiste en que todos sus integrantes alcancen cifras de control de sus padecimientos. En el último reporte obtenido del SIVEGAM, que se alimenta de información de los 32 estados, se registro que en los GAM Acreditados el 83% de los pacientes con diabetes obtuvo un control glucémico adecuado, superando la media nacional de los pacientes de primer nivel que es de 41%. Así mismo, 80% de los pacientes con hipertensión arterial alcanzó el control. El resto está trabajando para alcanzar sus metas de tratamiento.

Como producto de estos procesos de acreditación, los integrantes de los GAM que se encuentran en la categoría de excelencia lograron la disminución del promedio grupal de peso registrando una reducción 9% y 12 cm. de cintura, que es un indicador internacional que recomienda la pérdida de peso corporal de al menos el 5% en personas con diabetes tipo 2 ya que se asocia a la disminución de resistencia a la insulina, mejora de las cifras de glucosa y lípidos en sangre, y reduce las cifras de presión arterial asegurándose así el control adecuado y como efecto la disminución de presencia de complicaciones.

En el año se realizaron 11,030,957 detecciones de diabetes mellitus y 34,959,655 de riesgo cardiovascular, 11,478,394 de hipertensión con 6.3% positivas, 10,744,978 de obesidad con 19.7% de positivas y 1,709,588 de dislipidemias con 13.8% positivas. Además en el Sistema de Información en Salud se registraron 296,387casos en control de diabetes y 755,212 pacientes para riesgo cardiovascular (hipertensión, obesidad, dislipidemias y síndrome metabólico).

Dentro del plan de prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas, sobrepeso, Riesgo Cardiovascular y Diabetes Mellitus, se realizó en las 32 entidades, la Semana Nacional de Hipertensión en conmemoración del Día Mundial del Corazón, consistió en una intensificación en las detecciones de los factores de riesgo cardiovascular y actos académicos.

En el año 2011 el Instituto Nacional de Salud Pública inició la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2011-2012, una vez que publique resultados, estaremos en condiciones de obtener la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población mayor a 20 años.

Como parte de las estrategias para la disminución de la aparición del sobrepeso y la obesidad la Secretaría de Salud dio a conocer el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA) que, en coordinación con 9 Secretarías de Estado y 15 dependencias, establece acciones en el combate para esta enfermedad como factor de riesgo en la aparición y desarrollo de la diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares entre otras. Se dio continuidad a la contratación de 508 personas (Medico, nutriólogos y activadores físicos) para realizar acciones contra el sobre peso y la obesidad en apoyo de los programas de Diabetes mellitus y Riesgo Cardiovascular.

Como parte del fortalecimiento de recursos humanos en este año, se llevaron a cabo siete diplomados virtuales dirigidos a profesionales de la salud en coordinación con los Institutos Nacional de Salud Pública, Universidad Nacional Autónoma de México e Instituto Politécnico Nacional, alcanzando a capacitar a 1,100, profesionales en diferentes disciplinas: Prevención clínica en enfermedades Crónicas No Transmisibles II y III, Gerencia de los Servicios de Salud, Método Enfermero, Multidisciplinario, Terapia Cognitivo –Conductual y Promoción de la Salud.

Se llevó a cabo el taller nacional de formación de acreditadores de Grupos de Ayuda Mutua con participación de 69 personas de salud de 20 entidades federativas, además en 15 entidades se capacitó a personal Estatal y jurisdiccional en el Sistema de información del programa con énfasis en el Manejo de Tarjetero que se lleva en primer nivel de atención. Además de brindar capacitación en materia de implementación de UNEMEs y, logrando un total de 1,743 profesionales de la salud instruidos, lo que permite el desarrollo de competencias y habilidades de los trabajadores que participan activamente en la prevención, control y tratamiento de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles.

En dos ocasiones sesionó el Consejo Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, con la participación del IMSS, ISSSTE y siete Secretarías de Estado; dieron resultados los comités de Prevención, Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria y Trastorno de Conducta Alimentaria.

Para el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de información, se han llevado a cabo reuniones con el Sector Salud para mejorar los indicadores en materia de enfermedades crónicas y lograr uniformar criterios y procedimientos aplicables al Sector para la mejora continua de evaluación y favorecer la mejor toma de decisiones en el ámbito sectorial. Lo anterior dio como resultado la unificación de indicadores en el sector y ya se autorizaron su aplicación en los programas de Acción Específicos de Diabetes y Riesgo Cardiovascular.

Para generar información oportuna y de calidad en los ámbitos nacionales, estatales y regionales se mantiene las alianzas con las asociaciones y sociedades médicas para la reproducción de talleres, capacitaciones y difusión de la Norma Oficial Mexicana para la prevención, control y tratamiento de la diabetes mellitus y la Norma Oficial Mexicana para la prevención, control y tratamiento de la hipertensión arterial.

Se mantiene las sesiones con el Grupo Mexicano de Hipertensión Arterial, que sesiona de manera continua y se logró llevar a cabo la primera semana de hipertensión arterial en todo el país, así como el Simposio en materia de enfermedades cardiovasculares replicado en diferentes escenarios en las entidades federativas.

Desde el 2009 se implementó la estrategia de “Recorridos por tu Salud” en el año 2011 se implementó “Recorrido por la Salud Kids”, ésta estrategia recibió a población infantil de cinco a doce años y en coordinación con Recorrido por la salud adultos, visitaron diversos estados de la república mexicana llevándose a cabo 1,200 mil doscientos eventos y se recibieron a 112, 715 participantes.

Cumplimiento de Resultados.

Las acciones del programa han permitido establecer y fortalecer el nuevo paradigma que radica en comprender que el beneficio de prevenir una enfermedad o sus complicaciones, es mayor que el que se obtiene por atenderlo de manera oportuna y adecuada. Además el nivel federal, los servicios estatales de salud, municipales de salud y todo el Sector Salud, simultáneamente con la sociedad en su conjunto ha logrado formar parte de un equipo para impulsar el autocuidado de la salud, una mayor cobertura de detección de enfermos con diabetes, hipertensión, dislipidemias, sobrepeso y obesidad.

Indicadores de Gestión.

Indicadores de gestión	Metas			% alcanzado 2012 VS 2011	% alcanzado 2012 VS programado
	2011	2012			
	Alcanzado	Programado	Alcanzado		
Cobertura de detección integrada de DM y RCV de 33% en población de riesgo (20 millones)	31 millones	31 millones	(35 millones)	112%	112%
Acreditar 568 grupos de ayuda mutua (GAM)	588	568	485	-18%	-14%
107 UNEMEs de enfermedades crónicas funcionando	90	100	100	111%	100%

ATENCIÓN AL ENVEJECIMIENTO

Aspectos Relevantes.

Con base en los objetivos, metas, estrategias y proyectos establecidos en el programa anual de trabajo y/o directrices sectoriales encontramos que se plantearon 4 estrategias:

- **1ª - estrategia**.- Creación de mecanismos rectores del Sistema Nacional de Salud para abordar y modificar los entornos y los determinantes de las patologías más prevalentes en la población adulta mayor a fin de lograr un envejecimiento activo y saludable, con la actividad de Consolidar y evaluar la operación del COESAEN a través de sus sesiones y seguimiento de acuerdos, así como la creación de los faltantes y realización de la Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento
- **2ª.- estrategia**: Desarrollo de modelos de salud que brinden atención multidisciplinaria e integrada para un envejecimiento activo y saludable, que fortalezcan la infraestructura con la participación de los distintos sectores y órdenes de gobierno se planteo la estrategia de *Realizar cursos-talleres en materia de envejecimiento*.
- **3ª.-estrategia** Innovación en la prestación de servicios de salud, para la detección y diagnóstico oportuno de las enfermedades sujetas a programa que afectan a la población adulta mayor usuaria de los servicios del Sistema Nacional de Salud. Se plantearon dos actividades: *Aplicar cuestionario de escala de depresión geriátrica en adultos mayores de 60 y más años así como aplicar el cuestionario Mini-mental en Adultos Mayores de 60 y más años*
- **4ª.- estrategia**: Fortalecimiento del componente educativo dirigido a la comunidad, sus familias y la población en riesgo con énfasis en la *detección de HPB en el 50% población 45 años y más.*

Indicadores de Gestión.

Indicadores de gestión	Metas			% alcanzado 2012 VS 2011	% alcanzado 2012 VS programado
	2011	2012			
	Alcanzado	Programado	Alcanzado		
Operar los Comités Estatales de Atención al Envejecimiento	30	32	30	0	93.75%

Realizar diagnósticos con la Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento	**7**	**5**	**7**	**7**	**140%**
Realización de cursos talleres al equipo de salud	**6**	**6**	**12**	**12**	**200%**
Detección de depresión en 20% de la población ≥ 60 años.	**1,006,325**	**923,615**	**1,197,080**	**190,755**	**129.6%**
Detección de alteraciones de la memoria en 20% de la población ≥ 60 años.	**780,552**	**923,615**	**943,444**	**162,892**	**102.1%**
Detección de HPB en el 50% población 45 años y más	**1,279,093**	**1,521,653 ,**	**1,511,807**	**242,560**	**99.4%**

SALUD BUCAL

Aspectos Relevantes.

Del presupuesto asignado al programa se destaca que:

- Se dio continuidad a la 3ª Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis Dental, con el logro de 17 estados capacitados que han dado inicio al levantamiento epidemiológico.

- Se consolidó es Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Patologías Bucales en las 32 entidades federativas y por primera vez se cuenta con información sobre las necesidades de atención así como de la situación epidemiológica de las enfermedades bucales y su seguimiento y evaluación mensualmente conjuntamente con la DGEPI y la instituciones participantes en el sistema (SEDENA, SEMAR, ISSSTE, IMSS Oportunidades, DIF., PEMEX).
- Se gestionaron y coordinaron las acciones con los sectores público, social y privado para la realización de las dos campañas: Semana Nacional de Salud Bucal, durante la primera Semana se llevó a cabo el concurso nacional "Dibujando Sonrisas".
- Se elaboraron y difundieron materiales educativos con base en la publicación de:
  -Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB 2011.
  -Manual para la atención odontológica del paciente diabético.
  -Salud Bucal en la adolescencia.
- Guía de Buenas Prácticas de Uso de Mercurio en Consultorios *D*entales, en apoyo a la Comisión Federal de Protección Contra Riesgos Sanitarios
- Se realizaron supervisiones en el desempeño de las estrategias del Programa de Salud Bucal, a 19 entidades federativas, con la inclusión de los niveles: Estatal, jurisdiccional y operativo.
- Se llevaron a cabo 5 asesorías para la mejora en el desempeño del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales.
- Se llevó a cabo una reunión con los responsables estatales del programa de salud bucal.
- Se llevó a cabo un curso de inducción al puesto para los nuvos responsables estatales del programa de Salud Bucal.
- Nueve reuniones para la evaluación en el desempeño del sistema de vigilancia epidemiológica de patologías bucales conjuntamente con la DGEPI e instituciones participantes (ISSSTE, IMSS Oportunidades, SEDENA, SEMAR, DIF y PEMEX).
- Se llevó a cabo el curso en Línea "Promotor de la Salud Bucal".
- Se realizó el curso presencial de Asistentes dentales.

Cumplimiento de Resultados.

Se llevaron a cabo cuatro evaluaciones trimestrales "Caminando a la Excelencia" con la aplicación de indicadores institucionales y que permitieron apoyar y desarrollar el programa.

Indicadores de Gestión.

Indicadores y Metas 2011-2012	Resultados 2011	Resultados 2012*
Indicador: Cobertura de aplicación de esquema básico de prevención **Meta 2011-2012: Garantizar que al menos al 80% de usuarios de los servicios odontológicos de la SSA se les aplique el Esquema Básico de Prevención (EBP).**	**98.2 %** **(4 547 343 usuarios c/ EBP)**	**98.4%** **(4 534 765 usuarios c/ EBP)**
Indicador: Cobertura de aplicación del TRA en Municipios de menor IDH **Meta 2011-2012: Lograr que los 80 municipios (2011) y 100 municipios (2012) con menor índice de desarrollo humano se aplique el Tratamiento Restaurativo Atraumático.**	**51.2%** **(41 municipios)**	**50.0%** **(50 municipios)**
Indicador: Calidad de atención: **Meta 2011-2012: Incrementar anualmente 2 puntos porcentuales el indicador de calidad en la atención**	**92.9%**	**93.8%**
Indicador: Consultas odontológicas **Meta 2011-2012: Incrementar en 3% el número de consultas odontológicas anualmente (8 647 561 en 2011 y 8 984 963 en 2012)**	**100.9%** **(8 723 265 consultas)**	**99.7%** **(8 955 997 consultas)**
Rectoría • **Supervisiones: 32 estados en 2011 y 19 en 2012** • **Capacitaciones: 44 en 2011 y 38 en 2012** • **Asesorías: 8 en 2011 y 8 en 2012**	• **84.4% (27)** • **72.7%(32)** • **175% (14)** **Global 86.9%**	• **100%(19)** • **94.7%(36)** • **150% (12)** **Global 103.1%**

*Datos preliminares del último trimestre 2012 Fuente: SIS 2012

ZOONOSIS

Aspectos Relevantes.

- Se acumulan 18.1 millones de dosis aplicadas de vacuna antirrábica en perros y gatos.

- Se presentaron 12 focos rábicos por perro, por arriba de la meta sexenal programada para ese año (7 casos).
- No se presentaron casos de rabia humana transmitida por perro tendencia que ha continuado desde el 2005, sin embargo si se registró una defunción por mordedura de quiróptero en el estado de Nayarit.
- Los SESA adquirieron 60 mil dosis de vacuna y 14 mil frascos de inmunoglobulina a través del Anexo IV.
- Se inició tratamiento a 22,629 personas agredidas lo que corresponde al 26.5%.
- En el contexto internacional, se participó en la XXIII Reunión de Rabia en las Américas (Sao Paulo, Brasil).
- Se apoyó a los 32 SESA con materiales para realizar 126 mil esterilizaciones, para fomentar en la población propietaria de perros comportamientos responsables.
- Se realizaron 16 talleres de asesoraría en 8 SESA's (Baja California, Durango, Guanajuato, Jalisco, Nuevo León, Puebla, San Luis Potosí y Tabasco) sobre la aplicación del procedimiento de pre-certificación como área geográfica que ha logrado la eliminación de la transmisión de la rabia canina.
- Se concluyó el estudio para la "Inmunocontracepción en perros con GONACÓN" en el estado de Hidalgo, encontrándose en revisión el artículo a publicarse en revista Indexada.
- Se llevó a cabo la celebración del Día Mundial de la Rabia, el 28 de septiembre (sede Estado de México), mediante un foro "Participación municipal en la prevención y control de la rabia canina".

Cumplimiento de Resultados.

Las metas programadas están encaminadas al cumplimiento de los indicadores de gestión del Programa de Acción de Rabia y otras Zoonosis en el período evaluado y en el mediano plazo.

Indicadores de Gestión.

Indicadores de gestión	Metas			% alcanzado 2012 VS 2011	% alcanzado 2012 VS programado
	2011	2012			
	Alcanzado	Programado	Alcanzado		
Indicador: Cobertura de vacunación Meta 2011-2012: lograr una cobertura de 95% en la vacunación antirrábica canina (17.5 millones dosis)	98.8% (17.2 millones)	95% 16.6 millones	103% 18.1 millones	105%	109%
Indicador: Cobertura de atención de agredidos. Meta 2011-2012: Atender mínimo 28% de agredidos	34.6% (27,272)	28% 31,455	26.5% 22,629	130%	106%
Indicador: Vigilancia de la transmisión Meta 2011-2012: Cero casos de rabia humana transmitida por perro	100% (cero casos)	100% Cero casos	100% Cero casos	100%	100%
Indicador: Estabilización canina Meta 2011-2012: Lograr el 90% de Estabilización canina: Sacrificio humanitario: 680,705 Esterilización: 236,466	88% (570 mil animales eliminados) 137% (315 mil animales esterilizados)	90% (612,635 animales eliminados) 90% (212,819 animales esterilizados)	82.9%(564,549 animales eliminados) 158%(373,753 animales esterilizados)	99% 115%	92% 175%
Rectoría: Atención y apoyo a focos rábicos: 7 Difusión de Semanas Nacionales: 2	100%(23) 100% (2)	100% (7) 100% (2)	74% (12) 100% (2)	52% 100%	171% 100%

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE EPIDEMIOLOGÍA

Actividades de coordinación y participación en grupos inter e intersectoriales

A fin de consolidar acuerdos que permitan la integración de la información necesaria para tener un panorama integral, con la finalidad de generar información útil para la toma de decisiones en Salud pública. Destacamos participación en los siguientes grupos:

Nacionales:

a) Se organizó una reunión con responsables estatales del Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones (SEED), celebrada el 27 de junio de 2012, en coordinación con la Dirección General de Información en Salud (DGIS), con el objetivo de fortalecer los procedimientos tanto del área de planeación como del área epidemiológica en la confirmación de las defunciones sujetas a vigilancia epidemiológica. Para tal efecto se convocó a responsables de estadística de 30 estados (No se convocó al DF y Chiapas que habían sido capacitado previamente) sin contar con representantes de Sonora, Estado de México, Tlaxcala y Quintana Roo.
b) Se organizaron dos Reuniones Regionales con los temas: Mortalidad Materna, Cierre de información 2011, Necesidades del SEED, Proyectos de modernización informática.
c) Externas:
d) Se participó en cuatro reuniones con la Dirección General de Información en Salud (DGIS), el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) a fin de acordar los lineamientos de Mortalidad Materna.
e) Se asistió a tres reuniones con la Dirección General de Información en Salud (DGIS), y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) a fin de alinear los lineamientos del SEED.
f) Se participó en dos reuniones con el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia con el propósito de revisar del Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes.
g) Se realizaron dos reuniones con la Sociedad Mexicana de Oncología (SMEO) para establecer el diseño del Registro Nacional de Cáncer.
h) Se realizaron tres reuniones con el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) para realizar la confronta de defunciones de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica encaminada al cierre 2011.
i) Se asistió a dos reuniones del Comité Nacional de Mortalidad en DGIS.

j) Se organizó una reunión de trabajo con la OPS para el intercambio de información sobre Parálisis Flácida Aguda (PFA).
k) Se asistió a cinco reuniones de coordinación con CNEGySR y DGIS a fin de alinear los manuales y lineamientos en Mortalidad Materna
l) Se instrumentó el taller para la Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas
m) Se realizaron 11 reuniones con encarados de 7 dependencias de la SPPS a fin de actualizar los indicadores que integran la estrategia Caminando a la Excelencia.

Internacionales:

a) Se asistió a la reunión internacional para la Vigilancia Epidemiológica de Neoplasias.

Acciones para la recepción de información.

Con la finalidad de garantizar la operatividad de los sistemas de información que la Dirección de Información Epidemiológica (DIE) tiene a cargo:

a) **En el Sistema Estadístico Epidemiológico de Defunciones (SEED):**
   - Se puso en marcha el sistema de carpetas compartidas FTP, para el envío de información del SEED de los estados a la DIE.
   - Se recibieron 14,738 reportes de muerte sujetos a vigilancia epidemiológica, de los cuales se han validado 11,214 así como su codificación e integración a la base de datos

b) **En el Sistema de Notificación Semanal (SUAVE):**
   - Se realizó la exportación base de datos, con la generación automatizada de cortes diarios de base para las 32 entidades federativas y las 8 instituciones participantes dentro del sistema a dos tiempos por día. Para ello se dispusieron 3,249 cortes de base de datos.
   - Se realizaron 304 monitoreos del sistema de notificación semanal de manera diaria, a dos tiempos por día, para la verificación de captura y validación de información en tiempo y forma acorde a manual correspondiente)
   - Se impartieron 101 asesoría a los responsables de la notificación semanal, todas ellas vía telefónica y una presencial, del sistema de información en la parte de captura y actualización de catálogos así como del uso de herramienta de explotación de información tales como el cubo y reportes de plataforma SUAVE Web.
   - Se realizó una sesión WEB-EX a fin de reforzar el funcionamiento conforme a los lineamientos establecidos.

- Se realizó la verificación semanal de la actualización de información de cubos del sistema de notificación semanal a partir de la base de datos, así como de los reportes que genera plataforma (canal endémico, análisis de morbilidad y análisis de riesgo).
- Se realizó la verificación semanal de la actualización de información de cubos del sistema de notificación semanal a partir de la base de datos, así como de los reportes que genera plataforma (canal endémico, análisis de morbilidad y análisis de riesgo).

c) **En el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Influenza:**

- Se realizó la depuración del catálogo de unidades de cuatro entidades federativas dentro del sistema de notificación semanal, actualización de los mismos así como modificación de estatus de reporte cuando el estado así lo solicite.
- Se realizó la depuración del catálogo de unidades denominadas USMI's dentro del sistema de influenza, garantizando que cuenten con los datos CLUES actualizados de las unidades médicas, cruzando dicha información con catalogo elaborado por la Dirección General de Información en Salud (DGIS).
- Se verificó la actualización de catálogos de jurisdicciones y municipios dentro de los sistemas de información, de acuerdo a solicitud de cambio de la entidad en cuestión o revisión de catálogo oficial vigente.
- Se realizó un sesión web-ex para reforzar el cumplimiento de los lineamientos establecidos
- Se instrumentó en plataforma el sistema de red negativa que asegure el cumplimiento de los procedimientos por USMIs ratificadas

d) **En el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Parálisis Flácida Aguda:**

- Se implementaron reuniones mensuales con el laboratorio de poliovirus, del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica (InDRE), así como cruce de base de datos, de las cuales se han realizado 6 de estas reuniones, con la finalidad de garantizar que todo aquel registro en plataforma de parálisis flácida aguda cuente con los resultados de laboratorio.
- Se habilitaron las 5 variables del laboratorio de poliovirus, en la plataforma única, módulo de parálisis flácida aguda, para la captura de las mismas por parte del InDRE.
- Se realizaron dos reuniones de coordinación con OPS.
- Se enviaron 50 cortes de bases de datos a OPS.
- Se realizó un sesión web-ex para reforzar el cumplimiento de los lineamientos establecidos

e) **En el Sistema de Notificación Inmediata de Muertes Maternas:**
   - Se concluyó la instrumentación del enlace de plataforma con COFEPRIS
   - Se validaron y recodificaron de 1140 defunciones en el módulo de muerte materna
   - Se actualizaron los lineamientos en correspondencia con el trabajo de BIRM
   - Se instrumentó en plataforma el filtro para reportes fijos y la herramienta de adjunto de certificado y resumen clínico
   - Se concluyó el registro del Proyecto Plataforma de Muertes Maternas en el Programa de Mejora de Gestión

f) **En el Sistema de Dengue:**
   - Se realizó la adecuación a la plataforma a fin de contar con el historiar de referencias clínicas de los casos

Se atendieron los requerimientos operativos y de soporte de los diferentes sistemas solicitados por los estados, de la siguiente manera:

Muerte materna	60 requerimientos
Notificación semanal	284 requerimientos
Parálisis Flácida Aguda	50 requerimientos
Tuberculosis	60 requerimientos
Dengue	30 requerimientos
Cáncer en niños y adolescentes	306 requerimientos
Influenza	40 requerimientos
SIVEPAB	10 requerimientos

Se conformaron las bases de datos para su procesamiento en los diferentes productos tales como boletines, informes, etc., de los siguientes sistemas:

Notificación semanal	48 bases de datos
Mortalidad materna	60 bases de datos

Temperaturas extremas	48 bases de datos
Paludismo	48 tablas resumen enviadas al programa

Para el cierre 2011 se conformación de las bases de dato de cierre de los siguientes sistemas:

- Notificación semanal
- Influenza
- Muerte Materna
- Cáncer en niños y adolescentes
- Tuberculosis
- Diabetes Mellitus II
- Dengue
- Parálisis flácida aguda
- SEED – componente epidemiológico para confronta con INEGI.
- Defectos del tubo neural
- Lepra
- Temperaturas extremas
- Paludismo

Se validó de la información en las base de datos, para ello se implemento los siguientes procesos:

- Cruce de información de mortalidad de manera mensual con los sistemas de tuberculosis (1,696 registros), defectos al tubo neural (240 registros), cáncer en niños y adolescentes (200 registros); así mismo los anexos 8 enviados cuya causa corresponda a dichos padecimientos.
- Verificación de información capturada en plataforma única a partir de la notificación inmediata (NOTINMED). De ello se verificaron 640 casos y se solicitaron 40 a las entidades para su captura.
- Para la base de Parálisis flácida aguda se implemento un control de calidad de la información en base de datos y cuadros de salida con datos anómalos para la revisión de los estados, desde el periodo 2011 hasta el 2012, de ello se han encontrado 156 registros anómalos para la revisión de los estados y su corrección pertinente.

Acciones para el procesamiento y análisis de la información:

Se realizó el análisis epidemiológico rutinario y extraordinario de la información generada por los sistemas de vigilancia epidemiológica, con el propósito de que a partir de los informes obtenidos, los responsables de los programas correspondientes tomen las acciones pertinentes.

Procesamiento rutinario de la información:

Se generó información semanal para la publicación del boletín epidemiologia

1. Se generó información semanal para la publicación del boletín de muertes maternas
2. Se generó información trimestral para los indicadores del primer trimestre de muertes maternas.
3. Se generó información anual para los indicadores de muertes maternas del 2011
4. Se generó información semanal para la publicación del boletín de influenza AH1N1
5. Se generó información semanal para la publicación del boletín de temperaturas extremas
6. Se generó información semanal para la publicación del boletín de Eda´s en menores de 5 años
7. Se genero información para la construcción de las coberturas por unidad médica por entidad federativa y jurisdicción sanitaria e institución notificante
8. Se generó información semanal para la publicación del boletín de Ira´s
9. Se generó información anual para integrar el anuario de morbilidad del 2011
10. Se generó información mensual para integrar reporte de la morbilidad
11. Se generó información para la construcción del indicador anual de Parálisis Flácida Aguda de Caminado a la Excelencia
12. Se generó información semanal de Parálisis Flácida Aguda para la publicación en el Boletín Semanal Epidemiología
13. Se generó información mensual para la construcción de indicadores de Parálisis Flácida Aguda, que se integran en el Boletín Semanal Epidemiología
14. Se generó información anual de morbilidad seleccionada para integrarse en el compendio estadístico del INEGI
15. Se generó información diaria para elaborar informes actualizados del panorama de influenza AH1N1

16. Se procesó semanalmente los canales endémicos de Iras, Neumonías y Bronconeumonías e Influenza nacionales y estatales.
17. Se procesó semanalmente los canales endémicos de Fiebre por Dengue estatal para actualizar el panorama nacional de Dengue
18. Se procesó información semanal de morbilidad de vectores para el programa de vectores con desglose municipal
19. Se procesó información trimestral para el programa de SIDA
20. Se procesó información mensual de enfermedades crónico degenerativas para el programa del Adulto y el Anciano
21. Se procesó información semanal de los casos de Tuberculosis para el programa de Micobacteriosis
22. Se procesó información mensual de morbilidad seleccionada para el Centro Nacional para la Prevención de Accidentes
23. Se procesó información mensual de la morbilidad de los 125 municipios con menor Índice de Desarrollo Humano (IDH) para la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas
24. Se procesó trimestralmente la información de los 125 municipios con menor índice de IDH para el programa de Vectores
25. Se procesó semanalmente la información para el programa de Zoonosis
26. Se procesó información mensual para la construcción de los indicadores del programa de la Notificación Semanal (Cobertura Oportuna y ajustada de las más de 19 000 unidades médicas que conforman el Sistema Nacional de Salud, así como Consistencia, y Cumplimiento) para Caminado a la Excelencia
27. Se elaboraron mapas con la morbilidad del 2011, geo-referenciada para la pagina WEB
28. Se elaboro respuesta de 30 IFAIS
29. Se reviso en el sistema de notificación inmediata la notificación de los padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica y se entrego el impreso de la notificación a los responsables
30. Se elaboro semanalmente el informe de los brotes de Dengue y se entrega a la Subdirección de Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica

31. Se genero información para construir de informes de mortalidad de Eda´s e Ira´s en menores de 5 años

Procesamiento extraordinario de la información:

1. Se generó información diaria para el panorama de influenza durante la temporada 2011-2012
2. Se generó información para responder a tres cortes de Informe de Gobierno
3. Se atendieron 296 solicitudes de información de usuarios externos al área y a la institución

En apoyo a la Modernización Informática.

1. Influenza: En base a los lineamientos de influenza modificados y publicados en enero de 2012:
   - Se diseñaron los cambios a la Plataforma de Influenza
   - Se gestionó la reasignación de claves de usuario para USMIs ratificadas en febrero de 2012
   - Continúa pendiente la recepción de cambios para validación, liberación e instrumentación
2. Muerte Materna (MM):
   - Se concluyó el seguimiento a la fase de arranque de la plataforma de MM de COFEPRIS a fin de asegurar el enlace que permite compartir información en ambas direcciones en tiempo real de captura.
   - Se diseñó, validó y liberó la herramienta que permite adjuntar imagen del certificado de defunción y resumen clínico a partir del cuestionario confidencial de MM
3. Cáncer en niños y adolescentes (CaNA):
   - Se diseñaron, validaron y liberaron los cambios al formato de captura en apego a la simplificación del formato solicitada por el Consejo Nacional
   - Se aseguró el empate de plataforma con defunciones en el SEED y se realizó el primer cotejo con el registro de seguro popular
   - Se corrigió el diseño, validó y liberó la nueva estructura de la base obtenida a partir de plataforma
4. Tuberculosis:

- Se diseñaron, validaron y liberaron los cambios a máscara de captura, reportes y base de salida solicitada por el CENAPRECE para la óptima evaluación de cohortes

5. Dengue:
   - Se atendió la modificación requerida a la base en dos variables mediante descripción de variables y reglas de validación

6. Parálisis Flácida Aguda:

   - Se diseñaron, validaron y liberaron los cambios al formato de captura en apego a las correcciones solicitadas por el InDRE

7. SIAVE en línea:

   - Se emitió la instrucción oficial de eliminar cualquier carga de información de notificación semanal de casos nuevos mediante sistemas externos al sistema en línea ya que esto favoreció perpetuar los errores en la construcción informática y demeritaba la calidad de la información y de la evaluación al interior de las entidades federativas.
   - Se diseñaron, validaron y liberaron los cambios al módulo en línea en apego a los problemas de funcionalidad detectado
   - Se atendieron las incidencias ocurridas a partir de la migración de servidores

8. Sistema Estadístico Epidemiológico de Defunciones:
   - Se diseñaron los requerimientos para la captura de la ratificación y rectificación en línea a partir de la plataforma de DGIS que registra los certificados de defunción. (Actualmente en construcción)

Sistemas Creados:

1. NOTINMED, Para la notificación inmediata que originalmente se realizaba mediante correo electrónico se construyó la herramienta NOTINMED que además de permitir la notificación en línea con tiempo real de captura, emite mensajes sobre eventos de reciente registro y permite realizar análisis a partir de una base de registro. Se atendió la administración del sistema en su fase de instrumentación y arranque mediante las siguientes actividades:

   - Validación final de la funcionalidad
   - Capacitación presencia y vía Web-Ex a las 32 entidades federativas y programa de urgencias epidemiológicas
   - Gestión de claves

- Elaboración de documento técnico y consolidación del manual de usuario
- Seguimiento de incidencias en coordinación con el área de informática hasta la fecha
- Obtención y entrega de reportes a las áreas de la DGE durante el primer mes de arranque

Se elaboró un cartel respecto a los resultados de la evaluación, mismo que se presentó en la Reunión Anual del SINAVE

OPERATIVOS EMERGENTES, Para la atención en información a la instrumentación de operativos emergentes, se realizó la administración de la corrección al diseño e instrumentación a los proyectos informáticos de los Operativos Emergentes:

3. Sub-17, mediante la validación del formato de captura con definición de reglas de negocio y variables de salida para la base de datos
4. Juegos Panamericanos, mediante la validación del formato de captura con definición de reglas de negocio y corrección de variables de salida para la base de datos

Administración del Proyecto para la creación de la Red de Inteligencia Epidemiológica

La propuesta de la Dirección General de Epidemiología para el abordaje de esta línea de acción fue el desarrollo de una plataforma informática que permitiera el manejo en línea de la información en formatos con manejo de variables homogéneas que asegurara las base para los enlaces nacionales e internacionales que permitieran el análisis a partir de la integración de información.

En junio de 2011 se inició la administración del proyecto denominado Red de Inteligencia Epidemiológica de México a cargo de la Dirección de Información Epidemiológica, y con la construcción y administración informática a cargo del área de Informática. El 31 de septiembre se concluyó la primera propuesta de diseño, mismo que empezó su construcción informática en octubre de 2011.

Considerando que el manejo de información epidemiológica deberá cumplir con las características de Recepción, Compilación, Tabulación y Análisis; un sistema informático para el manejo de esta, incluye un esquema completo de entradas, almacenaje y salidas.

Los grupos de sistemas que se consideraron para incluir en la RIEM fueron:

a) *Padecimientos Únicos*

Incluye un grupo de sistemas que sólo estudian un tipo de padecimiento, por lo que su formato es rígido con variables muy especializadas. Aunque comparten variables comunes de inicio: identificación, unidad notificante; y variables comunes de salida: evolución y defunción; su diagnóstico lleva a un solo padecimiento. Su vida media es a largo plazo con mínimas modificaciones en el tiempo.

b) *Síndromes*

Incluye un grupo de sistemas que inician el proceso con un diagnóstico probable inespecífico que puede captar diferentes enfermedades, por lo que su formato es rígido con variables muy especializadas. Aunque comparten variables comunes de inicio: identificación, unidad notificante; y variables comunes de salida: evolución y defunción; su diagnóstico lleva a un solo padecimiento. Su vida media es a largo plazo con mínimas modificaciones en el tiempo.

c) *Operativos emergentes*

Incluye un sistema para la vigilancia de varios padecimientos a partir de un solo formato. El formato es muy flexible y tiene una vida media corte (Vigente solo durante el operativo).

d) *Modulo numérico único*

Adicionalmente para el único sistema numérico (SUAVE) se deberán contar con las mismas herramientas de autoadministración y construcciones específicas de: Captura, Validación, Extracción de base, Esquema de salidas y Cubo dinámico.

En el diseño se consideraron dos enfoques para la operación de la RIEM el primero como herramienta de autoadministración, y el segundo como herramienta constructora y base para la información epidemiológica.

Como herramienta de autoadministración se terminó la construcción de cuatro componentes:

1. Administrador de catálogos

2. Bitácora de cambios
3. Registro de mantenimiento
4. Esquemas de seguridad

Cada uno de estos componentes se concluyó en las fases de Diseño, Construcción Informática, Pruebas iniciales de aplicación y Realización de cambios. Para ello la DIE:

- Gestionó con la Dirección General de Información en Salud, la transferencia de catálogos de entidades (estados, municipios, localidades), y unidades médicas (Región, jurisdicción, institución, CLUES) actualizados y se estableció un acuerdo de intercambio periódico a fin de mantener actualizado el catálogo en la RIEM.
- Validó los manuales para el uso de la herramienta y se dio una primera revisión en apego a estos manuales

Quedó pendiente de realizar la definición de área encargada de operar la administración de la herramienta (en manual operativo y lineamientos), las pruebas secundarias de validación de cambios, la capacitación y el arranque.

Como herramienta constructora y base para la información epidemiológica permitirá construir los formatos de captura y diseñar los tipos de salida más pertinentes para cada uno de los sistemas de información en vigilancia epidemiológica, se terminó la construcción de 11 componentes:

1. Diseñador de formatos de registro y seguimiento
2. Extractor de bases de datos
3. Diseñador de reportes
4. Diseñador de cubos
5. Diseñador de tableros de control
6. Monitor de señales de alarma
7. Diseñador de boletines
8. Módulo de indicadores de evaluación
9. Geo posicionamiento
10. Transferencia de casos
11. Seguimiento de muestras

Cada uno de estos componentes se concluyó en las fases de Diseño, Construcción Informática, Pruebas iniciales de aplicación y Realización de cambios; para ello la DIE:

- Realizó el diseño
- Realizó pruebas de funcionalidad mediante la carga de diez formatos con control de cambios y lista de acciones o observaciones que fueron atendidas por la empresa constructora.
- Validó los manuales para el uso de la herramienta constructora y carga de reglas de validación

Quedó pendiente de realizar la definición de área encargada de operar la administración de la herramienta (en manual operativo y lineamientos), las pruebas secundarias de validación de cambios, la capacitación y el arranque.

En las pruebas de uso de la RIEM se realizó:

- Definición del formato Descripción de variables y reglas de validación, Diseño de base y salidas, Carga de formato Carga de reglas de validación, Pruebas iniciales de aplicación, Atención de cambios para el Sistema de Dengue.
- Definición del formato Descripción de variables y reglas de validación, Diseño de base y salidas, Carga de formato Carga de reglas de validación y Pruebas iniciales de aplicación para el Sistema de Parálisis Flácida Aguda.
- Definición del formato, Descripción de variables y reglas de validación, Diseño de base y salidas, Carga de formato y Carga de reglas de validación para los Sistemas Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes y Tuberculosis.
- Definición del formato, Descripción de variables y reglas de validación, Diseño de base y salidas, y Carga de formato para los Sistemas de Cáncer adultos, Muerte Materna, Influenza, Enfermedad diarreica aguda, Enfermedad Febril Exantemática, Tos Ferina, VIH/SIDA, y Enfermedades Transmitidas por Vector.
- Definición del formato y Descripción de variables y reglas de validación para los sistemas Tétanos Adulto, Patologías bucales, lepra, Infecciones invasivas, Malformaciones congénitas, Diabetes, Lesiones por temperaturas extremas, Tétanos neonatal, Rabia, Difteria, Adiciiones, Eventos temporalmente asociados a vacunación, Notificación semanal de casos nuevos y Red Hospitalaria.

Adicional a la administración del proyecto, se elaboraron los siguientes documentos técnicos de sustento para los sistemas de información:

Documentos técnicos que incluyen:

- Fichas técnicas que describen historia del sistema, funcionamiento y procesos del sistema, variables que se manejan en formatos y bases de datos, definiciones operacionales, responsabilidades por nivel operativo, formatos, procesamiento de datos, esquema de difusión de la información y aspectos relevantes
- Criterios de validación
- Manuales e instructivos
- Limpieza de base de datos
- Definición de indicadores
- Perfil epidemiológico
- Reportes predefinidos
- Productos de difusión (propuesta de boletín y panorama epidemiológico)

Lo cual se integró para los siguientes sistemas prioritarios:

1. Patologías Bucales (SIVEPAB)
2. Parálisis Flácida Aguda (PFA)
3. Tuberculosis (TB)
4. Muertes Maternas (MM)
5. Adicciones (SISVEA)
6. Enfermedad Febril Exantemática (EFE)
7. Dengue
8. Cáncer en niños y adolescentes (CaNa)
9. Cáncer en adultos
10. Influenza

Acciones realizadas para la evaluación de la calidad de los sistemas.

La línea de acción para evaluar la calidad de los sistemas de vigilancia epidemiológica**, fue abordada por la DIE mediante dos acciones, por un lado al asegurar la continuidad en la evaluación rutinaria de indicadores operativos y la generación e integración de los indicadores del Programa**

Caminando a la Excelencia, y por otro lado, mediante la evaluación del sistema de registro y la integración de una nueva propuesta de evaluación en los aspectos relevantes y homogéneos para estos sistemas.

Indicadores Operativos Rutinarios

Se elaboraron los indicadores operativos mensuales, trimestrales y anuales correspondientes a los sistemas:

- Defectos de Tubo Neural
- Diabetes
- SUAVE
- PFA
- Dengue
- Influenza

Así mismo se recabaron del área de VEET los indicadores mensuales y trimestrales de los sistemas:

- EFE
- VIH/SIDA

Los indicadores elaborados y recopilados se publicaron en los boletines epidemiológicos mensuales.

Cumplimiento de Resultados.

Integración de una nueva propuesta de evaluación

En Agosto de 2011 se planteó la una propuesta de modificaciones al sistema de evaluación en los sistemas de vigilancia epidemiológica, en Septiembre de 2011 se presentó ante el Grupo de trabajo de Información del Comité nacional de Vigilancia Epidemiológica, y en diciembre de 2011 se terminaron de integrar las propuestas de modificación y observaciones emitidas por los representantes institucionales y epidemiólogos estatales.

Esta propuesta se elaboró mediante la compilación de indicadores operativos descritos en los manuales operativos de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica incluidos: RHOVE, SUAVE, SEED, EFE, PFA, Síndrome Coqueluchoide, Tb, Lepra, VIH/SIDA, Dengue, Paludismo, MM, Rabia, SIVEPAB, SISVEA, Influenza, CaNA, Diarreicas, DTN, Diabetes, TT y TNN.

Evaluación de los sistemas de registro.

Se realizó la evaluación, limpieza y homologación de las bases históricas correspondientes a los sistemas:

1. Tuberculosis 1994 a 2010
2. Cáncer Adultos 2006-2010
3. Cáncer en niños y adolescentes 2005 a 2010
4. Dengue 1995 a 2010
5. Enfermedad Febril Exantemática 2000 a 2001
6. Parálisis Flácida Aguda 1989-2010
7. Tos ferina 2000-2010
8. Muerte materna 2006-2010

Generación de productos de difusión.

En la estrategia para proporcionar al sistema de salud productos de información para la acción, se propone desarrollar conocimiento basado en evidencia (productos de información) relevante y de calidad para la toma de decisiones.

Conformado de varios tipos de publicaciones, clasificables en cinco grupos:

Grupo I.- Boletines e Informes semanales de carácter epidemiológico. Aunque estos no son nuevas publicaciones, se ha continuado con la elaboración semanal y publicación tanto impresa como en línea en la página del CENAVECE. Suman 52 publicaciones por año.

Grupo II.- La Gaceta Epidemiológica. Aún pendiente de concluir y difundir en el 2011.

Grupo III.- La Epidemiología en Breve. Aún pendiente de concluir y difundir en el 2011.

Grupo IV.- Serie Monográfica "Perfiles Epidemiológicos", de estos se tienen los siguientes avances:

Programa Editorial

De acuerdo con los tiempos de elaboración, en un primer grupo se incluyen los documentos elaborados durante entre el 2010 y 2011, cuyo proceso de impresión se terminó en agosto y septiembre de 2011:

Libros. Edición única

1. Descripción y comportamiento de las enfermedades de Notificación Semanal
2. Información histórica de estadísticas vitales nacimientos y defunciones 1893-2010

Anuarios

3. Información Epidemiológica de Morbilidad Anuario 2009 Versión Ejecutiva
4. Información Epidemiológica de Morbilidad Anuario 2010 Versión Ejecutiva
5. Panorama epidemiológico y estadístico de la mortalidad en México, 2008
6. Panorama epidemiológico y estadístico de la mortalidad en México, 2009

Monografías:

7. Perfil epidemiológico de los tumores malignos en México
8. Perfil epidemiológico del cáncer en niños y adolescentes en México
9. Perfil epidemiológico de la Infancia en México 2010
10. Perfil epidemiológico de la pandemia de Influenza A (H1N1) 2009 en México
11. Perfil epidemiológico del adulto mayor en México 2010
12. Perfil epidemiológico de las Adicciones en México 2010
13. Perfil epidemiológico de la salud bucal en México 2010
14. Perfil epidemiológico de la población adolescente en México 2010

**El Tiraje de cada publicación fue de 500

*Los documentos fueron publicados en su totalidad en la página Web de Epidemiología.

En un segundo grupo, los documentos elaborados entre el 2011 y 2012 actualmente en proceso de impresión y publicación:

Anuarios:

1. Anuario Ejecutivo 2011
2. Panorama Epidemiológico y Estadístico de la Mortalidad en México 2010

Monografías:

3. Perfil epidemiológico de la Tuberculosis en México
4. Perfil Epidemiológico de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación en México
5. Perfil epidemiológico del Dengue en México
6. Perfil Epidemiológico de las Enfermedades Infecciosas Intestinales
7. Perfil epidemiológico del Tabaquismo en México
8. Perfil Epidemiológico de las Enfermedades Cerebrovasculares en México
9. Perfil Epidemiológico de la Salud Mental en México
10. Perfil Epidemiológico de los Grupos Vulnerables en México
11. Perfil epidemiológico de los Municipios Indígenas en México

12. Perfil Epidemiológico de la Diabetes mellitus en México
13. Memorias "Inteligencia Epidemiológica para la Seguridad Nacional en Salud. Reunión Nacional 2011.

Epidemiología en Breve

1. Panorama Epidemiológico de las Adicciones en México 2010
2. Magnitud y Transcendencia de los Homicidios en México 2000-2010, Contexto Nacional e Internacional
3. Prevalencia de Tuberculosis Pulmonar en Grupos Vulnerables
4. Adultos con Diabetes mellitus tipo 2 en seis Unidades de atención primaria Jalisco, México
5. Gnastosomiasis
6. Importancia y objetivos del Certificado de Nacimiento en México.
7. Influencias y consecuencias del ambiente obesogénico en escolares de Tabasco, México

Gacetas

No. I - Artículo central: Centinelas de la Influenza pandémica en México. (Perspectivas de la Vigilancia Epidemiológica en México).

Contenido:

No. II - Artículo central: Genotipo de Rotavirus Asociado con la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en México

No. III - Artículo central: Consideraciones Generales sobre la Mortalidad Infantil Durante el Periodo 1940-2008

No. IV - Artículo central: Leucemia Infantil en México: Una Revisión del Registro Nacional de Cáncer en niños y adolescentes.

No. V - Artículo central: El proceso de Codificación de la Causa de Muerte Materna.

No. VI - Artículo central: Vigilancia Epidemiológica de Diabetes Subsistema del SINAVE.

Manuales

1. Manual de procedimientos para la vigilancia del cáncer en menores de 20 años
2. "Manual de procedimientos para el Sistema Estadístico Epidemiológico de Defunciones (SEED)"
3. Manual para la Vigilancia Epidemiológica de Cáncer en Población Adulta
4. Manual de Procedimientos del Sistema de Notificación semanal de Casos Nuevos
5. Manual para la vigilancia de las Adicciones

6. Manual para la vigilancia epidemiológica de intoxicación alimentaria asociada al consumo de carne contaminada con clembuterol
7. "Manual de procedimientos para el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de Diabetes Tipo 2"
8. Lineamientos para la Notificación Inmediata de las Defunciones Maternas
9. Manual para la vigilancia Epidemiológica de los Defectos del Tubo Neural
10. Manual para la Vigilancia Epidemiológica de las Patologías Bucales
11. Manual de Procedimientos para el odontólogo de la unidad centinela

Otros Productos de Difusión

Anuario Extendido

Se elaboraron dos anuarios extendidos de morbilidad sobre sistemas especiales y notificación semanal de dos años:

1. Cierre 2010 que requirió los procesos de compilación, integración de bases, procesamiento, validación, tabulación, diseño, edición individual de 9,000 archivos en PDF y publicación en la página web de la DGE
2. Cierre 2011 que requirió los procesos de cierre de 14 sistemas, recopilación de la información de siete sistemas, compilación, integración de bases, procesamiento, validación, tabulación, diseño, edición individual de 9,000 archivos en PDF; con publicación en la página web de la DGE actualmente en proceso.

Boletín epidemiológico

Se elaboraron 52 boletines epidemiológicos los cuales se imprimieron para difusión interna y se publicaron en la página Web de la DGE

Informes epidemiológicos

Se elaboraron 312 informes epidemiológicos semanales correspondientes a los sistemas: dengue, influenza, muerte materna, IRAs, EDAs, Temperaturas extremas que fueron publicados en sitio Web especial de epidemiología

Panoramas

Se elaboraron 52 panoramas epidemiológicos semanales de dengue que fueron publicados en la página de la DGE

Se elaboraron 224 panoramas epidemiológicos diarios y 32 reportes semanales sectoriales y nacionales de influenza durante la temporada 2011-2012, que fueron publicados en sitio web restringido y enviados a la SSPPS

Se elaboraron tres informes semestrales de Cáncer en Niños y Adolescentes que fueron entregados al Consejo Nacional

Cubos Históricos

Se administró la construcción de nueve cubos dinámicos con información histórica de los sistemas:

1. Tuberculosis 1994 a 2010
2. Cáncer en niños y adolescentes 2005 a 2010
3. Dengue 1995 a 2010
4. Enfermedad Febril Exantemática 2000 a 2001
5. Parálisis Flácida Aguda 1989-2010
6. Tos ferina 2000-2010
7. Muerte materna 2006-2010
8. SUAVE
9. VIH/SIDA

Para lo cual se atendieron para cada uno los procesos de:

1. Selección de variables y dimensiones
2. Homologación y limpieza de bases de datos
3. Diseño de reglas de negocio
4. Pruebas de uso

**No se ha completado la publicación de los mismos en la página WEB de la DGE

Acciones para los sistemas y tecnologías de la información.

- Se realizó una plataforma para el registro de casos de padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica, derivador del regreso de las personas que acudieron a los Olímpicos y Paraolímpicos en Londres 2012.
- Se modificó la descarga de base de datos de la plataforma de Cáncer.

- Se realizaron modificaciones a la máscara de captura del módulo de Dengue y el reporte de cálculos brote.
- Se realizó e implemento el servicio de Web Services con el IMSS para el envío de resultados de Laboratorio de Dengue.
- Se realizaron modificaciones y se ingresaron variables nuevas a la máscara de captura del módulo de TB.
- Se agregaron validaciones al módulo de PFA, así como la optimización de la descarga de base de datos.
- Se optimizó el código fuente de la plataforma de NuTraVe haciéndolo hasta cuatro veces más rápido.
- Se implementó la descarga de la base de datos Nacional de la plataforma de NutraVe.
- Se agregaron mejoras en el registro de casos de la plataforma de NutraVe para evitar la duplicidad de casos.
- Se corrigieron reglas de negocio de la operación de la plataforma de Influenza.
- Se agregaron nuevos campos a los archivos de descarga de la plataforma de Influenza
- Se implementó la red negativa del sistema de Influenza
- Se actualizó y corrigió la lista de USMIS (Unidades Médicas) con las diferentes dependencias de Salud (IMSS, ISSSTE, etc.)
- Se modificó y corrigió el servicio de Web Services que se tiene implementado con el ISSSTE y el IMSS.
- Se coordinó la instalación y puesta en marcha de la migración de proveedor de servicios de Internet y Voz y Datos.
- Se supervisó el cambio de los servidores físicos de INFOTEC a TRIARA por parte de la DGTI.
- Se homologaron las configuraciones de las direcciones físicas de los servidores de aplicación, páginas web y sistemas.
- Se realizó el mantenimiento del correo electrónico @dgepi.salud.gob.mx
- Se presentó la herramienta de tablero de control alertamex

Informe de Labores de la Dirección de Investigación Operativa

- Investigación

- Se instaló el Comité de Bioética, el cual revisará los proyectos de investigación para que cumplan con lo establecido en la Ley General de Salud en materia de bioética.

- Se instaló el Comité de investigación, para la revisión de los proyectos de investigación que serán realizados

- Se concluyeron 14 proyectos de investigación, los cuales son: (1)"Factores de riesgo para Cáncer gástrico en América Latina. Un meta-análisis", (2)"Evaluación de Unidades de Especialidades Médicas de Detección y Diagnóstico de cáncer de mama" (UNEME-DEDICAM)", (3)"Factores asociados a infecciones nosocomiales en un hospital General de tercer nivel", (4)"Evaluación del Sistema de Vigilancia de Muertes Maternas en el Distrito Federal 2010", (5)"Búsqueda Intencionada de infección por virus Chikungunya en México",(6) "Características de la Morbilidad por varicela en México en el periodo 2007-2011",(7) "Evaluación del sistema de Vigilancia Epidemiológica en la Enfermedad Febril Exantemática en la Jurisdicción Sanitaria Álvaro Obregón del Distrito Federal", (8)"Brote por cólera en el estado de Sinaloa", (9)"Evaluación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Virus del oeste del Nilo en Baja California", (10)"Estudio de Brote de Dengue en Emiliano Zapata, Tabasco", (11)"Modelo de Atención Miguel Hidalgo en el Hospital Psiquiátrico José Sayago", (12)"Modelo de Atención Asilar en el Hospital Psiquiátrico Samuel Ramírez", (13)"Determinación de sero-prevalencia del virus de la Influenza A H7N3 en trabajadores avícolas, posterior a un brote de influenza aviar en la Región de los Altos de Jalisco, México, 2012", (14)"Prevalencia de neumonías asociadas a ventilación mecánica en UCIA de un hospital de México. (HECM)". La conclusión de estos proyectos de investigación generan información útil en materia de epidemiología, que sirve para sustentar la toma de decisiones en salud, para beneficio de la población.

- Se elaboraron 3 manuales técnicos para la investigación, los cuales son: "Como elaborar una encuesta", "Procedimientos para administrar proyectos de investigación" y "Lineamientos para el desarrollo de un informe de trabajo de campo". Estos manuales técnicos servirán como apoyo documental para la realización de actividades de investigación"

- Se adquirieron 19 libros, los cuales estarán a disposición del personal de vigilancia epidemiológica en el Centro de Documentación e Información.

- Se actualizaron 48 convenios interbibliotecarios. Estos convenios permiten ampliar la disponibilidad de publicaciones impresas que sirven de apoyo y sustento científico para las actividades de vigilancia Epidemiológica. Las instituciones con las que se renovaron los convenios son: (1) Facultad de Medicina, (2) el Centro de Documentación Secretaria de Salud, (3) el Instituto de Física de la UNAM, (4) el Instituto Nacional de Cancerología, (5) el Instituto de Geografía de la UNAM, (6) el Instituto de Investigaciones en Matemáticas, (7) el Instituto de Investigaciones Históricas, (8) el Instituto de Neurología y Neurocirugía, (9) el instituto Nacional de Cardiología, (10) el Instituto nacional de Ecología, (11) el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, (12) el Instituto Nacional de Nutrición, (13) el Instituto Nacional de Pediatría, (14) el instituto Nacional de Psiquiatría, (15) el Instituto Nacional de Rehabilitación, (16) el Instituto Nacional del Politécnico, (17) la Secretaría de Agricultura, (18) la Universidad Anáhuac, (19) la Universidad Iberoamericana, (20) la Universidad Metropolitana de México, (21) el Hospital Central Militar, (22) la Biblioteca Central, (23) el Centro de Investigación de estudios avanzados del I.P.N., (24) la Biblioteca de Estudios Superiores "campo 2", (25) el Instituto de Investigaciones Sociales UNAM, (26) la Facultad de Filosofía y Letras "Samuel Ramos", (27) la Facultad de Psicología, (28) el Fondo de la Cultura Económica, (29) la Fundación Mexicana para la Salud, (30) el Instituto de Investigaciones Filosóficas, (31) el Instituto Nacional de Perinatología, (32) el Instituto de Investigación Jurídica de la UNAM, (33) el Centro de Integración Juvenil A.C., (34) la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, (35) Información en Reproducción Elegida (gires), (36) el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, (37) el Centro Médico Nacional siglo XXI, (38) el Consejo Nacional de Población, (39) la Dirección General de Servicios Médicos UNAM, (40) la Dirección General de Cómputo de Tecnologías, (41) el Hospital de Especialidades Centro Médico "La Raza", (42) el Hospital Central Sur alta especialidad (PEMEX), (43) la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, (44) la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza "campo 1", (45) el Hospital Infantil de México "Federico Gómez", (46) el Instituto Nacional de Salud Pública, (47) el Centro de Documentación e información en Psiquiatría y Salud Mental y (48) el Colegio de México

- Se renovaron 15 suscripciones a revistas, con lo que se garantiza disponibilidad de información oportuna y actualizada que apoye y sustente la vigilancia epidemiológica. Las revistas fueron: Diabetes, New England Journal of Medicine, Journal of Public Health Management, Sexually Transmited Diseases, British Medical Journal, Tropical Medicine

and International Health, American Journal of Epidemiology, Obstetrics and Gynecology, Epidemiology and Infection, Pediatric Infectious Disease Journal, International Journal of Epidemiology, European Journal of Public Health, Epidemiology, Infection Control and Hospital Epidemiology, Ovid Users Licences (online).

- Se realizaron 4 publicaciones, de las cuales 1 fue internacional y 3 fueron nacionales. La publicación internacional fue ": "Factores de riesgo para Cáncer gástrico en América Latina. Un meta-análisis"; las publicaciones nacionales fueron: "Panorama epidemiológico de la mortalidad por suicidios en menores de 20 años, 1998-2010", "Evaluación del sistema epidemiológico del virus del oeste de Nilo en Baja California" y "Plantas Medicinales: uso de la guayaba y manzanilla para padecimientos gastrointestinales". Con estas publicaciones se realiza la difusión de la información epidemiológica para que ésta tenga mayor impacto y relevancia en la toma de decisiones y para expandir el universo de usuarios de información en los sectores público, social y privado.

➢ Capacitación

- Se impartieron 3 cursos relacionados con la Vigilancia Epidemiológica, capacitando a un total de 67 personas, con lo que se contribuye a fortalecer las capacidades técnicas del personal en actividades de vigilancia epidemiológica.

- Se presentaron 19 sesiones generales, para la capacitación y actualización del personal de salud en diversos temas relacionados a la Vigilancia Epidemiológica, contando con la participación de 481 asistentes. Los temas de las sesiones fueron: Embarazo en Adolescentes, Historia de las Epidemias en la Colonia, Nuevos retos en Salud Publica: el envejecimiento en México, Daños ocasionados por cirugía estética, Una Reflexión sobre la Salud Pública en México, Epidemiología molecular de la esclerocórnea autosómica recesiva de una población, La salud Bucal en México, Estudio de brote de enfermedad diarreica aguda en Villahermosa, Tabasco, Película el concierto, Enfermedades cerebrovasculares: factores de riesgo y ¿qué hacer?, Trastornos de Ansiedad, Bullying: Acoso escolar, Influenza Aviar: la perspectiva veterinaria. Y cinco sesiones con el Director General para la revisión de formatos usados en la vigilancia epidemiológica.

- Residencia

  - Se mantuvo Actualizado el plan de estudios de la Residencia en Epidemiología, con lo que se contribuye a la formación de recursos humanos capacitados para desempeñar actividades de Vigilancia Epidemiológica.

  - Se cuenta con un avance del 60% en la formación del colegio de profesores de la residencia. Este colegio revisará y los programas de estudio de la residencia para mantenerlos actualizados.

  - Los alumnos de la residencia en epidemiología participaron en el congreso "54ª Semana Nacional Quirúrgica" en Oaxaca, también en las "Jornadas Médicas de Epidemiología del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como también en la "LXVI Reunión Anual de Salud Pública". Estas participaciones son parte de la formación integral para el personal de vigilancia en epidemiología en su etapa de formación.

  - Se diplomaron 23 alumnos de la residencia en epidemiología y se graduaron 9, para contribuir con la formación de recursos humanos líderes en epidemiología.

Informe de Labores de la Dirección de Vigilancia Epidemiológica en Enfermedades Transmisibles (DVEET)

Durante el periodo de enero a diciembre del 2012, la DVEET ha emprendido acciones para alcanzar las metas y objetivos del programa de acción del SINAVE en las 32 entidades federativas mediante las siguientes actividades:

Normatividad

- Mediante la coordinación con las instituciones gubernamentales, no gubernamentales e institutos se realizó la actualización de Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica.

Conocimiento de la morbilidad y mortalidad

- Elaboración y validación con los representantes de las instituciones que conforman el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE) del cierre de información de los sistemas especiales de vigilancia epidemiológica.

Reestructuración de la Dirección de Área

- Se continuó con la restructuración de las áreas de la DVEET con el fin de poder dar respuesta a las nuevas funciones asignadas a esta Dirección en materias de monitoreo, alerta temprana, supervisión y atención de brotes.

- Elaboración del manual de procedimientos de la nueva estructura de la Dirección de Monitoreo y Alerta Temprana.

- Elaboración del Programa Anual de Trabajo de la Dirección de Monitoreo y Alerta Temprana.

Elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos

Con el propósito de alinear los procedimientos al Plan de Acción Específico y la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2- 2012, para la vigilancia epidemiológica, se elaboró y actualizó e implementó el funcionamiento de los siguientes manuales:

- Manual para la Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA.
- Manual para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmitidas por Vector.
- Manual para la Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Prevenibles por Vacunación.
- Manual para la Vigilancia Epidemiológica de Influenza.
- Manual para la Vigilancia Epidemiológica de Cólera.
- Manual para la Vigilancia Epidemiológica de la sífilis congénita.
- Manual para la Vigilancia Epidemiológica de Intoxicación Alimentaria Asociada al Consumo de Carne Contaminada por Clembuterol.

- Manual para la Vigilancia Epidemiológica de la Conjuntivitis Epidémica Aguda Hemorrágica.
- Manual para la Vigilancia Epidemiológica de la Brucelosis.
- Manual para la Vigilancia Epidemiológica de Hepatitis Virales.
- Manual para la Vigilancia Epidemiológica de Leptospirosis.
- Manual para la Vigilancia Epidemiológica de Meningoencefalitis Amibiana Primaria (Amiba de Vida Libre)
- Manual para la Vigilancia Epidemiológica de Rabia en Humano.
- Manual para la Vigilancia Epidemiológica de Enteritis por Rotavirus.
- Manual para la Vigilancia Epidemiológica de Micobacteriosis.
- Elaboración e implementación de Lineamientos para la Vigilancia Epidemiológica de mediante NuTraVE.

- Elaboración e implementación de los Lineamientos para la emisión de alertas epidemiológicas en los diferentes niveles administrativos.
- Elaboración e implementación de los Lineamientos para la vigilancia epidemiológica de los juegos Panamericanos efectuados en el estado de Jalisco.
- Elaboración de Lineamiento de Vigilancia Epidemiológica del Operativo de Retorno Olimpiadas en Londres, Inglaterra.
- Elaboración de Documento Técnico Operativo para la Vigilancia e Inteligencia Epidemiológica.

Fortalecimiento de la capacidad de respuesta

La actualización del personal en las nuevas herramientas y estrategias se logró mediante:

- Asistencia al curso de Bioterrorismo impartido por el Federal Bureau of Investigation en el Centro de Investigación y Seguridad Nacional.
- Taller de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Diarreica Aguda mediante Núcleo Trazador de Vigilancia Epidemiológica en Tijuana, Baja California.
- Rendición de Cuentas Núcleo Trazador de Vigilancia Epidemiológica (NuTraVE). México, D.F.
- Elaboración de tarjetas técnicas de VIH/SIDA para las 32 entidades federativas.
- Se actualizó el funcionamiento de la Plataforma de Información de Núcleo Trazador de Vigilancia Epidemiológica.

Reuniones de fortalecimiento

Como pate del fortalecimiento de la vinculación interinstitucional e intersectorial se realizaron las siguientes reuniones:

- Dos reuniones de seguimiento de implementación de NuTraVE en la ciudad de México.
- Participación en las reuniones regionales del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) efectuadas en Querétaro y Yucatán.
- Participación en las reuniones mensuales del Grupo Técnico del Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica.
- Participación en las reuniones semanales del Pulso Epidemiológico para la revisión de la situación epidemiológica de las enfermedades transmisibles.
- Asistencia a la reunión de informe de la Situación de la Eliminación del Sarampión y Rubéola en México, efectuada en Washington, D.C., E.U.A.
- Se participó en una reunión de la Organización Panamericana de la Salud para el Fortalecimiento de programas y Servicios Integrales de VIH y Salud Sexual/Reproductiva para la eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIHy de la sífilis congénita, que se realizó en San Salvador, El Salvador.
- Reunión Nacional Operativa del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE). México, D.F.
- Quinto Foro Nacional de Laboratorios de la Secretaria de Salud para el Diagnóstico de Rabia. Chetumal, Q. Roo.
- Reunión LXVII Nacional de Salud Pública. Pachuca, Hidalgo.
- Asistencia y participación a las reuniones intersectoriales de cólera.
- Coordinación del Grupo de Epidemiología para la Aplicación del a Vacuna de Dengue.

- Se asistió a la Consulta Regional de América Latina y el Caribe sobre Información Epidemiológica de la Infección por VIH, que se realizó en del 7-9 de noviembre de 2012 en Panamá, Panamá.

Programas de eliminación

- Se elaboró el Informe Nacional de la Situación Epidemiológica de la Eliminación del Sarampión y Rubéola en México.

- Concentración de información para elaboración del Informe Nacional de la Eliminación del Tracoma en México.
- Se participó en el Grupo Externo para la pre-certificación de Tlaxcala y Nuevo León como estados libres de transmisión de rabia.

Dictaminación de defunciones

Se mantuvo la vigilancia de la mortalidad por dengue y tuberculosis mediante:

- Coordinación de la dictaminación de las defunciones por fiebre hemorrágica por dengue ocurridas en el país.
- Coordinación de la reunión para la dictaminación de casos y defunciones por Tuberculosis meníngea en menores de 5 años, por el grupo Nacional de Expertos.
- Coordinación de la reunión para la dictaminación de casos y defunciones de Tétanos Neonatal, por el grupo Nacional de Expertos.
- Dictaminación de 248 defunciones por fiebre hemorrágica por dengue.

Actualización de la situación epidemiológica

La actualización de la situación epidemiológica de los padecimientos sujetos a sistemas especiales se logró mediante:

- Elaboración de panoramas epidemiológicos de la situación epidemiológica de las enfermedades transmisibles.
- Análisis y envío trimestral del Registro Nacional de VIH/SIDA al Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA(CENSIDA).
- Proceso y envío trimestral al CENSIDA del informe de casos nuevos de SIDA que presentan tuberculosis como enfermedad asociada.

Evaluación

El funcionamiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica sujetos a sistemas especiales se evaluó mediante:

- Elaboración y análisis de los indicadores de evaluación de las enfermedades transmisibles sujetas a vigilancia.

- Participación en la evaluación del sistema de vigilancia de dengue por parte de la Organización Panamericana de la Salud.
- Evaluación del impacto de las acciones de promoción, prevención y control de dengue en Mérida, Yuc.
- Evaluación del impacto de las acciones de promoción, prevención y control de dengue en Tapachula, Chis.
- Evaluación del impacto de las acciones de promoción, prevención y control de dengue en Villahermosa, Tab.

- Evaluación del impacto de las acciones de promoción, prevención y control de dengue en Mérida, Yuc.
- Evaluación del impacto de las acciones de promoción, prevención y control de dengue en Veracruz, Ver.
- Evaluación del impacto de las acciones de promoción, prevención y control de dengue en Tuxtepec, Oax.
- Evaluación del impacto de las acciones de promoción, prevención y control de dengue en Juchitán, Oax.
- Evaluación de indicadores operativos de vigilancia epidemiológica de EDA en NuTraVE.

Brotes

Para garantizar el abordaje de los brotes con apego a lo establecido en los actuales lineamientos de vigilancia en situaciones de riesgo para las entidades del país, fueron realizadas las siguientes acciones:

- Seguimiento a 2001 brotes de los diversos padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica.
- Atención del brote de intoxicación alimentaria en la localidad de los Órganos, Guerrero.
- Atención del brote de dengue en la Jurisdicción Sanitaria 1 de Mérida, Yucatán.
- Atención del brote de intoxicación alimentaria en el municipio de Chilapa, Guerrero.
- Atención con personal de la Dirección General de Epidemiología del brote de Enfermedad Diarreica Aguda en Villahermosa, Tabasco.
- Investigación del caso de SIDA por transmisión postransfusional en Baja California Sur.
- Investigación epidemiológica del caso confirmado de *Vibrio cholerae* 01 Ogawa toxigénico en Culiacán, Sinaloa.
- Investigación epidemiológica del caso confirmado de *Vibrio cholerae* 01 Inaba toxigénico en Escuinapa, Sinaloa.

- Atención del brote de Rickettisiosis en Saltillo y Ramos Arizpe, Coahuila.
- Atención del brote de Infección Respiratoria Aguda en Yajalón, Chis.

Operativos especiales

Ante eventos especiales con potencial riesgo a la salud de la población mexicana se fortaleció el sistema de vigilancia convencional mediante el desarrollo e implementación de los siguientes operativos especiales de vigilancia.

- Operativo Especial de Vigilancia Epidemiológica de Juegos Panamericanos.
- Operativo Especial de Vigilancia Epidemiológica de Visita del Papa Benedicto XVI al estado de Guanajuato.
- Operativo Especial de Vigilancia Epidemiológica de Retorno de Juegos Olímpicos.
- Operativo Especial de Vigilancia Epidemiológica por Reunión de G 20 en Baja California Sur.
- Investigación de caso de sarampión en Coahuila

Supervisiones

Para verificar el cumplimiento a lo establecido en la normatividad vigente se realizaron las siguientes actividades y supervisiones a las entidades federativas:

- Supervisión para verificar cumplimiento de lineamientos de vigilancia de los NuTraVE en Villahermosa, Tabasco.
- Supervisión para verificar cumplimiento de lineamientos de vigilancia epidemiológica de Dengue, en Veracruz, Ver.
- Supervisión integral a los componentes del sistema de vigilancia epidemiológica, de VIH/SIDA, vectores, tuberculosis y lepra, cólera, muertes maternas y enfermedades prevenibles por vacunación en Guerrero.

Difusión de información

La difusión de la información a la comunidad y los responsables de los programas de prevención y control correspondientes, se realizó mediante:

- Elaboración semanal de informe de casos nuevos de VIH/SIDA y EPV.

- Emisión de alerta epidemiológica por variante nueva de virus de influenza.
- Emisión de Aviso epidemiológico de cólera ante la confirmación de un caso positivo a *Vibrio cholerae*01 Ogawatoxigénico del estado de Sinaloa.
- Emisión de aviso epidemiológico de situación de tos ferina en México.
- Emisión de aviso epidemiológico de rickettisiosis.
- Emisión de aviso epidemiológico de Virus del Oeste del Nilo.
- Emisión de aviso epidemiológico de cólera en Cuba.
- Emisión de aviso epidemiológico de incremento de caso de dengue en la región sur del país.
- Para dar cumplimiento a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, se dio respuesta en tiempo y forma a 20 solicitudes de información de VIH/SIDA que fueron recibidas a través de la Dirección General de Tecnologías de la Información.

Fortalecimiento de estrategias de vigilancia

Las actividades para el fortalecimiento de la vigilancia de los padecimientos sujetos a sistemas especiales comprendieron:

- Establecimiento de criterios y restructuración de las Unidades de Salud Monitoras de Influenza del país que notifican casos al SINAVE.
- Búsqueda retrospectiva de muertes maternas mediante realización de autopsias verbales en los estados de Nuevo León y Veracruz.
- Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de virus del oeste del Nilo a través de implementación de red negativa diría de casos.

Informe de Labores de la Dirección de Vigilancia Epidemiológica en Enfermedades No Transmisibles y Vinculación Interinstitucional (DVEENTyVI)

1.- ACCIONES Y RESULTADOS RELEVANTES OBTENIDOS DURANTE ENERO-DICIEMBRE DEL 2012

Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CoNaVE)

Para garantizar el adecuado desempeño del Comité se cuenta con un Grupo Técnico Interinstitucional (GTI), el cual sesiona de manera permanente desde su creación el segundo martes de cada mes; lo preside el Director General Adjunto de Epidemiología como Secretario Técnico del CoNaVE y la función operativa recae a partir de octubre del 2010 en la Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles a través de la Coordinación del CoNaVE. En cada una de las reuniones se revisan y analizan las necesidades de vigilancia epidemiológica en el territorio nacional. Las reuniones del GTI se han celebrado ininterrumpidamente hasta el mes de diciembre del 2012, dentro de las cuales se han establecido 754 acuerdos a los que se ha dado seguimiento y cumplimiento.

Durante el periodo de enero - diciembre 2012, se realizaron 12 reuniones del Grupo Técnico Interinstitucional del CoNaVE, se establecieron 38 acuerdos los que se ha dado seguimiento y cumplimiento en el 79%.

Como parte de las prioridades del GTI del CoNaVE, destacó el seguimiento que se realiza a los Comités Estatales de Vigilancia Epidemiológica (CEVE) de manera mensual, durante el período comprendido entre enero – diciembre 2012, el 96.8% de los CEVE enviaron su programa anual de trabajo para el 2012; respecto a su funcionamiento con base en el envío del programa de trabajo, envío de minutas y acuerdos, el 53.1% se encuentran con buen funcionamiento, el 18.7% con regular y el 28.1% con mal funcionamiento.

Durante el periodo enero - diciembre 2012, el Grupo de Vigilancia Epidemiológica en Enfermedades Transmisibles se ha dedicado a atender diferentes situaciones y necesidades que involucran la vigilancia epidemiológica. Cabe destacar que en este grupo de trabajo se revisan y analizan las necesidades de los sistemas de vigilancia epidemiológica, se elaboran y discuten manuales, formatos, programas informáticos de apoyo a los sistemas de vigilancia, se discute la pertinencia de emitir alertas y avisos epidemiológicos y se efectúa el análisis y seguimiento de problemas epidemiológicos locales, regionales y por supuesto nacionales e internacionales que potencialmente pudieran afectar a México; los productos de estos grupos se revisan y avalan por el GTI del CoNaVE, para su instrumentación en las entidades federativas e instituciones

participantes. Los Grupos de Trabajo de Información Epidemiológica y de Laboratorio, sesionarán de acuerdo a lo establecido ante alguna situación que así lo amerite.
En las reuniones del GTI del CoNaVE se ha revisado lo referente a:

1. Reforma del CoNaVE;
2. Actualización de la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994 para la Vigilancia Epidemiológica, problemática del Sistema de Notificación Semanal;
3. Medidas de Promoción de la Salud y Acciones Epidemiológica en Cólera;
4. Vigilancia Epidemiológica de Dengue;
5. Vigilancia Epidemiológica de Influenza e Influenza Aviar;
6. Vigilancia Epidemiológica de Tos ferina;
7. Programa de eliminación del sarampión, rubéola y rubéola congénita en las Américas;
8. Operativo de Vigilancia Epidemiológica con motivo de los Juegos Olímpicos y Paralímpicos en Londres, Inglaterra;
9. Núcleo Trazador de Vigilancia Epidemiológica (NuTraVE);
10. Lineamientos de mortalidad materna;
11. Cierre de los diferentes sistemas de información para la vigilancia epidemiológica;
12. Panorama epidemiológico de cólera;
13. El brote de influenza aviar AH7N3 en el estado de Jalisco;
14. Operativo de control del brote de cólera en Sinaloa 2012.
15. Virus del Oeste del Nilo
16. Red Institucional de Vigilancia Epidemiológica por Laboratorio del ISSSTE;
17. Revisión del Sistema de Información de Influenza;
18. Revisión de las Definiciones operacionales del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Influenza;
19. Panorama Epidemiológico del cáncer en niños en México;
20. Acuerdos para la reducción de la mortalidad materna y
21. Situación de Rickettsiosis en Coahuila.

Reglamento sanitario Internacional (RSI), Centro Nacional de Enlace (CNE)

- Comunicación estrecha con el punto focal de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el RSI, la oficina de operaciones y Respuesta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Washington, DC, EEUU.
- Notificación de eventos de salud de interés internacional

- Consolidación de capacidades básicas
    - Legislación Nacional y Políticas (Implementada)
    - Coordinación y comunicaciones del CNE-RSI (En proceso de implementación)
    - Vigilancia basada en indicadores incluye la función de alerta temprana (Implementada)
    - Capacidad de Respuesta rápida (En proceso de implementación)
    - Preparación y respuesta ante emergencias de Salud Pública (Implementada)
    - Comunicación de riesgos (En proceso de implementación)
    - Recursos Humanos para la implementación de los requerimientos de las capacidades básicas del RSI (Implementado)
    - Laboratorio mecanismos de coordinación de servicios (Implementado)

Guías técnicas para la colaboración entre los Estados Unidos de América y México en los eventos de Salud pública de interés Mutuo

- Redacción de las guías de colaboración binacional en materia de Salud Pública
- Conjunción de un equipo binacional con elementos de laboratorio y epidemiología

Iniciativa de Seguridad Global en Salud (GHSI) por sus siglas en inglés

- Registro del directorio de la delegación Mexicana en el Secretariado Técnico de la Iniciativa
    - Secretario de Salud.- Salomón Chertorivski-Woldenberg
    - Oficial Superior (GHSAG).- Pablo A. Kuri-Morales
    - Enlaces de delegación.- Hilda Dávila-Chávez
    - Enlace Técnico.- Ricardo Cortés-Alcalá

Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria (UIES)

- Manejo de la plataforma del GHSI, donde se monitorean eventos para detectar amenazas a la salud pública, realizando la evaluación de riesgos para activar la alerta temprana y seguimiento de dichos eventos. Esto en colaboración de los países miembros, realizando ejercicios de comunicación y teleconferencia para apoyo técnico. Para el desarrollo de nuevos enfoques de vigilancia epidemiológica de los eventos de interés en salud pública.
- Los eventos de interés en salud pública no deben limitarse a las entidades nosológicas. Se han incluido al análisis de las condiciones en que estos se presentan, tanto las sociales, geográficas, o las relacionadas con el clima y otros componentes del ambiente.

- Desarrollo de una metodología de evolución rápida del riesgo para la salud pública, para dar un valor a los eventos detectados en el monitoreo continuo que se realiza en la Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria (UIES).
- Elaboración y actualización de los Procedimientos de Operación Estandarizados (POE) de las actividades de monitoreo que se realiza en la UIES.
- Integración de un grupo de médicos especialistas en salud pública y epidemiología que coordinan técnica y operativamente las actividades de la UIES. Así como análisis e integración de información con datos provenientes de otros sectores, enfocándose a los determinantes potenciales amenazas para la salud pública nacional.
- Vinculación constante con otros sectores, para articular esfuerzos tendientes a la mejora de la salud poblacional.
- Creación de la Oficina de Vinculación Interinstitucional para crear los enlaces con los actores claves de otras dependencias del sector salud y de otras Secretarías de Estado y dependencias públicas.
- Búsqueda intencionada de eventos de importancia epidemiológica en medios masivos de comunicación de libre acceso
- Aplicación de protocolos de priorización para eventos detectados
- Elaboración de informes de "Evaluación Rápida de Riesgos a la Salud Pública"
- Emisión de informes diarios rutinarios
- Emisión de informes en casos especiales
- Comunicación 24/7 con la OMS para asuntos del Reglamento Sanitario Internacional
- Ejercicios mensuales de comunicación trilateral de América del Norte
- Emisión de un informe diario de Inteligencia Epidemiológica para la Secretaria de Salud a partir de diciembre del 2012

Reuniones de Epidemiólogos

- Realización de dos reuniones operativas regionales, seguimiento de compromisos y establecimiento de acuerdos.
    - Región Centro-Sur (Telchac, Yucatán)
    - Región Centro-Norte (Querétaro, Querétaro)
- Reunión Nacional Operativa SINAVE 2012, (Ciudad de México)
- Reunión intersectorial semanal "Pulso Epidemiológico"

- Se lleva a cabo todos los miércoles a las 9:00 Hrs. , donde se revisan y analizan diversos temas de interés epidemiológico nacional e internacional para tomar decisiones y emitir recomendaciones

Comunicación permanente con el InDRE y los epidemiólogos estatales

- Llamadas telefónicas
- Visitas
- Correos electrónicos

Diseño Gráfico

- Se brindó servicio a las direcciones generales y de área de la Dirección General de Epidemiología, generando imágenes y aplicaciones gráficas (señalización, logotipos, pendones, carteles, constancias, personificadores, tarjetas, etc.) de acuerdo a los lineamientos contenidos en el Manual de Imagen Institucional vigente, emitido por la Presidencia de la República.
- Asesora a todas las áreas, en el manejo de logotipos, texto y color; también apoya en la logística, montaje y desmontaje de los eventos organizados por la DGE.
- El Área de Impresos se encarga de la reproducción y/o impresión de estas aplicaciones gráficas, así como del acabado, corte, pegado, encuadernado, engargolado, según sea el caso.

Seguimiento y apoyo técnico a los coordinadores estatales del área técnica en los Indicadores AFASPE

- Llamadas telefónicas
- Visitas
- Correos electrónicos

2.- BASES O CONVENIOS DE DESEMPEÑO Y CONVENIOS DE ADMINISTRACIÓN POR RESULTADOS

PROYECTO EWIDS (segunda fase)

- TAIC actualmente lista la base de dengue, trabajando con Influenza.
- Compra de software para el desempeño del sistema Alerta Mex.
- Información de jurisdicción para Influenza.

Septiembre 2009 – Marzo 2013

Monto Aprobado: 1,215,000.00 USD

Recursos ejercidos: 1,190,177.00 USD

Recursos comprometidos: 24,823.00 USD

Proyecto "Sustaining Influenza Surveillance Networks and Response to Seasonal"

- Actualmente se está elaborando el plan de trabajo del siguiente año.
- Se trabaja en el reporte técnico del proyecto

Septiembre 2012 – Septiembre 2013

Monto aprobado: 342,350.00 USD

Recurso ejercido: 157,681.68 USD

Recurso comprometido: 164,304.32 USD

Proyecto "Border Infectious Disease Surveillance"

- Se solicitó el Vo. Bo. Para iniciar con el proyecto de Brucelosis.
- Elaboración del plan de trabajo y presupuesto para el recuso remanente y empezarlo a ejercer.

Septiembre 2009 – Septiembre 2013

Monto aprobado: 453,000.00 USD

Recurso ejercido: 75,000.00 USD

Recursos comprometidos: 120,000.00 USD

Indicadores de Gestión.

Indicadores en el Programa Caminando a la Excelencia

Se realizó la compilación de numeradores y denominadores, tabulación y procesamiento de valores

DENOMINACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	METAS 2012 Original	METAS 2012 Alcanzada	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO Alcanzada / Original
Número de boletines de Caminando a la Excelencia con indicadores revisados	número	4	4	50

con emisión de resultados por estado con evaluación final según los límites establecidos para cada programa.

Lo anterior implica que, "**Caminando a la Excelencia**", monitoreó **27 programas a nivel nacional** en las treinta y dos entidades federativas, que en su conjunto evalúan un total de 164 indicadores.

INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA EPIDEMIOLÓGICOS InDRE

Aspectos Relevantes y Cumplimiento de Resultados.

Durante 2011 el InDRE, pudo consolidar el trabajo realizado desde el 2007 para minimizar o eliminar los problemas antes señalados realizando las siguientes actividades:

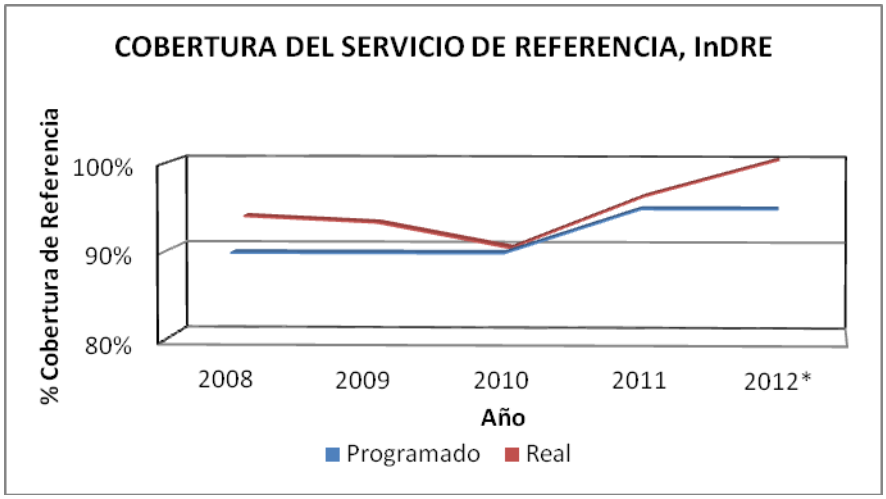
META A. Cobertura en el servicio para Diagnóstico de Referencia y Control de Calidad

Esta meta tiene dos indicadores, el de cobertura del servicio en las muestras de referencia que recibe el InDRE, y el de control de calidad de muestras, ambas procedentes de los LESP. Estos indicadores se describen a continuación en los cuadros con resultados de 2006 2012:

a) Cumplir con el 90% de la cobertura del servicio en muestras que ingresen al InDRE para diagnóstico de referencia.
b) Cumplir con por lo menos 90% de la cobertura del servicio en muestras que ingresen al InDRE para control de calidad.

Metas A a: Cumplir con el 90% de la cobertura del servicio en muestras que ingresen al InDRE para diagnóstico de referencia. Una vez lograda la meta se incrementará en 5% para 2011 y 2012. **Variables: Muestras de referencia que fueron aceptadas y procesadas en el InDRE sobre muestras que llegan al InDRE para diagnóstico de referencia**							
Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	Sin datos	Sin datos	90%	90%	90%	95%	95%
Real	Sin datos	Sin datos	93.4%	92.7%	89.8%	95.8%	100.0%
V1 (descripción)	Sin datos	Sin datos	16886 muestras procesadas	19318 muestras procesadas	8428 muestras procesadas	9341 muestras procesadas	11910 muestras procesadas
V2 (descripción)	Sin datos	Sin datos	18439 muestras recibidas	20724 muestras recibidas	9111 muestras recibidas	98.51 muestras recibidas	11928 muestras recibidas
Porcentaje de avance	Sin datos	Sin datos	3.42%	2.70%	-0.20%	0.80%	5.00%

Los datos del indicador de cobertura del servicio de referencia se presentan en la grafica siguiente donde se observa el comportamiento del indicador del período de 2008 a agosto de 2012.



Metas A b: Cumplir con el 90% de la cobertura del servicio en muestras que ingresen al InDRE para control de calidad. . Una vez lograda la meta se incrementará en 5% para 2011 y 2012.

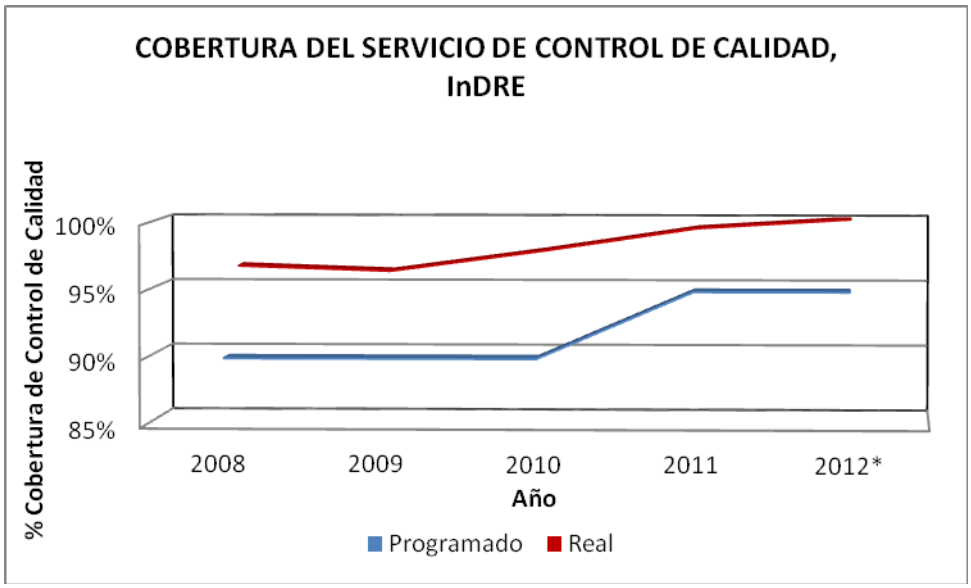
Variables: Muestras de control de calidad que fueron aceptadas y procesadas en el InDRE sobre muestras que llegan al InDRE para control de calidad

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	Sin datos	Sin datos	90%	90%	90%	95%	95%
Real	Sin datos	Sin datos	96.4%	96.0%	97.6%	99.3%	100.0%
V1 (descripción)	Sin datos	Sin datos	92528 muestras procesadas	36438 muestras procesadas	35022 muestras procesadas	35612 muestras procesadas	30503 muestras procesadas
V2 (descripción)	Sin datos	Sin datos	65690 muestras recibidas	38171 muestras recibidas	35993 muestras recibidas	35863 muestras recibidas	30512 muestras recibidas
Porcentaje de avance	Sin datos	Sin datos	6.39%	6.01%	7.57%	4.29%	4.98%

- Los indicadores de esta meta son de cobertura del servicio en muestras que llegan al InDRE para diagnóstico de referencia y de control de calidad.
- La meta esperada: cumplimiento del 90% o más.
- Este indicador mide la respuesta del InDRE y forma parte del control de calidad de los Laboratorios Estatales de Salud Pública (LESP).

- Las variables que se toman en cuenta para la construcción de este indicador son:
- El número de muestras enviadas al InDRE por los LESP para diagnóstico de referencia y el número de muestras aceptadas.
- Número de muestras para control de calidad, aceptadas procesadas y el número de muestras para control de calidad que llegan al InDRE.
- Las muestras que no son aceptadas, o que al final del proceso resultan inadecuadas son analizadas para identificar los problemas y así proponer acciones de mejora para evitar que el mal manejo de las muestras impida obtener resultados confiables.
- Los resultados obtenidos de 2008 a la fecha han sido superiores a los esperados, debido a que mejoró el presupuesto de operación, con lo cual fue posible invertir en mantenimiento y reparación de equipo y llevar a cabo la reingeniería de procesos para alinear el quehacer de los Departamentos a la misión del InDRE, con lo cual se recobró el liderazgo ante la Red de Laboratorios Estatales de Salud Pública. Aunado a que se tiene una mejor integración entre la Dirección Adjunta de Vigilancia Epidemiológica y se identifica el riesgo epidemiológico y se trabaja con las redes de laboratorios estatales y epidemiólogos para tener cobertura y calidad en el diagnóstico y la respuesta.

Los datos del indicador de cobertura del servicio de control de calidad se presentan en la grafica siguiente



Logro

A partir de 2010 se revisaron los algoritmos de diagnóstico disponibles en el InDRE. En ese inicio se registraron 246 algoritmos de las áreas técnicas. Con base en el proceso de reingeniería se redefinieron procesos de diagnóstico, se rediseñaron algunos algoritmos, se incorporaron nuevas metodologías en algunos algoritmos para fortalecer el diagnóstico diferencial o actualizar la metodología diagnóstica.

En los algoritmos 2012, se incorporan técnicas moleculares utilizadas en la identificación y genotipificación de agentes virales y bacterianos, que fortalecen la oportunidad y confiabilidad de los procesos de diagnóstico de enfermedades de importancia en salud pública.

Finalmente, para las actividades de 2012 se tienen registrados 220 algoritmos alineados con los servicios de diagnóstico primario, control de calidad, referencia y evaluación del desempeño que ofrece la institución. Se identifican los estándares del servicio del diagnóstico, la estimación de muestras anuales y el costo estimado, del total de pruebas realizadas en el InDRE.

META B. Información oportuna

- El indicador de esta meta es de oportunidad y toma en cuenta todo el proceso que se sigue para llegar al diagnóstico de cada enfermedad.

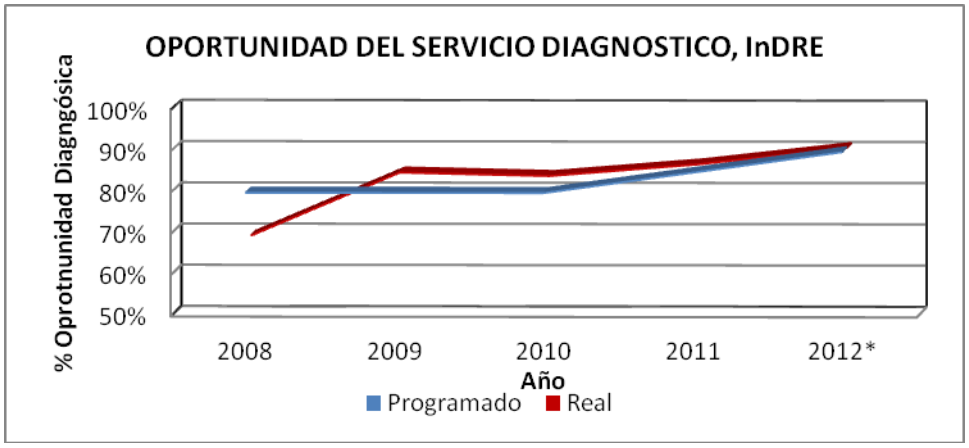
Metas B: Lograr que al menos el 80% de la información de laboratorio para la vigilancia epidemiológica sea oportuna. En 2011 se incrementó a 85% y para 2012 se incrementará a 90%.

Variables: Muestras reportadas en tiempo estándar sobre Muestras recibidas por diagnóstico

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	Sin datos	Sin datos	80.0%	80.0%	80.0%	85.0%	90.0%
Real	Sin datos	Sin datos	68.3%	83.7%	82.9%	85.7%	89.8%
V1 (descripción)	Sin datos	Sin datos	68.3%	83.7%	82.9%	85.7%	89.8%
V2 (descripción)	Sin datos	Sin datos	100%	100%	100%	100%	100%
Porcentaje de avance	Sin datos	Sin datos	-11.71%	3.67%	2.86%	0.74%	-0.24%

- Con la reingeniería, el incremento presupuestal, la implementación de programas de control como mantenimiento, calibración y verificación de equipos, capacitación del personal, las buenas prácticas de laboratorio difundidas a través de los programas de gestión ambiental, protección civil etc. Se logró optimizar los tiempos considerando mejorar los hallazgos en la evaluación del indicador.
- Para establecer el tiempo de emisión de un resultado, es importante tomar en cuenta el número de personas que participan en el diagnóstico, equipo, infraestructura etc.
- La infraestructura y la capacidad humana determinan los tiempos y movimientos lo que permite calcular el estándar del servicio.
- Cada diagnóstico tiene un estándar de servicio diferente que se evalúa mensualmente y permite identificar áreas de oportunidad en todo el procedimiento previo a la emisión del resultado para que éste sea confiable y oportuno.
- El indicador ha mejorado considerablemente gracias al incremento presupuestal de operación, pero sobre todo, por la implementación de controles en aquellas actividades críticas del proceso y debido al seguimiento puntual con el que se revisa y se solventan las desviaciones identificadas.
- Si bien la meta alcanzada parecería baja, gran parte de las desviaciones se deben a las instalaciones actuales del InDRE que son insuficientes, lo cual se solventará cuando estén terminadas las nuevas instalaciones.

Los datos del indicador de oportunidad se presentan en la grafica del período de 2009 a agosto 2012



Logro

Derivado de la revisión de los flujos de procesos de diagnóstico, que incluyen tantos las fases pre-analítica, analítica y post-analítica, se ponderó una meta en 2008, que se alcanzó en 2009, se mantuvo en 2010, que en conjunto con la actualización de los algoritmos permitió incrementar la exigencia de la meta de 80 a 85% en 2011 y en 2012 se establece nuevamente una meta mas retadora para llegar a un 90% de oportunidad en la emisión del resultado final de laboratorio. En resumen, se ha logrado un incremento del 10% en la meta establecida en 2008, con un crecimiento sostenido arriba del 4% anual.

META C. Ampliación de la cobertura de la RNLSP

- En esta meta, se mide la cobertura diagnóstica de la Red Nacional de Laboratorios Estatales de Salud Pública (RNLSP) para garantizar una respuesta oportuna ante cualquier situación de vigilancia y alerta epidemiológica.
- Se mide tomando en cuenta las siguientes variables:
- Marco analítico básico definido (MAB) para la RNLSP
- Número de laboratorios que cubren el 90% del marco analítico de la RNLSP
- El InDRE evalúa el desempeño de la RNLSP cada trimestre mediante el envío de paneles y muestras para control de calidad, los resultados se dan a conocer en el Boletín Caminando a la Excelencia

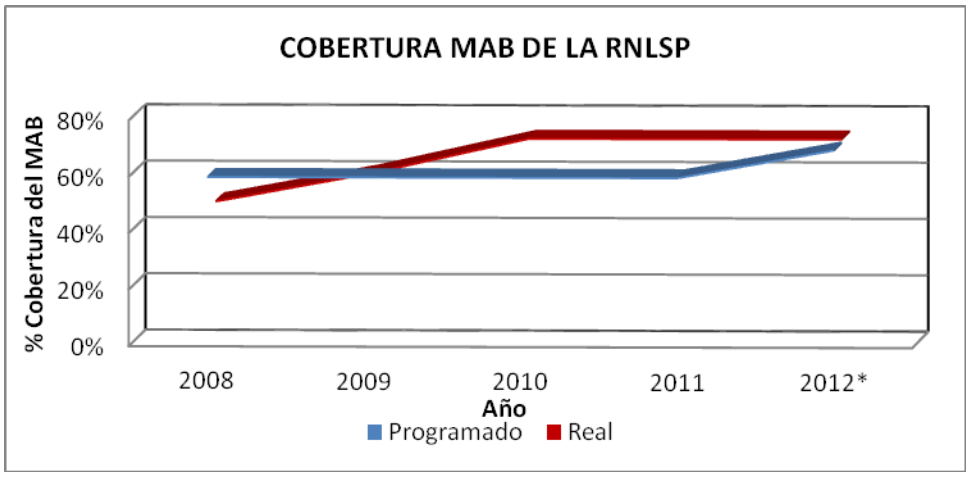
Metas C: Lograr que el 60% de los laboratorios estatales cubran el 90% del marco analítico básico. Para el 2012 lograr el 70%

Variables: Laboratorios que cubren el 90% del marco analítico básico de la Red. Sobre el Total de laboratorios que conforman la Red.

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado		60.00%	60.00%	60.00%	60.00%	60.00%	70.00%
Real		35.50%	48.40%	58.60%	70.96%	70.96%	70.96%
V1 (descripción)	Sin datos	11 LESP	15 LESP	16 LESP	22 LESP	22 LESP	22 LESP
V2 (descripción)	Sin datos	31 LESP	31 LESP	31 LESP	31 LESP	31 LESP	31 LESP
Porcentaje de avance	Sin datos	Sin datos	-11.60%	-1.40%	10.96%	10.96%	0.96%

- Si bien este indicador se mide desde 2008, no se habían registrado mejoras tan importantes como a partir de 2009, cuando se les asignó presupuesto a los LESP mediante el Acuerdo para el Fortalecimiento a las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE).
- Derivado de la pandemia de Influenza A H1N1 se fortalecieron los LESP con equipo de vanguardia e insumos, como se puede observar, desde el 2009 se ha mejorado considerablemente la cobertura del diagnóstico en la RNLSP.

Los datos del indicador de cobertura del marco analítico se presentan en la grafica del período de 2009 a agosto 2012



.

Avances en el Marco Analítico de la RNLSP agosto 2012

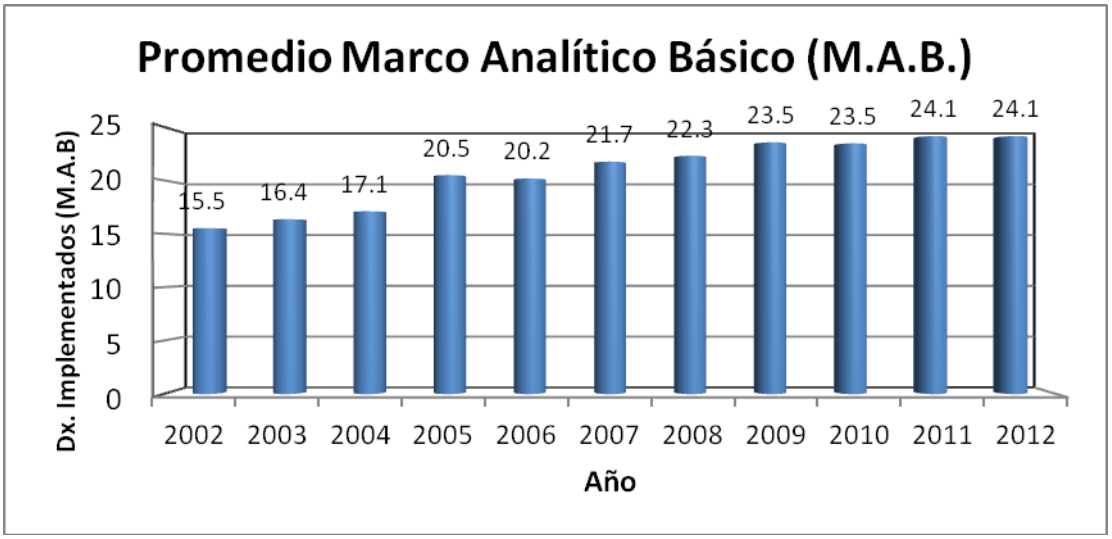
Años	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Marco Analítico Básico (MAB)	23	23	23	27	27	27	27	25	26	27	26
Estados con marco analítico > 90%	3	4	5	8	7	11	15	16	22	22	22
Porcentaje de LESP que cubren el 90% del marco analítico básico.	9.7%	12.9%	16.1%	25.8%	22.6%	35.5%	48.4%	58.6%	70.96%	70.96%	70.96%

Logro

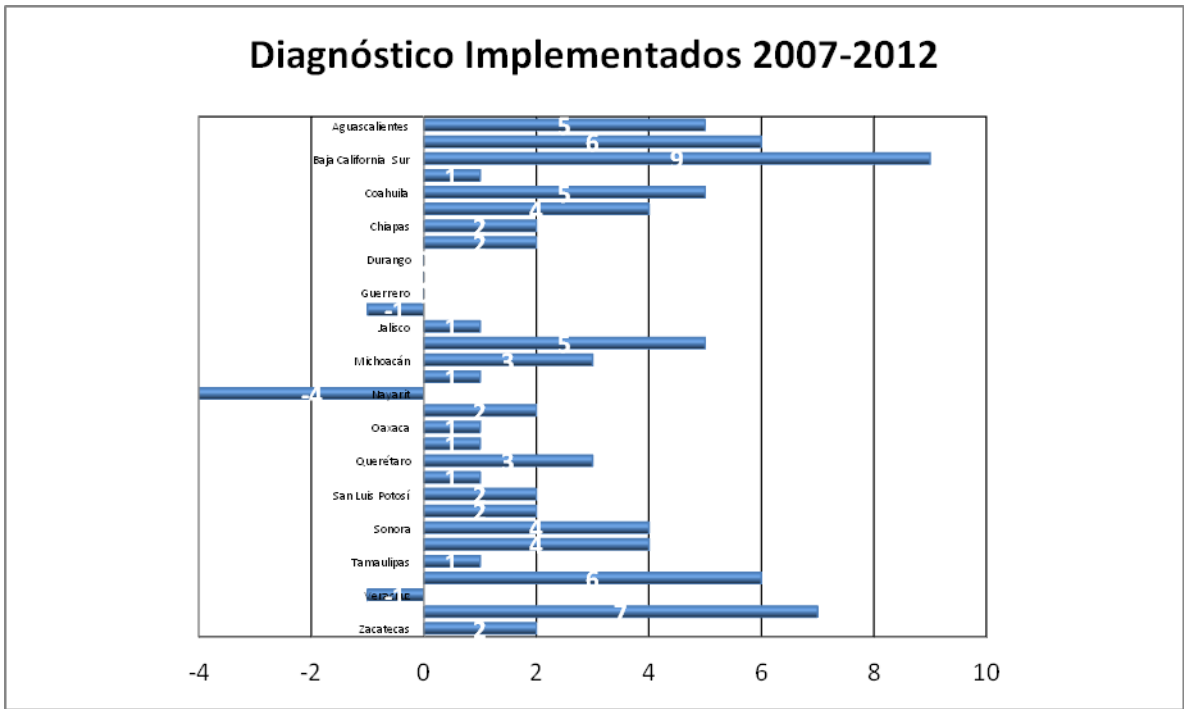
Mediante los recursos otorgados vía el AFASPE, la capacitación técnica, la transferencia de metodologías y la evaluación del desempeño técnico se logró ampliar la cobertura del marco analítico básico de la RNLSP.

En este periodo que se reporta, se logró incrementar en 100% (de 11 a 22 LESP) en número de entidades federativas que cuentan la cobertura del 90% del marco analítico básico.
Considerando el marco analítico mínimo para los laboratorios de la RNLSP, de las 27 pruebas incluidas 21 son realizadas por al menos 25 LESP (>80%). Los laboratorios ubicados en las regiones sur y centro tienen una mayor cobertura.

El promedio de diagnósticos implementados por año considerando únicamente las 31 entidades federativas se muestra en la siguiente gráfica.



En el siguiente gráfico se observan los diagnósticos implementados en el período 2007 a 2012 por estado.



A continuación se hace una breve reseña de la pandemia de Influenza y como se fue fortaleciendo la Red de Laboratorios con el presupuesto del FIDEICOMISO otorgado en 2009 tanto para insumos como para equipamiento, capacitación, supervisión, remodelación etc.

META D Evaluación del desempeño de la RNLSP

- La meta D mide el desempeño general de la Red, lo que determina el grado de confiabilidad en el informe de pruebas que genera y toma en cuenta:

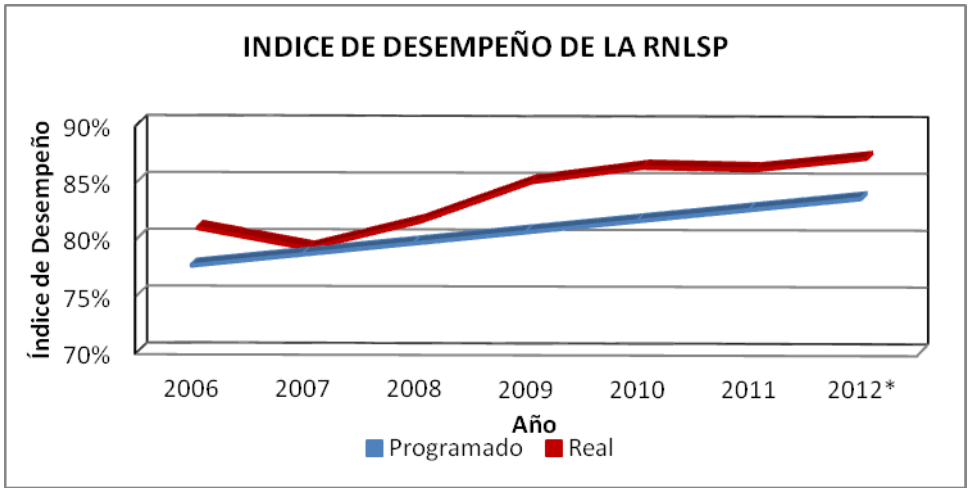
  a) Índice de desempeño de la RNLSP en el año vigente
  b) Índice de desempeño de la RNLSP en el año anterior

Metas D: Incrementar el 1% del nivel de desempeño nacional de la RNLSP año con año.

Variables: Índice de desempeño de la RNLSP en el año vigente menos el Índice de desempeño de la RNLSP en el año anterior.

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	77.80%	78.80%	79.80%	80.80%	81.80%	82.80%	83.80%
Real	80.60%	78.80%	81.20%	84.70%	86.00%	85.80%	86.83%
V1 (descripción)	80.60%	78.80%	81.20%	84.70%	86.00%	85.80%	86.83%
V2 (descripción)	77.80%	80.60%	78.80%	81.20%	84.70%	86.00%	85.20%
Porcentaje de avance	2.80%	-1.80%	2.40%	3.50%	1.30%	-0.20%	1.63%

- Se observan las mejoras en todos los años gracias a que se ha fomentado la cultura de medirnos y sobre lo que se identifica como área de oportunidad se ejerce una acción correctiva o preventiva que ha permitido a toda la Red mejorar cada año. Sin embargo es notoria la mejora en 2009 y 2010 gracias al apoyo de AFASPE que está dirigido a corregir las desviaciones identificadas en 2011 se observa un ligero decremento por que no se asigno lo programado ya que Equidad y Género no hizo el traspaso que comprometió a inicio de año.



META E Gestión de calidad

- En la meta E se mide el avance de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad como medio para lograr el cumplimiento de los objetivos antes señalados.

Metas E: Sustentar la competencia técnica de la RNLSP mediante la implementación de un sistema de gestión de la calidad, para garantizar la confiabilidad de la información que se genera. **Variables: Etapas del Plan de Calidad realizadas sobre Etapas del Plan de Calidad programadas**							
Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	-------	Diagnóstico Situacional	Etapa I y II del Plan de Calidad	Etapa II del Plan de Calidad	Etapa III Auditorias, evaluación de pruebas y métodos y capacitación	Etapa IV Documentación de procesos e implementación	Etapa VI
Real	--------	100%	100%	100%	97% Auditorias. 75% Evaluación de Pruebas. 100% Evaluación de métodos. 100% Capacitación.	Implementación Ejercicio de Acreditación	Certificación de procesos sustantivos y de apoyo y acreditación de cuando menos cinco diagnósticos
V1 (descripción)	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado
V2 (descripción)	Programado	Programado	Programado	Programado	Programado	Programado	Programado
Porcentaje de avance	2.8%	-1.8%	2.4%	3.5%	1.3%	-0.2%	

- En 2007 se hizo un análisis FODA, se elaboró un diagnóstico situacional, se propuso un plan de

reingeniería del organigrama del instituto y se estableció un diagnóstico de riesgo de CENAPRED.

- En 2008, se estableció un programa de acciones dirigido a la implementación del Sistema de Gestión de Calidad que incluye las siguientes acciones:

  - Revisión de la misión, visión y código de ética del Instituto para definir la política de calidad del InDRE

  - Reingeniería de procesos mediante herramientas administrativas, que ayudaron a diseñar el mapa de procesos y focalizar las áreas de oportunidad para definir programas como:

    - ✓ mantenimiento preventivo,
    - ✓ evaluación, verificación y validación de métodos,
    - ✓ seguridad y bioseguridad,
    - ✓ análisis de redes de diagnóstico y
    - ✓ formación de auditores

- En 2009, se llevó a cabo un taller de integración motivacional, se impartieron pláticas para la elaboración del Manual de Calidad, se certificaron 20 auditores del InDRE y 31 estatales y se nombró a los responsables del control de documentos. Debido a la pandemia de influenza, las acciones se focalizaron en la implementación de pruebas moleculares para el diagnóstico del virus de influenza A H1N1 pandémico (ver páginas 53 a 63) y en la capacitación del personal para poder atender esta contingencia nacional.

- En 2010, Se realizan auditoría para la evaluación, verificación y validación de pruebas y métodos así como capacitación del personal para lograr la acreditación.

- En el 2011 se cuenta con un grupo asesor que agiliza el proceso de documentación e implementación para estar en posibilidades de tener una auditoria de terceros como ejercicio para la acreditación y certificación en el 2012.

- En 2012 se certifica el InDRE ante el IMNC.

- Para agosto de 2012 en el tema de bioseguridad y biocustodia se ha logrado lo siguiente:

  - ✓ integración del Comité de Bioseguridad y Biocustodia
  - ✓ contar con Política de bioseguridad
  - ✓ establecer evaluaciones de las condiciones de seguridad e higiene así como de evaluación de riesgos
  - ✓ inventario de agentes patógenos y hojas de seguridad biológica,
  - ✓ uso del laboratorio de bioseguridad nivel 3 (BSL3)
  - ✓ protocolos para atender derrames biológicos

- ✓ procedimientos de investigación y reporte de incidentes y accidentes de trabajo

- Para 2012 se solicita la documentación a toda la RNLESP

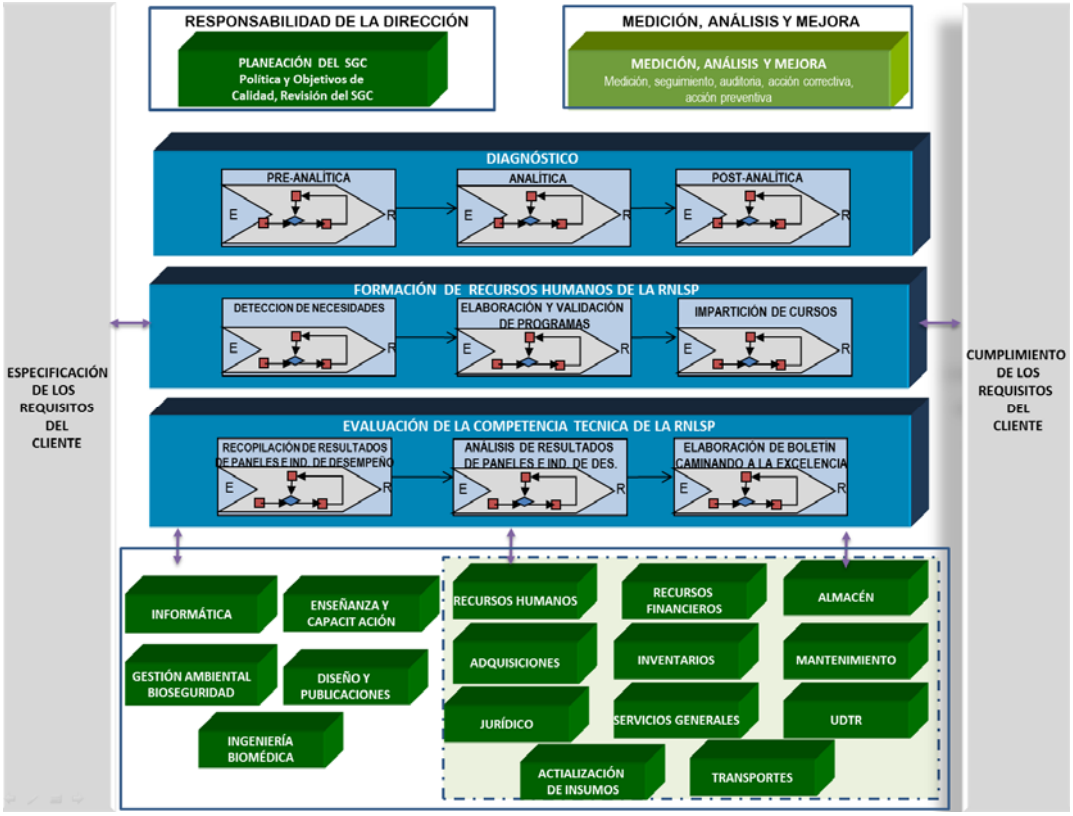
En 2010, una vez que se habían definido los procesos y el personal del InDRE estaba familiarizado con los conceptos y el modelo del sistema de gestión de la calidad, se puso en marcha el Programa de Evaluación, Verificación y Validación con diez metodologías las cuales se pretende acreditar en 2012. En el siguiente cuadro se muestran los avances del Sistema de Gestión de Calidad.

Avances del Sistema de Gestión de la Calidad

2007	2008	2009	2010, 2011 y 2012
Diagnóstico situacional del InDRE. Análisis FODA por cada área del Instituto. Análisis situacional del InDRE. Propuesta de Reingeniería del Instituto. Justificar la necesidad de incrementar el presupuesto. Propuesta de fortalecimiento al organigrama. Diagnóstico de riego de CENAPRED. Selección del grupo auditor.	Incremento en el presupuesto asignado al InDRE Solicitud de Apoyo a OPS Programa de Trabajo Taller de Gestión de la Calidad. Programa de Calibración y Verificación de equipos. Plan de calidad nacional y tres regionales. Evaluación de la Satisfacción de los usuarios. Política de Calidad, Misión, Visión, Código de Ética y Valores Institucionales. Reingeniería de Procesos. Elaboración de macro procesos. Evaluación de estándares de servicios. Incrementar el envío de paneles de proeficiencia. Mapa de riesgos. Programa de actividades	Taller de Integración Motivacional para elaborar el Programa de Actividades 2009 con CONRED. Platicas de Niveles de documentación. Elaboración de documentos guía. Elaboración de Manual de Calidad. Certificación de 20 auditores del InDRE y 31 estatales. Nombramiento de responsables de control de documentos. Seguimiento al desempeño de la Red Nacional. Informe trimestral de indicadores de gestión Informe trimestral de estándares de servicio.	Evaluación de Métodos de Análisis. (Programa). Detección de necesidades de capacitación. Conformación y confirmación de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad por grupo de Responsables de Calidad, Control de Documentos y Auditorias por departamento Programa de Capacitación. Programa de Evaluación de Métodos y Pruebas de Diagnóstico. Programa de Auditorías. Inicio de Evaluación Documental Auditorías Internas (1000 hrs/19 auditores) a todas las áreas del InDRE. (97% Cumplimiento). Programa de

2007	2008	2009	2010, 2011 y 2012
	Segundo Taller de gestión de calidad. Plan de Seguridad y Bioseguridad. Visitas de Supervisión a los estados. Análisis de las Redes de diagnóstico. Programas de Gestión Ambiental. Programa de Formación de Auditores. Programa de Bioseguridad.		Capacitación (100% Cumplimiento) Procedimiento de Evaluación de Pruebas (75% de Cumplimiento). Evaluación de 4 métodos diagnósticos (PCR Tiempo Real Leptospira, PCR Tiempo Real Dengue, Rotavirus por ELISA y ¨Paludismo Gota Gruesa) (100% Cumplimiento). En proceso 10 Diagnósticos. Documentación al 100% Auditorias internas y Externas al 100% Acreditación y Certificación.

Mapa de Procesos del InDRE



Implementación del Laboratorio de Bioseguridad Nivel 3 (BSL-3)

Un laboratorio BSL3 es utilizado para proteger al personal que trabaja con agentes patógenos de alto riesgo, como tuberculosis o ántrax, y para evitar la diseminación de

estos patógenos que pudiera poner en riesgo al resto del personal o al ambiente. Es por eso que estos laboratorios deben cumplir con ciertos requisitos de ingeniería especializada para su adecuado funcionamiento, así como protocolos de operación y mantenimiento estándares que garanticen un ambiente seguro para el personal. Por ejemplo, deben funcionar con presión negativa y un sistema de filtros especiales para evitar la salida de agentes fuera del área de laboratorio. Por esta razón, su diseño tiene que ser realizado por expertos en la materia así como su operación y mantenimiento.

Durante muchos años, el InDRE intentó construir un laboratorio de bioseguridad nivel 3 (BSL-3). Es hasta 2010 que con apoyo de los *Centers for Disease Control and Prevention* de Atlanta (CDC), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los *National Institutes of Health* (NIH) se retoma esta iniciativa y se logra la construcción de este laboratorio que se consolida al ser integrado a la Red de Laboratorios de Respuesta (LRN, por sus siglas en inglés) del CDC.

Para la construcción y funcionamiento de este laboratorio, el personal de ingeniería tomó los siguientes cursos de capacitación:

- Primer Taller de Bioseguridad en Veracruz, Veracruz
- 3rd International High Containment Operations and Maintenance Workshop en Winnipeg, Canada
- Adiestramiento personalizado por el personal de ingeniería del CDC de Atlanta en EEUU

Actualmente se trabaja en este laboratorio y se está preparando al personal con nuevas técnicas que apoyen a la vigilancia de enfermedades emergentes y remergentes.

En el siguiente cuadro se muestran las diferentes etapas para lograr la construcción del Laboratorio BCL-3.

Laboratorio BSL-3

2003, se incluye en el Capítulo de Salud de la Agenda de Prosperidad de ASPAN (Alianza para la Seguridad y Prosperidad de América del Norte), el compromiso de adherir al InDRE a la Red de Laboratorios de Respuesta (LRN) del CDC, EEUU.
2007, después de un intento fallido, se retoman las actividades para la habilitación de un laboratorio de bioseguridad nivel 3 (BSL-3 por sus siglas en inglés), para incluir al InDRE en la LRN.

Julio 2008, con asesoría de expertos de OPS, CDC, NIH y del InDRE, se define el diseño final para el laboratorio BSL-3 en el InDRE y se somete a DGDIF para su autorización.
2009, se llevan a cabo las labores de adecuación del área para el laboratorio BSL-3; se terminan y se realizan las pruebas de funcionamiento con asesoría de personal del CDC.
23 abril de 2010, el Secretario de Salud inaugura el laboratorio BSL-3 del InDRE.
De abril a noviembre de 2010 se realiza el entrenamiento al personal del InDRE para el uso de las instalaciones BSL-3 y se capacita en técnicas de LRN.
Noviembre de 2010 se inician actividades en el laboratorio BSL-3, con la producción de antígeno de *Brucella* spp.
Diciembre 2010, se designa oficialmente al laboratorio BSL-3 del InDRE como integrante de LRN.
Actualmente, en el laboratorio BSL-3 se llevan a cabo actividades relacionadas con tuberculosis multidrogorresistente y Brucella. Durante 2012 se estarán implementando las técnicas de LRN para identificación de agentes relacionados con bioterrorismo.

Bioseguridad Cursos Nacionales

Curso/taller	Fecha, lugar y apoyo externo	Personal capacitado
Primer Taller de Bioseguridad y Biocustodia en Salud Pública	20-26 abril, 2008 Veracruz, México EWIDS (Alerta Temprana para la Vigilancia de Enfermedades Infecciosas en la Frontera México-EU), SPP (Alianza para la Seguridad y Prosperidad de América del Norte)	30 personas .- 7 LESP (BC, Son, Chih, Coah, NL, Tams, Ver), InDRE
Segundo Taller de Bioseguridad y Biocustodia en Salud Pública.	13-17 julio, 2009 Veracruz, México. BEP (Programa de Compromiso en Bioseguridad, EUA), SPP	30 personas .- 12 LESP (Chis , Gro, Hgo, SLP, Gto, Mich, Sin, Zac, Camp, Yuc, QR, Ver), InDRE, AMEXBIO, UNAM, IPN-CINVESTAV, BIRMEX, INER
Tercer taller de Bioseguridad y Biocustodia en Salud Pública	26-30 julio, 2010; Veracruz, Méx. BEP, SPP	30 personas .- 14 LESP, (Ags, BCS, Dur, Jal, Mex, Mor, Nay, Oax, Pue, Qro, Tab, Tlax, Ver), InDRE, IMSS, SAGARPA, AMEXBIO
Centro de Operaciones de Emergencias. Agencia Salud Pública Canadá;	25-27 octubre 2012; Cd. México	40 personas.- 20 InDRE y 20 DGE

Curso/taller	Fecha, lugar y apoyo externo	Personal capacitado
EWIDS		
1er Taller de Gestión de Bio-Riesgo	23-27 mayo, 2011; México, D.F. OPS/OMS,	20 personas.- 16 LESP (BC, Son, Chih, Coah, NL, Tams, Jal, Oax, Ver, Zac, …), 5 InDRE
2ndo Taller de Gestión de Bio-Riesgo	24 a 28 de Octubre , 2011; México, D.F. OPS, EWIDS	20 personas.- 16 LESP (BCS, Ags, Camo,Col Dgo, Gro, Mex, Mich, Mor, Nay, Pue, SLP, Sin, Tlax, Yuc, Gto), 5 InDRE
3er Taller de Gestión de Bio-Riesgo	28-30 mayo 2012; México DF. InDRE	13 personas.- 9 LESP (Chis, NL, Qro, Oax, Chih, SLP, Zac, Mex, Mor) 4 InDRE
Formación de embaladores (lineamientos de IATA /OPS)	23-24 noviembre, 2012 México, D.F. OPS/OMS	24 personas.- 16 LESP (BC, Son, Chih, Coah, NL, Tams, Jal, Oax, Ver, Zac, …), 8 InDRE
Curso de Bioseguridad Básica y Buenas prácticas de laboratorio	24 noviembre 2012 México, D.F. OPS/OMS	24 personas.- 15 LESP (BC, Son, Chih, Coah, NL, Tams, Jal, Oax, Ver, Zac, …), 8 InDRE
Curso de Bioseguridad Básica y Buenas prácticas de laboratorio	Febrero a septiembre 2012; México DF.	16 replicas (Departamentos del InDRE; 500 personas, técnicos, administrativos, tesistas y SS)
Identificación de bienes y mercancias de uso dual (Commodity Identification Training; CIT); Entrenamiento para instructores Embajada de EU y Aduanas de México	9 a 12 julio, 2012, Cd. México	2 personas como asistentes
Identificación de bienes y mercancias de uso dual (Commodity Identification Training; CIT); Entrenamiento para instructores Embajada de EU y Aduanas de México	10 a 13 de septiembre, 2012; Cd. De México	1 persona instructor 2 persona asistentes
Plan de respuesta a emergencias y uso del laboratorio	3 y 4 de Septiembre del 2012; Cd. De México	1 persona LESP Campeche

Capacitación de la RNLSP en bioseguridad y biocustodia

Cursos Internacionales

Curso/taller	Fecha, lugar y apoyo externo	Personal capacitado
CDC's Advanced Topics in Managing BSL3 Laboratories	27 a 28 enero, 2008; Atlanta, Georgia; EUA	2 personas
Mobile Laboratory Workshop	11-12 diciembre, 2008; Winnipeg, Manitoba, Canadá.	1 persona
CDC 10th International Simposium on Biosafety	Atlanta, Georgia; EUA, 9-13 febrero, 2008;	2 personas
Curso teórico-práctico de agentes de bioterrorismo, métodos convencionales de LRN	9 -13 marzo, 2009; Richmond, Virginia, EUA	5 personas
1er Simposio Internacional de Bioseguridad y Biocustodia, AMEXBIO	5-7 agosto, 2009; México, D.F.	4 personas
3rd Annual International High Containment Operations and Maintenance Biosafety Workshop	Agosto, 2009; Winnipeg, Manitoba, Canadá	1 persona
Participación en Reunión de APHL: "2010 North American Summit on Pandemic Influenza"	Vancouver, Canadá. 9-12 de agosto de 2010;	5 LESP (Chih, Tams, Ver, Tab, Chis) y 6 personas del InDRE
Programa Avanzado de Gestión de Bio-Riesgo	Quito Ecuador, 28 jun a 9 jul 2010	1 persona
(Apoyo como instructor en 2 replicas del curso Gestión de Bio-Riesgo para INLASA en Bolivia)	La Paz Bolivia 18 a 22 octubre 2011	40 participantes
(Apoyo como instructor en 1 replica del curso Gestión de Bio-riesgo para COMISCA en Panamá)	Panamá Panamá	31 participantes de los países de Centroamérica
Apoyo como instructor en el taller de Fundamentos de Gestión de Bio-riesgo en el Instituto Gorgas (coordinado con US CDC)	Panamá, Panamá;	10 participantes del Instituto Gorgas de Panamá Panamá
3er taller de amenaza y evaluación de riesgo,	Berlín Alemania, 11 a 13 de septiembre de 2012,	1 persona asistente
Curso Seguridad y Logística (Safety and Logistics) Naval Health Research Center, USA	San Diego USA; 10 a 14 de septiembre	1 persona asistente

Cursos Internacionales

Titulo curso, institución y fecha	Justificación

Advanced Topics in Managing BSL3 Laboratories. 27-28 Enero de 2009. Atlanta GA	Apoyo para la formación en este campo: 1º. Se revisó el diseño básico y la construcción de un BSL3 2º. Evaluación sobre la necesidad de incrementar la bioseguridad cuando se trabaja TB y virus de influenza A,B o C 3º. Emergencias en el laboratorio y sistemas de comandos de incidentes, temas de vital importancia para el funcionamiento del Instituto. Estos temas se han estado aplicando en las capacitaciones del personal que actualmente labora en el BSL3.
Agents of Bioterrorism: LRN Conventional Methods Training. 9-13 Marzo de 2009. Richmond VA	México a través del InDRE forma parte de la Red de Laboratorios de Respuesta del CDC (LRN), Este taller se efectuó para la implementación en la metodología convencional que emplea LRN en caso de una liberación intencionada o bioterrorismo, a este taller acudieron las personas que habitualmente trabajan este tipo de microorganismos (5 personas) con la finalidad de que el Instituto se encuentre preparado en estos temas que incluyen la identificación de *B. anthracis, Y. pestis, F. tularensis, Brucella sp.*
1º. 2º. y 3er. Talleres de Bioseguridad y Biocustodia en Salud Pública. Veracruz Ver	Estos talleres se realizaron con el objetivo principal de capacitar al mayor número de personas del InDRE y de la RNLSP en temas de bioseguridad y biocustodia. En este mismo taller se obtuvo un certificado por dos años; lo que faculta al InDRE y al personal de la RNLSP que asistió, para llevar a cabo el Embalaje y Transporte de Sustancias Infecciosas.
LRN Rapid Methods, 23-26 Mayo, 2011. Denver, CO	Además de los métodos convencionales el InDRE ahora cuenta con la implementación de los métodos moleculares que dicta LRN para una respuesta rápida y oportuna ante un patógeno desconocido o un posible ataque bioterrorista por: *B. anthracis, Y. pestis, F. tularensis, Brucella sp,* Poxvirus ó toxinas. Esta metodología se va a estar probando continuamente con paneles de pro-eficiencia que CDC estará mandando así mismo, se capacitarán por lo menos dos veces al año al personal del instituto en esta metodología.
Viral Culture Techniques, Molecular Diagnostic, Bacteriology Techniques, Biosafety Level 3 Enhanced Techniques. 9-19 Noviembre, de 2009. NHRC San Diego CA	Herramientas moleculares para detección rápida de patógenos desconocidos. Este taller incluyó metodologías diferentes a las de LRN para el diagnóstico de virus respiratorios de las familias Adenovirus, Ortomixovirus, Paramixovirus así como las pruebas moleculares de los mismos.
1 LRN (PCR tiempo real y TRF) para la identificación de la toxina de Ricinus communis (Ricina); InDRE, Cd de México para personal del Instituto Gorgas de Panamá 27 -29 Agosto 2012.	Apoyo al Instituto Memorial Gorgas de Panamá Panamá en los métodos rápidos de agentes con potencias bioterrorista para la implementación de procedimientos en el laboratorio de nivel de seguridad 3.

META F. Nuevas instalaciones

Esta meta mide el avance de la construcción del nuevo edificio del InDRE con base a un presupuesto asignado el cual es administrado por la DGDIF que nos informa de los avances y las necesidades para conseguir el presupuesto necesario y al mismo tiempo apoya con las especificaciones técnicas para su construcción. Las acciones dirigidas al logro de esta meta son:

- Elaboración de un plan estratégico para la construcción de las nuevas instalaciones
- Seguimiento puntual a los siguientes puntos del plan estratégico:
  a. justificación para su autorización
  b. búsqueda del terreno
  c. diseño acorde a las necesidades actuales y futuras
  d. gestión de los recursos para su conclusión y funcionamiento

Metas F: Avance de la construcción del nuevo edificio del InDRE con base a un presupuesto asignado el cual es administrado por la DGDIF que nos informa de los avances y las necesidades **Variables: Avance de la construcción sobre el presupuesto asignado**							
Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Realizado	-----	Visita del Secretario al InDRE	Registro en cartera	Inicio de obra del edificio de oficinas excavación cimentación obras gris	Inicio de obra del edifico de laboratorios excavación cimentación obras gris	Tercera y última parte del edificio de oficinas	Mudanza
Inicio del proyecto	Primer recurso de 99 mdp	Proyecto ejecutivo del edificio de laboratorios		Obra de instalaciones	Adquisición de equipo médico y mobiliario		
Detección de necesidades	Proyecto ejecutivo de oficinas		Segunda parte de obra del edificio de oficinas: instalaciones, pisos, ventanas y cancelería	Construcción de obra exterior	Instalación y puesta en marcha	85.8%	
Primeras propuestas fachadas por DGDIF	Anteproyecto del edificio de laboratorios			Adquisición de maquinaria industrial	Commissioning	85.8%	
	Demolición de edificios				Inauguración	86.0%	
Variable	**Avance de la construcción sobre el presupuesto asignado**						
Porcentaje de avance	**90 % de construcción**						

- Se puede considerar que este es uno de los legados más importantes de esta administración, ya que después de 73 años de la construcción de las instalaciones del InDRE, se logró la aprobación para construir un edificio inteligente, de vanguardia, con tecnología apropiada para un laboratorio nacional de referencia que contará con estándares internacionales de seguridad y que albergará los laboratorios del InDRE en fecha próxima.

* Octubre de 2012

En las siguientes fotografías se muestran diferentes etapas de la construcción de las instalaciones.

Imágenes de la construcción del nuevo InDRE

META G. Capacitación y fortalecimiento técnico

Cumplir con el programa de capacitación para fortalecer la competencia técnica del InDRE y la RNLSP en el periodo considerado.

- De acuerdo con los informes anuales y gracias a que un porcentaje del presupuesto asignado a través del AFASPE se destina para actualizar al personal clave de los Laboratorios Estatales con diplomados, maestrías y otros las metas se han cumplido.

Metas G: Cumplir con el programa de capacitación para fortalecer la competencia técnica del InDRE y la RNLSP en el periodo considerado. **Variables: Realizado sobre lo programado**							
Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	Sin datos	Sin datos	100%	100%	100%	100%	100%
Real	Sin datos	Sin datos	100%	100%	100%	100%	100%
V1 (descripción)	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado
V2 (descripción)	Programado	Programado	Programado	Programado	Programado	Programado	Programado
Porcentaje de avance	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
• la meta se ha cumplido todos los años • la mejora en la capacitación se observa desde el 2010 cuando se asignan recursos de AFASPE • Los avances se identificarán en el segundo semestre de 2011 y 2012.							

Indicadores de Gestión.

Objetivo	Meta	Indicadores de Gestión	Metas			% Alcanzado 2012 vs. 2011	% Alcanzado 2012 vs el programado
			2011	2012			
			Alcanzado	Programado	Alcanzado		
Descentralizar actividades de diagnóstico e incrementar las de referencia	Cumplir con por lo menos el 95% de la cobertura del servicio en muestras que ingresan al InDRE para diagnóstico de referencia y control de calidad.	Muestras reportadas para control de calidad / Muestras recibidas para control de calidad X 100 Muestras reportadas para referencia / Muestras recibidas para referencia X 100	10140 (95.1%) muestras de referencia 36180 (99.5%) muestras de control de calidad	16443 muestras de referencia 24220 muestras de control de calidad	16425 (99.9%) muestras de referencia 24202 (99.9%) muestras de control de calidad	**Referencia** = 99.9% en 2012 vs. 95.1% en 2011 = 99.9/95.1* 100 = **105.04%. Control de Calidad =** 99.5% en 211 vs 99.9 en 2012 = 99.9/99.5* 100=**100.40**%	**Referencia** = 95% programadado y 99.9% alcanzado 2012**. Control de Calidad =** 95% programado en 2011 vs 99.9 en 2012

Objetivo	Meta	Indicadores de	Metas			%	% Alcanzado
	Mejorar la oportunidad de la información de laboratorios para la vigilancia epidemiológica en por lo menos en 85% en 2011 y en 90% 2012	Muestras reportadas en tiempo estándar / Muestras recibidas por diagnóstico X 100	85.73%	90%	90.43%	**Oportunidad**= 85.73% en 2011 vs 90.43 en 2012 = 90.43/85.73*100=**105.48%**	Oportunidad = 90.43 alcanzado vs. 90.0 Programado = 90.43/90.0*100= 100.4
Demostrar la Competencia Técnica	Realizar evaluación de 10 diagnósticos	5 de 26 diagnósticos en 2011 y 10 de 27 diagnósticos en 2012	5 (100%)	10 (100%) en	10 (100%)	10 Diagnóstico validados en 2012 vs 5 Diagnósticos validados en 2011 = 200%	100%
	Contar con 5 métodos acreditados en 2012	Diagnósticos acreditados / diagnósticos programados	No aplica	5	4	No aplica	80%
Realizar capacitación del personal de salud para la atención de problemas específicos.	Cumplir al 100 % lo programado	Cursos Impartidos / Cursos Programados X 100	25 (100%)	32 (100%)	32 (100%)	100%	100%
Apoyar el fortalecimiento de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública	Lograr que por lo menos el 60% de los laboratorios estatales cubran el 90% del marco analítico básico (MAB) en 2011 y 70% de los laboratorios estatales cubran el 90% del marco analítico básico	Laboratorios estatales que cumplen con el 90% del marco analítico básico / Total de Laboratorios Estatales X 100	19 de 31 laboratorios cubren el 90% del MAB (60.29%)	22 laboratorios	22 laboratorios cubre el 90 del MAB (70.96%)	Cobertura = 70.96% en 2012 vs 60.29% en 2011 = 70.96/60.29 = 117%	70.96% alcanzado vs. 70.0 % programado = 70.96/70.0 *100 = 101.3

Objetivo	Meta	Indicadores de	Metas			%	% Alcanzado
	(MAB) en 2012						
	Incrementar en 1% el nivel de desempeño nacional de la RNLSP	% de desempeño nacional alcanzado por la RNLSP / % de desempeño nacional actual de la RNLSP X 100	Indice de Desempeño 3er. Trimestre (2011-2010) 85.32-85.49= -0.17%	85.40%	86.76%	En 2012 se tuvo un incrementó de 2.36% (86.76-85.40) y en 2011 un retroceso de -0.17.	En 2012 se tuvo un incremeto de 2.36 respecto a lo programado (86.76%-85.40%=2.36%

C.2- Situación Financiera.

Estado de Situación Financiera 2011 y 2012

Concepto	2011	2012	Variación	
			Absoluta	Relativa
Activo				
Circulante	52,918,641.35	41,682,878.39	-11,235,762.96	22%
Fijo	433,694,639.67	394,219,344.19	-39,475,295.48	78%
Diferido				
Total Activo	**486,613,281.02**	**435,902,222.58**	**-50,711,058.48**	**100%**
Pasivo				
Circulante	9,098,788.15	5,492,473.77	-3,606,314.38	100%
Fijo				
Otros				
Total Pasivo	**9,098,788.15**	**5,492,473.77**	**-3,606,314.38**	**100%**
Patrimonio	**477,514,492.87**	**430,409,748.81**	**-47,104,744.06**	**100%**
Total Pasivo y Patrimonio	**486,613,281.02**	**435,902,222.58**	**-50,711,058.48**	**100%**

Estado de Resultados 2011 y 2012

Concepto	2011	2012	Variación	
			Absoluta	Relativa
INGRESOS	**1,442,460,529.45**	**1,095,742,983.58**	**-346,717,545.87**	
GASTOS	**1,428,346,213.58**	**1,142,847,727.64**	**-285,498,485.94**	
RESULTADO	**14,114,315.87**	**47,104,744.06**		

D) INTEGRACIÓN DE PROGRAMAS Y PRESUPUESTOS.

D.1 Eficiencia en la captación de los ingresos.

Estado del Presupuesto del Ejercicio Fiscal 2012

Concepto	Original	Modificado	Ejercido	Variación	
				Absoluta	%
Ingresos 2012					
Egresos					
Servicios Personales	353,259,389.00	224,838,644.23	224,838,644.23	0.00	100
Materiales y Suministros	61,047,555.00	72,727,852.01	72,727,852.01	0.00	100
Servicios Generales	15,871,714.00	116,463,665.23	116,463,665.23	0.00	100
SUBSIDIOS	731,713,367.00	681,350,890.67	681,350,890.67	0.00	100
Bienes Muebles e Inmuebles	0.00	0.00	0.00	0	
Obra Pública	0.00	0.00	0.00	0	
Otros	0.00	0.00	0.00	0	
Total Egresos 2012	**1,161,892,025.00**	**1,095,381,052.14**	**1,095,381,052.14**	**0.00**	**100**

D.2 Efectividad en el ejercicio de egresos.

Estado del Presupuesto del Ejercicio Fiscal 2012 por Programa Atendido

Programas Atendidos con el Presupuesto	Importe	%
1.- M001 ADMINISTRATIVO	282,421.77	0.1
2.- P017 CRONICO DEGENERATIVAS	252,588,601.71	23
3.- U008 OBESIDAD	286,061,821.47	26.1
4.- U009 VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	556,448,207.19	50.8
Otros		
Total de Egresos 2012	**1,095,381,052.14**	**100**

Relación de Adecuaciones Presupuestales 2012

NO. AP	NO. PROCESO	AUTORIZADO	FECHA	IMPORTE
112	1792	AF-DG-12-00009	19 de Enero de 2012	500,000.00
179	2873	AFE-12-O00-0018	27 de Enero de 2012	50,000.00
267	4565	2012-12-510-139	3 de Febrero de 2012	500,000.00
306	5352	212-12-NHK-163	7 de Febrero de 2012	368,755.00
564	9356	2012-12-510-300	20 de Febrero de 2012	800,000.00
607	10750	2012-12-510-338	22 de Febrero de 2012	10,500,000.00
663	11794	2012-12-510-367	27 de Febrero de 2012	1,205,800.00
715	12983	2012-12-510-382	29 de Febrero de 2012	2,000,000.00
614	10864	2012-12-510-373	5 de Marzo de 2012	45,849,865.97
839	16428	2012-12-O00-482	8 de Marzo de 2012	1,867,854.62
726	13015	2012-12-O00-436	13 de Marzo de 2012	70,755,098.15
786	14764	2012-12-O00-484	13 de Marzo de 2012	2,061,978.80
868	17263	2012-12-O00-519	13 de Marzo de 2012	6,000,000.00
835	16388	2012-12-513-487	13 de Marzo de 2012	734,409.75
964	19169	2012-12-510-558	16 de Marzo de 2012	11,471,779.80
1021	20460	2012-12-510-567	16 de Marzo de 2012	34,127,181.20
1069	21347	2012-12-513-602	16 de Marzo de 2012	18,525,285.44
1019	20416	2012-12-O00-569	26 de Marzo de 2012	827,596.60
1233	26632	2012-12-O00-691	27 de Marzo de 2012	967,951.56
998	19908	2012-12-510-548	27 de Marzo de 2012	644,313.00
1242	26874	2012-12-513-704	27 de Marzo de 2012	1,626,906.66

1246	26906	2012-12-510-705	28 de Marzo de 2012	98,391.62
1198	25665	2012-12-513-668	28 de Marzo de 2012	179,125.16
1028	20565	2012-12-510-647	28 de Marzo de 2012	184,990,000.00
1064	21174	2012-12-O00-715	1 de Abril de 2012	95,309,138.48
1149	24109	2012-12-O00-716	1 de Abril de 2012	21,405,000.00
1266	27191	2012-12-513-718	1 de Abril de 2012	32,287.75
1593	34980	2012-12-510-897	16 de Abril de 2012	4,617,236.34
1500	32938	2012-12-O00-873	16 de Abril de 2012	649,746.22
1670	36495	2012-12-O00-966	19 de Abril de 2012	5,372,644.22
1730	38058	2012-12-O00-1011	20 de Abril de 2012	2,316,113.00
1510	33014	2012-12-O00-1000	20 de Abril de 2012	2,573,191.02
1774	39336	2012-12-513-1038	24 de Abril de 2012	648,433.80
1872	41395	2012-12-O00-1094	1 de Mayo de 2012	12,500,000.00
1900	41723	2012-12-O00-1117	2 de Mayo de 2012	15,150,001.00
1913	41918	2012-12-O00-1120	2 de Mayo de 2012	1,021,131.86
1879	41447	2012-12-513-1101	2 de Mayo de 2012	434,981.58
1947	42716	2012-12-O00-1132	4 de Mayo de 2012	657,996.42
1950	42859	2012-12-513-1146	4 de Mayo de 2012	20,432.32
1834	40703	2012-12-O00-1105	7 de Mayo de 2012	2,571,580.00
1865	41370	2012-12-O00-1114	7 de Mayo de 2012	30,000,000.00
2004	43958	2012-12-O00-1185	8 de Mayo de 2012	5,918,648.00
2102	45833	2012-12-O00-1219	9 de Mayo de 2012	132,278,260.54
2097	45924	2012-12-O00-1198	14 de Mayo de 2012	12,446,113.12
2000	43576	2012-12-513-1230	15 de Mayo de 2012	1,254,282.70
2201	48993	2012-12-513-1283	15 de Mayo de 2012	1,254,282.70
2247	49704	2012-12-O00-1305	16 de Mayo de 2012	1,890,940.96
2168	48052	2012-12-O00-1319	16 de Mayo de 2012	412,302.00
2320	51431	2012-12-O00-1370	18 de Mayo de 2012	1,393,055.24
2361	52406	2012-12-513-1375	21 de Mayo de 2012	418,873.06
2364	52451	S/N	21 de Mayo de 2012	2,037,027.00
2366	52471	2012-12-O00-1402	21 de Mayo de 2012	10,462,973.00
2431	52406	2012-12-513-1408	22 de Mayo de 2012	621,675.69
2489	56045	2012-12-O00-1460	23 de Mayo de 2012	402,821.21
2465	55017	2012-12-O00-1445	28 de Mayo de 2012	6,913,430.00
2569	58241	2012-12-510-1496	25 de Mayo de 2012	983,144.38
2590	59177	2012-12-510-1511	28 de Mayo de 2012	395,913.69
2577	57091	2012-12-513-1598	6 de Junio de 2012	387,944.66
2598	59245	2012-12-O00-1631	7 de Junio de 2012	1,202,717.00
2621	59622	2012-12-513-1562	4 de Junio de 2012	442,233.19
2629	59687	2012-12-O00-1630	7 de Junio de 2012	4,000,000.00

2647	59781	2012-12-510-1534	11 de Junio de 2012	28,633.35
2648	59783	2012-12-510-1537	11 de Junio de 2012	30,991.22
2668	59963	2012-12-510-1539	11 de Junio de 2012	253,852.85
2669	59968	2012-12-510-1540	11 de Junio de 2012	5,439,387.78
2468	55095	2012-12-510-1733	12 de Junio de 2012	7,315,000.00
2960	65909	2012-12-O00-1732	12 de Junio de 2012	2,555,888.00
2967	66038	2012-12-513-1725	12 de Junio de 2012	2,286,492.77
2992	66800	2012-12-O00-1754	13 de Junio de 2012	946,566.69
2546	57840	2012-12-O00-1667	14 de Junio de 2012	69,723,000.00
2869	64078	2012-12-513-1813	15 de Junio de 2012	70,257.31
3061	68201	2012-12-513-1783	14 de Junio de 2012	488,478.19
3074	68561	2012-12-O00-1825	15 de Junio de 2012	19,555,209.01
2757	61596	2012-12-O00-1677	19 de Junio de 2012	650,000.00
3025	67560	2012-12-510-1857	18 de Junio de 2012	2,048,886.72
3323	73492	2012-12-O00-1957	21 de Junio de 2012	1,023,005.03
3333	73777	2012-12-O00-1949	21 de Junio de 2012	6,789,922.50
3373	74787	2012-12-O00-1976	21 de Junio de 2012	53,065.00
3383	74523	2012-12-510-1991	21 de Junio de 2012	5,603,647.27
3382	75068	2012-12-O00-1993	22 de Junio de 2012	3,986,443.84
3406	75622	2012-12-O00-2019	22 de Junio de 2012	1,917,430.00
3442	76579	2012-12-510-2031	22 de Junio de 2012	230,180.34
3345	73863	2012-12-513-1950	21 de Junio de 2012	67,460.48
3486	78083	2012-12-510-2054	25 de Junio de 2012	146,374.41
3491	78115	2012-12-510-2055	25 de Junio de 2012	417,931.56
3573	79116	2012-12-513-2078	26 de Junio de 2012	1,147,686.32
3595	79292	2012-12-O00-2095	29 de Junio de 2012	3,500,000.00
2894	64679	2012-12-513-1946	26 de Junio de 2012	190,299.26
3191	71129	2012-12-O00-1874	26 de Junio de 2012	1,350,000.00
3628	79652	2012-12-513-2108	2 de Julio de 2012	11,505.86
3640	79653	2012-12-510-2126	2 de Julio de 2012	1,540,513.00
3707	78013	2012-12-513-2173	4 de Julio de 2012	34,022.00
3893	84710	2012-12-O00-2295	9 de Julio de 2012	1,350,000.00
4062	87449	2012-12-O00-2412	12 de Julio de 2012	5,255,073.88
4099	87908	2012-12-510-2411	11 de Julio de 2012	80,020.00
4119	88247	2012-12-510-2410	11 de Julio de 2012	52,774.00
4209	89969	2012-12-510-2506	13 de Julio de 2012	128,000.00
4270	90993	2012-12-O00-2535	16 de Julio de 2012	9,255,867.96
4451	94918	2012-12-O00-2686	20 de Julio de 2012	144,961.30
4454	94936	2012-12-O00-2731	20 de Julio de 2012	98,222.59
4216	90009	2012-12-510-2507	26 de Julio de 2012	2,000,000.00

4314	92051	2012-12-O00-2718	26 de Julio de 2012	3,050,000.00
4582	98700	2012-12-O00-2816	26 de Julio de 2012	1,648,224.20
3542	78555	2012-12-513-2881	26 de Julio de 2012	193,095.47
3744	81691	2012-12-513-2763	26 de Julio de 2012	190,299.27
3755	81940	2012-12-513-2765	26 de Julio de 2012	343,226.98
3961	85740	2012-12-513-2335	26 de Julio de 2012	558,427.24
4667	100670	2012-12-510-2831	26 de Julio de 2012	74,702.17
4668	100671	2012-12-510-2832	26 de Julio de 2012	19,861.43
3371	74731	2012-12-513-2878	30 de Julio de 2012	137,872.67
4679	101022	2012-12-513-2870	1 de Agosto de 2012	9,450,663.08
4700	101598	2012-12-510-2855	1 de Agosto de 2012	27,423.00
4713	101709	2012-12-510-2874	1 de Agosto de 2012	20,068.00
4722	101744	2012-12-510-2887	3 de Agosto de 2012	77,614.00
4720	101741	2012-12-513-2908	6 de Agosto de 2012	119,402,690.40
4861	104638	2012-12-O00-3009	6 de Agosto de 2012	9,255,867.96
4867	104677	2012-12-O00-3010	6 de Agosto de 2012	147,392.90
4818	103699	2012-12-O00-2952	3 de Agosto de 2012	243,361.82
4746	102133	DE PASO S/N	6 de Agosto de 2012	3,000,000.00
4938	106212	2012-12-O00-3045	6 de Agosto de 2012	125,370.50
4946	106400	2012-12-510-3056	6 de Agosto de 2012	422,480.29
5130	110369	2012-12-510-3165	14 de Agosto de 2012	48,000,000.00
5166	111072	2012-12-510-3241	14 de Agosto de 2012	743,635.73
5226	112151	2012-12-513-3230	14 de Agosto de 2012	225,031.69
5252	112792	2012-12-510-3254	14 de Agosto de 2012	7,099.00
5261	112800	2012-12-510-3253	14 de Agosto de 2012	20,777.62
5275	113108	2012-12-513-3262	15 de Agosto de 2012	13,499.19
5276	113067	2012-12-510-3277	15 de Agosto de 2012	19,188.80
5004	107820	2012-12-510-3088	15 de Agosto de 2012	795,643.38
5005	107825	2012-12-O00-3100	15 de Agosto de 2012	2,654,412.00
5006	107850	2012-12-O00-3099	15 de Agosto de 2012	51,662,619.60
5214	111836	2012-12-O00-3227	15 de Agosto de 2012	8,044,100.67
3964	85872	2012-12-513-2883	15 de Agosto de 2012	17,028.05
5382	118510	2012-12-O00-3336	22 de Agosto de 2012	725,950.94
5374	118355	2012-12-O00-3358	23 de Agosto de 2012	3,115,000.00
5395	118987	2012-12-510-3362	24 de Agosto de 2012	5,635,094.67
5473	123059	2012-12-O00-3403	29 de Agosto de 2012	2,556,847.50
5504	123544	2012-12-510-3415	31 de Agosto de 2012	12,356,579.00
5510	123626	2012-12-510-3418	31 de Agosto de 2012	1,786,779.36
5512	123810	2012-12-O00-3419	3 de Septiembre de 2012	1,379,571.53
5560	125238	2012-12-510-3443	4 de Septiembre de 2012	9,976,000.00

5556	125034	2012-12-510-3444	7 de Septiembre de 2012	2,370,000.00
5644	127678	2012-12-510-3502	7 de Septiembre de 2012	2,031,299.00
5650	127922	2012-12-O00-3486	7 de Septiembre de 2012	278,400.00
5651	127942	2012-12-O00-3508	10 de Septiembre de 2012	3,000,000.00
5666	128246	2012-12-510-3493	7 de Septiembre de 2012	3,702,252.49
5724	130224	2012-12-510-3536	12 de Septiembre de 2012	1,193,745.22
5785	132419	2012-12-513-3569	14 de Septiembre de 2012	102,658.69
5825	133619	2012-12-O00-3613	18 de Septiembre de 2012	8,636,896.96
5907	134945	2012-12-513-3629	19 de Septiembre de 2012	1,870,628.00
5940	136226	2012-12-513-3644	19 de Septiembre de 2012	1,638,903.80
5821	133565	2012-12-O00-3669	20 de Septiembre de 2012	6,305.00
5871	134096	2012-12-O00-3681	21 de Septiembre de 2012	48,053,271.72
5973	137120	2012-12-513-3665	20 de Septiembre de 2012	16,124.00
6006	138505	2012-12-510-3697	21 de Septiembre de 2012	900,000.00
6013	138727	2012-12-O00-3714	24 de Septiembre de 2012	2,172,238.46
6065	140532	2012-12-510-3722	25 de Septiembre de 2012	1,041,790.86
5442	120991	2012-12-513-3594	24 de Septiembre de 2012	194,217.84
6054	140275	2012-12-O00-3748	27 de septiembre de 2012	1,019,292.00
6111	141361	2012-12-510-3750	28 de septiembre de 2012	305,875.18
6123	141434	2012-33-416-76	28 de septiembre de 2012	235,132.37
6147	141638	2012-12-510-3763	1 de octubre de 2012	1,068,454.66
6173	142786	2012-12-O00-3788	3 de octubre de 2012	272,471.00
6224	143985	2012-12-510-3800	4 de octubre de 2012	56,790.60
6227	144049	2012-12-510-3809	4 de octubre de 2012	53,612.76
6261	145366	2012-12-O00-3817	5 de octubre de 2012	14,055,252.24
6003	138353	2012-12-O00-3771	8 de octubre de 2012	450,000.00
6004	138433	2012-12-O00-3774	8 de octubre de 2012	3,000,000.00
6348	148926	2012-12-O00-3871	10 de octubre de 2012	21,934.50
6386	150053	2012-12-513-3874	11 de octubre de 2012	730,160.79
6421	150796	2012-12-510-3909	12 de octubre de 2012	3,194,735.64
6422	150998	2012-12-510-3908	12 de octubre de 2012	260,000.00
6453	151635	2012-12-O00-3913	15 de octubre de 2012	2,414,042.50
6489	152288	2012-12-O00-3960	17 de octubre de 2012	140,060.00
6468	152015	2012-12-513-3933	18 de octubre de 2012	202,528.52
6566	154149	2012-12-513-3974	18 de octubre de 2012	535,464.76
6573	154176	2012-12-513-3975	18 de octubre de 2012	6,028,788.56
6012	138591	2012-12-513-3839	17 de octubre de 2012	1,109,756.50
6721	157927	2012-12-513-4046	23 de octubre de 2012	44,629.36
6768	159780	2012-12-510-4065	23 de octubre de 2012	128,580.08
6762	159641	2012-12-513-4066	24 de octubre de 2012	20,000.00

6799	160590	2012-12-510-4077	24 de octubre de 2012	80,704.02
6811	163587	2012-12-510-4087	26 de octubre de 2012	20,000.00
6821	164063	2012-12-513-4097	26 de octubre de 2012	20,000.00
6837	164488	2012-12-510-4098	26 de octubre de 2012	175,175.72
6818	163940	2012-12-513-4101	29 de octubre de 2012	591.30
6881	165133	2012-12-510-S/N	31 de octubre de 2012	749,222.60
6883	165145	2012-12-510-S/N	31 de octubre de 2012	3,300,257.89
6885	165154	2012-12-510-S/N	31 de octubre de 2012	3,862,204.54
6892	165275	2012-12-513-4119	31 de octubre de 2012	816,641.23
6906	165335	2012-12-510-4123	5 de noviembre de 2012	8,157,788.00
6914	165427	2012-12-513-4133	5 de noviembre de 2012	1,000,000.00
6946	166667	2012-12-513-4155	5 de noviembre de 2012	675,000.00
6966	167034	2012-12-513-4156	6 de noviembre de 2012	829,264.78
6986	167639	2012-12-510-4177	6 de noviembre de 2012	73,161.60
7037	169013	2012-12-510-4207	7 de noviembre de 2012	350,000.00
7124	170550	2012-12-513-4220	9 de noviembre de 2012	1,824,759.97
7165	171571	2012-12-510-4252	9 de noviembre de 2012	567,444.76
7174	171742	2012-12-513-4256	12 de noviembre de 2012	98,549.95
7245	173001	2012-12-510-4292	13 de noviembre de 2012	4,875,049.61
7260	173675	2012-12-513-4301	13 de noviembre de 2012	6,159,499.00
7257	173530	2012-12-510-4306	13 de noviembre de 2012	1,660,363.68
7267	173760	2012-12-510-4307	13 de noviembre de 2012	189,882.08
7162	171481	2012-12-510-4249	14 de noviembre de 2012	4,000,000.00
7307	174284	2012-12-513-4330	14 de noviembre de 2012	453,480.00
7371	175412	2012-12-O00-4374	15 de noviembre de 2012	451,621.34
7477	178291	2012-12-513-4409	20 de noviembre de 2012	1,536,220.40
7463	177860	2012-12-O00-4427	21 de noviembre de 2012	37,847.80
7527	179536	2012-12-510-4433	21 de noviembre de 2012	2,442,641.29
7559	180498	2012-12-O00-4453	22 de noviembre de 2012	217,633.96
7571	180771	2012-12-510-4465	22 de noviembre de 2012	163,724.00
7579	180924	2012-12-513-4464	22 de noviembre de 2012	93,000.00
7590	181118	2012-12-513-4466	22 de noviembre de 2012	1,500,000.00
7623	181639	2012-12-510-4485	23 de noviembre de 2012	163,724.00
7624	181660	2012-12-510-4481	23 de noviembre de 2012	1,400.00
7554	180319	2012-12-513-4463	26 de noviembre de 2012	1,398,387.05
7701	183700	2012-12-513-4549	27 de noviembre de 2012	2,614,847.74
7741	184472	2012-12-513-4559	28 de noviembre de 2012	700,000.00
7768	185155	2012-12-513-4593	29 de noviembre de 2012	157,275.70
7769	185156	2012-12-513-4594	30 de noviembre de 2012	802,500.00
7585	181043	2012-12-513-4468	28 de noviembre de 2012	4,214,837.49

7674	183049	2012-12-513-4575	30 de noviembre de 2012	433,800.00
7774	185167	2012-12-513-4595	04 de diciembre de 2012	3,100,000.00
7861	187478	2012-12-510-4634	05 de diciembre de 2012	3,685,000.00
7796	185298	2012-12-510-4602	06 de diciembre de 2012	1,534,722.68
7951	190376	2012-12-O00-4679	07 de diciembre de 2012	320,662.96
7578	180896	2012-12-513-4617	05 de diciembre de 2012	2,518,144.13
7584	181009	2012-12-513-4618	05 de diciembre de 2012	24,819.67
7865	187527	2012-12-513-4714	10 de diciembre de 2012	700,000 161,000
8039	193133	2012-12-513-4743	10 de diciembre de 2012	141,000.00
8089	194599	2012-12-510-4780	12 de diciembre de 2012	9,588.16
8177	197199	2012-12-513-4851	14 de diciembre de 2012	130,554.55
7888	188125	2012-12-510-4846	19 de diciembre de 2012	2,587,768.99
8029	193006	2012-12-510-4759	17 de diciembre de 2012	507,450.67
8222	198952	2012-12-513-4886	21 de diciembre de 2012	2,486,930.43
8261	199526	2012-12-510-4880	23 de diciembre de 2012	4,427,403.98
8420	202639	2012-12-510-4974	27 de diciembre de 2012	2,597,391.23
8424	202643	2012-12-510-4971	27 de diciembre de 2012	376,267.56
8425	202644	2012-12-510-4972	27 de diciembre de 2012	24,166.02
8453	203183	2012-12-513-4988	28 de diciembre de 2012	3,792,469.32
8477	204927	2012-12-513-5009	31 de diciembre de 2012	5,108,600.37
8513	205865	2012-12-513-5016	31 de diciembre de 2012	108,886.59
8505	205587	2012-12-513-5019	31 de diciembre de 2012	5,108,600.37
8508	205764	2012-12-513-5020	31 de diciembre de 2012	180,638.45
8579	206604	2012-12-510-5047	31 de diciembre de 2012	252,470.59
8582	206628	2012-12-O00-5051	31 de diciembre de 2012	29,337.78
8597	206842	2012-12-510-5052	31 de diciembre de 2012	288,184.96
8580	206608	2012-12-513-5054	31 de diciembre de 2012	746,966.88
8589	206710	2012-12-513-5069	31 de diciembre de 2012	98,885.41
8609	207095	2012-12-510-5062	31 de diciembre de 2012	933,996.34
8548	206288	2012-12-513-5056	31 de diciembre de 2012	27,095.76
8617	207274	2012-12-510-5078	31 de diciembre de 2012	629,597.75
8624	207528	2012-12-513-5086	31 de diciembre de 2012	672,630.22
8658	208317	2012-12-510-5104	31 de diciembre de 2012	8,259.45
8691	208847	2012-12-513-5120	31 de diciembre de 2012	3,478.14
8687	208830	2012-12-510-5119	31 de diciembre de 2012	233,361.84
8696	208854	2012-12-513-5123	31 de diciembre de 2012	220,485.71
8697	208855	2012-12-513-5124	31 de diciembre de 2012	693.38
8742	210148	2012-12-510-5143	31 de diciembre de 2012	1,376,731.33
8755	210355	2012-12-513-5161	31 de diciembre de 2012	205,609.08

8772	210615	2012-12-510-5170	31 de diciembre de 2012	101,922.48

D.3 Sistema de Evaluación del Desempeño

CÓLERA y URGENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS

CUENTA PÚBLICA 2012
URGENCIAS (Pesos)

GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	PRESUPUESTO			
						AUTORIZADO	MODIFICADO	DEVENGADO	EJERCIDO
2	**3**	**01**	**016**	**U009**	**Vigilancia epidemiológica**	**62,317,362**	**54,162,190**		**54,162,190**
					Capitulo 1000 Servicios Personales	0	0		0
					Gastos de Operación	0	25,531,505		25,531,505
					Subsidios	62,317,362	28,630,685		28,630,685
					Otros de Corriente	0	0		0
					Total Corriente	62,317,362	54,162,190		54,162,190
					Inversión Física		0	0	0
					Subsidios				
					Gasto Inversión	0	0		0
2	**3**	**04**	**014**	**P014**	**Promoción de la salud, prevención y control de enfermedades crónico degenerativas y transmisibles y lesiones**	**0**	**3,000,000**		**3,000,000**
					Capitulo 1000 Servicios Personales				
					Gastos de Operación				
					Subsidios	0	3,000,000		3,000,000
					Otros de Corriente				
					Total Corriente	0	3,000,000		3,000,000
					Inversión Física				
					Subsidios				
					Gasto Inversión	0	0		

					Total del Programa	**62,317,362**	**57,162,190**		**57,162,190**
					Capitulo 1000 Servicios Personales	0	0	0	0
					Gastos de Operación	0	25,531,505	0	25,531,505
					Subsidios	62,317,362	31,630,685	0	31,630,685
					Otros de Corriente	0	0	0	0
					Total Corriente	62,317,362	57,162,190		57,162,190
					Inversión Física				
					Subsidios				
					Gasto Inversión	0	0		

CÓLERA

Unidad Administrativa: Programa de Prevención de Cólera

No.	Descripción				Avance del indicador		Comentarios
	Objetivo estratégico	Meta	Estrategia	Indicadores	Programado anual 2012	Alcanzado	
1	Mantener bajo control epidemiológico el *Vibrio cholerae* en el territorio nacional.	Mantener en cero la letalidad por cólera	Mantener bajo control epidemiológico el Vibrio cholerae en el territorio nacional.	Líderes estatales capacitados	32 Líderes	25%	Estados que se capacitarón en el tema de cólera: Hidalgo, Veraruz, Nayarit, Estado de México y Puebla. En este año no se realizó la Reunión Anual con los 32 responsables estatales del programa.
2				Búsqueda intencionada en el 2% de la totalidad de diarreas reportadas en SUIVE	2%	2.70%	Se alcanzó la meta.
4				Reuniones intersectoriales efectuadas en el año (1 por trimestre)	4	100%	Se efectuaron cuartro reuniones intersectoriales, con la participación de distintas dependencias y actores involucrados.
5				Número de operativos preventivos	2	150%	Operativo preventivos: 1) Visita dse Juan Pablo II en Guanajuato 2) Peregrinación Nieblas-Basilica de Guadalupe 3) Operativo preventivo de diarreas en el estado de Nayarit.
6				Brotes de enfermedad diarreica aguda atendidos por las entidades federativas.	90%	100%	Se reportaron 157 brotes por las entidades federativas y fueron atendidos el 100% de las notificaciones.
7				Brotes atendidos por el nivel federal, en los que se vea rebasada la capacidad de respuesta estatal.	NA	NA	No se han atendido brotes por parte del nivel federal.
8				Número de entidades en las que en su Comité Estatal para la Seguridad en Salud incluye y da seguimiento a las acciones de cloración del agua.	80%	80%	Se han fortalecido acciones al interior de los Comités Estatales de Seguridad en Salud y Vigilancia Epidemiológica, en especifico las actividades de prevenciòn y control de diarreas con énfasis en cólera
9				Número de estados con asesoría y supervisión.	8 entidades	63%	Las entidades a las que se les ha brindado asesoría en el tema de cólera son: Estado de México, Hidalgo, Puebla, Nayarit y Veracruz (5).
10				Número de evaluaciones efectuadas a las entidades federativas.	4	100%	La evaluación se realiza trimestralmente.

URGENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS Y DESASTRES

No.	Descripción			Avance del indicador				
				Programado Anual	Trimestre		Acumulado	
	Objetivo	Meta	Indicador		Programado	Alcanzado	Programado	Alcanzado
	Proteger la salud de la población de los riesgos y daños originados por una emergencia en salud, a través de la aplicación de las medidas preventivas y de control de enfermedades	Mantener actualizados los enlaces estatales: 32 (100%)	Porcentaje de SESAs con enlace formal.	100%	100%	100%	100%	100%
2		Verificar el funcionamiento de los Comités Estatales para la Seguridad en Salud: 32 estados (100%)	Porcentaje de Estados con reuniones (Comités estatales activos).	100%	32 EDOS (100%)	20 EDOS (62.5%)	32 EDOS (100%)	28 EDOS (87.5%)
3		Atender las emergencias en salud en las entidades federativas que requieran apoyo: 100%	Operativos realizados en apoyo a las entidades federativas.	100%	100%	0 (0%)	100%	9 (100%)
4		Verificación de la atención oportuna (< de 48 hrs.) ante desastres: 100%	Porcentaje de atención oportuna (<48 hrs.) de los desastres registrados.	100%	100%	23 (100%)	100%	172 (100%)
5		Responsables de programa capacitados: 32 (100%)	Porcentaje de responsables del programa capacitados.	(32) 100%	32 (100%)	1 (3.13%)	100%	6 (18.8%)
6		Cursos y/o asesorías: 6 (100%)	Porcentaje de cursos y/o asesorias realizados.	(6) 100%	0 (0%)	0 (0%)	6 (100%)	6(100%)

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR

- Avance del gasto público de los programas de las Enfermedades Transmitidas por Vector

DENOMINACIÓN	AUTORIZADO	MODIFICADO	DEVENGADO	EJERCIDO

PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR	$226,927,051.37	$0.00	$0.00	$226,927,051.37
Gastos de Operación	$226,927,051.37	$0.00	$0.00	$226,927,051.37
Total Corriente	$226,927,051.37	$0.00	$0.00	$226,927,051.37

DENGUE

FORMATO PARA LA VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS Y METAS INSTITUCIONALES Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES

Unidad administrativa: CENAPRECE, Programa de Prevención y Control del Dengue **Periodo Cuarto Trimestre 2012**

PROGRAMA DE DENGUE

	Descripción				Avance del indicador				Comentarios
				Programado	Trimestre		Acumulado		
No.	Objetivo	Meta	Indicador	Anual	Programado	Alcanzado	Programado	Alcanzado	
1	1. Reducir el riesgo de exposición por dengue, mediante acciones oportunas del control del vector dirigidas por la vigilancia epidemiológica y entomológica.	Reducir 5% la incidencia anual FD: (10,828) FHD: (4,739) y la letalidad por debajo del 1%.	No. de localidades intervenidas y centinela con vigilancia entomológica	255 localidades en 26 estados	16 localidades en 8 estados	91 localidades en 24 estados	16 localidades en 8 estados	488 localidades en 30 estados	Al cierre del 2012 se ha registrado la implementación de la vigilancia entomológica por ovitrampas en 30 estados, 354 municipios y 488 Localidades
2			No. de estados con vigilancia virológica en el país	32 estados	24 estados	6 estados	24 estados	25 estados	Fuente: Panorama Epidemiológico de FD y FHD en entidades federativas a la Semana 52-2012 DGE.
3			Plataforma de información enlazada a SIG	32 estados	32 estados	32 estados	32 estados	32 estados	La plataforma de vigilancia epidemiológica módulo dengue/DGE ya opera en todo el país.
4			No. de localidades con cobertura de aplicación de larvicida	378 localidades	96 localidades	485 localidades	809 localidades	928 localidades	Durante el inicio del año se realizaron acciones de contención de brotes en algunas entidades, particularmente en la Península de Yucatán, información preliminar de la Plataforma de Vigilancia Entomológica y Control Integral del Vector semana 52.
5			No. de localidades con cobertura de nebulización ULV	378 localidades	94 localidades	484 localidades	808 localidades	927 localidades	
6			Casos hospitalizados con manejo y seguimiento oportuno	95% de los casos de FHD reportados	95% de los casos de FHD reportados (3,094)	3,250 pacientes	95% de los casos de FHD reportados (13,029)	13,715 pacientes	Casos con manejo hospitalario reportados por las Unidades Médicas de todo el país a través de la plataforma de vigilancia epidemiológica módulo dengue/DGE hasta la SE 52-2012
7			No. de cursos impartidos	29 estados capacitados	29 estados capacitados	29 estados capacitados	29 estados capacitados	29 estados capacitados	Capacitaciones brindadas a los responsables de vectores estatales en la 1a y 2a Ronda de Reuniones Regionales que se efectuaron en los meses de Marzo y Agosto.
	Descripción				Avance del indicador				Comentarios
				Programado	Trimestre		Acumulado		
No.	Objetivo	Meta	Indicador	Anual	Programado	Alcanzado	Programado	Alcanzado	
8	2.Intensificar las acciones de promoción y protección de la salud con corresponsabilidad municipal y ciudadana para el autocuidado de la salud y el fomento de entornos saludables	Meta 2012: Aumento del 10% de manzanas con patio limpio.	Cobertura de patio limpio	181,057 manzanas	45,264 manzanas	11,701 manzanas	45,264 manzanas	30,917 manzanas	Información proporcionada por DGPS al mes de Noviembre
			Comités Intersectoriales trabajando	17 Comites	3 Comités	3 Comités	3 Comités	18 Comités	Los Comités Estatales Intersectoriales han operado en los estados de Baja California Sur, Campeche, Colima, Chiapas, Guerrero, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Oaxaca, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Veracruz y Yucatán.
			No. de cursos de capacitación realizados	32 estados capacitados	32 estados	5 estados	32 estados	5 estados	Información proporcionada por DGPS al mes de Noviembre
			Campañas de comunicación de riesgo	3 campañas	2 campañas	s/r	2 campañas	s/r	La DGCS no ha proporcionado información al programa
9	3. Evitar el incremento en la incidencia y mortalidad por dengue posterior a desastres naturales y atender con oportunidad eventos emergentes	Meta 2012: Atender el 100% de los desastres naturales y eventos de concentración masiva de la entidades federativas con capacidad de respuesta rebasada.	Equipos de fuerza de tarea integrados	100%	4 equipos	100%	4 equipos	100%	Estos indicadores fueron creados para reportarse en contingencias derivadas de desastres naturales, eventos de concentración masiva o situaciones de emergencia epidemiológica. Durante 2012 se han atendido las alertas epidemiológicas por brotes y de vigilancia por la visita del Papá y el G-20.
			Clínicas de monitoreo activadas	100%	3 clínicas de monitoreo	100%	3 clínicas de monitoreo	100%	
			Estaciones centinela activadas	100%	3 estaciones entomológicas centinelas	100%	18 estaciones entomológicas centinelas	100%	
			Operativos implementados en situaciones emergentes	100%	5 operativos	100%	15 operativos	100%	

PALUDISMO

No.	Descripción			Avance del indicador					Comentarios
				Programado Anual	Trimestre		Acumulado		
	Objetivo	Meta	Indicador		Programado	Alcanzado	Programado	Alcanzado	
1	1. Reducir del riesgo de exposición por paludismo, mediante acciones oportunas del control del parásito y del vector.	Reducir 10% la incidencia anual casos nuevos de paludismo por Plasmodium vivax (1,013) Plasmodium falciparum (0) y Reducir el 10% de localidades positivas (517).	No. de casos nuevos registrados por Plasmodium vivax	1,013	253 casos	271 casos	1013 casos	800 casos	El cumplimiento en relación a lo programado fue de - 21%, con lo cual significa que se obtuvo la reducción mas baja en la historia de la enfermedad.
2			No. de casos nuevos registrados por Plasmodium falciparum	< de 20 casos autóctonos	20 casos	0 casos	< de 20 casos autóctonos	0 casos	La meta se logró, al mantener en Cero casos por *P. falciparum* , debido principalmente a la detección, diagnóstico y tratamiento oportuno en las 32 entidades federativas
3			Numero de localidades positivas nuevas en el año	517	129	102	517	449	Al igual que la transmisión, se lograron impactos significativos en la reducción de localidades positivas con un -13.1% de lo programado en el año.
4			No. de localidades con cobertura de limpieza de criaderos de anofelinos	3000 localidades	3000	3002	3000	3018	La meta se ha cumplido satisfactoriamente, las localidades trabajadas en la limpieza de criaderos, son trabajadas mensualmente y los reportes de las acciones están en poder de las entidades federativas.
5			No. de estados capacitados	29 estados capacitados	29 estados capacitados	29 estados capacitados	29 estados capacitados	29 estados capacitados	Se cumplió con la meta, en las dos reuniones efectuadas en el mes de marzo, asi como la realización de 4 reuniones regionales a Jefes de Distrito, Jefes de Sector y Jefes de Programa Estatales donde se capacitaron a mas de 400 personas del programa
6	2.Fortalecer el Proceso de Certificación de Áreas Geográfica Libres de Paludismo	Meta 2012: Mantener anualmente, 22 entidades federativas libres de transmisión	No. de Entidades Federativas con Certificación de Eliminación de la transmisión	2	1	1	2	1	22 estados sin transmisión. En todos se esta actualizando el proceso de certificación, sin embargo esta ha sufrido un rezago debido a que los estados han atendido otras prioridades como el dengue, por ello falto un estado para cumplir con la meta.
			Comités de Certificación de Áreas Geográficas Libres de Paludismo trabajando.	22 Comités	14 Comités	14 Comités	14 Comités	14 Comités	Los Comités Estatales de Certificación están operando de Acuerdo a minutas de trabajo y evaluaciones realizadas por personal técnico del CENAPRECE
7	3. Evitar el incremento en la incidencia por paludismo posterior a desastres naturales y atender con oportunidad los brotes	Meta 2012: Atender el 100% de los brotes y desastres naturales de la entidades federativas con capacidad de respuesta rebasada.	Brotes o emrgencias espidemiológicas atendidas	100%	3 equipos	3	3 equipos	3	Se ha atendido en el presente año los estados de Durango, Nayarit y Sinaloa. Chiapas y Oaxaca finalmente evolucionaron bien y no registraron endemia superior al año anterior.

FORMATO PARA LA VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS Y METAS INSTITUCIONALES Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES

Unidad administrativa CENAPRECE, Programa de Oncocercosis y OETV — **Periodo 4to Trimestre 2012**

PROGRAMA DE ONCOCERCOSIS

No.	Descripción			Programado Anual	Avance del indicador										Comentarios: establecer lo que corresponda al 4to trimestre
					1er Trimestre		2do Trimestre		3er Trimestre		4to Trimestre		Acumulado		
	Objetivo	Meta	Indicador		Programado	Alcanzado	Programado	Alcanzado	Programado	Alcanzado	Programado	Alcanzado	Programado	Alcanzado	
1	1. Coadyuvar en la actulización de conocimiento sobre oncocercosis en el personal operativo y población en general	Lograr que Chiapas y Oaxaca cumplan con los compromisos nacionales e internacionales de la Eliminación de la Oncocercosis	Reuniones con asistentes federales / reuniones programadas * 100	7 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	2 (100%)	1 (50%)	3 (100%)	2 (66.66%)	1(100%)	1(100%)	7 (100%)	5 (71.4%)	IACO 2012 del 24 al 26 de Octubre, en Tuxtla Gutiérrez
2		Contribuir a mantener la interrupción de la transmisión de *Onchocerca volvulus* en los 3 focos oncocercosos actuales	Supervisiones realizadas / supervisiones programadas * 100	4 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	0 (0.0%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	3(300%)	4 (100%)	5(125%)	Supervisión de actividades del Programa de Chiapas y Oaxaca, previo a la IACO 3 reuniones ocurridas en Chiapas
3	2. Coadyuvar y asesorar al estado de Chiapas en la gestión para adquisición de medicamento	Apoyar en la gestión para la adquisición del medicamento mectizan	Arribo del medicamento a México en 2011	0 tabletas	0	0	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	En la reunión del PCC determinaron la transmisión se interrumpió se entró en Vigilancia Epidemiológica Postratamiento, ya no se solicitó medicamento para 2012.

ACIÓN POR PICADURA DE ALACRÁN

No.	Descripción			Programado Anual	Avance del indicador										Comentarios
					Trimestre		2do Trimestre		3er Trimestre		4to Trimestre		Acumulado		
	Objetivo	Meta	Indicador		Programado	Alcanzado	Programado	Alcanzado	Programado	Alcanzado	Programado	Alcanzado	Programado	Alcanzado	
4	1. Coadyuvar en la reducción de casos y de de defunciones por IPPA en estados endémicos	Disminuir en 6 % el número de casos y abatir las defunciones en 35 % durante 2010	Nº de cursos realizados / Nº de cursos programados	2 (100%)	0	0	0	0	1 (100%)	1 (100%)	2 (100%)	3 (150%)	2 (100%)	4 (200%)	Se realizo taller de capacitación en la ciudad de Guadalajara, y se incluyo en las capacitaciones regionales: Michoacán, Veracruz y Puebla
5		Verificar la aplicación de la NOM-033 en 10 estados endémicos	Nº de unidades de salud supervisadas	20	5 (100%)	0	5 (100%)	0	5 (100%)	0	5 (100%)	1 %(0.05)	20 (100%)	0 (0%)	Durante la capacitación en la ciudad de Guadalajara, se mantuvo supervisión al programa

PROGRAMA DE LEISHMANIASIS 125

No.	Descripción			Programado Anual	Avance del indicador										Comentarios
					Trimestre		2do Trimestre		3er Trimestre		4to Trimestre		Acumulado		
	Objetivo	Meta	Indicador		Programado	Alcanzado	Programado	Alcanzado	Programado	Alcanzado	Programado	Alcanzado	Programado	Alcanzado	
6	1. Coadyuvar en la generación de conocimiento y actualización sobre Leishmaniasis, sus formas clínicas, transmisión en el personal operativo ymédico	Lograr que las entidades federativas cumplan con las metas nacionales mediante el cumplimiento de la normatividad nacional	Entidades federativas supervisadas / entidades federativas programadas	3	0	0	1	0	1 (100%)	0%	1(100%)	0 (0%)	3 (100%)	0%	Supervisiones empezaran en el segundo trimestre de 2012, pero se supervisaron sus avances en las reuniones reginales centro-Sur Sureste y Norte-Centro Occidente
7	2. Reforzar el sistema de vigilancia epidemiológica del programa		Reuniones realizadas / reuniones programadas * 100	4 (100%)	2 (100%)	2(100%)	0	0	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	2 (200%)	4 (100%)	5 (125%)	Reunión Regional de Vectores Veracruz y en la capacitación de Jalisco
8	3. Coadyuvar y asesorar a las entidades federativas en la gestión para adquisición de medicamento		Estados que adquirieron medicamento / estados con casos de leishmaniasis * 100	10 (100%)	0	0	0	0	10 (100%)	2 (20%)	8 (100%)	0.00%	10 (100%)	2 (20%)	Estados que reportan compra (Campeche y QuintanaRoo)

ENFERMEDAD DE CHAGAS

No.	Descripción			Programado Anual	Avance del indicador										Comentarios
					Trimestre		2do Trimestre		3er Trimestre		4to Trimestre		Acumulado		
	Objetivo	Meta	Indicador		Programado	Alcanzado	Programado	Alcanzado	Programado	Alcanzado	Programado	Alcanzado	Programado	Alcanzado	
9	1. Coadyuvar en la generación de conocimiento y actualización sobre Enfermedad de Chagasen el personal operativo y médico	Actualizar 80% o más del personal operativo y médico de 10 entidades federativas endémicas en el Programa de Acción Específico	Talleres realizados / talleres programados * 100	4 (100%)	2 (100%)	2 (100%)	0	0	1	0%	1 (100%)	5(500%)	4 (100%)	7(175%)	Reunión Regional de Vectores Centro-Sur Sureste y Norte -centro Occidente Sinaloa. Michoacan, Jalisco, Puebla y Veracruz
10	2. Manejo integrado de la enfermedad de Chagas	Verificar la aplicación de la NOM respecto a la enfermedad de Chagas	Estados supervisados / estados programados * 100	3 (100%)	0	0	0	0	1	0%	2 (100%)	2 (100%)	3 (100%)	2(66.6%)	Avances en reuniones com Jalisco, y Puebla
11	3. Tratamiento y seguimiento de pacientes chagásicos	Garantizar tratamiento y seguimiento de 100% de pacientes chagásicos	Pacientes tratados / confirmados por laboratorio * 100	600 (100%)	151 (100%)	151 (100%)	0	0	224	2%	225 (100%)	391 (173%)	600 (100%)	547 (91.16%)	Se recibieron 1441 frascos de lampit OPS/OMS donación.
12	4. Generar un Manual para la Enfermedad de Chagas	Contar con un manual actualizado sobre le Enfermedad de Chagas para distribuir a 20 estados endémicos	Estados con manual / estados programados * 100	32 (100%)	0	0	32	0	32	0%	32 (100%)	* Manual en revisión a OPS y MSF	32 (100%)	* Manual en revisión a OPS y MSF	El manual esta en revisión por la OPS y MSF

PROGRAMA DE VIRUS DEL OESTE DEL NILO

No.	Descripción			Programado Anual	Avance del indicador										Comentarios
					Trimestre		2do Trimestre		3er Trimestre		4to Trimestre		Acumulado		
	Objetivo	Meta	Indicador		Programado	Alcanzado	Programado	Alcanzado	Programado	Alcanzado	Programado	Alcanzado	Programado	Alcanzado	
13	1. Reforzar las actividades de vigiancia l en estados prioritarios	Reforzar los compromisos y acciones del Comité Intersectorial federal de VON	No. de Comités establecidos/Entidades programadas*100	0	0	0	0	0	0	0	6	4(66.6%)	6	4(66.6%)	Se establecieron 4 comités (Veracruz Sonora, Jalisco y Campeche)
14	2. Reunión anual de evaluación con los estados prioritarios	Evaluación periódica de los programas operativos de las entidades prioritarias	No. de entidades visitadas /entidades programadas *100	0	0	0	0	0	0	0	0	1 (100%)	0	1 (100%)	Se asistió al estado de Chihuahua durante el último trimestre
15	3. Evaluar el impacto de las acciones realizadas al interior de las entidades federativas	Estandarizar los criterios operativos en las entidades	No. de entidades capacitadas /entidades programadas *100	0	0	0	0	0	0	0	0	3 (100%)	0	3 (100%)	Reunión Regional de Vectores Centro-Sur Sureste y Norte -centro Occidente Sinaloa. Michoacán y Veracruz

TUBERCULOSIS Y LEPRA

Avance del gasto público de los programas Tuberculosis y Lepra 2012

SECRETARIA DE SALUD									
CUENTA PÚBLICA 2012									
ANÀLISIS FUNCIONAL PROGRÁMATICO ECONÓMICO									
UNIDAD O00 CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE ENFERMEDADES									
TUBERCULOSIS LEPRA (Pesos)									
GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	PRESUPUESTO			
						UTORIZAD	ODIFICAD	DEVENGADO	EJERCIDO
2	3	04	014	P014	Promoción de la Salud, prevención y control de enfermedades crónico degenerativas y transmisibles y lesiones Tuberculosis - Lepra	12,987,545	10,928,177	0	10,928,177
					Capitulo 1000 Servicios Personales				
					Gastos de Operación	12,987,545	10,228,177		10,228,177
					Subsidios	0	700,000		700,000
					Otros de Corriente				
					Total Corriente	12,987,545	10,928,177		10,928,177
					Inversión Física				
					Subsidios				
					Gasto Inversión	0	0		

DIABETES E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Eficiencia en la captación de los ingresos

Distribución del Presupuesto asignado al Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano

DENOMINACIÓN	PRESUPUESTO			
	AUTORIZADO	MODIFICADO	DEVENGADO	EJERCIDO
Prevención contra la obesidad	**259,843,000**	**0**		**259,843,000**
Capitulo 1000 Servicios Personales				
Gastos de Operación	75,143,000			75,143,000
Subsidios	184,700,000			184,700,000
Otros de Corriente				
Total Corriente	259,843,000	0		259,843,000
Inversión Física				
Subsidios				
Gasto Inversión	0	0		0

Descripción			Acumulado		Comentarios
Objetivo	Meta	Programado Anual	Programado	Alcanzado	
Generar información oportuna y de calidad a escala nacional, estatal y regional para la evaluación de las acciones del Programa y favorecer la toma de decisiones.	Asesorar y supervisar en el programa de acción	40 supervisiones	30	60%* (12)	*No se contó con presupuesto desde el primer trimestre
	Evaluar trimestralmente los indicadores a través del Boletín de Envejecimiento	4	3	100%* (3)	*A noviembre
Promover acciones que reduzcan la incidencia de la Diabetes Mellitus y Enfermedades Crónicas no Transmisibles asociadas, para coadyuvar a desacelerar la mortalidad.	2.Mantener en cifras de control glucémico al 50% de los pacientes con diabetes en tratamiento	**50% meta 2012**	**50%**	**42.5%**	**NO ACUMULADO DATOS PRELIMINARES**
Incrementar la detección oportuna de diabetes mellitus entre la población de riesgo para su control integral	5.Alcanzar una cobertura anual de detección de diabetes mellitus en 20% de la población de 20 años y más con sobrepeso, obesidad, abdominal o antecedentes familiares con diabetes y una cobertura total de 50% al término de la Administración.	**12038677 (100%)**	**12038677 (100%)**	**11794992 (97.9%)**	**DATOS PRELIMINARES**
Promover acciones que reduzcan la incidencia de la Diabetes Mellitus y Enfermedades Crónicas no Transmisibles asociadas, para coadyuvar a desacelerar la mortalidad.	9.Lograr una cobertura del 90% de las personas con diabetes y Riesgo cardiovascular de las UNEME´s Enfermedades Crónicas y GAM´s Acreditados con examen de Hemoglobina Glucosilada	**90%**	**90%**	**80%**	**DATOS PRELIMINARES Nota: GAM es al mes de septiembre**
Promover acciones que reduzcan la incidencia de la Diabetes Mellitus y Enfermedades Crónicas no Transmisibles asociadas, para coadyuvar a desacelerar la mortalidad.	11.Lograr una cobertura en el 90% de las personas con Diabetes y Riesgo Cardiovascular de las UNEME´s Enfermedades Crónicas y GAM´s Acreditados con exploración de pies.	**90%**	**90%**	**88%**	**DATOS PRELIMINARES Nota: GAM es al mes de septiembre**
Lograr el control glucémico en las personas con diabetes mellitus en tratamiento para mejorar su calidad de vida.	12.Acreditar al 28% de Grupos de Ayuda Mutua Activos al final del periodo.	**568 (100%)**	**568 (100%)**	**484 (85.2%)**	
Brindar una atención multidisciplinaria para el control adecuado para la Diabetes Mellitus y Enfermedades Crónicas no transmisible asociadas, y prevenir sus complicaciones.	22.Garantizar la existencia de UNEME´s EC, como Unidades demostrativas que fortalezcan la capacitación interinstitucional en el 100% de la Jurisdicciones Sanitarias del País.	**107* (100%)**	**107(100%)**	**100 (93.4%)**	
	Lograr una cobertura en el 90% de las personas con Diabetes y Riesgo Cardiovascular de las UNEME´s Enfermedades Crónicas y GAM´s Acreditados con examen de Microalbuminuria.	**90%**	**90%**	**67%**	**DATOS PRELIMINARES Nota: GAM es al mes de septiembre**
	Implementación de Programa Integral de Capacitación en "Prevención Clínica" de ECNT, 2007-2010.				**Indicador cumplido en el año 2011**

SOBRE PESO Y OBESIDAD

Descripción			Acumulado		Comentarios
Objetivo	Meta	Programado Anual	Programado	Alcanzado	
Brindar una atención multidisciplinaria para el control adecuado del riesgo cardiovascular y prevenir sus complicaciones.	Mantener en control la presión arterial en al menos el 60% de los pacientes Dx con HTA; al menos el 60% de los pacientes Dx de dislipidemia y disminuir el 10% del peso basal, en tres de cada diez pacientes detectados con alguno de los componentes de riesgo cardiovascular en las UNEMEs de enfermedades crónicas, al término de la administración.	HTA 60 %	60%	68% (113%)	**NO ACUMULABLE CIFRAS PRELIMINARES Nota: Los valores de incio fueron modificados en el PAE ya que las UNEMEs EC inciaron su operación en el 2008, por lo que los valores de incio debe ser cero.**
		OBESIDAD 30%	30%	36.8% (122.6%)	
		DISLIPIDEMIA 60%	60%	47% (78.3)	
5. Incrementar la detección oportuna de riesgo cardiovascular en usuarios de servicios y la población de riesgo para su control integral en las instituciones del Sector Salud.	Porcentaje de la población de 20 años y más con detección de obesidad, hipertensión arterial y dislipidemias.	24,000,000 (100%)	24,000,000 (100%)	23,673,683 (96%)	Al corte de esta información (PRELIMINAR DE NOVIEMBRE 2012), se cuenta con datos preliminares ya que el SIS no presenta el corte definitivo para este periodo.
6. Generar información oportuna y de calidad a escala nacional, estatal y regional para la evaluación de las acciones del programa y favorecer la toma de decisiones	Analizar la información de los Indicadores de Caminando a la Excelencia que den cumplimiento las 32 Entidades Federativas	4 (100%)	3 (75%)	3 (75%)	Se cuenta con datos preliminares hasta el mes de Noviembre, ya que el SIS no presenta el corte definitivo para este periodo. Por
	Realizar 8 supervisiones a las entidades al personal contratado para la Estrategia Contra el Sobrepeso y la Obesidad	8 (100%)	8 (100%)	8 (1100%)	Se logro superar la meta programada ya que se adelanto un supervisión solicitada por un estado.
9. Fortalecimiento del componente educativo (alfabetizar en os componentes del riesgo cardiovascular) dirigido a la comunidad, las personas con riesgo cardiovascular, sus familias y la población en riesgo.	Capacitar al menos a 7,200 profesionales al término de la administración.	3 (100%)	3 (100%)	3 (100%)	Se realizan los tres cursos de capacitación.

Descripción			Acumulado		Comentarios
Objetivo	Meta	Programado Anual	Programado	Alcanzado	
Promover e implementar el desarrollo de diagnósticos estatales sobre las necesidades sentidas y reales de los adultos mayores.	Realizar 5 encuestas SABE	5 estudios SABE programados en el país	Iniciar 0 estudios SABE	7	Sin presupuesto para 2012
Fortalecer la coordinación interinstitucional e intersectorial en favor del envejecimiento activo y saludable.	Operar 32 COESAEN a nivel nacional	6 sesiones por entidad federativa en 32 entidades	5 sesiones por entidad federativa en 30 entidades	36%*	La programación en fechas queda a criterio de las entidades federativas y los informes se envían posterior al trimestre y antes del cierre del año *Información preliminar
Implementar esquemas de prevención y control de las enfermedades en los adultos mayores para promover un envejecimiento activo y saludable.	Detectar la depresión y alteraciones de memoria en el 20% de la población adulta mayor no asegurada	Cobertura de 20% de detección de depresión en mayores de 60 años (923,615 personas de población abierta)	846,648	108.9% (922,060)	*Información proyectada a noviembre
		Cobertura de 20% de detección de alteraciones de la memoria en mayores de 60 años (923,615 personas de población abierta)	846,648	82.7% (700,172)	*Información proyectada a noviembre
		Cobertura: Realizar 1,521,653 de las detecciones programadas de hiperplasia Prostática Benigna en población no derechohabiente masculina de 45 años y más.	0	76.7% (1,070,278)	*Información proyectada a noviembre
Mejorar las habilidades y competencias de los profesionales de la salud a través de la capacitación a distancia y presencial en el área de atención al envejecimiento.	Desarrollar las competencias y habilidades de 2,000 profesionales de la salud del Sector Salud	Realizar 6 cursos de 1 Hiperplasia prostática benigna, 2 cuidadores primarios, 2 geriatría y 1 SABE	6	6* (100%)	Presupuesto recortado para 2012 (3 HPB/3 SABE) *Informe a noviembre

Distribución del Presupuesto asignado al Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano

DENOMINACIÓN	PRESUPUESTO			
	AUTORIZADO	MODIFICADO	DEVENGADO	EJERCIDO
Prevención contra la obesidad	**259,843,000**	**0**		**259,843,000**
Capitulo 1000 Servicios Personales				
Gastos de Operación	75,143,000			75,143,000
Subsidios	184,700,000			184,700,000
Otros de Corriente				
Total Corriente	259,843,000	0		259,843,000
Inversión Física				
Subsidios				
Gasto Inversión	0	0		0

Principalmente se asigno todo el presupuesto a las entidades, el cual fue asignada a la contratación del personal de la estrategia contra el sobrepeso y la obesidad.

También se fortaleció las acciones que se implementan en los Grupos de Ayuda Mutua, con la compra de tiras reactivas para la determinación de glucosa, microalbuminuria, perfil de lípidos y hemoglobina glucosilada.

Se consideró que el primer nivel de atención es necesario que cuente con todas las herramientas necesarias para brindar atención a las enfermedades no trasmisibles, por lo que se otorgó presupuesto para adquirir básculas, estadimetros y cintas métricas. Todos los recursos otorgados son destinados a cumplir las metas y acciones estipuladas en los programas de acción específicos.

SALUD BUCAL

Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades				
Programa de Salud Bucal				
Concepto	Presupuesto (Pesos)			
	Autorizado	Modificado	Devengado	Ejercido
TOTAL	**5 179 532**	**13 694 296**		**13 694 296**
GASTO CORRIENTE	**5 179 532**	**13 694 296**		**13 694 296**
Servicios Personales				
Gasto de Operación	5 179 532	3 194 296		3 194 296
Subsidios		10 500 000		10 500 000
Otros de Corriente				
GASTO DEINVERSIÓN				
Inversión física				
Subsidios				
Otros de Inversión				

Gastos de Operación: Aplicaron en viáticos y pasajes para realizar capacitaciones, asesorías y supervisiones en las estrategias del programa a las 32 entidades federativas, así como materiales de impresión como manuales y materiales de promoción para fortalecer el programa.

Subsidios: Apoyo a siete municipios del estado de Durango para otorgar atención dental y promover la salud bucal mediante jornadas odontológicas.

Sistema de Evaluación del Desempeño Salud Bucal enero diciembre 2012			Avance del indicador			Comentarios
				Acumulado		
Objetivo	Meta	Indicador	Programado Anual	Programado	Alcanzado *	
1. Universalizar las acciones de prevención odontológica en los servicios de salud del sector salud.	Garantizar que al menos el 80% de los usuarios de los servicios de salud odontológicos se les aplique el Esquema Básico de Prevención.	Esquema Básico de Prevención entre consultas de salud bucal de 1ra vez	4,811,210 Esquemas Básicos de Prevención	4,811,210	4,506,632	Indicador acumulado (ene-dic). Se logró el 93.7% **Se considera información preliminar ya que no ha cerrado el sistema de captura en los estados.**
2. Reducir el rezago en atención odontológica mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables de cada región del país.	Lograr que en los 100 Municipios de Menor Índice de Desarrollo Humano (MMIDH) se aplique el Tratamiento Restaurativo Atraumático (TRA).	Número de Municipios de Menor Índice de Desarrollo Humano donde se aplica el Tratamiento Restaurativo Atraumático	100 municipios de menor índice de desarrollo humano se aplica el TRA	100	50	Únicamente se logró el 50% Esto es debido a la falta de transporte y viáticos para trasladar a los odontólogos a las comunidades marginadas, así como instrumental e insumos para la aplicación del TRA. **Se considera información preliminar ya que no ha cerrado el sistema de captura en los estados.**
3.- . Brindar atención odontológica eficiente, de calidad y segura a los usuarios de los servicios de salud.	Incrementar anualmente 2 puntos porcentuales en el indicador de Calidad en la Atención de los servicios de salud odontológicos de la Secretaría.	Total de actividades restaurativas entre total de actividades mutilantes entre 0.03	96.4 puntos porcentuales	96.4	93.8	Indicador acumulado (ene-dic). Faltaron 2.1 puntos porcentuales para llegar a la meta logrando un 97.3% **Se considera información preliminar ya que no ha cerrado el sistema de captura en los estados.**
4. Coordinar y fortalecer la investigación y enseñanza en materia de salud bucal para el desarrollo del conocimiento y beneficio de los odontólogos y población en general.	Rectoría: 1 Reunión de Responsables Estatales 64 capacitaciones, asesorías, o supervisiones.	Número de cursos de capacitación y asesorías realizadas entre número de cursos de capacitación y asesorías programadas entre 100.	1 reunión de Resp. Estatales 64 cursos, asesorías y/o supervisiones	1 reunión de Resp. Estatales 64 cursos, asesorías y/o supervisiones	1 reunión de Resp. Estatales 66 cursos, asesorías y/o supervisiones	Se logró el 3.1% más de lo programado. (ene-dic)
5. Promover el incremento de la productividad de la atención odontológica en el primer nivel de atención de los servicios de salud.	Incrementar 3% el número de consultas odontológicas anualmente.	Número de consultas odontológicas realizadas entre número de consultas odontológicas programadas entre 100.	8,962,763 consultas odontológicas	8,962,763	8,899,493	Indicador acumulado (ene-dic). Se logró el **99.3%** **Se considera información preliminar ya que no ha cerrado el sistema de captura en los estados.**

Fuente: Sistema de Información en Salud / SSA 2012 *Datos preliminares ene-dic 2012 obtenidos en cubos el 21/01/2013

ZOONOSIS

DENOMINACIÓN	PRESUPUESTO			
	AUTORIZADO	MODIFICADO	DEVENGADO	EJERCIDO
Promoción de la Salud, prevención y control de enfermedades crónico degenerativas y transmisibles y lesiones Zoonosis	**31,683,726**	**10,962,625**	**0**	**10,962,625**
Capitulo 1000 Servicios Personales				
Gastos de Operación	31,683,726	6,394,783	0	6,394,783
Subsidios		4,567,842		4,567,842
Otros de Corriente				
Total Corriente	31,683,726	10,962,625		10,962,625
Inversión Física				
Subsidios				
Gasto Inversión	0	0		

- **Gastos de operación:** Aplicaron en la adquisición de medicamentos (anestésicos, tranquilizante y antibiótico) utilizados en la estrategia "esterilización de animales de compañía" para apoyar a los Servicios Estatales de Salud en 123 mil cirugías, además de insumos de administración y vestuario.
- **Subsidios:** Apoyar actividades del programa operativo de control de rickettsiosis en Baja California Sur y un plan de reforzamiento para el control municipal de la rabia canina en el Estado de México.

Avance del gasto por programa presupuestario y cumplimiento de metas de los indicadores de desempeño que conforman la matriz de indicadores para resultados (MIR)

Descripción			Avance del indicador					Comentarios
				Trimestre		Acumulado		
Objetivo	Meta	Indicador	Programado Anual	Programado	Alcanzado	Programado	Alcanzado	
1. Alcanzar como mínimo 95% de cobertura de vacunación antirrábica canina y felina en todas las entidades federativas	Mantener en 95% la cobertura de vacunación antirrábica canina y felina. Línea basal 2011: 17.4 millones. Meta 2012: 17.5 millones	Aplicar la vacuna antirrábica canina a la población canina y felina	17.5 millones de animales de compañía vacunados	4.4 millones de animales de compañía vacunados	2.1 millones de animales de compañía vacunados	17.5 millones de animales de compañía vacunados	18.1 millones de animales de compañía vacunados	A la fecha se han aplicado 18.1 millones de dosis de vacuna antirábica canina en los animles de compañía (103.4% de la meta anual)
		Informes de planeación y resultado	Cuatro informes de la SNyRVACF	Un informe de planeación de la SRVACyF	Un informe de planeación elaborado	Cuatro informes de la SNyRVACyF	Cuatro informes elaborados	Se elaboró un informe de resultados de la Semana de Reforzamiento de Vacunación Antirrábica Canina y Felina
		Ceremonias de inauguración celebradas	Celebrar 2 ceremonias inaugurales	Celebrar una ceremonia de inauguración	Una ceremonia inaugural de la Semana de Reforzamiento de Vacunación Antirrábica Canina y Felina	Celebrar dos ceremonias de inauguración	Dos ceremonias inaugurales de la Semana Nacional y de Reforzamiento de Vacunación Antirrábica	Se celebraron las ceremonias de inauguración de las Semanas Nacional y de Reforzamiento en los estados de Nuevo León, Baja California y Puebla respectivamente
		% de cumplimiento de operativos realizados	100% de operativos realizados con base en el número de casos de rabia canina registrados (10 focos estimados)	100% de operativos realizados con base en el número de casos de rabia canina registrados	En el cuarto trimestre no se registraron 3 casos de rabia canina	100% de operativos realizados con base en el número de casos de rabia canina registrados	Disposición de información del 100% de operativos de casos de rabia canina registrados (12 focos)	En este trimestre se registraron tres casos de rabia canina en el estado de Chiapas
		Difusión de la NOM-011-SSA2-2011, Para la prevención y control de la la rabia humana y en los perros y gatos	5 mil ejemplares entregados en los SESA	5 mil ejemplares entregados a los SESA	4,600 ejemplares entregados a 28 SESA	5 mil ejemplares entregados a los SESA	4,600 ejemplares entregados a 28 SESA	4 SESA faltan por acudir a retirar 400 ejemplares de la NOM-011
		% de focos registrados	100% de los focos rábicos (10 focos estimados) registrados en línea	100% de los focos rábicos registrados el trimetsre	Se carece del acceso al servidor para actualizarla	100% de los focos rábicos registrados en línea a lo largo del período	Se carece del acceso al servidor para actualizarla	Se carece del acceso al servidor para actualizarla
2. Mejorar la atención antirrábica de personas agredidas por animal sospechoso de rabia en las 32 entidades federativas	Promover que el inicio de tratamiento antirrábico en las personas agredidas por animal sospechoso en las entidades federativas, no sea superior al promedio nacional. Línea basal:28.1% de tratamientos iniciados	Kárdex trimestral de la distribución de los biológicos antirrábicos humanos en el SESA	Disponer de los 4 kárdex trimestrales por cada SESA en el que se registra la distribución de las dosis o frascos de biológicos antirrábicos humanos	Disponer de un kárdex trimestral, correspondiente al cuarto trimestre 2012 por cada SESA en el que se registra la distribución de las dosis o frascos de biológicos antirrábicos	32 kardex recibidos por parte de los SESA	Disponer de cuatro kárdex trimestrales, correspondiente al primero, segundo, tercero y cuarto trimestre 2012 por cada SESA en el que se registra la distribución de las dosis o frascos de	4 kardex recibidos por cada SESA	Se dispone de los 4 kardex del movimiento de biológicos antirrábicos humanos por cada SESA
		% de inicio de tratamiento antirrábico	Iniciar tratamiento antirrábico en las personas agredidas, sin rebasar la media aritmética de los cinco últimos años conforme al registro del SIS (29.8%)	Iniciar tratamiento antirrábico en las personas agredidas, sin rebasar la media aritmética de los cinco últimos años conforme al registro del SIS (29.8%)	32.7% de tratamientos iniciados en personas agredidas	Iniciar tratamiento antirrábico en las personas agredidas, sin rebasar la media aritmética de los cinco últimos años conforme al registro del SIS (29.8%)	28.2% de tratamientos iniciados en personas agredidas	En este trimestre se identifican a 8 SESA (Ags, Gro, Méx, Mor, Nay, Tab, Yuc y Zac) cuyos porcentajes de inicio de tratamiento se encuentran por arriba de la media nacional, atribuible a tres circunstancias, la primera a registro inadecuado en el SIS, segunda que continúan aplicando elevado número de tratamientos debido a falta de una evaluación clínico-epidemiológica del incidente de agresión ,así como tratamientos pre-exposición que se aplican en algunos estados
3. Precertificar a las entidades federativas que han logrado la eliminación de la transmisión del virus de la rabia variante V-1 (perro)	Pre-certificar la eliminación de la transmisión del virus de la rabia en 16 entidades federativas para el año 2012. Línea basal: 0. Logro 2009: 1 Meta: en 2 entidades federativas precertificar como mínimo 2 jurisdicciones sanitarias	Visitas o talleres de asesoría realizadas	8 visitas o talleres realizados	1 visita o taller programado	1 visita o taller realizados	8 visitas o talleres programados	10 visitas o talleres realizados	Se realizó en este trimestre 1 reunión con el GEE para dictaminar los resultados de las jurisdicciones de Colotlán y Lagos de Moreno del estado de Jalisco
		Visitas o talleres de asesoría realizadas para otorgar el reconocimiento a municipios que apoya a la jurisdicción sanitaria en la eliminación de la rabia	10 visitas o talleres realizados	1 visita o taller programado	1 taller realizado	10 visitas o talleres programados	12 visitas o talleres realizados al tercer trimestre	Durante este trimesre se llevó a cabo 1 taller para la evaluación de los dumentos a revisar de los municipios del estado de Puebla
4. Contribuir a estabilizar el crecimiento de la población canina en las entidades federativas	4.1 Lograr 90% de cobertura de animales esterilizados en las entidades federativas. Línea basal para esterilizados 2011: 229,423. Meta 2012: 236,466	Medicamentos y materiales aportados	Distribuir el 100% de lo programado por aportar (insumos para 114,770 cirugías)	Entregar insumos a 24 SESA en el cuarto trimestre del año (75,700 cirugías)	Se llevó a cabo la entrega de insumos de esterilización a 14 SESA (34,645 cirugías)	Distribuir el 100% de lo programado por aportar (insumos para 114,770 cirugías)	Se llevó a cabo la entrega de insumos de esterilización a 23 SESA (72,215 cirugías)	Faltan por acudir a retirar los insumos de esterilización para 39,555 cirugías los SESA Ags, BC, Chis, DF, Nay, Pue, Qro, Sin y Son (34.5% del total).
		Animales esterilizados	236,466 animales esterilizados	59,117 animales esterilizados	97,593 animales de compañía esterilizados	236,466 animales esterilizados	389,497 animales de compañía esterilizados	Se reportan al cierre del año 389,497 esterilizaciones realizadas, más del 100% de las programadas
	Línea basal para eliminados 2011: 642,834. Meta 2012: 680,705	Reporte de número de animales sacrificados según el SIS	680,705 animales sacrificados según el SIS	170,176 animales sacrificados según el SIS	136,087 animales sacrificados	680,705 animales sacrificados según el SIS	584,605 animales sacrificados	Se reportan al cierre del año 584,605 sacrificios humanitarios realizados, 85.8% de los programadas
5. Intensificar la vigilancia, diagnóstico y tratamiento de otras zoonosis (brucelosis, leptospirosis, binomio teniasis/cisticercosis) con enfoque regional para mejorar la atención en la población enferma	5.1. Reducir para el año 2012 el número de casos registrados de brucelosis en 10% con relación a los notificados en 2006 y en los estados con 2 casos o menos no incrementar.	Número de talleres realizados	7 talleres realizados en los SESA para la revisión de la Guía para el diagnóstico y tratamiento del paciente con brucelosis	Se llevarán a cabo talleres en cuanto se disponga de personal médico para ello	No aplica	Se llevarán a cabo talleres en cuanto se disponga de personal médico para ello	No aplica	Actualmente se carece de personal médico dedicado a la coordinación de estos talleres
	5.2. Mantener la letalidad por leptospirosis en menos del 5% en presencia de desastres en los estados que soliciten apoyo y se acuda a labores de campo. Línea basal 2006: 5%.	Documento elaborado	Publicación de la Modificación a la NOM-029-SSA2-1999, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de la leptospirosis en el humano, una vez aprobada	Se estima se publique en el Diario Oficial de la Federación para su consulta pública en el cuarto trimestre del año	No aplica	Se estima se publique en el Diario Oficial de la Federación para su consulta pública en el cuarto trimestre del año	No aplica	**La modificación de la NOM-029-SSA2-1999 se encuentra en el período de aprobación por la COFEMER, además se carece del personal médico para coordinar su modificación.**

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE EPIDEMIOLOGÍA

SECRETARIA DE SALUD

ANÀLISIS PRESUPUESTAL
UNIDAD O00 CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE EPIDEMILOGIA
(Pesos)

GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	PRESUPUESTO			
						AUTORIZADO	MODIFICADO	DEVENGADO	EJERCIDO
2	3	01	016	U009	OBESIDAD	92,018,385	35,292,023	0	35,292,023
					Gastos de Operación	0	23,366,158	0	23,366,158
					Subsidios	92,018,385	11,925,866	0	11,925,866
					Total Corriente	92,018,385	33,637,744	0	33,637,745
2	3	04	023	P014	Promoción de la Salud, prevención y control de enfermedades crónico degenerativas y transmisibles y lesiones Envejecimiento	0	67,751,201	0	67,751,201
					Gastos de Operación	0	0		0
					Subsidios	0	67,751,201		67,751,201
					Otros de Corriente				
					Total Corriente	0	67,751,201	0	67,751,201
					Total de la Unidad	**92,018,385**	103,043,225	**0**	103,043,225
					Gastos de Operación	0	23,366,158	0	23,366,158
					Subsidios	92,018,385	79,677,0678	0	79,677,0678
					Total Corriente	92,018,385	103,043,225	0	103,043,225

1. ANÁLISIS DEL GASTO

- En 2012, el ***presupuesto ejercido*** de la Dirección General Ajunta de Epidemiología, fue de 103,043 miles de pesos, cifra superior en 12 por ciento con relación a la asignación original. Este comportamiento, se debió principalmente a que se realizaron ampliaciones presupuestales en el rubro de subsidios por 67,495 miles de pesos y por 11,925 miles de pesos, así también se realizaron reducciones presupuestales entre ellas se encuentran la transferencia de recursos a la Dirección General de Recursos Materiales por importe de 3,000 miles de pesos, aplicación de medidas de austeridad en partidas restringidas, y al movimiento de reducción para transferir el recurso por la creación de la Dirección General de Epidemiología por un importe de 65,647 miles de pesos obteniendo un presupuesto modificado de 103,043.

- De los recursos erogados, 23,366 miles de pesos correspondieron a ***gasto directo***, monto superior en 100 por ciento con relación a la asignación original ya que el presupuesto fue autorizado en el rubro de subsidios, y 79,677 miles de pesos fueron erogados en subsidios, cantidad menor en 13.4 por ciento a la del presupuesto original.

  - El aumento del presupuesto ejercido mediante gasto directo fue resultado del incremento observado en el rubro de Gastos de Operación, para apoyo a las presiones del capítulo 2000 materiales y suministro y capítulo 3000 Servicios Generales de las disminuciones observadas en el rubro de Gastos de Operación, por parte de la SHCP, en el capítulo 3000 Servicios Generales, reducción presupuestal por transferencia de recursos a la Dirección General de Recursos Materiales para el pago de servicios de limpieza, vigilancia y seguro de bienes patrimoniales.

  - ***Subsidios a Entidades Federativas***: En el rubro de subsidios, se autorizó por la cámara de diputados un presupuesto original de 92.018 miles de pesos, obteniendo al cierre del ejercicio un presupuesto modificado de 79,677 miles de pesos ejerciendo el 100% del presupuesto modificado. Esta variación se debió a que durante el ejercicio de realizaron ampliaciones por 67,751 miles de pesos y 11,925 miles de pesos, así como la reducción por 65,980 miles de pesos para alimentar los gastos de operación por la creación de la Dirección general de Epidemiología, observando una variación menor del 13.4 por ciento respecto al presupuesto original.

    Los recursos se ejercieron a través de transferencias a las 31 entidades federativas, de Aguascalientes a Zacatecas, con el objeto de fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica y red de laboratorios, mediante la suscripción del Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Publica en las Entidades Federativas (AFASPE 2012), etiquetados para el desarrollo del Programa Vigilancia Epidemiológica bajo los proyectos:

    - Implementar la Operación de la estrategia de Vigilancia Epidemiológica focalizada a través de núcleos trazadores de Vigilancia Epidemiológica (NuTraVe)
    - Implementación del Reglamento Sanitario Internacional en las Entidades Federativas
    - Elaboración de un reporte periódico de inteligencia epidemiológica (Boletín)

- Capacitación avanzada (Diplomado, Especialidad, Maestría y/o Doctorado)
- Asegurar la continuidad de operación de la infraestructura tecnológica de las jurisdicciones sanitarias equipadas.

- Para el cumplimiento de dichos proyectos se autorizaron los recursos bajo las siguientes conceptos de gasto entre otros: adquisición de bienes informáticos, mobiliario, impresión y elaboración de material informativo, licencias de software, servicios de conducción de señales analógicas, viáticos nacionales para labores en campo, materiales, accesorios y suministros de laboratorio equipos y aparatos de telecomunicaciones, servicios para capacitación a servidores públicos y pasajes aéreos nacionales para servidores públicos.

Evaluación del Desempeño

Para la Dirección General Adjunta de Epidemiología los indicadores de la Matriz de Indicadores de Resultados (MIR) fueron desarrollar 52 boletines semanales de epidemiología y Realizar 4 reuniones de capacitación para epidemiólogos, jefes de laboratorio, y directores de servicios de Salud. Se logró cumplir con la meta en ambos indicadores.

Matriz de Indicadores de Resultados para la DGAE. 2012

DENOMINACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	METAS 2012 Original	METAS 2012 Alcanzada	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO Alcanzada / Original
Número de boletines semanales de epidemiología	boletines	52	52	100%
Número de reuniones de capacitación	Reuniones	4	4	100%

INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA EPIDEMIOLÓGICOS InDRE

Del período del 1 de enero al 30 de junio del presente ejercicio, el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, formaba parte del Órgano Desconcentrado Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE.

El presupuesto autorizado fue notificado mediante oficio CENAPRECE/003412/12 de fecha 13 de abril de 2012 por un monto de $74,889,352.00, asignado en su totalidad a una sola partida, siendo esta la 43401, (subsidios a la prestación de servicios públicos). Lo anterior se debió a que la Dirección de Integración Programática Presupuestal de la DGPOP, al momento de integrar los techos presupuestales en el PAT 2012, informó que, a solicitud de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, el recurso del programa presupuestario E039 "Vigilancia Epidemiológica" tenía que cambiarse a la modalidad U009 que corresponde a subsidios, debido a que el 50% del presupuesto del CENAPRECE se envía a los Estados.

Para poder cubrir los gastos de servicios básicos y de operación del InDRE, fue necesario realizar múltiples adecuaciones presupuestales de la única partida asignada (43401) a más de 50 partidas.

Cabe señalar que adicional al gasto de operación, se autorizó el recurso para cubrir los subsidios a los estados mediante el Acuerdo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE), asignando la cantidad de $92,495,000.00, los cuales a la fecha ya han sido transferidos en su totalidad a cada entidad.

A partir del mes junio de 2012 y derivado de la transición y nueva creación de la unidad 316 "Dirección General de Epidemiología", fue transferida la cantidad de $66,630,960.90 para el gasto de operación del CENAPRECE y $264,169,040.20 transferido por parte de la Dirección General de Infraestructura Física (DGDIF) para el gasto de inversión por concepto del equipamiento del Nuevo InDRE, resultado un total de $330,880,001.10.

El análisis funcional programático, de la Dirección General Adjunta del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, siendo parte del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, resulto con las siguientes cifras al cierre del ejercicio 2012:

ANÀLISIS FUNCIONAL PROGRÁMATICO ECONÓMICO

UNIDAD O00 CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES

DR. GRAL ADJUNTA DEL InDRE (Pesos)

GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	PRESUPUESTO			
						AUTORIZADO	MODIFICADO	DEVENGADO	EJERCIDO
2	3	1	16	U009	OBESIDAD	74,889,352	10,901,850	0	10,901,850
					Capitulo 1000 Servicios Personales	0	0	0	0
					Gastos de Operación	0	8,901,850	0	8,901,850
					Subsidios	74,889,352	2,000,000	0	2,000,000
					Otros de Corriente	0	0		
					Total Corriente	74,889,352	10,901,850	0	10,901,850
					Inversión Física				
					Subsidios				
					Gasto Inversión	0	0		
2	3	4	23	P014	Promoción de la Salud, prevención y control de enfermedades crónico degenerativas y transmisibles y lesiones Envejecimiento	0	92,495,000	0	92,495,000
					Capitulo 1000 Servicios Personales				
					Gastos de Operación	0	0		0
					Subsidios	0	92,495,000		92,495,000
					Otros de Corriente				
					Total Corriente	0	92,495,000	0	92,495,000
					Inversión Física				
					Subsidios				
					Gasto Inversión	0	0		
					Total de la Unidad	74,889,352	103,396,850	0	103,396,850
					Capitulo 1000 Servicios Personales	0	0	0	0
					Gastos de Operación	0	8,901,850	0	8,901,850
					Subsidios	74,889,352	94,495,000	0	94,495,000
					Otros de Corriente				
					Total Corriente	74,889,352	103,396,850	0	103,396,850
					Inversión Física	0	0	0	0
					Subsidios	0	0	0	0
					Gasto Inversión	0	0	0	0

Avance del gasto público por programa presupuestario

U009 "Vigilancia Epidemiológica"

Estructura Programática Individual correspondiente al InDRE.

UR: O00 Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades								
UR	**FI**	**FN**	**SF**	**RG**	**AI**	**PP**	**PI**	**DESCRIPCIÓN**
O00	2	3	1	0	16	U009	EE21	Reforzar la vigilancia epidemiológica a través del análisis y diagnóstico de referencia

Durante el ejercicio 2012, se realizaron los siguientes avances con respecto al programa presupuestario:

- Implementación de un sistema de gestión de calidad certificado al 100% en sus procesos
- Cumplimiento de metas con los indicadores de gestión
- Envío de dos encuestas al año a nuestros principales clientes y se han registrado mejoras considerables
- Se tienen validados 10 de los 27 diagnósticos principales para acreditar
- La cultura de trabajo ha mejorado considerablemente por la mejora continua y la reingeniería de procesos que realizamos
- Somos ejemplo en Centro América en la implementación del Sistema de Bioseguridad y Biocustodia
- Se está trabajando en los sistemas de información
- Se mejoró notablemente el índice de desempeño y la cobertura de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública
- Se consolido la construcción del Nuevo edificio del InDRE.

En el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE) se genera información de calidad de orden nacional, mediante la coordinación y siendo referencia de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública (RNLSP) en materia de diagnóstico investigación y desarrollo tecnológico, con el compromiso de:

- Contar con un sistema de gestión de la calidad.
- Generar información confiable y oportuna para la toma de decisiones en apoyo a la Vigilancia Epidemiológica, Programas Nacionales de Salud; Urgencias y Emergencias cumpliendo con la normativa vigente, las buenas prácticas de laboratorio y medidas de seguridad y bioseguridad.
- La mejora en la satisfacción de sus usuarios.

- Impulsar el desarrollo de la competencia técnica del personal.
- Fomentar la cultura de calidad como forma de trabajo.
- Garantizar la bioseguridad y mantenimiento preventivo y correctivo de los dispositivos médicos (equipos e instrumentos).
- Mejorar los sistemas informáticos.
- Fortalecer la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública.

Indicadores de Desempeño por programa presupuestario y Avance del gasto por programa presupuestario y cumplimiento de metas de los indicadores de desempeño que conforman su matriz de indicadores para resultado (MIR).

MATRIZ INDICADORES PARA RESULTADOS MIR DEL InDRE 2012

AÑO	CLAVE DEL Pp	INDICADOR DE DESEMPEÑO		EXPLICACIÓN A LA VARIACIÓN
		DENOMINACIÓN	MÉTODO DE CÁLCULO	
2011	E039	Porcentaje de diagnósticos realizados con respecto a los recibidos por el InDRE	(Número de pruebas diagnósticas realizadas en el InDRE/Número de pruebas recibidas en el InDRE) x 100	**Causa.-** EL Indicador programado esta en función de un estudio retrospectivo que se hizo en los últimos cuatro años. El periodo que nos ocupa muestra que la meta se alcanzo. **Efecto.-** En el cuarto trimestre de 2011 se mantuvo la tendencia de lo programado. **Otros Motivos.-**Los únicos señalados en las causas
	E039	Porcentaje de controles de calidad a la red de laboratorios realizados por el InDRE con respecto a los programados	(Número de controles de calidad realizados en el Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica (InDRE)/Número de pruebas recibidas en el InDRE) x 100	**Causa.**- Los LESP que implementaron diangósticos en 2011 son: Campeche (Rotavirus), Coahuila (Haemophillus influezae), Colima (Tosferina, Rotavirus), Jalisco (CaCU), Michoacán (Leptospirosis), Morelos (Rabia), Puebla (Influenza-PCR), Sinaloa (Hepatitis B), Tamaulipas (Leishmania) y Yucatán (CaCU). **Efecto.-** En este trimestre se observa el impacto que tiene el que los LESP incrementaron su marco analítico. Por un lado los LESP que implementan un diagnóstico dejan de enviar al InDRE el 100% de muestras del diagnóstico implementado y ahora ellos lo realizaban en el estado (esto disminuye el envio de muestras para diagnóstico). Por otro lado, los LESP que implentaron un diagnóstico tienen que enviar al InDRE un porcentaje de muestras positivas y negativas dependiendo del diagnóstico implementado para que el InDRE realice el aseguramiento de la calidad y verifique la concordancia de los resultados con el InDRE (esto hace que se incremente el numero de muestras para control de calidad). El efecto global es que se disminuya el número de muestras enviadas para diagnóstico al InDRE y se incrementa el envio de muestras para control de calidad. **Otros Motivos**.-Los señalados en las causas
2012	E039	Porcentaje de diagnósticos realizados con respecto a los recibidos por el InDRE	(Número de pruebas diagnósticas realizadas en el InDRE/Número de pruebas recibidas en el InDRE) x 100	**Causa.-** Se incrementaron en este último trimestre del año el número de muestras para los diagnósticos de linfluenza y Dengue. En el caso de Influenza en las semana epidemioógicas 1 a la 15 se presento un brote por Influenza AH1N1 pdm 09 en todo el país y durante las semanas de las 31 a la 53 se incrementaros los casos por un brote de Influenza B y H3N2 principalmente en los estados de Nuevo León, Sonora, San Luis Potosi, Jalisco, Chiapas, Campeche, Quéretaro, Veracruz, Yucatán y el D.F En el caso de Dengue a partir de la semana 30 se observó un incrementó de casos en el Sureste del país manteniéndose hasta la semana 48, los brotes fueron por serotipos 1 y 2. **Efecto.-** Se tuvo un ligero incremento con respecto a lo programado en el año 2012 **Otros Motivos.-** Los que se indican en las causas
	E039	Porcentaje de controles de calidad a la red de laboratorios realizados por el InDRE con respecto a los programados	(Número de controles de calidad realizados en el Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica (InDRE)/Número de pruebas recibidas en el InDRE) x 100	**Causa.-** Se incrementaron en este último trimestre del año el número de muestras para los diagnósticos de linfluenza y Dengue. En el caso de Influenza en las semana epidemioógicas 1 a la 15 se presento un brote por Influenza AH1N1 pdm 09 en todo el país y durante las semanas de las 31 a la 53 se incrementaros los casos por un brote de Influenza B y H3N2 principalmente en los estados de Nuevo León, Sonora, San Luis Potosi, Jalisco, Chiapas, Campeche, Quéretaro, Veracruz, Yucatán y el D.F En el caso de Dengue a partir de la semana 30 se observó un incrementó de casos en el Sureste del país manteniéndose hasta la semana 48, los brotes fueron por serotipos 1 y 2. **Efecto.-** Se tuvo un ligero incremento con respecto a lo programado en el año 2012 **Otros Motivos.-** Los que se indican en las causas

PROGRAMA PRESUPUESTARIO (Pp)		INDICADOR DE DESEMPEÑO				Avance Físico	
						Meta del Indicador	
CLAVE	DENOMINACIÓN	DENOMINACIÓN	MÉTODO DE CÁLCULO	NIVEL MI		2011	
						Programada	Alcanzada
E039	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	(Porcentaje de diagnósticos realizados con respecto a los recibidos por el InDRE	(Número de pruebas diagnósticas realizadas en el InDRE/Número de pruebas recibidas en el InDRE) x 100	Componente	**Indic.**	95.00	94.60
					Var 1	78850	78521
					Var 2	83000	83000
E039	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	Porcentaje de controles de calidad a la red de laboratorios realizados por el InDRE con respecto a los programados	(Número de controles de calidad realizados en el Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica (InDRE)/Número de pruebas recibidas en el InDRE) x 100	Componente	**Indic.**	95.00	109.10
					Var 1	33250	38183
					Var 2	35000	35000

E) ASUNTOS RELEVANTES DE LA GESTIÓN DE ALTO IMPACTO (EN SU CASO).

TUBERCULOSIS

- Durante 2012 se realizó la gestión para la adquisición de fármacos de segunda línea para la atención de casos de tuberculosis en situación de fármacorresistencia,

multifármacorresistencia y resistencia extrema, en apoyo es especie a los estados vía Ramo 12.

Se realizó el ejercicio de presupuestación en consenso con los estados para conducir recursos financieros para la operación del Programa Tuberculosis mediante las diversas fuentes de financiamiento en el sistema SIAFFASPE: Ramos 12, 33 y Anexo IV.

LEPRA

- Durante 2012 se realizó la gestión para la adquisición en donación de fármacos para la atención del 100% de enfermos prevalentes de lepra en el país, vía la Representación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en México.
- Se realizó el ejercicio de presupuestación en consenso con los estados para conducir recursos financieros para la operación del Programa Lepra mediante las diversas fuentes de financiamiento en el sistema SIAFFASPE: Ramos 33 y Anexo IV.

ZOONOSIS

- El país se mantiene sin casos de rabia humana transmitida por el perro.

INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA EPIDEMIOLÓGICOS

Reingeniería del InDRE/RLESP actual, para garantizar la calidad y oportunidad de la información de los laboratorios para la vigilancia epidemiológica
Integración del trabajo: Epidemiología/Laboratorios Adecuación de presupuesto federal para InDRE y obtención de presupuesto para RLESP Plan de desarrollo y adquisición de personal capacitado Plan Nacional de Gestión de Calidad de InDRE/RLESP vinculado a un plan nacional bioseguridad y bioprotección de la RLESP: red de laboratorios de biocontención. **Construcción de nuevo InDRE:** diseño, construcción, supervisión, socialización del proyecto con la comunidad

F) CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD Y POLÍTICAS GENERALES O SECTORIALES.

F.1 Plan Nacional de Desarrollo.

F.2 Programa Sectorial de Mediano Plazo.

CÓLERA

Plan Nacional de Desarrollo

Las actividades sustantivas de Cólera, se encuentran alineadas al Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 a través de once estrategias:

1. Actualizar y estandarizar los criterios y procedimientos en todo el país.
2. Fortalecer la vigilancia epidemiológica
3. Fortalecer las acciones de prevención y control
4. Evaluar y supervisar las acciones de vigilancia, prevención y control.
5. Realizar acciones de promoción, prevención y control en comunidades con casos sospechosos de cólera.
6. Realizar acciones de promoción, prevención y control en comunidades con aislamientos de Vibrio en muestras ambientales.
7. Capacitación y actualización continúa al personal de salud.
8. Búsqueda intencionada de Vibrio cholerae en humanos.
9. Establecer el Grupo de Trabajo Intersectorial de Prevención y Control de Cólera
10. Efectuar operativos preventivos en áreas de riesgo
11. Supervisar, asesorar y evaluar las acciones de vigilancia, prevención y control de cólera

Programa Sectorial de Mediano Plazo

NO APLICA

URGENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS Y DESASTRES

Plan Nacional de Desarrollo

El programa contribuye al cumplimiento de la estrategia de "Igualdad de oportunidades" del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2007-2012, evitando que una contingencia en salud, represente perdida de oportunidades de la población para un mejor desarrollo y contribuye a mantener la salud de la población mexicana. En especial, se relaciona con el objetivo No. 4 en tres de sus estrategias del PND (4.1, 4.3 y 8.2). En este sentido, el monitoreo para la detección oportuna de emergencia o riesgos con potencial de afectación a la salud pública, son de vital importancia para la atención oportuna de estos eventos, y mitigar el impacto en la salud de la población.

Programa Sectorial de Mediano Plazo

Objetivos

A fin de coadyuvar en el logro de los objetivos del Programa Nacional de Salud 2007-2012, este Programa de Acción contempla lo siguiente como objetivos específicos:

1. Mejorar la coordinación para una mejor atención de las emergencias en salud, a través del Comité Nacional y Estatales para la Seguridad en Salud.
2. Mejorar el sistema de información, monitoreo y alertamiento temprano de emergencias en salud (eventos de interés epidemiológico).
3. Organizar la capacidad de respuesta a nivel nacional en caso de aparición de enfermedades emergentes y reemergentes, y ante eventos epidemiológicos de importancia internacional.
4. Garantizar la capacitación y actualización continua del personal responsable del programa al nivel estatal.
5. Establecer las Reservas Estratégicas Nacional y Estatales de medicamentos y otros insumos necesarios para la atención de emergencias en salud.

6. Vigilar que las emergencias en salud se atiendan se acuerdo a la NOM-017-SSA2-1994 para la vigilancia epidemiológica y a los componentes de acción del programa.

Asimismo, se tienen como metas prioritarias las relacionadas con la coordinación, capacitación y atención oportuna de las emergencias que lleguen a suceder.

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR

El PROSESA 2007-2012 se plantea cinco objetivos en atención de los retos en salud que presenta el país: 1) mejorar las condiciones de salud de la población; 2) reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas; 3) prestar servicios de salud con calidad y seguridad, 4) evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud y 5) garantizar que la salud contribuya al combate de la pobreza y al desarrollo del país. Para cumplir con los objetivos se plantearon diez estrategias, el Programa de Acción Específico Dengue contribuye al logro de los objetivos nacionales de desarrollo participando de la estrategia número 2 "Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud y prevención y control de enfermedades" y específicamente de la línea de acción 2.10 "Establecer acciones para la prevención y atención del dengue, paludismo y rabia."

DENGUE

Plan Nacional de Desarrollo

Las actividades sustantivas de dengue, se encuentran alineadas al Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 a través de diez estrategias:

Estrategias

1. Manejo integrado del dengue.
2. Consolidación de la Red Nacional de Laboratorios para el diagnóstico del dengue y fortalecimiento e innovación de la vigilancia epidemiológica.
3. Promoción de la participación social y de grupos organizados en la prevención y control del dengue en localidades prioritarias.

4. Reforzamiento de la comunicación social.
5. Regionalización operativa y definición de áreas con alto potencial de riesgo de impacto estatal, regional e internacional.
6. Gestión de la participación de ayuntamientos mediante convenios y programas de trabajo.
7. Atención a fenómenos naturales en áreas de riesgo.
8. Coordinación intra e intersectorial y respuesta estatal oportuna.
9. Sistematización de los mecanismos de control e indicadores para el seguimiento de proceso e impacto de las acciones de vigilancia, promoción y control por niveles de responsabilidad.
10. Formalizar la Red Clínica Nacional de Atención Médica.

Programa Sectorial de Mediano Plazo

Objetivos

1. Fomentar la mejora continua de los procesos de prevención y control del dengue con integración interinstitucional para reducir exposición al riesgo.
2. Intensificar las acciones de promoción y protección de la salud con corresponsabilidad municipal y ciudadana para el auto-cuidado de la salud y fomento de entornos saludables.
3. Evitar el incremento en la incidencia y la mortalidad por dengue posterior a desastres naturales y atender con oportunidad eventos emergentes, con acciones simultáneas y participación multisectorial.
4. Mejorar la oportunidad y calidad de la vigilancia epidemiológica y entomológica para la toma de decisiones.

PALUDISMO

Plan Nacional de Desarrollo

Las actividades sustantivas de Paludismo, se encuentran alineadas al Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 a través de diez estrategias:

Estrategias

1. Consolidación del modelo de Tratamiento Focalizado, con cobertura, oportunidad y calidad de las acciones, con base en esquemas de estratificación de riesgos, en los estados con transmisión.
2. Desarrollo de las competencias técnicas y gerenciales del personal de salud responsable de las acciones de vigilancia, promoción de la salud, laboratorio, control de vectores y atención médica de las entidades federativas.
3. Fortalecimiento de las acciones de rectoría institucional para la consolidación y mejora continúa del programa en los tres órdenes de gobierno.
4. Establecimiento de mecanismos de gestión oportuna y distribución de insumos para la operación del programa con énfasis en áreas de mayor transmisión.
5. Apoyo a los Servicios Estatales y Locales de Salud para su incorporación al proceso de certificación de áreas con eliminación de la transmisión del paludismo.
6. Incorporación de nuevas técnicas y metodologías para la utilización eficiente, racional y segura de medicamentos y plaguicidas.
7. Fortalecimiento de la participación social y comunitaria, consolidando la estrategia de control del paludismo sin insecticidas y la integración de las áreas de promoción de la salud.
8. Fomento de la investigación operativa e incorporación de los avances científicos y tecnológicos para la modernización del programa.
9. Fortalecimiento de vigilancia epidemiológica, entomológica y de laboratorio para el control del padecimiento, mediante la notificación oportuna.
10. Sistematización de mecanismos, procedimientos e indicadores de monitoreo y evaluación permanente del programa en sus distintos componentes.

Programa Sectorial de Mediano Plazo

Objetivos

1. Fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica, entomológica, diagnóstico, prevención control de Paludismo, con especial prioridad en las localidades y municipios de alto riesgo y la certificación de áreas libres de paludismo.
2. Definir grupos y áreas de riesgo que permitan la estratificación para la aplicación de las medidas de prevención y control correspondientes.
3. Fomentar una cultura de participación comunitaria y acción municipal para la vigilancia, promoción de la salud y comunicación de riesgos para el autocuidado y desarrollo de entornos saludables.

4. Garantizar el uso racional de insumos y recursos en el control eficiente del paludismo en el territorio nacional con participación de todo el Sistema Nacional de Salud.
5. Consolidar la participación de las unidades de salud del Sector, la rectoría y la cooperación multilateral en apoyo a los distintos componentes del programa

TUBERCULOSIS

Plan Nacional de Desarrollo

Las actividades sustantivas de Tuberculosis, se encuentran alineadas al Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 a través de siete estrategias:

El Programa Sectorial de Salud es el hilo conductor de todas las actividades que se realizan para coadyuvar a preservar la salud de los mexicanos. Enmarcado en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 y con una visión prospectiva hacia el 2030, propone cinco objetivos, diez estrategias y 74 líneas de acción.

Los Programas de Acción, como el de Prevención y Control de la Tuberculosis, contribuyen a lograr los objetivos del PROSESA a través de la consecución de las metas y el correcto desarrollo uniforme de las estrategias, en el contexto de los compromisos del SNS.

De acuerdo a la Estrategia 2, fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud y prevención y control de enfermedades, línea de acción 2.9 prevenir y controlar la tuberculosis, el Programa de Acción Específico incorpora y adapta los objetivos del PROSESA a los propios, procurando la vinculación con otros programas y facilitando la colaboración interinstitucional dentro del Sector Salud. La prevención y control de la tuberculosis es compatible con cada uno de los componentes de la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, en tanto comparte sus objetivos de mejora e incremento de la detección, diagnóstico y tratamiento de los individuos con riesgo de este y otros padecimientos y su comorbilidad, lo mismo que con sus objetivos de expansión de la cobertura y calidad de los servicios preventivos y de promoción de la salud, incluida la estrategia TAES.

Estrategias

- Fortalecimiento de las competencias técnicas y operativas en detección, diagnóstico y tratamiento
- Consolidación de la alianza público-privada (APP) mediante la difusión de los Estándares para la Atención de la Tuberculosis en México.
- Fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica con carácter sectorial
- Integración de Red de expertos especialistas en TB con resistencia a fármacos.
- Fortalecimiento de la colaboración interprogramática con CENSIDA para hacer frente a la coinfección TB-VIH-SIDA.
- Fomento de la participación comunitaria y la sociedad civil organizada, a fin de incrementar la corresponsabilidad social en la prevención y control de la tuberculosis.
- Fortalecimiento de la investigación en tuberculosis para mejoramiento de la operación y toma de decisiones en el Programa

Programa Sectorial de Mediano Plazo

Objetivos

- Consolidar la cobertura de la estrategia TAES de calidad, mediante los componentes sustantivos de detección, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar (TBP) en las 32 entidades federativas, en los ámbitos público y privado.
- Brindar atención integral a pacientes con tuberculosis resistente a fármacos (TB-MDR y TB-XDR) y casos co-infectados con VIH.
- Fomentar hábitos de auto-cuidado para la prevención y atención de la tuberculosis mediante acciones de Abogacía, Comunicación y Movilización Social, para incrementar corresponsabilidad.

LEPRA

Plan Nacional de Desarrollo

Las actividades sustantivas de Lepra, se encuentran alineadas al Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 a través de ocho estrategias:

1. Fortalecimiento de las competencias técnicas del personal aplicativo del Sector Salud para la detección, diagnóstico y tratamiento.
2. Fortalecimiento de las acciones de detección oportuna.
3. Mejora en los procedimientos para baciloscopia e histopatología.
4. Modernización del sistema de información para la vigilancia epidemiológica.
5. Vigilancia estrecha de los alcances de la curación
6. Fortalecimiento de la supervisión y asesoría en servicio en los niveles de control de las instituciones de salud.
7. Fomento de las acciones de promoción de la salud y participación comunitaria en lepra.
8. Fomento de la investigación operativa clínica y epidemiológica.

El Programa de Acción: Prevención y control de la lepra, en consonancia con la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, se encuentra sustentado en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, con el objetivo de disminuir, mediante medidas anticipatorias, el impacto de las enfermedades y lesiones sobre los individuos, familias, comunidades y sociedad en su conjunto, mismo que se aplica ampliamente a las acciones encaminadas a disminuir el impacto entre la población afectada por lepra, sus familias y comunidad.

De la misma manera, el PROSESA 2007-2012 dentro de sus 5 objetivos: 1. Mejorar las condiciones de salud de la población; 2. Reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas; 3. restar servicios de salud con calidad y seguridad; 4. Evitar el empobrecimiento de la población; y 5. Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo del país, se ajustan todos ellos plenamente a las personas con lepra o en riesgo de padecerla con la oferta de servicios gratuitos con igualdad, equidad y justicia social.

Programa Sectorial de Mediano Plazo

Objetivos

1. Disminuir la prevalencia municipal de lepra mediante el fortalecimiento de actividades de capacitación, supervisión, vigilancia epidemiológica y promoción de la salud, con énfasis en municipios prioritarios que registran tasa igual o mayor a un caso por cada 10 mil habitantes y en aquellos que han presentado casos en los últimos 5 años.

2. Fortalecer las acciones de promoción de la salud y participación comunitaria en lepra que incluya a autoridades locales y organizaciones de la sociedad civil, a fin de incrementar el conocimiento sobre la enfermedad y disminuir el estigma que prevalece entre la población.
3. Desarrollar y fortalecer la investigación operativa en lepra, a fin de documentar experiencias de éxito sobre el control de la enfermedad en el país.

DIABETES Y RIESGO CARDIOVASCULAR

Plan Nacional de Desarrollo

Los Programas de Acción Específico de Diabetes Mellitus, de Riesgo Cardiovascular, y de Atención al Envejecimiento se vinculan con el Programa Nacional de Salud 2007-2012, en la Estrategia 2 "Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades" específicamente con la línea de acción 2.12 que señala la necesidad de impulsar una política integral para la prevención y control del sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus y riesgo cardiovascular.

Las actividades sustantivas de Diabetes, Riesgo y Cardiovascular se encuentran alineadas al Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 a través de las siguientes estrategias:

Estrategias

1. Creación de mecanismos institucionales rectores del Sistema Nacional de Salud y otros sectores para abordar en conjunto los entornos y determinantes de la epidemia de la diabetes mellitus y riesgo cardiovascular en la población mexicana. En enero de 2010 se instaló el Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, como una instancia de coordinación permanente en materia de prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor prevalencia en la población mexicana y sus factores de riesgo.
2. Fortalecimiento de la infraestructura para el manejo integral de diabetes y riesgo cardiovascular en el ámbito estatal y local. En cumplimiento a esta estrategia el modelo de las UNEMEs EC otorga el desarrollo de esquemas integrales para el manejo adecuado de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, combatir el sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus, a

ello contribuye el desarrollo y el funcionamiento de las UNEMEs EC al promover conductas saludables y cambios de estilos de vida entre los pacientes y sus familias, así como el uso de tecnologías médicas para un mejor tratamiento y control.

3. Desarrollo institucional y fortalecimiento de competencias en los profesionales de la salud que participan en la prevención y control de diabetes y riesgo cardiovascular. Las alternativas de intervención comprenden acciones integrales de educación para la detección oportuna de las complicaciones; prescripción efectiva e individualizada de planes de alimentación y actividad física; identificación de metas de tratamiento; barreras para alcanzar la adherencia e inclusión de la familia; tratamiento farmacológico y diseño de esquemas permanentes de seguimiento, así como la evaluación de las mismas. Es por ello que cada año se llevan a cabo talleres, cursos, congresos, simposios para que el profesional de la salud se mantenga actualizado y así brindar una atención con calidad a la población. Todas estas acciones de capacitación se llevaron a cabo en conjunto con instituciones académicas, sociedades médicas y los servicios de salud en las 32 entidades federativas.
4. Incorporación de intervenciones costo-beneficio basadas en las mejores prácticas y evidencia científica. En coordinación con las instituciones del sector salud, las académicas, sociedades médicas y los servicios estatales de salud se mantienen actualizadas las Normas Oficiales Mexicanas, guías clínicas, manuales, protocolos de atención y materiales de actualización para el personal de salud.
5. Acreditación permanente de la Red Nacional de Grupos de Ayuda Mutua (GAM) en apoyo a las metas de los programas de diabetes y riesgo cardiovascular. A diciembre de 2012 se encuentran capturados y en monitoreo permanente en el SIVEGAM 2,700 GAM, con un total de 64,800 integrantes, con un promedio de 25 integrantes por grupo, de los cuales han participado en el proceso y logrado la acreditación en diferentes años 2,116 GAM. Los GAM son una estrategia educativa esencial para mejorar el control de la enfermedad, ya que las personas con diabetes, sobrepeso, obesidad e hipertensión arterial y sus familiares desempeñan un papel activo en la adherencia terapéutica, así como en la prevención de estos. Los pacientes logran mayores beneficios en el control de la glucosa, de la presión arterial, los niveles de

lípidos, peso y de la circunferencia abdominal, al participar activamente en las sesiones educativas de los GAM.

6. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de información y seguimiento para la toma de decisiones. Un ejemplo de ello es el Sistema de Vigilancia y Estudio de Grupos de Ayuda Mutua, y el Expediente Clínico Electrónico en las UNEMEs que en su segunda versión está instalando y funcionando en 46 unidades.
7. Se fortaleció el componente educativo (alfabetizar en los componentes de diabetes y riesgo cardiovascular) dirigido a las personas con diabetes y riesgo cardiovascular y sus familias que son población en riesgo, habiendo recibido educación en ambos componentes 12,125 integrantes de los 485 GAM acreditados.

Las actividades sustantivas del Programa de Atención al Envejecimiento se encuentran alineadas al Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 a través de las siguientes estrategias:

1.- Creación de mecanismos rectores del Sistema Nacional de Salud para abordar y modificar los entornos y los determinantes de las patologías más prevalentes en la población adulta mayor a fin de lograr un envejecimiento activo y saludable.
2.- Desarrollo de modelos de salud que brinden atención multidisciplinaria e integrada para un envejecimiento activo y saludable, que fortalezcan la infraestructura con la participación de los distintos sectores y órdenes de gobierno
3. Innovación en la prestación de servicios de salud, para la detección y diagnóstico oportuno de las enfermedades que afectan a la población adulta mayor usuaria de los servicios del Sistema Nacional de Salud
4. Fortalecimiento del componente educativo (alfabetizar en el envejecimiento activo y saludable) dirigido a la comunidad, sus familias y la población en riesgo con énfasis durante las Semana de Salud para Gente Grande (con periodicidad anual)

Programa Sectorial de Mediano Plazo

Objetivos

1. Fomentar una cultura por la salud entre la población que propicie cambios de actitudes saludables para reducir los factores de diabetes y riesgo cardiovascular.
2. Brindar una atención multidisciplinaria para el control adecuado de diabetes y riesgo cardiovascular y prevenir sus complicaciones.
3. Promover acciones que reduzcan la mortalidad prematura.
4. Lograr el control de la presión arterial, los lípidos y alcanzar un peso saludable para disminuir la diabetes y el riesgo cardiovascular.
5. Incrementar la detección oportuna de diabetes y riesgo cardiovascular en usuarios de servicios y la población de riesgo para su control integral en las instituciones del Sector Salud.
6. Generar información oportuna y de calidad a escala nacional, estatal y regional para la evaluación de las acciones del programa y favorecer la toma de decisiones.
7. Fortalecer el registro de información de los diferentes sistemas relacionados con el programa (SIS, SUIVE, SIVEGAM, Informe trimestral UNEMEs EC) con la coordinación nacional y estatal de las diferentes áreas responsables.

Se priorizan las acciones de prevención y promoción de la salud e integración de prácticas exitosas e innovaciones, sustentadas en las mejores evidencias científicas con el propósito de atenuar la carga de enfermedad en los distintos grupos de población. Para ello, se consideran las estrategias y medidas de intervención costo-beneficio que han probado ser útiles, así como un modelo operativo que permita su adecuada instrumentación y aplicación en todo el territorio nacional. Se incluyen además, los requerimientos de infraestructura. Esto se resume en:

Estrategias para impulsar y promover cambios de actitudes saludables:

El Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, el cual da la pauta para formular diversas estrategias integrales y potenciar los factores de protección hacia la salud, particularmente para modificar el comportamiento individual, familiar y comunitario, buscando lograr un aumento en la actividad física y en los hábitos alimentarios correctos. La creación de las unidades de especialidades médicas en enfermedades crónicas (UNEMEs EC) que ha logrado establecer un modelo de atención innovador de prevención clínica. La Red Nacional de Grupos de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas consigue que sus integrantes mantengan una autonomía personal y de grupo con

responsabilidad de autocuidado de su enfermedad y cambio de estilos de vida saludables que favorece el control y evita la presencia de complicaciones. Las acciones y actividades mediante las diferentes estrategias permiten reducir la mortalidad prematura, el aumento en el ejercicio presupuestal apoyo a incrementar las detecciones manera oportuna de diabetes y riesgo cardiovascular en usuarios de servicios y la población de riesgo para su control integral en las instituciones del Sector Salud.

SALUD BUCAL

Plan Nacional de Desarrollo

Las actividades sustantivas de Salud Bucal, se encuentran alineadas al Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 a través de trece estrategias:

El Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA) responde a los retos que enfrenta el Sistema Nacional de Salud y pone en marcha mecanismos que fortalecerán las actividades de protección contra riesgos sanitarios, promoción de la salud y prevención de enfermedades; dentro de los dos últimos se encuentra inmerso el rubro estratégico de salud bucal y sus componentes de promoción, prevención y atención de la salud bucal como ejes principales del Programa.

Dentro del PROSESA el Programa de Salud Bucal se vincula con la estrategia 2, fortalecimiento e integración de las acciones de promoción de la salud y prevención y control de enfermedades.21 En la línea de acción 2.1 se establece la necesidad de desarrollar políticas públicas y acciones sectoriales e intersectoriales de promoción de la salud y prevención de enfermedades para la construcción de una nueva cultura por la salud que favorezca el manejo de los determinantes de la salud.

Los determinantes de la salud como son los malos hábitos alimenticios, las deficiencias nutricionales y la falta de higiene personal, que afectan a las principales enfermedades no transmisibles, también son comunes a las enfermedades bucales por lo que la integración de la salud bucal beneficiará a las personas ante el cambio epidemiológico que vive el país, principalmente en los grupos vulnerables incluidas las personas en edad escolar, con diabetes, con discapacidad y a las mujeres durante el embarazo, así como adultos mayores.

Estrategias

1. Integrar y promover el esquema básico de prevención en salud bucal en la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud.
2. Colaborar para establecer el Panorama Epidemiológico de las Patologías Bucales en el país, y sus determinantes.
3. Gestionar y coordinar acciones con los sectores público, social y privado, para fortalecer las estrategias del programa.
4. Realizar investigación y estudios sobre los determinantes en materia de salud bucal.
5. Implementar la estrategia "Niñas y Niños Libres de Caries en México" a través del Sistema de Atención Gradual en escolares de 1° a 6° grado de primaria en las escuelas inscritas en el programa.
6. Integrar y promover las acciones del Componente de Salud Bucal para la estrategia Caravanas de la Salud.
7. Asesorar técnicamente a los responsables de programas estatales y personal operativo para la instrumentación del Componente de Salud Bucal en el Sistema de Protección Social en Salud.
8. Coadyuvar para la mejora del Programa de Fluoruración de la Sal para Consumo Humano.
9. Ampliar la cobertura de servicios de atención bucal a través del Tratamiento Restaurativo Atraumático. (TRA)
10. Intervenir en los programas de atención a la salud de la Infancia y adolescencia, Adulto y el Adulto Mayor, Salud Reproductiva, Atención Integral VIH/SIDA, así como para personas con capacidades diferentes, para mejorar la calidad de vida.
11. Capacitar al personal odontológico de los servicios de salud en materia de promoción, prevención control y tratamiento de las enfermedades bucales, los sistemas de vigilancia epidemiológica, información en salud y evaluación.
12. Promover la correcta asignación de recursos materiales y financieros para el desarrollo de las actividades del programa.
13. Evaluar trimestralmente el desempeño de las estrategias del Programa en las 32 entidades federativas.

Programa Sectorial de Mediano Plazo

Objetivos

1. Reducir el rezago en atención odontológica mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables que se presentan en cada región del país.
2. Universalizar las acciones de prevención odontológica en los servicios de salud del sector.
3. Brindar atención odontológica eficiente, de calidad y seguridad a los usuarios de los servicios de salud.
4. Coordinar y fortalecer la investigación y enseñanza en materia de salud bucal para el desarrollo del conocimiento y beneficio de los odontólogos y población en general.
5. Promover el incremento de la productividad de la atención odontológica en el primer nivel de atención de los servicios de salud.

ZOONOSIS

Plan Nacional de Desarrollo

Las actividades sustantivas de Rabia, se encuentran alineadas al Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 a través de quince estrategias:

Este Programa se inscribe en la Estrategia 2 Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud y prevención, y control de enfermedades en su Línea de Acción 2.10 establecer acciones para la Prevención y Atención del Dengue, Paludismo y Rabia, en donde se propone proporcionar a las familias propietarias de perros y gatos un paquete gratuito de servicios de Promoción de la Salud y Prevención de la Rabia, así como controlar la sobrepoblación canina y felina fomentando la corresponsabilidad mediante una cultura de dueño responsable con la participación municipal.

Además, se buscará reducir la población de perros sin dueño y ofrecer tratamiento específico gratuito en caso necesario a personas agredidas. La meta es mantener en cero los casos de rabia transmitida por perro.

Estrategias.

1. Semanas Nacional y de Reforzamiento de la Vacunación Antirrábica Canina y Felina.
2. Operativos de control de focos rábicos.
3. Adquisición de la reserva estratégica de los biológicos antirrábicos de uso en humano.
4. Precertificación en las entidades federativas candidatas.
5. Apoyar el diagnóstico de rabia en entidades federativas que carecen de este servicio.

6. Apoyar con responsabilidad compartida en el desarrollo de operativos de esterilización de animales de compañía en las entidades federativas.
7. Información sobre sacrificio humanitario de animales de compañía en donación voluntaria.
8. Capacitación del personal de salud sobre la normatividad y lineamientos vigentes para unificar la aplicación de criterios y procedimientos para la prevención, diagnóstico y control de otras zoonosis.

Programa Sectorial de Mediano Plazo

Objetivos

1. Alcanzar como mínimo 95% de cobertura de vacunación antirrábica canina y felina en todas las entidades federativas.
2. Capacitar al personal médico operativo para brindar una adecuada atención médica y antirrábica a las personas agredidas por animal sospechoso de rabia en las 32 entidades federativas.
3. Certificar a las entidades federativas que han logrado la eliminación de la transmisión del virus de la rabia variante V-1 (perro).
4. Contribuir a la estabilización del crecimiento de la población canina en las entidades federativas.

INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA EPIDEMIOLÓGICOS InDRE

Plan Nacional de Desarrollo y Programa Sectorial de Mediano Plazo

Estrategias señaladas en el Plan Nacional de Desarrollo	Objetivo del programa Sectorial de Salud	Meta	Indicador	Alcanzado 2012
4.2 Elaboración de lineamientos, manuales y guías metodológicas para proteger a	Asegurar la relevancia, pertinencia y calidad de los sistemas de vigilancia epidemiológica	A.- Cumplir con por lo menos 95% de la cobertura del servicio en muestras que ingresen al	(Muestras reportadas para control de calidad / Muestras recibidas para control	99.9%

Estrategias señaladas en el Plan Nacional de Desarrollo	Objetivo del programa Sectorial de Salud	Meta	Indicador	Alcanzado 2012
la población más vulnerable. 5.1 Mejorar los servicios de salud tomando como estrategia a la calidad, mejora continua y adopción de modelos de excelencia. 5.2 Evaluación y Seguimiento para fortalecer la rendición de cuentas y mejorar el desempeño del Sistema Nacional de Salud. 5.3 Asegurar recursos, humanos, equipamiento, infraestructura y tecnología de la salud suficientes, y oportunas y acordes con las necesidades de salud y de la población.	incluyendo sus insumos, procesos, auxiliares al diagnóstico y productos de información orientándose hacia padecimientos frecuentes, graves, prevenibles, causantes de inequidad o gastos catastróficos, u otros eventos de interés público. Mejorar la capacitación técnica del personal del SINAVE mediante capacitación formal y no formal para promover una cultura orientadas al cumplimiento de los objetivos estratégicos, de transparencia de información y rendición de cuentas con la sociedad. Promover el mejoramiento de la gestión y calidad técnica del SINAVE a través de	InDRE para diagnóstico de referencia y control de calidad.	de calidad) X 100	
			(Muestras reportadas para referencia / Muestras recibidas para referencia) X 100	99.9%
		B.-Mejorar la oportunidad de la información de laboratorio para la vigilancia epidemiológica por lo menos el 90%.	Muestras reportadas en tiempo estándar / Muestras recibidas por diagnóstico X 100	90.43%
		C.-Lograr que por lo menos 70% de los Laboratorios Estatales de Salud Pública (LESP) cubran el 90% del marco analítico básico.	(LESP que cumplen con el 90% del marco analítico básico / Total del LESP) X 100	70.97%
		D.-Incrementar en 1% el nivel de desempeño nacional de la Red Nacional de Laboratorios de Salud	(Índice de desempeño nacional alcanzado por la RNLSP en el año) – (Índice de	2.36%

Estrategias señaladas en el Plan Nacional de Desarrollo	Objetivo del programa Sectorial de Salud	Meta	Indicador	Alcanzado 2012
	mecanismos de rediseño organizacional, modernización y estandarización de la tecnología informática y de comunicación y de evaluación de desempeño, con el fin de incrementar su eficacia y eficiencia y mejorar la capacidad de analizar la información epidemiológica Asegurar la relevancia, pertinencia y calidad de los sistemas de vigilancia epidemiológica incluyendo sus insumos, procesos, auxiliares al diagnóstico y productos de información orientándose hacia padecimientos frecuentes, graves, prevenibles, causantes de inequidad o gastos catastróficos, u otros eventos de	Pública	desempeño nacional de la RNLSP del año anterior)	
		E.-Sustentar la competencia técnica mediante un sistema de gestión de la calidad para garantizar la confiabilidad de la información	(Etapas del Plan de Calidad realizadas / Etapas del Plan de Calidad Programadas) X 100	Certificación al 100% de los procesos del InDRE
		F.- Construcción del Nuevo InDRE	Dar seguimiento	95% avance
		G.-Cumplir con el programa de capacitación para fortalecer la competencia técnica del InDRE y la RNLSP	(Cursos impartidos al año / Cursos programados al año) X 100	100%

Estrategias señaladas en el Plan Nacional de Desarrollo	Objetivo del programa Sectorial de Salud	Meta	Indicador	Alcanzado 2012
	interés público.			

F.3.- Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

Solicitudes de Información 2012

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE PROGRAMAS PREVENTIVOS

Atendidas	Resueltas	Sujetas a recursos de revisión
151	151	0

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE EPIDEMIOLOGÍA

Atendidas	Resueltas	Sujetas a recursos de revisión
207	207	5

INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA EPIDEMIOLÓGICOS InDRE

Atendidas	Resueltas	Sujetas a recursos de revisión
51	51	0

Es importante mencionar que éste Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades CENAPRECE, no cuenta con Unidad de Enlace.

La calificación asignada se deberá solicitar a la Unidad de Enlace de esta Secretaría de Salud.

F.4 Ley del Servicio Profesional de Carrera.

Este Centro Nacional presenta el estado de las plazas sujetas al Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal.

Estado de las Plazas sujetas al Servicio Profesional de Carrera

Fecha	Autorizadas	Ocupadas	Vacantes	Concursos	Concursos Desiertos
31 de Dic 2011	58	47	11	4	3
31 de Dic 2012	28	24	4	2	0

F.5. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

Se presenta el resumen de los procedimientos y montos contratados durante el ejercicio fiscal 2012, al amparo de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

Informe del Ejercicio 2012

PROCEDIMIENTO	IMPORTE	%
ADJUDICACION DIRECTA		
2100	$ 845,234.02	0.70%
2200	$ 589,761.66	0.49%
2400	$ 1,125,790.20	0.94%
2500	$ 321,846.64	0.27%
2600	$ 59,114.40	0.05%
2700	$ 541,772.80	0.45%
2900	$ 729,207.07	0.61%
3100	$ 7,982,190.00	6.65%
3200	$ 35,481.60	0.03%
3300	$ 1,343,430.94	1.12%
3500	$ 1,608,906.00	1.34%
3900	$ 541,569.59	0.45%
TOTAL ADJUDICACION DIRECTA	**$ 15,724,304.92**	**13.11%**
INVITACION A CUANDO MENOS TRES PERSONAS		
2100	$ 177,345.80	0.15%
2200	$ 286,848.00	0.24%
2500	$ 3,699,781.60	3.08%
TOTAL INVITACION A CUANDO	**$ 4,163,975.40**	**3.47%**

MENOS TRES PERSONAS		
LICITACION PUBLICA		
2500	$ 30,977,188.00	25.82%
2600	$ 910,000.00	0.76%
2700	$ 3,210,506.00	2.68%
3200	$ 4,560,975.44	3.80%
3300	$ 50,570.00	0.04%
3700	$ 3,415,020.00	2.85%
TOTAL LICITACION PUBLICA	**$ 43,124,259.44**	**35.95%**
EXCEPCION A LICITACION ART. 42 FRAC. II, VII y XX		
2500	$ 20,224,489.31	16.86%
2700	$ 451,558.00	0.38%
2900	$ 386,745.75	0.32%
3300	$ 4,231,113.50	3.53%
3500	$ 1,034,880.00	0.86%
TOTAL EXCEPCION	**$ 26,328,786.56**	**21.95%**
ENTRE DEPENDENCIAS Y ENTIDADES		
3100	$ 220,000.00	0.18%
3300	$ 27,038,252.69	22.54%
3500	$ 3,368,834.49	2.81%
TOTAL ART. 1RO	**$ 30,627,087.18**	**25.53%**
TOTAL DE ADQUISICIONES 2012	**$ 119,968,413.50**	**100.00%**

F.6 Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.

Este Centro Nacional no realiza contrataciones al amparo de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las mismas.

F.7 Programa Especial de Mejora de la Gestión

El Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades tiene participación en el Programa de Mejora de la Gestión:

- Padrón de Trámites 2007 de la Secretaría de la Función Pública

El Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos de este CENAPRECE tiene integrados en el tabulador del Sistema de Inventario de Trámites y Servicios del Gobierno Federal, seis trámites incorporados hasta la fecha, los cuales corresponde a los bienes y servicios que ofrece dicho Instituto:

1. Actividades de Diagnóstico y Referencia
2. Cepas Microbianas
3. Consulta Dermatológica
4. Cursos y Capacitación
5. Productos para el Diagnóstico
6. Evaluación de productos, pruebas, reactivos y equipos

En lo que se refiere a los Manuales de Organización Específico y Procedimientos, mediante oficio No. DGPOP/07/004428, del 29 de noviembre de 2012, la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, informó que el Manual de Organización Específico de este Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, fue registrado con la clave MOE-O00-038-2012.

Mediante oficio No. DGPOP/07/004443, del 29 de noviembre de 2012, la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, informó que el Manual de Procedimientos de este Centro Nacional, fue registrado con la clave MP-O00-034-2012.

F.8 Programa Nacional de Rendición de Cuentas, Transparencia y Combate a la Corrupción 2008-2012.

1 TEMA: PARTICIPACIÓN CIUDADANA.

No se tienen acciones en este tema.

2 TEMA: CULTURA INSTITUCIONAL.

Se realizó el diagnóstico del 2º Cuestionario de Cultura Institucional, mismo que fue difundido en el Centro Nacional.

Se firmó por el Titular del Centro Nacional, el Acuerdo 5/2012 del Sistema Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, para el cumplimiento de la Agenda de Compromisos del Sector Salud sobre Cultura Institucional.

Se registró en la Plataforma Tecnológica de Cultura Institucional las nuevas acciones específicas derivadas de los compromisos establecidos por el CENAPRECE, con base en los 9 objetivos del PCI, reflejado en un Plan de Acción con metas a corto, mediano y largo plazo.

Se realizó la difusión de los compromisos referentes a Comités de Hostigamiento y Acoso Sexual.

Se difundió la creación y operación del mecanismo HyAS, mediante oficios, correos electrónicos y carteles.

3 TEMA: MEJORA DE LOS SITIOS WEB DE LAS INSTITUCIONES DE LA APF.

La evaluación por parte de presidencia se realizó en el periodo comprendido del 16 al 27 de julio de 2012, para así, el 13 de agosto entregar resultados.
La calificación final de este Centro Nacional, fue de 10.

4 TEMA: TRANSPARENCIA FOCALIZADA.

Aunado a la evaluación realizada por la SFP, la Coordinación de Asesores, realizo una evaluación a los 9 puntos que debe contener el portal de este Órgano Desconcentrado, siendo los componentes los siguientes:

1. Normatividad en materia de transparencia.
2. Comité de información.
3. Transparencia focalizada.
4. Indicadores de programas presupuestarios
5. Recomendaciones dirigidas a la SS.
6. Estudios y opiniones.
7. Programa de Plan Nacional de Desarrollo.
8. Rendición de cuentas.
9. Participación ciudadana.

Siendo así, el programa tuvo como principal objetivo la identificación de temas, trámites y servicios de mayor utilidad y recurrencia entre los usuarios de los portales de internet, esto con el propósito de concentrarla en un espacio específico de la página web.

Se realizaron diversos cambios en el menú de “Transparencia”.

Se realizó la homologación de la sección de transparencia, actualización, mejora y/o publicación de nueva información socialmente útil o focalizada de acuerdo a la guía del tema en la cual se mencionan tres puntos medulares:

A. Se Homologó la sección denominada "Transparencia" conforme al Criterio C2 Transparencia de los reactivos 2012 para la Mejora de Sitios Web, emitidos por el Sistema Internet de la Presidencia, se agregaron los siguientes elementos.

• Indicadores de Programas Presupuestarios.
• Recomendaciones de Órganos Públicos.
• Estudios y Opiniones.

Se adicionaron los 9 elementos considerados en el C2 y solicitados por la UPTCI, en la Sección de Transparencia del sitio de internet del CENAPRECE, (1. Normatividad en materia de transparencia 2. Comité de Información 3. Transparencia Focalizada 4. Indicadores de Programas Presupuestarios 5. Recomendaciones dirigidas a la (nombre de la institución) 6. Estudios y Opiniones 7. Programas del Plan Nacional de Desarrollo 8. Rendición de Cuentas 9. Participación Ciudadana)

B. Se Actualizó, mejoró y/o en su caso se sustituyó la información socialmente útil o focalizada publicada en el apartado de "Transparencia Focalizada". Para estar en formatos aplicaciones digitales que permitan al ciudadano acceder a la información de manera fácil y oportuna, como mapas, comparativos, tablas, etc., privilegiando el uso de lenguaje claro.

C. Se actualizó el apartado de Transparencia focalizada.

Obteniendo una calificación de 66.5

5 TEMA: BLINDAJE ELECTORAL

Se incluyeron indicadores de Seguimiento y un cuestionario de evaluación, mismos que se remitieron a la Secretaría de Salud.

Se realizó la difusión en el mes de abril, mayo y junio de 2012, sobre la Guía de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

La calificación recibida en el año, fue de 10.

6 TEMA: PROGRAMAS SECTORIALES.

En el menú de Transparencia, se actualizó el apartado de Programa del Plan Nacional de Desarrollo en el sitio web, incluyendo así el Programa Sectorial de Salud 2007-2012.
Obteniendo este Centro Nacional una calificación de 100.

7 TEMA: CONTROL INTERNO.

Derivado de la última revisión del Órgano de Interno de Control, se da por concluido el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) 2012, con todos los elementos cumplidos.

Se recibieron y atendieron las observaciones realizadas en las Sesiones Ordinarias de COCODI.

Se difundió al personal del Centro la alineación de nuestra Visión, Misión y Objetivos.

Se difundieron los Acuerdos establecidos en COCODI.

Se dio seguimiento a la matriz de riesgos y se amplió su difusión.

Se difundió la información de los resultados en el nivel estratégico, para una oportuna toma de decisiones.

Se amplió la difusión del Programa de Trabajo y se promovió su evidencia.

Se identificaron los Comités con los que se cuenta y los Acuerdos de creación de los mismos.

Se atendieron las observaciones de auditorías.

Se aplico la encuesta de autoevaluación de Control Interno a Servidores Públicos seleccionados.

Se gestionó la estructura orgánica del CENAPRECE, acorde a lo dispuesto en el Decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

Se realizaron las adecuaciones en la descripción y perfil del puesto de la Dirección General del CENAPRECE, la cual fue validada por el CTP.

Se difundieron los resultados de la Encuesta de Clima y Cultura Organizacional y acciones de mejora que se establecieron para el 2012.

Se realizó la difusión del sitio web, en donde se encuentra el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, actualizado.

Una vez autorizados, se realizó la difusión del Manual de Organización Específico y el Manual de Procedimientos del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, entre el personal de estructura del Centro.

Se difundió constantemente la existencia del Buzón de Quejas.

Se dio atención oportuna a las observaciones realizadas de Control Interno.

F.9 Programa Nacional de Reducción del Gasto Público (PNRGP)

En cumplimiento a lo establecido en el "Programa Nacional de Reducción del Gasto Público", emitido por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público durante el 2010 (oficio CENAPRECE/7969/10, del 18 de mayo de 2010), este Centro Nacional de Programas Preventivos

y Control de Enfermedades: la Dirección General Adjunta de Programas Preventivos, la Dirección General Adjunta de Epidemiología y el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, continuaron con las medidas para lograr ahorro en los siguientes conceptos:

COMBUSTIBLE

- Los vehículos se sometieron a mantenimiento preventivo y correctivo y se realizó una programación para la entrega de correspondencia.
- Se utilizaron las unidades únicamente para servicios oficiales.

ENERGÍA ELECTRICA

- Se colocaron letreros en áreas comunes en los que se indica que no debemos olvidar apagar el equipo de cómputo al término de la jornada laboral o cuando no esté en uso.
- Se colocaron letreros en WC indicando no olvidar apagar la luz al salir.
- Se colocaron letreros en oficinas indicando no olvidar apagar la luz al terminar la jornada laboral y oficinas que tengan ventanas al exterior, aprovechar la luz solar.
- Se dio la instrucción a personal de vigilancia de realizar una ronda cada hora, después de la 19:00 hrs por todas las instalaciones y apagar las luces que estén prendidas en áreas desocupadas.

FOTOCOPIADO

- Se concientizó al personal que es un servicio solo de uso oficial.
- Se utilizaron hojas recicladas.
- Se informó que evitaran fotocopiar publicaciones completas.

VIÁTICOS Y PASAJES

- El CENAPRECE se apego a las disposiciones del Programa Nacional de Reducción del Gasto Público, sin afectar las emergencias que se presenten en el país.

Ahorros en el Ejercicio 2012:

Primer trimestre:

- Viáticos y Pasajes: $258.0

Segundo Trimestre:

- Combustible: $19.8
- Fotocopiado: $8.1

Tercer Trimestre:

- Combustible: $29.7
- Energía eléctrica: $74.5
- Fotocopiado: $14.2
- Viáticos y Pasajes: $510.7

Cuarto Trimestre:

- Combustible: $24.9
- Energía eléctrica: $78.7

Este Centro Nacional logró durante el ejercicio 2012, cumplir con el 5% establecido en la circular 307-A-0917 y el numeral 30 del Programa de Ahorro 2010-2012; en los conceptos de combustible, fotocopiado, energía eléctrica y viáticos y pasajes , lo cual no afectó el cumplimiento de las metas principales en la operación de este Órgano Desconcentrado.

G) EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO.

G.1 Evaluaciones obligatorias de Programas Transversales.

G.2 Informe del cumplimiento de los artículos 32 y 44 del Presupuesto de Egresos de la Federación 2012.

CÓLERA

Inventario inicial de acciones y compromisos relevantes en proceso de atención, con corte al 30 de noviembre de 2011

No	Idicador	Meta	2007	2008	2009*	2010	2011	2012
1	Búsqueda intencionada en el 2% de la totalidad de diarreas reportadas en SUIVE	2%	1.80%	1.90%	1.60%	1.90%	2.50%	2.40%
2	Reuniones intersectoriales efectuadas en el año (1 por trimestre)	4 al año	4	4	0	4	4	4
3	Número de operativos preventivos	2 al año	2	2	2	2	2	2
4	Número de estados con asesoría y supervisión.	8 al año	3	3	0	5	4	8
5	Número de evaluaciones efectuadas a las entidades federativas.	4 al año	4	4	4	4	4	4
* Año de la Pandemia de Influenza H1N1 en México								

URGENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS Y DESASTRES

No.	Meta	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1	Activar los 32 Comités Estatales para la Seguridad en Salud	31	31	28	22	28	28
2	Verificar el 90% de los sitios designados como albergues temporales en cada Entidad Federativa	0.0	0.0	95.4	90.3	111.0	100.0
3	Desarrollar y mantener un Sistema de Monitoreo, Notificación y Alertamiento Temprano de Emergencias en Salud	0	0	1	1	1	1
4	Desarrollo de los 32 Planes Estatales de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Influenza	0	0	32	32	32	32
5	Organización de seis talleres regionales de capacitación anuales	3	3	1	5	9	6
6	Instrumentación de la Reserva Estratégica Nacional (Avance porcentual)	3.0	3.0	35.4	35.4	76.0	77.1

Compromisos relevantes en proceso de atención

- Mantener activos a los 32 Comités Estatales para la Seguridad en Salud.

- Atención del 100% de las emergencias en salud que se presenten en el país, por parte de las 32 entidades federativas.
- Atender el 100% de los apoyos federales solicitados por las entidades federativas cuando sea rebasada su capacidad de respuesta
- Incrementar las acciones de supervisión.
- Mantener la capacitación y actualización de los responsables del programa, así como del personal de salud que interviene en la preparación y respuesta ante emergencias en salud.
- Consolidar la implementación de los Programas Regionales Sur-sureste y Norte.

DENGUE

Programa	Porcentaje de acciones realizadas respecto a las programadas (Rectoría)			Casos nuevos	Cobertura de tratamiento para casos nuevos
	Supervisiones y Asesorías	Capacitaciones	Evaluaciones		
Dengue	71	47	29	50,368	50,368

PALUDISMO

Programa	Porcentaje de acciones realizadas respecto a las programadas (Rectoría)			Casos nuevos	Cobertura de tratamiento para casos nuevos
	Supervisiones y Asesorías	Capacitaciones	Evaluaciones		
Paludismo	36	23	14	800	800

TUBERCULOSIS

La tuberculosis como enfermedad en México no tiene orientación significativa en el género, lo que se registra al 2012 es una razón mujer-hombre de 1:1.5 es decir por cada mujer enferma de tuberculosis hay 1.5 hombres, sin embargo la atención está orientada de la misma manera en ambos géneros para su diagnóstico e ingreso a tratamiento completamente gratuitos en el 100% de las unidades de salud.

Indicadores de resultado 2012

Total de casos nuevos de tuberculosis pulmonar por género y entidad federativa

Entidad Federativa	Mujeres	Hombres	Total	Casos de tuberculosis pulmonar que iniciaron tratamiento	% de casos que iniciaron tratamiento
NACIONAL	5918	10015	15,918	15,717	98.7
Aguascalientes	11	22	33	33	100.0
Baja California	499	1021	1520	1506	99.1
Baja California Su	33	105	138	135	97.8
Campeche	47	73	120	118	98.3
Coahuila	187	282	469	467	99.6
Colima	44	89	133	131	98.5
Chiapas	474	636	1110	1102	99.3
Chihuahua	269	351	620	608	98.1
Distrito Federal	209	273	482	442	91.7
Durango	68	107	175	174	99.4
Guanajuato	87	115	202	202	100.0
Guerrero	433	640	1073	1063	99.1
Hidalgo	93	150	243	228	93.8
Jalisco	246	452	698	689	98.7
México	233	317	550	553	100.5
Michoacán	99	146	245	243	99.2
Morelos	47	75	122	118	96.7
Nayarit	77	146	223	222	99.6
Nuevo León	391	682	1073	1071	99.8
Oaxaca	253	358	611	594	97.2
Puebla	182	229	411	398	96.8
Queretaro	53	82	135	128	94.8
Quintana Roo	85	167	252	250	99.2
San Luis Potosí	114	168	282	280	99.3
Sinaloa	262	511	773	771	99.7
Sonora	201	551	752	746	99.2
Tabasco	158	320	478	474	99.2
Tamaulipas	337	688	1025	1023	99.8
Tlaxcala	14	28	42	42	100.0
Veracruz	641	1048	1689	1669	98.8
Yucatán	55	130	185	184	99.5
Zacatecas	16	34	50	49	98.0
EU	0	2	2	2	100.0
Otros Países de La	0	1	1	1	100.0
Otros Países	0	1	1	1	100.0
	5918	10000	15918	15717	98.7

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiologica/DGE/Plataforma Unica de Información 2012 preliminar 25/02/2013

Programa Presupuestario Pp U009
Vigilancia Epidemiológica
PASH 2012:TUBERCULOSIS

Programa	Porcentaje de acciones realizadas respecto a las programadas	Casos nuevos	Cobertura de tratamiento para casos nuevos

	Supervisiones y Asesorías	Capacitaciones	Evaluaciones		
TUBERCULOSIS	**31**	**4**	**1**	**9,954***	**9,829***

* Solo incluye casos de la Secretaría de Salud

DIABETES

Compromisos relevantes en proceso de atención

- Fortalecer la rectoría y seguimiento de compromisos y SIAFFASPE 2011 y 2012, para coadyuvar en el mejor avance de metas. Con visitas a los16 estados de bajo desempeño en indicadores; con supervisión y talleres con los responsables estatales y jurisdicciones.
- Fortalecer el registro de información de los diferentes sistemas relacionados con el programa (SIS, SUIVE, SIVEGAM) con la coordinación nacional y estatal de las diferentes áreas responsables para dar seguimiento a la normatividad y los acuerdos establecidos durante las supervisiones.
- Fortalecer las actividades del modelo educativo preventivo que se desarrolla en la red de Grupos de Ayuda Mutua Enfermedades Crónicas e impulsar la Acreditación para el logro de metas de tratamiento y evitar la presencia de complicaciones.
- Consolidar la apertura y funcionamiento de las 107 Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas (UNEMEs EC)
- Coadyuvar al funcionamiento de la Red de atención para Enfermedades crónicas no transmisibles Unidad de Salud-UNEMEsEC-Hospital que permita contribuir a disminuir los altos índices de saturación y costos de operación a través de prevenir, detectar oportunamente o retrasar la aparición de complicaciones.

INDICADOR	2012	2011*	2010	2009	2008	2007	2006
1. Casos nuevos de diabetes	387 562	400 279	418 646	426 802	396 374	404 770	394 360
2. Detección de Diabetes en personas de 20 años y más	11 863 861	10687409	8951028	s/d	s/d	s/d	s/d
3. Pacientes con diabetes en tratamiento	702 047	580 231	590 534	549 298	531 642	492 925	s/d
4. Pacientes con diabetes en control	296 505	243 335	237 553	212 343	202 442	184 960	s/d
5. Grupos de Ayuda Mutua Enfermedades Crónicas Acreditados	485	499	537	268	121	50	33
6. Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (UNEMEs EC)	100	83	65	45	10	n/a	n/a
7. Pacientes En tratamiento UNEMEs EC	21 245	19 624	14 793	5 794	1 407	n/a	n/a

DATOS PRELIMINARES *

RIESGO CARDIOVASCULAR

Compromisos relevantes en proceso de atención

- Mantener las acciones de detección de hipertensión arterial, obesidad, dislipidemias y diabetes entre la población.
- Continuar atendiendo el problema del sobrepeso y la obesidad difundiendo un estilo de vida saludable, mediante las actividades de los médicos, nutriólogos y activadores físicos en el marco del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria.
- Consolidar la "Estrategia de Fortalecimiento de Recursos Humanos" con la finalidad del que el personal de salud cuente con los conocimientos, destrezas y habilidades en el tratamiento y control de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

- Continuar con la estrategia de Recorridos por la salud con la finalidad de promover la prevención y la detección de ECNT en la población.
- Contribuir a que se mantenga el trabajo del Consejo Nacional de Prevención de Enfermedades Crónicas (CONACRO) con el apoyo de las instituciones médicas y secretarías de estado con el fin de conjuntar esfuerzos contra las enfermedades crónicas.
- Llevar a cabo la 2ª Semana Nacional de la Hipertensión con el apoyo de los SESA a fin de fomentar la prevención y la detección de las enfermedades cardiovasculares.
- Apoyo continuo a los SESA con el propósito de lograr las metas del Programa y del AFASPE.

INDICADOR	2012	2011*	2010	2009	2008	2007	2006
1. Detección De DM y RCV en población de 20 años y más (Millones de detecciones)	34,963,917	31.2 *	29.2	19.4	20.4	17.4	19.5
2. Detecciones de Obesidad (Millones de detecciones)	10,744,978	2.1 *	2.0	2.1	2.6	2.2	4.1
Casos en control:							
Porcentajes en control Hipertensión**	53.1	50.7 *	52.2	51.6	51.8	51.6	52.4
Porcentajes en control Diabetes**	42.2	41.0 *	41.0	39.9	38.1	37.4	38.6
3. Normas Actualizadas:		037 DISL	015 DM	030 HTA			
4. Capacitación de Recursos Humanos	1 811	1 743	2 378	2 409	5 345	1 216	n/a

DATOS PRELIMINARES *

ENVEJECIMIENTO

Compromisos relevantes en proceso de atención

- Contar con los recursos materiales y financieros suficientes para el desarrollo del programa
- Gestionar la contratación de personal especializado y de apoyo en materia de envejecimiento para el desarrollo del programa
- Coadyuvar en la generación políticas públicas en esta materia para brindar atención holística.
- Capacitación de profesionales de la salud para la prevención y tratamiento de las patologías de mayor prevalencia en este grupo de edad. (con el apoyo para la generación de Guías de Practica Clínica para la Atención del Adulto Mayor)
- Concluir el estudio clínico - epidemiológica y social desde el primer nivel de atención multidisciplinaria y multi-institucional (SABE).

INDICADOR	2012	2011*	2010	2009	2008	2007	2006
1. Detección de depresión	1,197.087 129.6%	891 947 * 100.1 %	1 019 920 118 %	809 473 94.3 %	634 634 77.6 %	401 965 51.4 %	s/d
2. Detección de alteraciones de la memoria	943,444 102.1%	661 792 * 74.2 %	639 994 74.5 %	573 120 66.8%	447 965 55.4%	258 245 33%	s/d
3. Vacunación anti influenza		4 626 316 * 91.5 %	4 626 316 91.5 %	6 302 517 90 %	3 699 721 90 %	5 019 952 84.9 %	s/d
4. Detección de hiperplasia prostática benigna	1,511,807 99.4%	1 036 559 * 35.4 %	1 074 916 38.6 %	1 015 212 36.2 %	952 044 37.9 %	728 945 29.1 %	s/d
5. Acciones Semana de Salud para Gente Grande	2,023,006 84.1%	2 405 170 90.0 %	2 324 315 90.2 %	1 888 586 74.9 %	1 805 859 75.2 %	1 691 903 74.4 %	s/d
6. Capacitación	600 200%	150 37.5 %	670 223 %	680 226 %	923 307 %	760 253 %	s/d

7. Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE)	7 140%	8	7	1	1	2	s/d

DATOS PRELIMINARES *

Informe del cumplimiento de los artículos 32 y 44 del presupuesto de Egresos de la Federación 2012.

Fin		
Objetivo		
Contribuir a mejorar la salud de la población mediante la prevención del sobrepeso y la obesidad		
Indicador	**Definición**	**Método de Calculo**
Porcentaje de la poblacion mayor de 20 años responsabilidad de la Secretaria de Salud en control de obesidad	Mide el porcentaje de la poblacion mayor de 20 años responsabilidad de la Secretaria de Salud que se encuentra en tratamiento de obesidad que logra el control del padecimiento segun los criterios definidos en el Sistema de Informacion en Salud.	(Poblacion mayor de 20 años de la Secretaria de Salud en control de obesidad)/(Poblacion mayor de 20 años de la Secretaria de Salud en tratamiento de obesidad) x 100
	NUMERADOR	DENOMINADOR
4TO TRIMESTRE	124315	397835
Propósito		
Objetivo		
El tratamiento del sobrepeso y la obesidad en la población en general disminuye el riesgo de padecer enfermedades relacionadas como diabetes e hipertensión		
Indicador	**Definición**	**Método de Calculo**

Porcentaje de la población responsabilidad de la Secretaria de Salud en tratamiento de sobrepeso y obesidad.	Número de población responsabilidad de la Secretaria de Salud que se encuentra en tratamiento de sobrepeso y obesidad.	(Número de la población responsabilidad de la Secretaria de Salud en tratamiento de sobrepeso y obesidad)/(Número de la población responsabilidad de la Secretaria de Salud programadas para tratamiento de sobrepeso y obesidad)X100
	NUMERADOR	DENOMINADOR
4TO TRIMESTRE	437196	441790
Componente		
Objetivo		
Población detectada con obesidad de 20 años y más responsabilidad de la Secretaria de Salud.		
Indicador	**Definición**	**Método de Calculo**
Detección de obesidad como componente de la atención integral de la población de 20 años y más responsabilidad de la Secretaria de Salud.	Mide el porcentaje de detecciones realizadas de sobrepeso y obesidad en la poblacion de la Secretaria de Salud de 20 años programadas en este grupo de edad.	(Numero de detecciones de obesidad en la poblacion de 20 años y mas de la Secretaria de Salud realizadas)/(Numero de detecciones en la poblacion de 20 años y mas de la Secretaria de Salud programadas) X 100
	NUMERADOR	DENOMINADOR
4TO TRIMESTRE	10067782	10000000
Actividad		
Objetivo		
Supervisión al personal de salud en sobrepeso y obesidad.		
Indicador	**Definición**	**Método de Calculo**
Supervisión al personal de salud que realiza acciones contra el sobrepeso y obesidad.	Se refiere a las supervisiones que se llevan a cabo al personal de salud contratado para realizar las acciones contra el sobrepeso y obesidad.	(Número supervisiones al personal de salud en sobrepeso y obesidad)/(Total de supervisiones programadas en sobrepeso y obesidad) X 100
	NUMERADOR	DENOMINADOR
4TO TRIMESTRE	8	8

SALUD BUCAL

Compromisos relevantes en proceso de atención

1. Fortalecer las estrategias de atención odontológica en los municipios de menor índice de desarrollo humano.

2. Fortalecer la participación intra e interinstitucional para ampliar la cobertura del programa de salud bucal en preescolares y en escolares, mediante la estrategia de capacitación de Promotores de la Salud Bucal, a partir del Diplomado en Promoción de la Salud Bucal que se imparte a distancia con la colaboración de la Dirección General de Promoción de la Salud y la Oficina Sanitaria Panamericana.
3. Concluir el levantamiento y procesamiento de la tercera Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis Dental, en población escolar y proceder a la publicación de resultado y al reporte de resultados a los organismos internacionales (OPS y OMS)
4. Consolidar la organización y el funcionamiento (interinstitucional) del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB). Asimismo el aprovechamiento de los resultados para el diseño y evaluación de los programas de servicio en el nivel estatal, jurisdiccional y operativo.
5. Revisar y redefinir el modelo arquitectónico y de equipamiento de los servicios de atención odontológica de la SSa., mediante la coordinación con la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud y el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
6. Colaborar en la implantación de buenas prácticas para la utilización del mercurio en los consultorios dentales, en coordinación con la Comisión Federal de Protección Contra Riesgos Sanitarios.
7. Dar conclusión al proceso de revisión y actualización de la Norma Oficial Mexicana 013-SSA2-2006 de Prevención y Control de Enfermedades Bucales.
8. Fortalecer la estrategia de atención a personas de alto riesgo, como son: embarazadas, diabéticos, personas con discapacidad, adultos mayores.
9. Fortalecimiento del Programa de preescolares y escolares a través del Curso “Promotores de la salud bucal”, el cual deberá replicarse en los niveles, jurisdiccional y aplicativo.
10. Llevar a cabo el Segundo Curso de formación de Asistentes dentales.
11. Llevar a cabo capacitación en línea de las diferentes estrategias del programa para el fortalecimiento del mismo.

Inventario inicial de acciones y compromisos relevantes en proceso de atención, con corte al 31 de diciembre de 2012

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*

1 Cobertura de Esquema Básico de Prevención a pacientes que acuden al servicio odontológico de la Secretaría de Salud. (Esperado mayor al 80%)	N/A	81.8%	94.4%	96.5%	97.7%	98.2%	98.4%
2 Consultas Odontológicas otorgadas en los servicios de salud de la Secretaría. (Esperado Incrementar el 3% anualmente)	**6,975,182** consultas	**7,246,023** consultas avance del 3.9%	**7,640,640** consultas avance del 5.4%	**7,887,188** consultas avance del 3.2%	**8,395,690** consultas avance del 6.4%	**8,723,265** consultas avance del 3.9%	**8,955,997** consultas avance del 2.7%
3 Porcentaje de cumplimiento en el Indicador de Calidad en la Atención. (Esperado: Incrementar 2pts. Porcentuales anualmente)	87.6%	86.4%	91.2%	93.1%	93.4%	92.9%	93.8%
4 Porcentaje de cumplimiento en el Indicador de Productividad. (Esperado: mayor al 80%)	81.8%	81.0%	83.3%	83.0%	83.2%	83.4%	82.6%
5 Aplicación del Tratamiento Restaurativo Atraumático (TRA) en los 100 municipios de menor índice de desarrollo humano (MMIDH) (Esperado 95 municipios para el 2012)	N/A	N/A	48 municipios	37 municipios	39 municipios	41 municipios	50 municipios
6 Semanas Nacionales de Salud Bucal (Esperado: 4 actividades preventivas por beneficiado)	4.1 act. prev. x beneficiado	3.9 act. prev. x beneficiado	4.0 act. prev. x beneficiado	4.4 act. prev. x beneficiado	4.8 act. prev. x beneficiado	4.8 act. prev. x beneficiado	4.9 act. prev. x beneficiado
Actividades preventivas durante SNSB	**48,982,098**	**52,754,439**	**56,607,445**	**58,158,583**	**58,173,130**	**59,684,348**	**63,191,331**
Beneficiados durante SNSB	**12,002,863**	**13,366,732**	**14,052,018**	**13,192,584**	**12,039,431**	**12,376,445**	**12,873,461**

Programa	Porcentaje de acciones realizadas respecto a las programadas			Casos nuevos	Cobertura de tratamiento para casos nuevos
	Supervisiones y Asesorías	Capacitaciones	Evaluaciones		
SALUD BUCAL	31	36	5	0	0

ZOONOSIS

Programa	Porcentaje de acciones realizadas respecto a las			Casos nuevos	Cobertura de tratamiento para casos nuevos
	Supervisiones y Asesorías	Capacitaciones	Evaluaciones		
Zoonosis	43	5	51		22,629
TOTAL	43	5	51		22,629

El artículo 44 no aplica para el programa de zoonosis.

H) OTROS TEMAS.

Observaciones pendientes de solventar al 31 de diciembre de 2012.

Órgano Fiscalizador	Total	Antigüedad			
		2012	2011	2010	Anteriores
Órgano Interno de Control	6	5	1		
Auditoría Superior de la Federación	5				5
Auditoría Externa					
Secretaría de la Función Pública					
Totales	**11**	**5**	**1**		**5**
Principales Problemáticas:					